

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**Facultad de Medicina División de Estudios de Posgrado**

**“PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS  
EN PEDIATRIA EN EL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE  
PEMEX 2012-2013”**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACION  
PEDIATRIA**

**PRESENTA**

**DRA. VIRIDIANA ESTEFANIA VILLAGOMEZ**

**RESIDENTE DE TERCER AÑO**

**TUTOR**

**DR. JORGE ESCORCIA DOMINGUEZ**

**ASESOR DE TESIS**

**DR. FRANCISCO JAVIER ZAMORA GONZALEZ**



**DF, MEXICO. A 15 MAYO 2014.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios, por haberme permitido culminar esta etapa de estudio y otorgarme sabiduría, conocimiento y capacidad para entender la gran responsabilidad y sacrificio que significa la carrera de Medicina

A mi padre, por la paciencia, dedicación y sacrificio en los inicios de mi carrera que me empujaron para seguir adelante, por sus consejos que siempre me dio y su apoyo para seguir adelante a pesar de las dificultades que se presentaron y por creer siempre en mí.

A mi madre, por la entrega, comprensión y ayuda en los momentos difíciles de mi carrera, sus consejos y todo el apoyo que me brindo durante esta difícil etapa, además de que siempre me impulso a ser cada día mejor.

A mi abuela, la impulsadora incondicional, quien supo entregarme su apoyo y comprensión durante estos tres años, su confianza y entrega total.

A maestro Dr. Jorge Escorcia Domínguez, orientador y amigo, quien siempre me brindó apoyo y confianza y se hizo merecedor de mi estímulo, respeto y consideración.

Gracias a todos los profesores quienes con sus sabios conocimientos supieron formarme como un profesional capaz de siempre ver por el beneficio de mis pacientes.

A todos mis compañeros de residencia con quienes compartí momentos buenos y difíciles y encontré en ellos el apoyo, los consejos y una familia en estos tres años.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera hicieron posible el cumplimiento de mi meta trazada y estuvieron apoyándome durante esta etapa.

VIRIDIANA ESTEFANIA VILLAGOMEZ

## DEDICATORIA

Hoy he comprobado que la vocación profesional que escogí no fue equivocada, por eso, me enorgullezco de haber terminado esta etapa de estudio y que gracias al esfuerzo y dedicación que me propuse pude lograr esta meta planteada.

Con mucho afecto dedico este trabajo a mis padres esas personas especiales que me crearon e hicieron de mi una persona responsable en la etapa estudiantil y en todos los actos de mi vida, mis grandes apoyos y amigos durante esta etapa, los cuales siempre estuvieron conmigo y creyeron en mí, siendo los pilares fundamentales, mentalizadores y personas especiales que en cada momento de mi vida me apoyaron para salir adelante y superarme.

A mis familiares que me impulsaron y apoyaron en todo momento de mi vida, inculcándome siempre valores y perseverancia en toda acción que emprendiera.

A todas las personas de buen corazón que siempre me dieron su ayuda incondicional y que con sus sabios consejos me impulsaron a seguir adelante y luchar por los objetivos trazados.

# INDICE

|                                                       | Páginas |
|-------------------------------------------------------|---------|
| MARCO TEORICO                                         | 6-21    |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA                            | 21-22   |
| JUSTIFICACION                                         | 22-23   |
| HIPOTESIS                                             | 23      |
| OBJETIVOS                                             |         |
| OBJETIVO GENERAL                                      | 23      |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS                                 | 23-24   |
| MATERIAL Y METODOS                                    | 24-27   |
| TIPO DE ESTUDIO                                       | 24      |
| UNIVERSO DE ESTUDIO                                   | 24      |
| CRITERIOS DE INCLUSION                                | 24      |
| CRITERIOS DE EXCLUSION                                | 25      |
| METODO                                                | 25      |
| CALCULO DE LA MUESTRA                                 | 26      |
| ETICA                                                 | 26      |
| MATERIAL                                              | 26      |
| RECURSOS HUMANOS                                      | 26      |
| RECURSOS MATERIALES                                   | 26      |
| VARIABLES                                             | 26-27   |
| VARIABLES DEPENDIENTE                                 | 26      |
| VARIABLES INDEPENDIENTE                               | 26-27   |
| PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS | 27      |
| PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO                          | 27-32   |
| TABLAS                                                |         |
| GRAFICAS Y RESULTADOS                                 |         |
| CONCLUSIONES                                          | 33      |
| RECOMENDACIONES                                       | 34      |
| BIBLIOGRAFIA                                          | 35-36   |
| ANEXOS                                                | 37      |

## MARCO TEORICO

### ANTECEDENTES

Para elevar el nivel científico de la psiquiatría infantil exige plantearse trabajar con las clasificaciones. Consideramos un hecho positivo, la mayor participación de paidopsiquiatras en la elaboración del DSM-IV y actualmente DSM-V. En este caso se prefirió utilizar el DSM-IV en lugar del DSM-V ya que el DSM-V presenta algunos cambios en el que no quedan bien clasificados algunos trastornos psiquiátricos infantiles e incluso algunos trastornos psiquiátricos infantiles quedan fuera de una clasificación, como son el autismo y el síndrome de Asperger. (1)

Durante mucho tiempo se ha negado que los niños sufrieran trastornos mentales o se ha minimizado su importancia. Se han considerado problemas menores que podían ser resueltos por personas sin preparación y experiencia. Sin embargo la realidad es bien distinta, más de la mitad de las enfermedades mentales de la población surgen en la infancia y ya nadie duda en el mundo científico, de que exista una continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta. (2)

Los manuales DSM son los sistemas de clasificación de los trastornos mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA). Los sistemas DSM se definen como sistemas de clasificación de tipo categorial, jerárquico y multiaxial, cuyo objetivo consiste en ofrecer descripciones claras de las categorías diagnósticas para facilitar a los clínicos e investigadores el diagnóstico, la comunicación, el estudio y la atención a las personas con diversos trastornos mentales. El término jerárquico significa que presenta una subdivisión de los trastornos con estructura en árbol y cuanto más se desciende por las ramificaciones, más aumenta la especificidad de la definición. Un sistema multiaxial requiere que cada caso de evalúe en varios ejes o aspectos que pueden ser relevantes para la planificación del tratamiento y la predicción de la respuesta individual permitiendo la aplicación de un modelo biopsicosocial. (1) (3)

El DSM-IV de la American Psychiatric Association (APA) funciona por criterios y surgió como reflejo de la insatisfacción con el sistema CIE. Es mucho más completo y preciso y se realizó incorporando desarrollos de la experiencia clínica, así como avances de la investigación. Motivo por el que se prefirió utilizar esta clasificación para los trastornos psiquiátricos de este trabajo. (3)

Los trastornos psiquiátricos infantiles tienen dos características que los diferencian de los del adulto: la dificultad del niño para poder expresar verbalmente sentimientos y emociones y el hecho de que su personalidad se está formando. Además, los niños presentan síntomas inespecíficos cuyas características varían según la edad y no son patognomónicos. Los principales trastornos que se han visto son los trastornos del estado de ánimo (TEA) tienen una prevalencia en la infancia que oscila entre el 1 y el 2%, aumentando la depresión en la adolescencia hasta un 4-5%. En la infancia, la prevalencia es igual para varones y mujeres, pero en la adolescencia aumenta claramente en el sexo femenino. Los niños y adolescentes afectados presentan un deterioro importante de su funcionamiento psicológico, social y académico. (1) (3)

Para la elaboración del DSM-IV se ha tenido en cuenta la clasificación CIE-10. En el DSM se mantendrá el uso de múltiples códigos en vez del uso de categorías combinadas. La exclusión de los trastornos del desarrollo del eje II, en el eje IV también se posibilita el registro de los problemas ambientales y se ofrecen listas de problemas agrupados por categorías. (1) (3)

El DSM-IV se compone de 5 ejes multiaxiales (3):

| <b>Los cinco ejes de la clasificación multiaxial del DSM-IV-TR</b> |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Eje I                                                              | Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica |
| Eje II                                                             | Trastornos de la personalidad. Retraso mental                                  |
| Eje III                                                            | Enfermedades médicas                                                           |
| Eje IV                                                             | Problemas psicosociales y ambientales                                          |
| Eje V                                                              | Evaluación de la actividad global                                              |

En la tabla I se especifican las categorías generales en que se subdividen los trastornos el DSM-III (18 categorías) y el DSM-IV (17 categorías), de aquí se toma la categoría de trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia: (1) (3)

La primera categoría la que recoge los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia, en ocasiones no será suficiente para cubrir todas las patologías que pueden presentarse en este periodo de edad. (3)

**TABLA I CATEGORIAS DIAGNOSTICAS GENERALES DE LOS EJES I Y II DEL DSM-III-R Y DSM-IV**

| <b>DSM-III-R</b>                                                                 | <b>DSM-IV</b>                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia</b>           | <b>Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia</b>           |
| <b>Trastornos mentales orgánicos</b>                                             | <b>Trastornos mentales debidos a condiciones médicas generales</b>               |
| <b>Trastornos por uso de sustancias psicoactivas</b>                             | <b>Trastornos relacionados con las sustancias (psicoactivas)</b>                 |
| <b>Esquizofrenia</b>                                                             |                                                                                  |
| <b>Trastorno delirante</b>                                                       | <b>Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</b>                               |
| <b>Trastorno psicóticos no clasificados en otros apartados</b>                   | <b>Delirio, demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos</b>                  |
| <b>Trastornos del estado de ánimo</b>                                            | <b>Trastornos del humor</b>                                                      |
| <b>Trastornos por ansiedad</b>                                                   | <b>Trastornos por ansiedad</b>                                                   |
| <b>Trastornos somatoformes</b>                                                   | <b>Trastornos somatoformes</b>                                                   |
| <b>Trastornos disociativos</b>                                                   | <b>Trastornos disociativos</b>                                                   |
| <b>Trastornos sexuales</b>                                                       | <b>Trastornos sexuales y de la identidad sexual</b>                              |
| <b>Trastornos del sueño</b>                                                      | <b>Trastornos del sueño</b>                                                      |
| <b>Trastornos facticios</b>                                                      | <b>Trastornos facticios</b>                                                      |
| <b>Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados</b> | <b>Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados</b> |
| <b>Trastornos adaptativos</b>                                                    | <b>Trastornos de la personalidad</b>                                             |
| <b>Factores psicológicos que afectan el estado físico</b>                        | <b>Otras condiciones que pueden ser causa de atención clínica</b>                |
| <b>Trastornos de personalidad</b>                                                | <b>Trastornos de la ingesta</b>                                                  |

La categoría de trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia se subdivide en las subcategorías según el DSM –III Y el DSM-IV. Para cada categoría diagnóstica el manual ofrece los criterios diagnósticos para ese cuadro. Es una definición operacional del trastorno que además aporta información sobre aspectos del trastorno como la sintomatología asociada, la edad de comienzo, curso, deterioro, complicaciones, factores predisponentes, prevalencia, incidencia en cada sexo, antecedentes familiares y diagnostico diferencial.

- Retraso mental
- Trastornos del aprendizaje
- Trastornos de las habilidades motoras
- Trastornos de la comunicación
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador
- Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez
- Trastornos de tics
- Trastornos de la eliminación
- Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia como son:
  - Ansiedad por separación
  - Mutismo selectivo
  - Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez
  - Trastorno de movimientos estereotipados
  - Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado

En la tabla 2 se sintetiza la subclasificación de la categoría trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia. Con respecto al retraso mental el cambio consistió en situar esta alteración en el eje I y modificar algunos criterios. Los 16 criterios establecidos en el DSM-III-R para el trastorno autista se ha considerado excesivos y que sobre diagnostican la presencia de autismo, por lo que se ha

reducido a 12 más claramente definidos. Dentro de este apartado se recoge, además del trastorno autista, el síndrome de Rett, el trastorno desintegrativo de la infancia y el síndrome de Asperger. Dentro de los trastornos por conductas perturbadoras, se definen dos subtipos del trastorno de conducta (de inicio en la infancia y de inicio en la adolescencia). Se han incorporado subtipos en el trastorno por déficit de atención / hiperactividad (predominantemente falta de atención, predominantemente hiperactivo o mixto). En el apartado de trastornos de la conducta alimentaria se han introducido diversos cambios. Aparece un trastorno nuevo que se llama trastorno de la alimentación en la infancia y desaparecen dos que típicamente suceden en la adolescencia o preadolescencia: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Los trastornos del desarrollo se denominan en el nuevo manual trastornos del aprendizaje. Solo han quedado en la categoría de trastornos de inicio en la infancia el trastorno por ansiedad de separación. El trastorno por ansiedad excesiva queda englobado dentro del trastorno por ansiedad generalizada y el trastorno por evitación ha desaparecido. Se definen dos tipos de encopresis: con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento y sin estreñimiento. Y en los trastornos de la identidad sexual solo se define un cuadro el trastorno de la identidad sexual. (1) (3)

**TABLA 2: SUBCLASIFICACIONES DE LA CATEGORÍA “TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA” DE DSM-III Y DSM- IV**

| DSM-III                                                         | DSM-IV                                              |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>EJE I</b>                                                    | <b>EJE I</b>                                        |
| <b>TRASTORNO POR CONDUCTAS PERTURBADORAS</b>                    | <b>TRASTORNO POR CONDUCTAS PERTURBADORAS</b>        |
| 314.01 Trastorno por déficit de atención // hiperactividad      | Trastorno por déficit de atención // hiperactividad |
| 312.20 Tipo grupal                                              | 314.00 Predominantemente falta de atención          |
| 312.00 Tipo solitario agresivo                                  | 314.01 Predominantemente hiperactivo / impulsivo    |
| 312.90 Tipo indiferenciado                                      | 314.01 Tipo combinado                               |
| 313.81 Desafiante                                               | 314.09 No especificado                              |
| <b>TRASTORNOS POR ANSIEDAD DE LA INFANCIA O LA ADOLESCENCIA</b> | 312.8 Trastorno de conducta                         |
| 309.21 Trastorno por angustia de separación                     | 313.81 Negativismo desafiante                       |
| 313.20 Trastorno por evitación                                  | 312.9 Trastorno por conducta perturbadoras no       |

|                                                                             |                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|                                                                             | especificado                                                                |
| 313.00 Trastorno por ansiedad excesiva                                      | <b>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>                                |
| <b>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>                                | 307.52 Pica                                                                 |
| 307.10 Anorexia nerviosa                                                    | 307.53 Trastorno por rumiación                                              |
| 307.51 Bulimia nerviosa                                                     | 307.59 Trastorno de la alimentación en la infancia                          |
| 307.52 Pica                                                                 | <b>TRASTORNOS POR TICS</b>                                                  |
| 307.53 Trastorno por rumiación en la infancia                               | 307.23 Trastorno de la Tourette                                             |
| 307.50 Trastorno de la conducta alimentaria no especificada.                | 302.22 Trastorno por tics motores o verbales crónicos                       |
| <b>TRASTORNOS POR TICS</b>                                                  | 307.21 Trastorno por tics transitorios                                      |
| 307.23 Trastorno de la Tourette                                             | 307.20 Trastorno por Tics no especificado                                   |
| 302.22 Trastorno por tics motores o verbales crónicos                       | <b>TRASTORNOS DE LA ELIMINACION</b>                                         |
| 307.21 Trastorno por tics transitorios                                      | Encopresis                                                                  |
| 307.20 Trastorno por Tics no especificado                                   | 787.6 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento                    |
| <b>TRASTORNOS DE LA ELIMINACION</b>                                         | 307.7 Sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento                    |
| 307.70 Encopresis funcional                                                 | 307.6 Enuresis (no debida a una condición médica general)                   |
| 307.60 Enuresis funcional                                                   | <b>OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA</b>          |
| <b>TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL</b>                                    | 309.21 Trastorno por ansiedad de separación                                 |
| 302.60 Trastorno de la identidad sexual en la infancia                      | 313.23 Mutismo selectivo                                                    |
| 302.50 Transexualismo                                                       | 313.89 Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia o la niñez       |
| 302.85 Trastorno de la identidad sexual en la adolescencia y la vida adulta | 307.3 Trastorno por movimientos estereotipados                              |
| 302.85 Trastorno de la identidad sexual no especificado                     | 313.9 Trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado |
| <b>TRASTORNOS DEL HABLA NO CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR</b>                   | <b>TRASTORNOS DE LA COMUNICACION</b>                                        |
| 307.00 Tartamudo                                                            | 315.31 Trastorno del lenguaje expresivo                                     |
| 307.00 Lenguaje confuso                                                     | 315.31 Trastorno del lenguaje mixto expresivo/compresivo                    |
| <b>OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA</b>           | 315.39 Trastorno fonológico                                                 |
| 313.23 Mutismo selectivo                                                    | 307.0 Tartamudeo                                                            |
| 313.82 Trastorno de identidad                                               | 307.9 Trastorno de la comunicación no especificado                          |
| 313.89 Trastorno reactivo de la vinculación                                 | <b>EJE II</b>                                                               |
| 307.30 Trastorno por estereotipias/hábitos                                  | <b>RETRASO MENTAL</b>                                                       |
| 314.00 Trastorno por déficit de atención indiferenciado                     | 317.00 Retraso mental leve                                                  |
| <b>EJE II</b>                                                               | 318.00 Retraso mental moderado                                              |
| <b>RETRASO MENTAL</b>                                                       | 318.10 Retraso mental grave                                                 |
| 317.00 Retraso mental leve                                                  | 318.20 Retraso mental profundo                                              |
| 318.00 Retraso mental moderado                                              | 319.00 Retraso mental de severidad no                                       |

|                                                              |                                                              |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                              | especificado                                                 |
| 318.10 Retraso mental grave                                  | <b>TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO</b>               |
| 318.20 Retraso mental profundo                               | 299.00 Trastorno autista                                     |
| 319.00 Retraso mental no especificado                        | 299.80 Trastorno de RETT                                     |
| <b>TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO</b>               | 299.10 Trastorno desintegrativo de la infancia               |
| 299.00 Trastorno autista                                     | 299.80 Síndrome de Asperger                                  |
| 299.80 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado | 299.80 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado |
| <b>TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO</b>                   | <b>TARSTORNO DEL APRENDIZAJE</b>                             |
| 315.10 En el cálculo aritmético                              | 315.1 De las matemáticas                                     |
| 315.80 En la escritura                                       | 315.2 De la escritura                                        |
| 315.00 En la lectura                                         | 315.00 De la lectura                                         |
| 315.39 En la articulación                                    | 315.9 Trastorno del aprendizaje no especificado              |
| 315.31 En el lenguaje de tipo expresivo                      | <b>TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES MOTORAS</b>   |
| 315.31 En el lenguaje de tipo receptivo                      | 315.4 Trastorno del desarrollo de la coordinación            |
| 315.40 En la coordinación                                    |                                                              |
| 315.90 Trastorno especifico del desarrollo no especificado   |                                                              |
| <b>OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO</b>                       |                                                              |
| 315.90 Trastorno del desarrollo no especificado              |                                                              |

## EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS INFANTILES A NIVEL MUNDIAL Y EN MEXICO.

De acuerdo a estudios realizados por la OMS se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención. En el primer nivel de atención la frecuencia de trastornos mentales en la infancia fue entre 10 y 29%. (2)

(10)

El estudio transnacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales que realizó el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE) presenta una gran variación en la prevalencia de los trastornos mentales de país a país, un 40% para los Países Bajos y los Estados Unidos, bajando a niveles de 20% en México y a 12% en Turquía. En este reporte se sugiere que los trastornos

mentales tienen una edad temprana de aparición, con medianas estimadas de 15 años para los trastornos de ansiedad. (2) (8) (9)

En México hay 33 470 538 de niñas y niños, de los cuales más de 10 millones son menores de cinco años y casi 23 millones se encuentran entre los 5 y 14 años. Estudios en México reportan alrededor de 15% de prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños, esto indica que cinco millones de niños y niñas sufren algún problema de salud mental; de este total, la mitad de la población infantil requiere de una atención especializada e integral. (2) (8) (9)

Esto quiere decir que en México poco más del 40% de la población es menor de 18 años. La prevalencia de los problemas de salud mental de la población infantil urbana tiene entre 3 y 12 años de edad. (6) (8) (9)

Los estudios epidemiológicos del 2002 han enfatizado la necesidad de identificar tempranamente problemas que con el tiempo conduzcan a otras patologías en la adultez. En un estudio previo en el DF, se presentaron los antecedentes y el desarrollo de un instrumento breve para identificar condiciones clínicas de riesgo en niños y adolescentes: el cuestionario breve de Tamizaje y Diagnóstico, CBTD. El instrumento consta de 27 preguntas que son respondidas por los padres de los menores, a fin de explorar síntomas frecuentes que son motivo de consulta en los servicios de salud mental. (6)

Los resultados en este estudio revelaron que los síndromes depresivos, de ansiedad y los relacionados con el déficit de atención e hiperactividad fueron los más frecuentes en la población infantil. (6)

El síndrome depresivo definido con base al reporte de irritabilidad o de tristeza como síntoma cardinal, acompañado de tres o más síntomas asociados fue la manifestación depresiva más frecuente. La forma combinada de inatención, hiperactividad e impulsividad fue la segunda más frecuente. La conducta

oposicionista y los síndromes de ansiedad fueron también muy frecuentes. (2) (6) (7)

Los cuadros mixtos con síndromes de internalización y externalización estuvieron presentes en 5%. Los cuadros con solamente síndromes de externalización representaron el 2.4% y solamente con síndromes de internalización 4.5%. (6) (9) (10)

De acuerdo con el número total de síndromes no se apreciaron diferencias por sexo. Sin embargo en los varones se apreció que a mayor edad, hay un mayor número de síndromes, en tanto que en las mujeres el mayor número se encontró en edades extremas. (2) (6) (10).

Sin embargo en otro estudio de la OMS (2001) se analiza 588 sujetos derivados por los pediatras de Atención Primaria a una unidad especializada de Salud Mental de Infancia y Adolescencia. Como resultados se observan relaciones significativas entre edad y diagnóstico, de modo que de 0-5 años la mayor incidencia se da en trastornos de conducta, comunicación, eliminación, control de impulsos y trastornos generalizados del desarrollo; entre 6-11 aparecen también los trastornos de conducta seguidos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH); entre 12-15 años, trastornos de conducta y de ansiedad; y de 16 hasta 18 años, trastornos de conducta, ánimo y de alimentación. Respecto al género, existe relación significativa con el diagnóstico, con mayor incidencia en los varones de los trastornos de la conducta (externalizantes) y de ansiedad en las femeninas (internalizantes). (10)

Se observa que a mayor gravedad de trastornos en edades tempranas no tratados a tiempo, mayor repercusión y riesgo en el individuo de padecer alguna alteración psiquiátrica al llegar a la vida adulta, generándole una conflictiva no sólo personal, sino en sus relaciones interpersonales, de pareja, familiar, social y laboral.(5) (8)

Encuesta Nacional de Salud de 1988, única que existe en su especialidad, detectó que el grupo de edad entre 15 y 24 años es de alto riesgo, ya que la incidencia anual de accidentes y acciones violentas, muchas de ellas vinculadas a problemas de salud mental, alcanzó 2.3% en la población masculina y 0.6% en la femenina. (5)

Los datos epidemiológicos reportados en México son similares a los presentados en el ámbito mundial en cuanto a la prevalencia de los trastornos en el desarrollo infantil y la adolescencia. (6)

Ha reportado la Secretaría de Salud sobre trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes, indican una alta prevalencia en trastornos hipercinéticos asociados al déficit de atención, trastornos mentales debidos a lesión o enfermedad médica y retraso mental. Se observa también un incremento en la tendencia al consumo de drogas y alcohol principal causa de internamiento psiquiátrico en adolescentes, y una mayor incidencia en depresión, trastornos de ansiedad, intentos suicidas y violencia como la segunda causa y el trastorno psicótico agudo y transitorio disminuyó, colocándose en tercer lugar. (5)

La diferencia en el caso de niños y adolescentes, la percepción de la necesidad de atención y la búsqueda efectiva dependen precisamente de los adultos encargados de ellos. (2) (5) (7)

## **LOS TRES TRASTORNOS PSIQUIATRICOS MÁS FRECUENTES EN PEDIATRIA SEGÚN LA LITERATURA REVISADA SON:**

### **1. TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA, DEL EJE I DE LA CATEGORIA DE TRASTORNOS POR CONDUCTAS PERTURBADORAS:**

#### **A. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad**

El trastorno por déficit de atención (TDA) es la afección neuropsiquiátrica más frecuentemente diagnosticada en la población infantil. Se caracteriza por la presencia de inatención e impulsividad; puede darse con o sin hiperactividad en diversos grados, lo que afecta el rendimiento escolar de 7 de cada 10 pacientes. En términos conservadores se estima una prevalencia del 4% en población infantil y adolescente, por lo que en nuestro país existen aproximadamente 1 500 000 niños y adolescentes con este problema; cifra que podría duplicarse, si se toma en cuenta a los adultos que continúan padeciendo TDA. (5)

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno en el que intervienen tanto factores genéticos como ambientales. El TDAH es un trastorno de conducta que aparece en la infancia, y que se suele empezar a diagnosticar en torno a los 7 años de edad aunque en algunos casos este diagnóstico se puede realizar de una manera más precoz. Se manifiesta como un aumento de la actividad física, impulsividad y dificultad para mantener la atención en una actividad durante un periodo de tiempo continuado. Según la clasificación norteamericana de enfermedades psiquiátricas DSM-IV, no todas las personas que padecen TDAH tienen el mismo cuadro clínico. En algunas de ellas predominan los síntomas de TDAH de inatención, en otras los de hiperactividad e impulsividad, y en otras hay problemas tanto atencionales como de hiperactividad e impulsividad (lo que se conoce como TDAH combinado o mixto). Es decir, el TDAH se puede desglosar en varios subtipos, dependiendo de qué grupo de síntomas predominen. (4)

Estas variantes son conocidas como "subtipos del TDAH". De todos ellos el más frecuente es el combinado, seguido del predominantemente hiperactivo-impulsivo. El subtipo predominantemente inatento es el menos frecuente de ellos, y se da más en niñas que en niños, debido a que los síntomas de inatención son más sutiles, se detectan menos y provocan que el diagnóstico de TDAH en niñas/adolescentes tarde más en realizarse o, en muchos casos, pase inadvertido. (4)

Se trata de un trastorno heterogéneo, multifactorial, del cuál parece improbable encontrar una única causa del TDAH. Los conceptos iniciales que lo definían como "daño cerebral mínimo" han evolucionado gracias a estudios de neurobiología y fisiopatología, neuroimagen y genética para buscar la causa del TDAH. (4)

El coeficiente de heredabilidad del TDAH es de 0,76. Los factores genéticos en el TDAH se han demostrado en los estudios familiares realizados con muestras clínicas que han encontrado entre los padres de niños con TDAH un riesgo entre 2 y 8 veces superior al de la población normal de padecer ellos mismos el trastorno. Recíprocamente, el riesgo calculado para un niño de sufrir el trastorno si uno de los padres lo padece es del 57%. Así, parece que gran parte de la varianza del rasgo hiperactividad-impulsividad (70-90%) se debe a causas genéticas del TDAH, pudiendo incrementarse dicha contribución cuanto más extrema sea la manifestación clínica de dicho rasgo. (4)

Los estudios de genética molecular han relacionado el trastorno fundamentalmente con varios genes en diferentes cromosomas y sus variaciones en el número de copias, por lo que se puede decir que una de las principales causas del TDAH es la genética. (4)

Con las pruebas de neuroimagen se ha visto que en algunas zonas concretas del cerebro, hay una actividad menor de la esperada, que estaría en relación con la falta de atención y el exceso de movimiento, es decir, que sería causa del TDAH. En estas zonas podría existir un funcionamiento anómalo de algunos neurotransmisores pudiendo provocar un déficit en las funciones de esas zonas, por lo que podría ser esta una de las causas del TDAH. Especialmente zonas determinadas del lóbulo frontal del cerebro. (4)

Presenta una comorbilidad frecuente con trastornos conductuales como el síndrome oposicionista-desafiante y el trastorno disocial, así como con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y del aprendizaje; lo que impacta de una manera importante en la relación social y familiar. (2). Con mucha frecuencia cerca

de dos terceras partes de los niños remitidos a consulta por TDAH presentan otro trastorno asociado siendo los más frecuentes: (4)

## **2. CLASIFICADOS EN EL DSM-IV EN EL EJE I OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA:**

**A) Trastornos de ansiedad:** los trastornos de ansiedad y el TDAH son los dos trastornos psiquiátricos más frecuentes en la infancia, y se dan a la vez en un mismo individuo en aproximadamente un 25% de los casos. Por otra parte, la presencia de TDAH aumenta por 3 el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad. (4).

Los trastornos de ansiedad (TA) son de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, con una prevalencia estimada que oscila según los estudios entre el 9-21%. Su evolución natural sin tratamiento puede derivar en serias repercusiones negativas en el funcionamiento académico, social y familiar de los niños, interfiriendo de forma importante en el desarrollo. Su identificación puede ser difícil pues, en ocasiones, son expresiones exageradas o temporalmente inadecuadas de lo que se consideran reacciones normales y adaptativas: el miedo y la ansiedad. (11)

Los TA incluyen trastornos de inicio específico en la infancia y adolescencia y otros cuya expresión sindrómica es semejante a los TA del adulto. Las manifestaciones de los TA son polimorfas y desconcertantes en ocasiones. (12)

Las principales modalidades de tratamiento en la práctica clínica son la terapia cognitivo-comportamental (TCC), las intervenciones informativas para familiares y el tratamiento farmacológico. Aunque se han producido importantes avances en el desarrollo y aplicación de tratamientos para los TA, aún existe un número limitado de estudios que prueben la eficacia de los mismos. (11)

**Tabla I. Los temores del desarrollo y los trastornos de ansiedad en el niño y en el adolescente. Según momento evolutivo**

|                         | <b>Miedos y temores propios de la etapa evolutiva</b>                                                                                                                                          | <b>Trastornos de ansiedad prototípicos</b>                                                                                                         |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Infantes (hasta 5 años) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Estímulos discrepantes</li><li>• Ansiedad ante el extraño</li><li>• Ansiedad de separación</li><li>• Otros (oscuridad, seres extraños...)</li></ul>    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ansiedad generalizada</li></ul>                                                                            |
| Niños (5-12 años)       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Acontecimientos misteriosos</li><li>• Daños corporales</li><li>• Adecuación (rechazo parental) y rendimientos</li><li>• Relación con iguales</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ansiedad de separación</li><li>• Trastorno de ansiedad generalizada</li><li>• Fobias específicas</li></ul> |
| Adolescentes            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Adecuación social</li><li>• Hipocondriasis</li><li>• Miedo a la muerte</li></ul>                                                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Fobia social</li><li>• Trastornos propios del adulto</li></ul>                                             |

**B) Trastornos por abuso de drogas:** el riesgo en el TDAH de presentar abusos de sustancias en la adolescencia o la vida adulta es del 12 al 24%, y la presencia de trastornos de conducta es un predictor para presentar posteriormente dichos trastornos. Los últimos estudios de seguimiento parecen apuntar a que el tratamiento con psicoestimulantes mantenido más de un año actúa como factor protector frente al desarrollo de abusos de drogas en la adolescencia o la vida adulta. (5) (4)

**C) Trastornos afectivos (depresión y distimia):** la mayor parte de los estudios sitúan establecen que están presentes en el 20-30% de los TDAH, con un riesgo de padecerlos 5 veces superior al de la población normal. (4).

El trastorno depresivo se clasifica dentro de los trastornos del afecto y se caracteriza por cambios involuntarios del estado de ánimo que ocasionan una disfunción significativa del individuo que la padece. Se calcula que afecta a cerca de 340 millones de personas en el mundo. (5)

La ocurrencia de depresión en niños y adolescentes se ha incrementado en los últimos cincuenta años. Cualquier persona puede sufrir depresión, sin importar su edad, grupo étnico o género, estudios epidemiológicos indican que este desorden

se presenta en alrededor de un 3 a 8% de los adolescentes, mientras que en los adultos se presenta en promedio un 4.5% de la población. Esta enfermedad produce aislamiento social y puede en casos muy severos, culminar en el suicidio.  
(12)

Los factores de riesgo para la depresión incluyen: antecedentes familiares, género, así como situaciones de alto estrés. El criterio de diagnóstico para la depresión está bien establecido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV-TR). Un tratamiento efectivo y seguro requiere de un diagnóstico exacto; sin embargo, existe el riesgo que la depresión en la población infantil pueda ser subdiagnosticada debido a que algunos niños y adolescentes pueden tener dificultad para identificar y describir los síntomas. (12)

### **3. CLASIFICADOS EN EL DSM-IV EN EL EJE I EN OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA Y EN LA SUBCATEGORIA DE TRASTORNOS POR CONDUCTA PERTURBADORA:**

**A. Trastorno Negativista-Desafiante:** el Trastorno Negativista Desafiante (TND) consiste en un patrón de conductas negativistas, hostiles y desafiantes presente de forma persistente durante al menos 6 meses. Dichas conductas incluyen discusiones con adultos, rabietas y enfados, negativa a cumplir las normas establecidas o las órdenes de los adultos, mentiras, culpar a otros de malas conductas propias y resentimiento. Entre un 50 y un 70% de niños con TDAH presentan también un TND, y es con frecuencia precursor del Trastorno Disocial.  
(2) (4)

**B. Trastorno de conducta Disocial:** el Trastorno de Conducta (TD) consiste en un patrón de comportamientos en el que se violan sistemáticamente las normas sociales o legales y los derechos básicos de los demás, de forma persistente y durante al menos un año. Pueden presentarse conductas agresivas hacia personas y animales, destrucción de la propiedad, robos y mentiras para eludir

responsabilidades. Se presenta en un 20-50% de niños y adolescentes con TDAH, y algunos evolucionarán hacia un Trastorno Antisocial de la Personalidad en la vida adulta. (5) (4)

- **CLASIFICADOS EN EL DSM-IV EN EL EJE I TRASTORNOS DEL SUEÑO:**

**Trastornos del sueño:** los niños con TDAH, sin tratamiento, presentan con frecuencia dificultades para conciliar el sueño e incluso permanecer dormidos. Pueden presentar somniloquios, tener terrores nocturnos, pesadillas, movimientos involuntarios y sonambulismo. En cualquier caso, su calidad de su sueño es sustancialmente similar a la de los niños sin TDAH. (4)

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Los trastornos psiquiátricos son una de las patologías que en la actualidad han ido incrementando su incidencia, incluso se inician desde temprana edad en comparación a años previos.

Los datos más recientes en torno a la salud de México muestran como las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, son las enfermedades mentales, de éstas la depresión ocupa el primer lugar, la cual tiene un alto nivel de discapacidad de acuerdo a las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y el Instituto de Psiquiatría Infantil Juan N Navarro.

Además de que no tenemos una prevalencia estimada de los trastornos psiquiátricos que tenemos en el hospital, cuales son los trastornos psiquiátricos

que más tenemos en nuestros pacientes pediátricos y la edad en la que la están presentando, para poder iniciar con un manejo a tiempo y adecuado.

De aquí que surge la gran duda de cuál es la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en pediatría en el Hospital Central Norte de Pemex. Por lo que se plantea el siguiente problema:

¿La población pediátrica del Hospital Central Norte de Pemex tiene la misma prevalencia de trastornos psiquiátricos que la conocida a nivel mundial y en México?

## **JUSTIFICACIÓN**

Los trastornos psiquiátricos han crecido paralelamente en niños y adolescentes, quienes también sufren de estrés en sus vidas, mala dinámica familiar y los efectos que ocasionan son semejantes que en los adultos. Actualmente no se cuenta con estadísticas de la población pediátrica del Hospital Central Norte sobre trastornos psiquiátricos, en esto estriba la importancia de este trabajo de investigación, en obtener información estadística que nos permita compararnos con la situación mundial y tomar las medidas necesarias sobre el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de los trastornos psiquiátricos.

Es importante recordar que las alteraciones psiquiátricas repercuten en todos los ámbitos, así como en su entorno familiar y escolar de los niños. Las consecuencias de estos problemas son importantes y oscilan desde alteraciones, pasando por importantes alteraciones conductuales y del aprovechamiento escolar, hasta alteraciones más importantes en su vida personal, incluso pueden llegar a ser incapacitantes y tener en algunos de los casos desenlaces fatales como el suicidio. Es por esto de suma importancia su diagnóstico oportuno, así como el establecimiento de las estrategias terapéuticas para su manejo.

Paradójicamente el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4-20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno. Además de que los trastornos psiquiátricos infantiles tiene grandes repercusiones en la vida adulta.

## **HIPOTESIS**

La población pediátrica del Hospital Central Norte de Pemex presenta la misma prevalencia de trastornos psiquiátricos que la población mundial.

## **HIPOTESIS NULA**

La población pediátrica del Hospital Central Norte no presenta la misma prevalencia de trastornos psiquiátricos que la población mundial.

## **OBJETIVOS:**

### **GENERAL:**

Establecer la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en pediatría del Hospital Central Norte de Pemex y compararla con la prevalencia reportada en la literatura mundial, además de conocer los trastornos psiquiátricos infantiles más frecuentes en pediatría del Hospital Central Norte de Pemex, en comparación con los trastornos psiquiátricos más frecuentes a nivel mundial, el sexo y la edad en la que se presentan estos trastornos y si existe o no una relación con antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos.

### **ESPECIFICOS:**

- Determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos mediante las interconsultas que se realizaron a los servicios de psicología y de psiquiatría.
- Conocer cuáles son los trastornos psiquiátricos infantiles más frecuentes en el Hospital Central Norte de Pemex
- Conocer los trastornos psiquiátricos más frecuentes de acuerdo al sexo
- Conocer los trastornos psiquiátricos más frecuentes de acuerdo a la edad de los pacientes en el Hospital Central Norte de Pemex
- Conocer si hay relación entre la existencia o no de antecedentes familiares de algún trastorno psiquiátrico en los pacientes en el Hospital Central Norte de Pemex
- Aportar información que sirva de base para futuras investigaciones relacionadas con el tema.

## **MATERIAL Y METODOS.**

**DISEÑO DEL ESTUDIO:** Se realizará un estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal, en donde se pretende conocer la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en el pacientes pediátricos de 6 a 17 años de edad, del Hospital Central Norte de Pemex.

**UNIVERSO DEL ESTUDIO:** Derechohabientes del Hospital Central Norte de Pemex de 6 a 17 años de edad. Durante el periodo 2012 - 2013.

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Pacientes pediátricos que acuden a la consulta externa del Servicio de Pediatría del Hospital Central Norte de Pemex que tenga entre 6 y 17 años.
- Pacientes pediátricos que tengan entre 6 y 17 años y que se les dio interconsulta para ser enviados al servicio de psiquiatría.

## CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Escolares entre 6 y 17 años que presenten algún trastorno neurológico ya diagnosticado y en manejo desde edades tempranas.

## METODO

Este trabajo se llevo a cabo mediante el análisis de todas las interconsultas realizadas entre los años 2012-2013, a los servicios de psicología y de psiquiatría, pacientes que fueron enviados de la consulta externa del servicio de pediatría a los servicios antes mencionados, al detectar algún trastorno psiquiátrico, en conjunto con la colaboración de los padres y de los propios pacientes en algunos casos.

Los datos se obtuvieron del sistema médico electrónico de expedientes del Hospital Central Norte de Pemex, de donde se obtuvieron todas las consultas realizadas por pediatría que fueron 3200, de aquí se obtuvieron únicamente los pacientes que fueron enviados a interconsulta a psiquiatría y psicología de edades comprendidas entre 6 a 17 años de edad, una vez que se obtuvo la base de datos se inicio investigando cada expediente electrónico de cada paciente la razón por la que se interconsulto al servicio de psicología o de psiquiatría, leyendo las notas en donde se obtuvo el diagnóstico de cada paciente, posteriormente se inicia dividiendo a los pacientes de cuerdo al diagnóstico que se obtuvo, a su vez se dividieron a los pacientes por edades, por sexo y de esta manera obtener los resultados. Se obtuvo la prevalencia que se tiene en nuestro hospital con respecto a la prevalencia mundial y del país.

Una vez que se tuvieron los resultados se realizaron las tablas y las gráficas que se plasman en este trabajo de investigación. Por medio de los programas de Excel. En un tiempo aproximado de 2 meses.

## **CALCULO DE LA MUESTRA:**

La muestra se obtuvo revisando todos los expedientes electrónicos de los pacientes de la consulta de pediatría que se les dio interconsulta a psiquiatría y psicología, de los años del 2012-2013. De aquí se obtuvo que hubo un total de 3200 consultas pediátricas, de estos se enviaron a interconsulta un total de 321 niños en pacientes pediátricos de 6 a 17 años de edad. Donde se estima una prevalencia mayor o igual que la de la población mundial.

## **ASPECTOS ETICOS:**

Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo N° 17:

- **Es un estudio de Investigación sin riesgo:** Ya que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, únicamente se llevo a cabo la revisión de expedientes clínicos, respetando siempre la identidad del paciente, sin hacer ningún tipo de daño a la persona.

## **MATERIAL:**

### **A) RECURSOS HUMANOS**

- Médico residente el cual investigara base de datos
- El asesor de tesis

### **B) RECURSOS MATERIALES**

- Interconsultas que se realizaron entre los años 2012-2013
- Información obtenida de la Web y artículos de investigación

## **VARIABLES:**

- a. Pacientes pediátricos de 6 a 17 años de edad (variable independiente)
- b. Trastornos psiquiátricos (variable dependiente)

- c. Edad (variable dependiente)
- d. Sexo (variable dependiente)
- e. Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos (variable dependiente)

## PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa Excel Microsoft edición profesional 2007, por distribución de frecuencia y porcentaje en cuadros estadísticos y gráficos tipo barra. Se procedió a analizar cada variable utilizando la estadística descriptiva, posteriormente se obtuvieron las conclusiones.

## RESULTADOS

Se revisaron un total de 3200 consultas del servicio de la consulta externa de pediatría, de estos solo 321 pacientes fueron enviados a interconsulta a psiquiatría por presentar trastornos psiquiátricos infantiles, de los cuales fueron 154 femeninas y 167 masculinos.

De estos a su vez se dividieron de acuerdo a la edad en escolares de 6-11 años y adolescentes de 12 a 17 años de edad, para poder clasificar los trastornos psiquiátricos de acuerdo a la edad de presentación y sexo. Coincidiendo la edad de presentación de los trastornos psiquiátricos de acuerdo a la edad con los que se leyó en la literatura.

Se encontró que la prevalencia en nuestro hospital es del 10%, comparándose con la prevalencia mundial y de México se tiene que es muy parecida la prevalencia en nuestro hospital. Además de que se observa que los trastornos psiquiátricos más frecuentes en pediatría en nuestro hospital son iguales que a nivel mundial y en México según la literatura que se leyó.

Siendo una frecuencia en anorexia de 6, con trastorno de ansiedad de 62, autismo de 7, consumo de sustancias//alcohol de 13, depresión mayor de 8, depresión moderada//leve de 20, enuresis de 9, fobia social de 7, hiperactividad de 86, trastorno opositor desafiante de 16, trastorno de pánico de 8, trastorno de adaptación// estrés de 23, trastorno de conducta de 47.

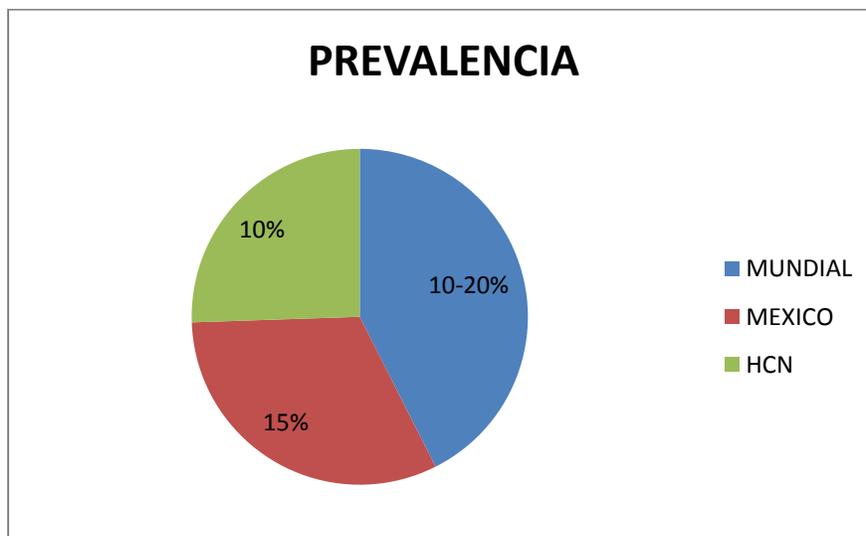
La relación de la edad de los pacientes y los trastornos psiquiátricos encontrados en el servicio de pediatría en el año 2012-2013 fue de anorexia entre los 16 y 15 años de edad, de ansiedad fue a la edad de 16 y 15 años, de trastorno autista fue a los 7 años, de consumo de sustancias // alcohol fue a los 16 años de edad, de

depresión mayor fue a los 15 y 16 años, de depresión leve//moderada fue entre los 15 y 17 años, de enuresis fue a los 6 años, trastorno de hiperactividad fue entre los 6 y 9 años de de edad, trastorno opositor//desafiante fue a los 6 años, trastorno de pánico fue a los 7 años, trastorno de adaptación // estrés fue entre los 12 y 13 años, trastornos de conducta fue entre los 9 y 13 años, trastorno de sueño a los 9 años y trastorno de fobia social con dos picos a los 9 años y 13 años de edad. (GRAFICA 3)

### PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN PEDIATRIA EN EL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PEMEX

| LUGAR   | PREVALENCIA |
|---------|-------------|
| MUNDIAL | 10-20%      |
| MEXICO  | 15%         |
| HCN     | 10%         |

GRAFICA 1



GRAFICA 1: LA PREVALENCIA EN EL HCN ES DEL 10%, SIENDO MENOR QUE LA DE MEXICO QUE ES DEL 15%, AUNQUE IGUAL QUE LA MUNDIAL QUE SE ENCUENTRA ENTRE 10-20%

GRAFICA 2

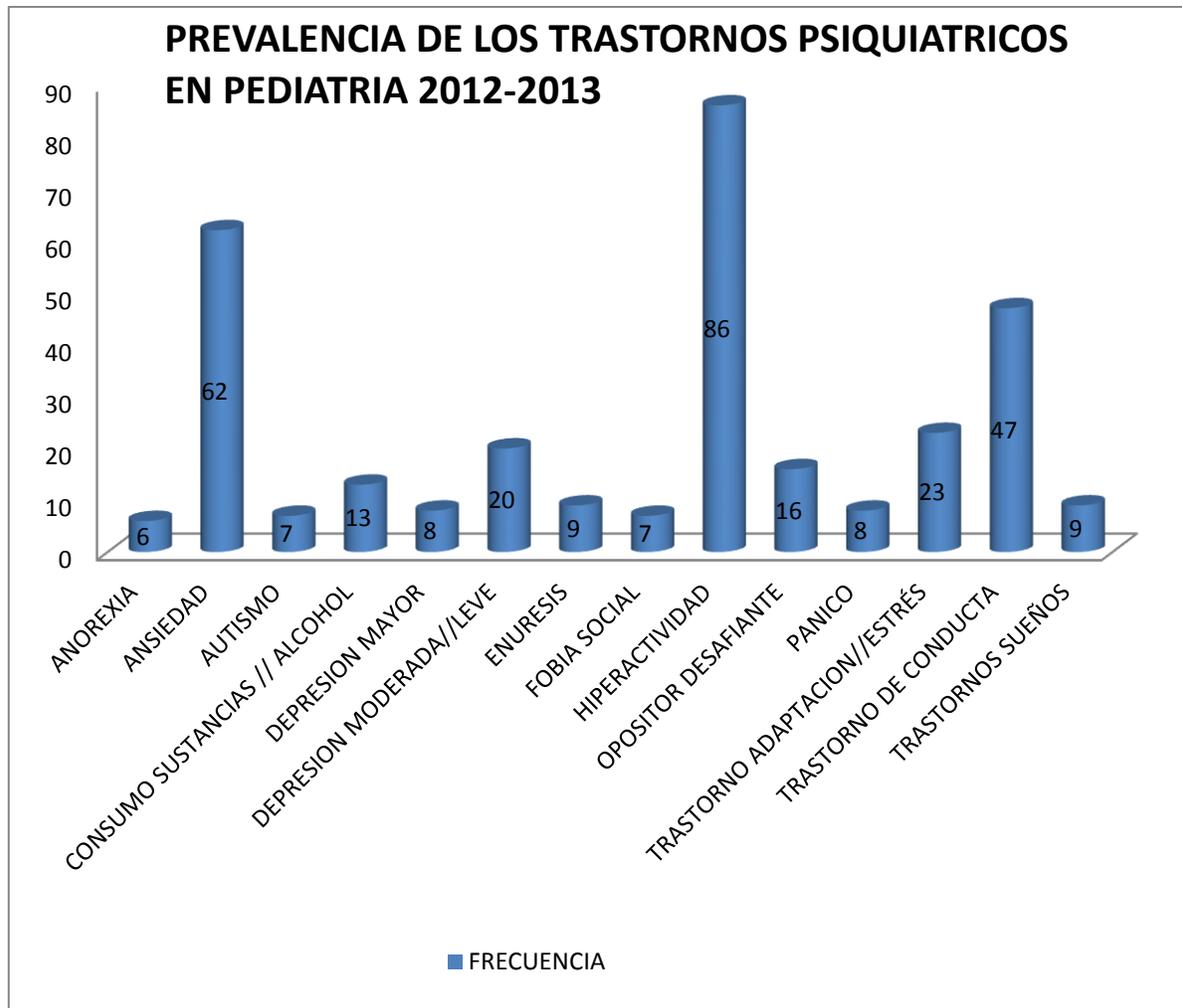
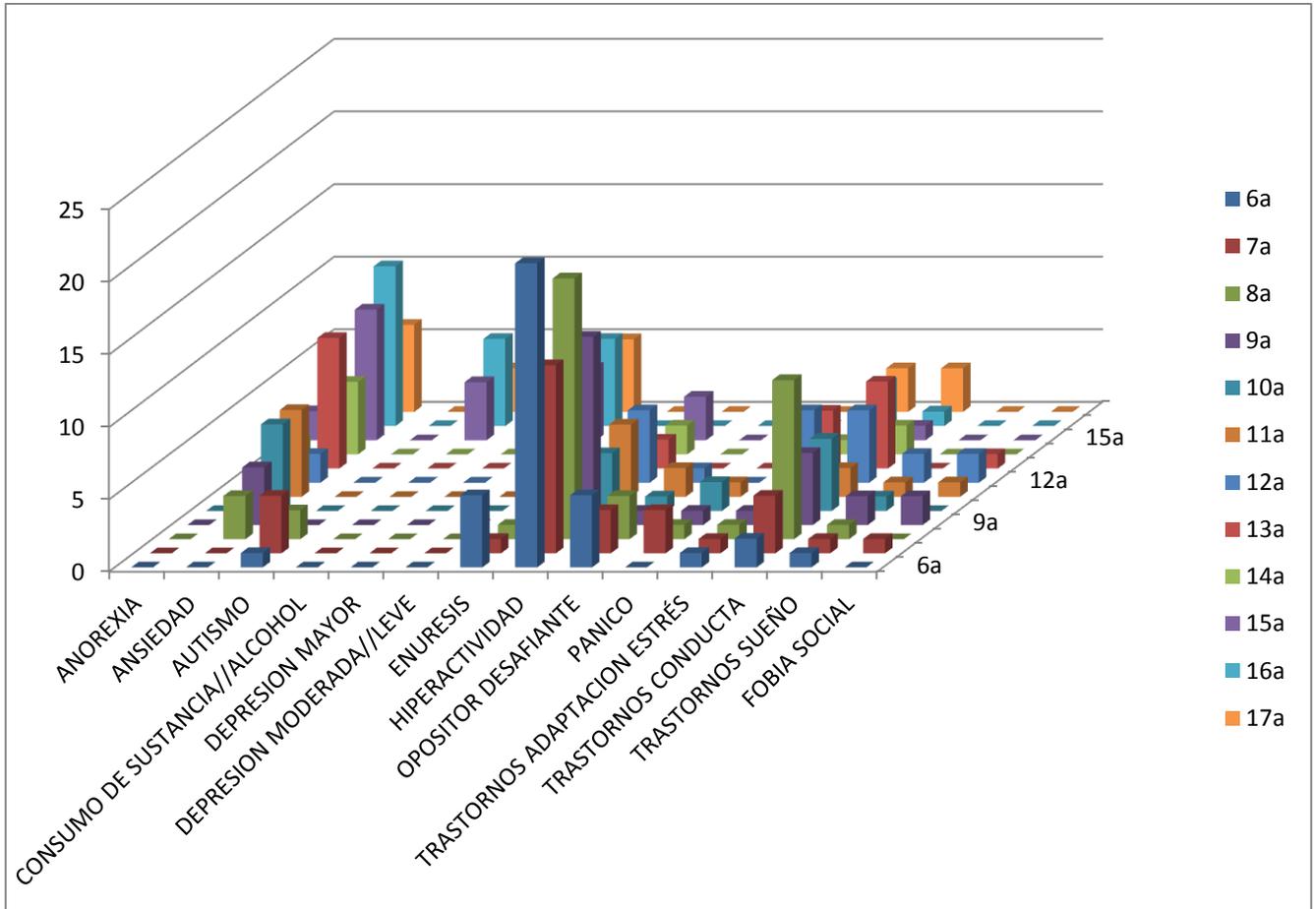
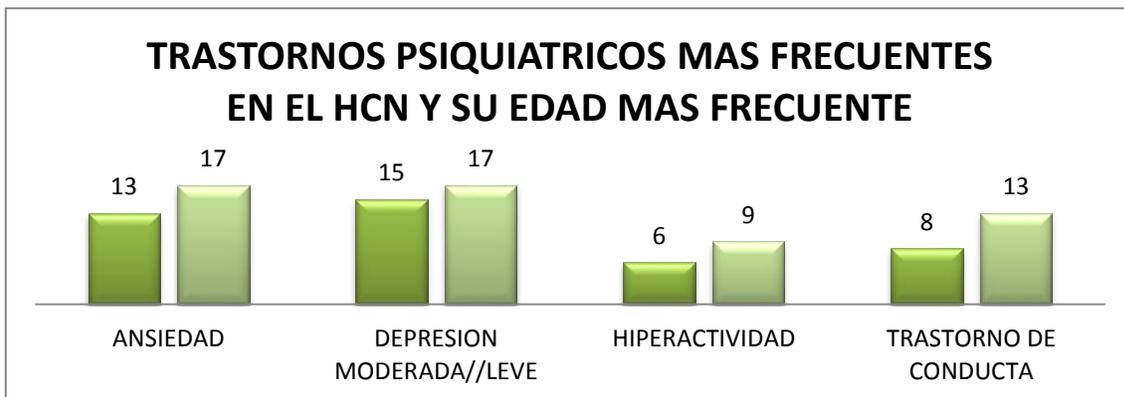


Grafico N° 2, de 321 pacientes evaluados se encontró que los trastornos con una mayor prevalencia en el servicio de pediatría en el año 2012-2013 en edades comprendidas entre 6 a 17 años fue del 86% el trastorno de hiperactividad, un 62% trastorno de ansiedad, un 47% trastornos de conducta y un 28% trastornos de depresión de los cuales un 20% fueron por depresión moderada//leve, con un 16% de trastorno opositor desafiante. Lo que nos da resultados muy parecidos a los trastornos psiquiátricos más frecuentes a nivel mundial y en México de acuerdo a la literatura revisada.

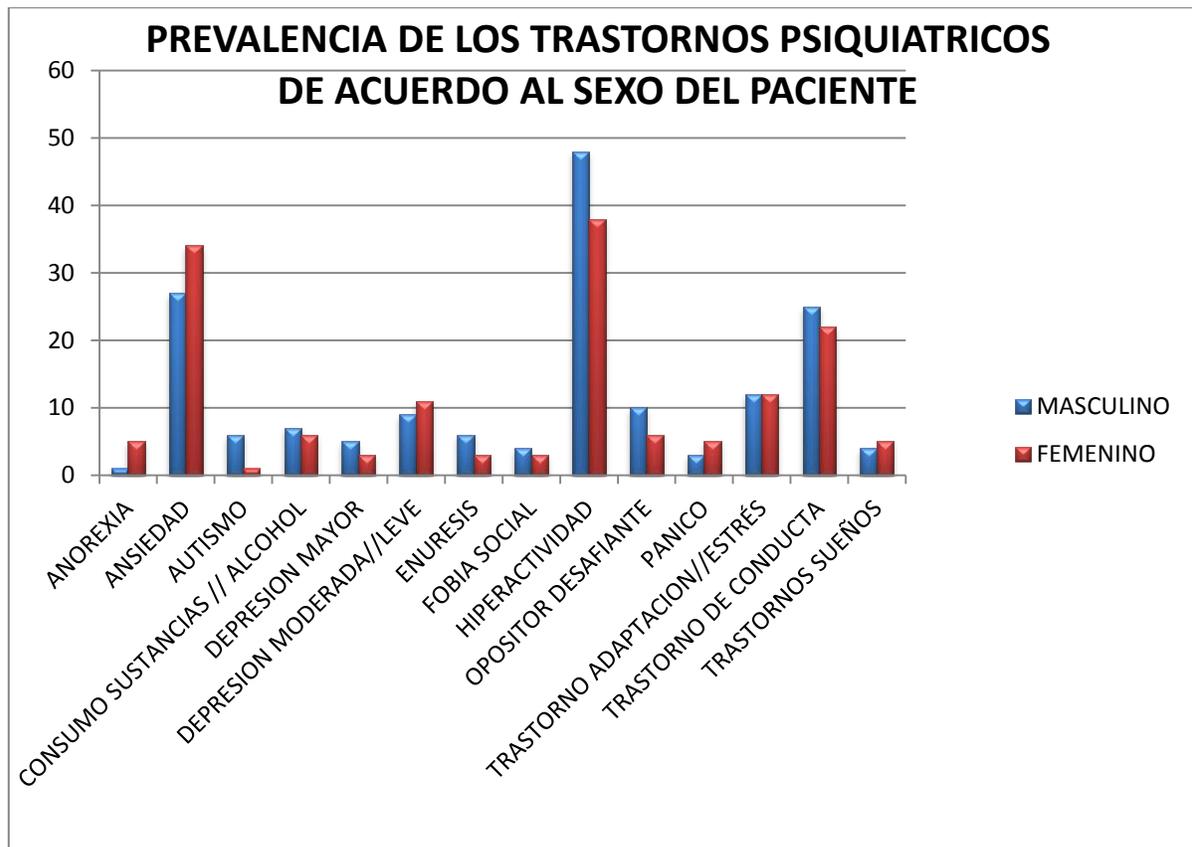
### GRAFICA 3 RELACION DE LA EDAD Y LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ENCONTRADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA EN EL AÑO 2012-2013



TRASTORNOS PSIQUIATRICOS MAS FRECUENTES EN PEDIATRIA DEACUERDO A LA EDAD EN EL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PEMEX.



GRAFICA 4 RELACION DEL SEXO Y LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ENCONTRADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA EN EL AÑO 2012-2013



De 321 pacientes evaluados se encontró que relación del sexo de los pacientes y los trastornos psiquiátricos encontrados en el servicio de pediatría en el año 2012-2013 fue de anorexia más frecuente en mujeres, ansiedad más frecuente en mujeres, autismo más frecuente en hombres, consumo de sustancias // alcohol más frecuente en hombres pero no con gran diferencia, depresión mayor más frecuente en hombres, depresión leve//moderada más frecuente en mujeres, enuresis más frecuente en hombres, fobia social con una relación casi igual, siendo más en hombres, hiperactividad más en hombres, trastorno opositor desafiante más frecuente en hombres, trastorno de pánico más frecuente en mujeres, trastorno de adaptación // estrés más frecuente siendo la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres, trastorno de conducta más frecuente en hombres, trastorno del sueño más frecuente en mujeres aunque también con una diferencia mínima.

## GRAFICA 5



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

1. La prevalencia a nivel mundial de los trastornos psiquiátricos en pediatría es del 10-29%, con una media del 20%, en México estudios revelan una prevalencia del 15%, en este estudio se obtuvo una prevalencia de los trastornos psiquiátricos en el Hospital Central Norte de Pemex de un 14%, de acuerdo a los años y a los pacientes estudiados, una prevalencia solamente muy poco por debajo de la estimada, sin embargo dentro del rango a nivel mundial.
2. Se obtuvo que los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el Hospital Central Norte de Pemex son en primer lugar los trastornos de hiperactividad, en segundo lugar los trastornos de ansiedad y de depresión leve a moderada y en tercer lugar los trastornos de conducta, siendo muy parecida con lo que se obtuvo en la literatura a nivel mundial en donde el trastorno más frecuente fue el trastorno de hiperactividad, en segundo lugar tenemos a los trastornos de ansiedad y depresión, en tercer lugar tenemos a los trastornos de conducta, ingesta de sustancias//alcohol, trastornos de alimentación.
3. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el Hospital Central Norte de Pemex de acuerdo al sexo fue en el trastorno de hiperactividad que es más frecuente en hombres, en el trastorno de ansiedad es más frecuente en mujeres, en los trastornos de conducta son más frecuentes en hombres y en los trastornos de depresión moderada//leve son más frecuentes en mujeres ya que los de depresión severa es en hombres, siendo igualmente muy parecida en con la que se registro a nivel mundial.
4. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el Hospital Central Norte de Pemex de acuerdo a la edad fue en el trastorno de hiperactividad es más frecuente en la edad escolar de 6 a 9 años, en el trastorno de ansiedad es en la adolescencia en la edad de 13 a 17 años, en los trastornos de conducta es en edad de escolares y adolescentes entre los 8 y 13 años de edad y en los trastornos de depresión moderada//leve son más frecuentes en adolescentes entre los 15 y 17 años de edad, siendo igualmente muy parecida en con la que se registro a nivel mundial, únicamente con la diferencia que en la adolescencia a nivel mundial también se tiene alta prevalencia en los trastornos de alimentación y en el de consumo de sustancias//alcohol y se observa también incidencia de hiperactividad en adolescentes.

## RECOMENDACIONES

1. Enviar oportunamente a los pacientes pediátricos que se capten en el primer nivel de atención a valoración ya sea con los servicios de psiquiatría o de psicología, para descartar algún trastorno psiquiátrico.
2. Dar el tratamiento adecuado y oportuno a los niños que se diagnostiquen con trastornos psiquiátricos para un mejor pronóstico.
3. Realizar más estudios sobre prevalencia de trastornos psiquiátricos en pediatría en el Hospital Central norte incluso tomando en cuenta a los pacientes que ya acuden a los servicios de psiquiatría y psicología, para poder tener una estadística más exacta y de esta manera un manejo adecuado y evitar complicaciones en la vida adulta de estos pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Guía Clínica para el tratamiento psicológico de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Autores: Laura Hernández Guzmán, Corina Benjet, Marco Antonio Andar, Graciela Bermúdez, Flor de María Gil Bernal. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México, 2010. Páginas 1-50.
- 2.- Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Abril 2008. Cauffman E: A statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004; 43:430-439.
- 3.- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Flores I Formenti, Tomas, American Valdés Miyar, Manuel tr. American Psychiatric Association. Barcelona : Masson,1996.
- 4.- Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Dr. Ignacio Pascual-Castroviejo. Neuropediatría. Madrid. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. 2008. Capítulo 20.
- 5.- Diagnóstico Epidemiológico, capítulo III. Páginas 1-15. Programa de acción en salud mental (OMS) 1996. Fuente Medina Mora y Col. Caraveo y Col.
- 6.- Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. Jorge Javier Caraveo-Anduaga, MC, MSP, Eduardo Colmenares-Bermúdez, MC, Nora Angélica Martínez-Vélez, Lic Psic. Artículo original. Salud pública de México / vol.44, no.6, noviembre-diciembre de 2002.
- 7.- Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Abril 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo: Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid 2007.
8. - Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents: Prevalence studies. Artículo de Revision. Flora de la Barra M.1 Epidemiology, child and adolescent psychiatry, psychiatric disorders. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (4): 303-314
- 9.- Studies on psychiatric epidemiology in children and adolescents in Chile. State of the art. DRA. Flora de la Barra M, DR. Benjamín Vicente P, DRA. Sandra Saldivia B, Roberto Melipillán A. Revista Médica CLIN. CONDES - 2012; 23(5). Páginas 521-529.

10.- Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. Esperanza Navarro-Pardo, Juan Carlos Meléndez Moral, Alicia Sales Galán y M<sup>a</sup> Dolores Sancerni Beitia. Universidad de Valencia. *Psicothema* 2012. Vol. 24, nº 3, pp. 377-383.

11.- Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. Ruiz Sancho AM, Lago Pita. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280.

12. Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad. En: Mardomingo MJ (ed.). *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes*. Madrid: Díaz de Santos; 1994. p. 281-314.

13. Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. ME Acosta-Hernández<sup>1</sup>, T. Mancilla-Percino<sup>2</sup>, J. Correa-Basurto<sup>3</sup>, M. Saavedra-Vélez<sup>4</sup>, FR Ramos-Morales<sup>1</sup>, Jesús S. Cruz-Sánchez<sup>5</sup>, S. Duran Niconoff. Artículo de revisión. *Archivos de Neurociencias (México)*. Vol. 16, No. 1: 20-25; 2011

14.- Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Máximo Aláez Fernández, Rosario Martínez-Arias\* y Carlos Rodríguez-Sutil\* Ayuntamiento de Madrid, \* Universidad Complutense de Madrid. *Psicothema* 2000. Vol. 12, nº 4, pp. 525-532

ANEXOS:

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE PACIENTE:

EDAD:

SEXO: M

F

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO:

VALORADO POR: