

11264

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.

**DETECCIÓN DE SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE (4-16 años) EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICO.**

Asesor Teórico:  
**Dra. María Elena Márquez Caraveo.**

SUBDIVISIÓN DE CALIFICACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

Asesor Metodológico:  
**Dr. Jorge Caraveo Anduaga.**

Alumna: **Dra. María Teresa de la Asunción Domínguez Alfaro.**

TESIS PARA LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRA INFANTIL.

Vo. Bo.

Febrero de 2002.

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO

2003

M. 319758



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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).

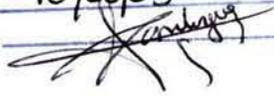
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas  
UNAM a difundir en formato electrónico e impri-  
contenido de mi trabajo respecto

NOMBRE: María Teresa de la  
Asunción Domínguez Alfaro

FECHA: 18/06/03

FIRMA: 

*...Sean nuestros hijos como plantas  
florecentes en su juventud,  
nuestras hijas como columnas angulares,  
esculpidas como las de un palacio...*

*Sal 144, 12*

## INDICE.

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Marco teórico:</b>  |           |
| <b>Introducción.....</b>  | <b>2</b>  |
| <b>Psicopatología en el desarrollo del niño .....</b>                                       | <b>3</b>  |
| <b>La salud mental en los ambientes institucionales en el primer nivel de atención.....</b> | <b>4</b>  |
| <b>2. Planteamiento.....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>3. Justificación.....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>4. Objetivos.....</b>  | <b>10</b> |
| <b>5. Diseño de la investigación.....</b>   | <b>11</b> |
| <b>6. Cronograma del proyecto.....</b>  | <b>14</b> |
| <b>7. Instrumento de captación.....</b>   | <b>15</b> |
| <b>8. Resultados.....</b>   | <b>18</b> |
| <b>9. Gráficas.....</b>   | <b>25</b> |
| <b>10. Discusión.....</b>   | <b>36</b> |
| <b>11. Conclusiones.....</b>  | <b>39</b> |
| <b>12. Consideraciones éticas.....</b>  | <b>40</b> |
| <b>13. Bibliografía.....</b>  | <b>41</b> |

## MARCO TEÓRICO.

### INTRODUCCION.

A través del tiempo se han dado diferentes conceptos de desarrollo en el niño y el adolescente, del proceso salud enfermedad, la psicopatología, la salud mental en los ambientes institucionales de primer nivel. Para efectos de este estudio, la definición de estos conceptos es lo que a continuación se expresa.

### Desarrollo.

Según Rutter(1985) menciona que el proceso del desarrollo constituye el “vínculo crucial entre los determinantes genéticos y las variables ambientales, entre la sociología, y la psicología individual y entre causas fisiogénicas y psicogénicas”.

Y Escotto(1989) comenta que es la aparición, evolución y consolidación de las estructuras que sustentan las funciones mentales de un individuo, que interactúa con su medio físico y social en un tiempo que se sitúa arbitrariamente, desde la época perinatal hasta la adolescencia.

Sin embargo, se considera que dentro del término inherente a la palabra está la idea de cambio y de tiempo como lo expresa Magnuson(1993); el desarrollo mental para este autor se explica de acuerdo al principio de interacción dinámica: multideterminante, interdependiente, recíproca, temperamental, no lineal y de integración.

### Proceso de salud – enfermedad.

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1978)

Hablando específicamente de salud mental Kaplan y Sadock(1994), dicen que un comportamiento está dentro de los límites de la normalidad cuando no se observa psicopatología. Si se pusieran todos los comportamientos en una escala, la normalidad ocuparía casi todo el continuo y lo anormal sería solo una pequeña zona residual. En este contexto la salud se considera como un estado de funcionamiento razonable, más que óptimo.

Caraveo(1998), expresa en cuanto a salud y epidemiología que realiza valoraciones

cuantitativas de la frecuencia de los trastornos o de las características cualitativas que afectan o que presenta un grupo determinado en comparación con otros. Correlaciona factores de índole biológica, psicológica, social y temporal en aras de establecer asociaciones que permitan delimitar causas y factores de riesgo, mismos que al ser modificados interrumpen la cadena causal de los trastornos. Es una ciencia de campo, por lo tanto su terreno es la realidad concreta permitiendo evaluar la veracidad y aplicabilidad de diversas hipótesis y modelos explicativos.

### **Psicopatología del desarrollo del niño.**

La psicopatología del desarrollo ha sido descrita como una “disciplina emergente”, (Zigler,1989). Achenbach(1990), la define como “un abordaje general para entender las relaciones entre el desarrollo y sus desviaciones maladaptativas”. Lewis(1990) habla de ella como “el estudio de la predicción de los procesos y conductas maladaptativas”.

Márquez(1998), concuerda con Sroufe y Rutter al definir la psicopatología del desarrollo como el estudio de los orígenes y curso de los patrones individuales de la maladaptación conductual, cualquiera que sea la edad de inicio, las causas, las transformaciones en las manifestaciones de la conducta y la complejidad del curso en el patrón del desarrollo de dicha conducta.

Caraveo(1998), explica que la psicopatología del desarrollo tiene diferentes enfoques para darse cuenta de las variaciones normales de las psicopatológicas durante el desarrollo, y a partir de esto se formulan preguntas acerca de los mecanismos y procesos subyacentes.

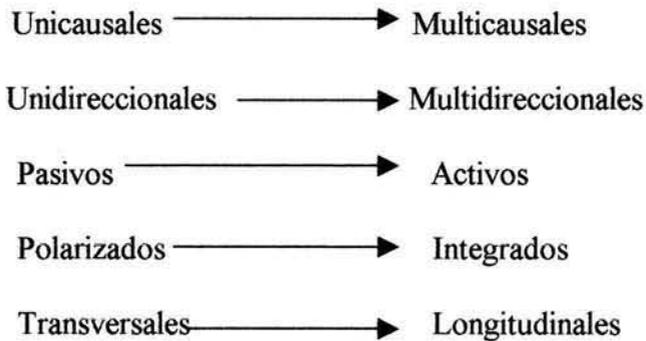
Hay varios puntos de vista de cómo enfocar la psicopatología, ya que en la investigación psiquiátrica (especialmente desde una perspectiva epidemiológica) indica que los llamados modelos tradicionales de enfermedades unitarias con causas únicas tienen una limitación completa en el campo de los trastornos mentales.

Los científicos sociales tienen la visión de un abordaje en la enfermedad como una causa unitaria haciéndolo como modelos médicos típicos; sin embargo, tienen una falsa concepción.

No son exactos los riesgos y factores protectores para los trastornos psiquiátricos que se manifiestan en la vida adulta que puedan operar en la niñez o adolescencia, y el por qué muchos trastornos puedan representar distorsiones o exageraciones del proceso en el desarrollo normal. Los factores que influyen en el desarrollo normal pueden también determinar un desarrollo anormal. (Magnuson, 1993)

Márquez(1998) propone que a partir de los métodos, teorías y perspectivas de la psicopatología del desarrollo, el foco de estudio lo constituyan las desviaciones del desarrollo. Ha estudiado que para la comprensión del desarrollo infantil, los modelos de desarrollo han cambiado al ser de tipo transaccional mas que deterministas, activos mas que pasivos, ya que se considera el desarrollo del niño como producto de interacciones dinámicas continuas entre el niño y la experiencia provista por su familia y el contexto social. (Márquez, 1998)

El cambio en los modelos de desarrollo infantil.



### **La salud mental en los ambientes institucionales en el primer nivel de atención.**

Un primer paso para comprender las alteraciones psiquiátricas en niños, desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, es determinar la prevalencia de síntomas psicopatológicos y segundo su vigilancia y la atención de éstos por los servicios disponibles.

Existe una creciente evidencia de que muchos niños con trastornos psiquiátricos no reciben atención por parte del servicio de salud mental, o cuando la reciben estos niños y adolescentes es de forma inapropiada y muy restrictiva; por lo que es importante entender cuáles son los factores que influyen para que se tenga acceso a estos servicios cuando son necesarios. (Briggs-Gowan y cols, 2000)

Briggs-Gowan y cols (2000), realizaron un estudio sobre “la salud mental en los ambientes pediátricos”, y sus objetivos fueron examinar los trastornos psiquiátricos en ambientes pediátricos e identificar los factores asociados con el recurso de los padres para acudir con los pediatras concerniente a los resultados emocional/conductual y el uso de los servicios de salud mental. La muestra consistió de niños de 5-9 años de edad (promedio= 7.7 años, SD=1.41) de una muestra representativa (N= 1060) en el período de 1987 a 1988. Para tamizar los problemas conductuales utilizaron la Escala Conductual del Niño (CBCL) de Achenbach, y la Forma Evaluación de Suministro (PRF) de Horwitz, la Entrevista Diagnóstica para Niños-Revisada (DISC-R). En los resultados, la prevalencia de algún trastorno fue 16.8%. ansiedad/depresión parental y un posible abuso en el niño fueron asociados independientemente con un rango de 2-3 veces mayor del trastorno. El 55% de los padres que reportaron un trastorno no lo habían discutido como un problema conductual/emocional con sus pediatras. Los factores relacionados para ver a un profesional de la salud mental fueron: en la familia haber un solo padre, y los eventos estresantes de la vida cuanto a los padres. La mayoría que respondieron fueron las madres (96.4%), y tenían una escolaridad de secundaria y bachillerato. Cuando estaba presente un trastorno, solo el

46.8% fué canalizado con un profesionista de salud mental. Como conclusión enfatizan de que en el caso de que el niño reciba atención por un pediatra, una estrategia que se utiliza para mejorar la efectividad en el manejo de los problemas de salud mental es proporcionar un entrenamiento adicional al pediatra en el desarrollo conductual del niño, como un entrenamiento adelantado en estas áreas, y se ha asociado con patrones mas efectivos de identificación y de referencia a los servicios de Salud Mental.

Hales y cols. (2000), han valorado que en la población general, la discapacidad psicosocial y la prevalencia de los trastornos psiquiátricos se encuentran con mayor frecuencia en ambientes médicos que en los psiquiátricos. La morbilidad psiquiátrica está asociada con una elevada utilización de los servicios médicos generales y un incremento en los diversos parámetros de la utilización de los servicios de salud. Ante todo esto los profesionales de la Salud Mental deben continuar desarrollando en continuo servicios ambulatorios y prestar su apoyo a los médicos de asistencia primaria para que remitan a sus enfermos a estos servicios.

Por todo esto se han desarrollado estrategias de investigación, que han propuesto demostrar de diferentes maneras, dentro de criterios específicos para una evaluación, aleatorizar ensayos clínicos en control en diferentes tipos de grupos y buscando diferentes causas. Cada investigador hipotetiza su propio punto de vista y lo aplica a la población en estudio para demostrar su teoría, siendo algunos en programas preventivos como enfoque principal. (Lewis, 1996)

El presente estudio es un continuo del trabajo ya realizado por Caraveo y cols. (1995-2001), con el fin de detectar problemas de salud mental en la infancia, utilizando el Cuestionario de Reporte para Niños (RQC) y RQC modificado.

El antecedente del Cuestionario de reporte para Niños (RQC), aquí en México es que fue validado como un instrumento de tamizaje por Gómez y cols.(1993), diseñado con 10 preguntas para identificar problemas de salud mental en población infantil no psiquiátrica.

Es un instrumento, útil en estudios de comunidad en donde al menor no se le considera con problemas mentales o emocionales. Está diseñado para identificar estados moderados o severos de retardo mental, y de trastornos emocionales o conductuales que afectan la escolaridad y la socialización del menor. El instrumento debe ser contestado por los padres o por un adulto que lleve relación significativa con el niño. Para considerar al niño como “caso probable”, este deberá tener por lo menos una respuesta positiva en cualquiera de los reactivos. (Gómez, Caraveo, 1993)

El RQC modificado, investiga la presencia de 27 aspectos conductuales y emocionales de niños y adolescentes entre 4 y 16, y tienen que ser contestados por los padres o por un adulto que lleve relación significativa con el niño. Los aspectos investigados corresponde a 10 reactivos del RQC, que fue empleado en la Encuesta Nacional de Salud Mental, así

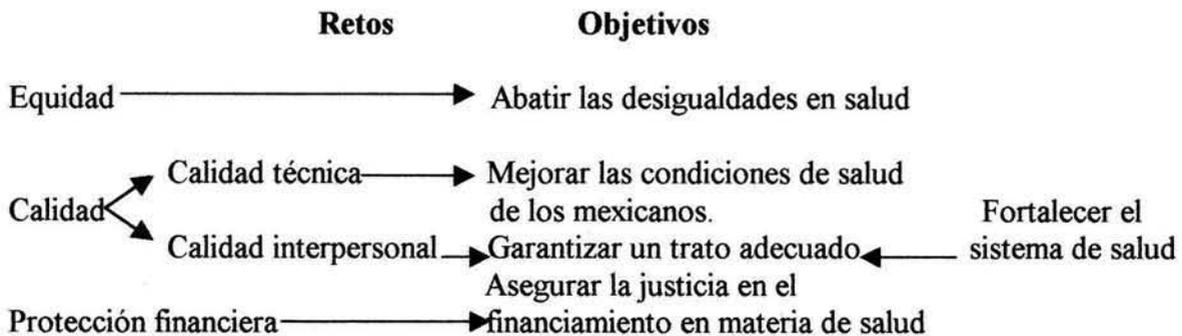
como otros 17 reactivos seleccionados de las Listas de Conductas en los Niños, de la versión para los padres (CBCL-P) de Achenbach. Considerando la naturaleza dicotómica de los 27 reactivos, la confiabilidad del instrumento fue medida utilizando el coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20), obteniéndose un valor de 0.81, con rango de 0.76 a 0.85. (Caraveo y cols, 2001)

Otro instrumento utilizado en este estudio es el Cuestionario socioeconómico (CUSOEC), adaptado de Cravioto(1991) para valorar la esfera socioeconómica, considerada como un factor de riesgo que puede influir en el desarrollo infantil y del adolescente; cuyas preguntas son contestadas por un adulto de la familia.

Éste se ha considerado como un método de clasificación basado en varios rangos, para dar una representación más correcta de la categoría social y económica. Se define el nivel socioeconómico de cada sujeto, al referir la situación de la familia mediante 4 criterios que son: ocupación del que sostiene el hogar, educación de la madre, ingreso per-cápita y habitación. Cada criterio tiene 6 niveles de mayor a menor jerarquía y se suman las calificaciones obtenidas, donde el rango menor es 4 y el mayor 24, con 4 puntos de corte; obteniéndose la calificación de (4-8) = estrato socioeconómico bajo, (9-13) = estrato socioeconómico medio-bajo, (14-18) = estrato socioeconómico medio-alto, y (>19) = estrato socioeconómico alto.

Finalmente como un concepto ideal de atención en salud mental tenemos al Programa Nacional de Salud (2001-2006).

Retos y objetivos del programa:



La relevancia de la problemática de los padecimientos mentales estriba en que se estima, que por lo menos una quinta parte de la población mexicana padece en el curso de su vida de algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentan depresión; medio millón padece esquizofrenia, un millón de personas tiene epilepsia, y la demencia la padecen el 10% de las personas mayores de 65 años.

El PNS propone desarrollar las siguientes actividades para enfrentar este problema de salud pública;

- Actualización y fortalecimiento de los modelos de atención en salud mental.

- Establecimiento de programas específicos para la atención integral de la depresión, esquizofrenia, epilepsia, demencias, trastorno por déficit de atención y del desarrollo infantil, enfermedad de parkinson, así como para la atención psicológica en los casos de desastre.
- Incremento en la oferta de los servicios ambulatorios a la población que sufre estos padecimientos.
- Creación de redes comunitarias en apoyo a la atención de la salud mental.
- Realización de la primera Encuesta Nacional de Salud Mental.

Caraveo (1998) propone algunos aspectos para considerar, como el enfoque de las cadenas de causalidad, por lo que hay que investigar diferentes posibilidades en interacción e interdependencia a través de variables e indicadores de diferente naturaleza y en diversos contextos, por lo que algunos aspectos a considerar en una investigación son los siguientes:

- 1) el hallazgo de diferencias en la prevalencia por grupos de edad es tan sólo un dato inicial para la indagación,
- 2) la persistencia de conductas con el paso de la edad alerta acerca de su valor, por sí solas, como indicadores de una probable alteración. A la vez, orienta hacia la búsqueda de asociaciones y correlaciones con otras variables para evaluar su potencialidad –en conjunto- como indicadores tempranos en el desarrollo de una probable psicopatología o de desventajas que afecten el desarrollo. Por ejemplo enuresis, problemas de lenguaje, ansiedad de separación,
- 3) indagar acerca de la comorbilidad y subdividir a los trastornos en función de la edad de inicio,
- 4) evaluar lo apropiado o inapropiado de la conducta en relación al estadio del desarrollo,
- 5) explorar la continuidad y discontinuidad entre la psicopatología en la infancia y adolescencia con la del adulto en aras de identificar características tempranas que faciliten la detección y atención oportuna así como que puedan brindar claves para el estudio de la etiología de los trastornos,
- 6) evaluar el impacto de los factores de riesgo de acuerdo con la edad,
- 7) además de los factores de riesgo, es necesario identificar factores protectores para completar el estudio, delineando e investigando las cadenas causales.

Por lo que proponemos utilizar un instrumento de detección de síntomas psiquiátricos para estudios epidemiológicos como lo es el Cuestionario de Reporte para Niños Modificado(RQC modificado), para prestar un apoyo a los médicos de asistencia primaria y que puedan remitir específicamente a los niños detectados como síntomas o casos positivos a los servicios de Salud Mental.

Así como aplicar el cuestionario socioeconómico a los familiares de estos niños y adolescentes.

## **PLANTEAMIENTO.**

Se ha observado que en un servicio de primer nivel de atención para adultos y niños como lo es un Centro de Salud tiene una población cuantificable que llega a valoración por diferentes tipos de enfermedades médicas entre las que puede presentarse algún de tipo de alteración mental, solo que la búsqueda de apoyo es por una enfermedad médica o algún otro tipo de asistencia, sin tomar en cuenta algún síntoma psiquiátrico que se esté presentando, algunos son obviados completamente y solo unos cuantos son canalizados a los especialistas de Salud Mental.

Por lo que se plantea investigar:

¿Se detecta la presencia de psicopatología en niños y adolescentes en la consulta general?

¿Se precisan y se presentan como problemas de salud, los síntomas y conductas en niños y adolescente que sugieran una posible psicopatología?

## **JUSTIFICACION.**

La detección de trastornos psiquiátricos puede ser mas fácil gracias a la utilización por parte del paciente de cuestionarios y/o escalas clínicas autoadministrables.

1.- En México reconocemos que existe una necesidad notable de investigación en la asistencia primaria para el suministro de cuidados médicos y mentales dirigidos hacia la población infantil y adolescente.

2.- Además de que en los servicios del primer nivel de atención, se recibe una población pediátrica mayor en número que un servicio de tercer nivel.

3.- Hay escasos estudios enfocados hacia la epidemiología psiquiátrica infantil, para que valoremos realmente hacia donde debemos encaminar nuestros esfuerzos como prestadores de servicios de Salud Mental.

Se sabe que en la población general se han utilizado escalas de tamizaje para detectar la prevalencia de la psicopatología, pero no se ha realizado en un centro de atención primaria con población infantil.

## **OBJETIVOS.**

### **Objetivos:**

- 1.- Determinar la frecuencia de síntomas psicopatológicos en la población infantil y adolescente que acuden a consulta general, y/o servicio asistencial en un centro de atención primaria (Centro de Salud).
  - a).- Identificar los “casos probables” en la población infantil y adolescente para atención en un servicio de Salud Mental.
- 2.- Determinar la percepción de necesidad de servicios de salud mental para la población detectada como “casos probables” entre la población atendida.
- 3.- Conocer la búsqueda de servicios de ayuda para la población determinada.

## **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y MÉTODO.**

### **Tipo de estudio.**

Estudio descriptivo, transversal, con información retrospectiva parcial.  
De escrutinio.

### **Universo de trabajo.**

Población infantil y adolescente, de 4 a 16 años de edad, de ambos sexos, que son valorados en la consulta general por problemas de salud, y otras áreas como servicio Dental, servicio de Optometría, e Inmunizaciones del Centro de Salud.

### **Ámbito geográfico en que se desarrollará la investigación.**

Se llevará a cabo en el Centro de Salud T-III "Dr. Manuel Escontría", con dirección de Calle Frontera No. 15 Colonia San Ángel, Delegación Álvaro Obregón en México, D.F.

Cuenta con un área de influencia de la V Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón, de la Secretaría de Salud a nivel del Distrito Federal.

Este centro de Salud es un tipo TIII-A considerado como de primer nivel, con atención de consulta general, laboratorios, rayos X, servicio Dental, servicio de Optometría, Salud Mental e inmunizaciones.

Donde el paciente llega acompañado de un familiar para ser valorado los diferentes tipos de servicios que ofrece este centro de salud.

### **Especificación de variables.**

Variable independiente: niño- edad, sexo, escolaridad.

adulto- parentesco, edad, sexo, estrato socioeconómico.

Variable dependiente: existencia de síntomas psiquiátricos.

### **Escalas de medición de las variables.**

Variable independiente: nominal, discreta, finita.

Variable dependiente: nominal, aleatoria, finita.

### **Hipótesis.**

No requiere.

## **Criterios de inclusión, no inclusión y exclusión de los sujetos en estudio.**

### **Inclusión.**

- Niños de 4 años en adelante hasta adolescentes de 16 años.
- Ambos sexos.
- Con necesidad de atención asistencial o enfermedad médica.
- Valorados en la consulta general, servicio dental, optometrista, laboratorios, rayos X, y de inmunizaciones del Centro de Salud.
- Aceptación voluntaria para participar por parte de los padres.
- Contestar el RQC modificado.
- Contestar el Cuestionario socioeconómico.
- En el periodo comprendido de diciembre de 2001 a enero de 2002.

### **No inclusión.**

- Lactantes y preescolares menores de 4 años, ni adolescentes mayores de 16 años.
- No aceptación voluntaria.
- Fuera del periodo comprendido de diciembre de 2001 a enero de 2002.

### **Procedimiento para obtener la muestra.**

Sujeto de estudio: niño de 4 años en adelante hasta adolescente de 16 años con necesidad de atención asistencial y/o enfermedad médica que acude a los diferentes servicios del Centro de Salud, se aplicará el RQC modificado a los padres, en el periodo de diciembre de 2001 a enero de 2002.

Forma para proceder a la entrevista: se realizará en el área externa de la consulta del Centro de Salud, en las mañanas, con una duración aproximada de 10 minutos para cada entrevista realizada al familiar. La entrevista será llevada a cabo solo por la persona investigadora de este proyecto, se le realizaran las preguntas en forma directa y se anotará la respuesta en el apartado correspondiente.

La aplicación del RQC requiere que se contesten las 27 preguntas del cuestionario (síntomas psicopatológicos). Con que frecuencia los ha presentado en los últimos 12 meses, más de un año, edad de inicio, última vez de la conducta, o si no presenta la conducta.

Para el cuestionario socioeconómico, se preguntarán los datos del padre o familiar que acompañe al niño o adolescente: parentesco, edad, sexo, y los 4 criterios (ocupación del jefe de la familia, educación de la madre, ingreso mensual per-cápita, habitación). Cada criterio tiene 6 niveles de mayor a menor jerarquía (6-1) y se suman las calificaciones obtenidas, donde el rango menor es 4 y el mayor 24, con 4 puntos de corte; obteniéndose la calificación de (4-8) = estrato socioeconómico bajo, (9-13) = estrato socioeconómico medio-bajo, (14-18) = estrato socioeconómico medio-alto, y (>19) = estrato socioeconómico alto.

**Determinación estadística del tamaño de la muestra.**

Obtener información de todos los sujetos que acudieron a solicitar atención médica y asistencial en el turno matutino por un espacio de 2 meses, de esta manera obtener una muestra representativa de la población entre 4 a 16 años atendida en el centro de Salud.

**Sistema de captación de la información.**

Se anexará hoja de captura de datos.

Los datos se procesarán mediante un programa de captura.

**Análisis estadístico de la información que se obtendrá.**

Descriptivo en base a un porcentaje, frecuencia simple y gráfico. Utilizando el SPSS 7.5.

**Recursos humanos que se utilizarán.**

Anotación médico-evaluador.

**Financiamiento del proyecto.**

Es financiable por los recursos propios del investigador.

**Prueba de campo o de ensayo que se empleará.**

No requiere.

## CRONOGRAMA DEL PROYECTO.

| ACTIVIDADES.                                       | TIEMPO.      |      |      |          |              |      |
|--|--------------|------|------|----------|--------------|------|
|  | 2001<br>Sep. | Oct. | Nov. | Dic.     | 2002<br>Ene. | Feb. |
| 1.-Diseño de protocolo.                            | XX           |      |      |          |              |      |
| 2.-Investigación bibliográfica.                    | XXXXXXXX     |      |      |          |              |      |
| 3.-Redacción del protocolo.                        | XX           |      |      |          |              |      |
| 4.-Presentación del protocolo al CLI.              | X            |      |      |          |              |      |
| 5.-Aprobación del protocolo por el CLI.            | X            |      |      |          |              |      |
| 6.- Modificaciones al protocolo en caso necesario. |              |      |      |          |              |      |
| 7.- Recolección de datos.                          |              |      |      | XXXXXXXX |              |      |
| 8.- Procesamiento de datos.                        |              |      |      |          | XXXXXX       |      |
| 9.- Análisis estadístico de los datos.             |              |      |      |          | XXXXXX       |      |
| 10.- Elaboración de conclusiones.                  |              |      |      |          | XXXXXX       |      |
| 11.- Redacción del escrito o artículo científico.  |              |      |      |          |              |      |
| 12.-Actividades de difusión.                       |              |      |      |          |              |      |
| 13.- Envío para su publicación.                    |              |      |      |          |              |      |

**1. NOMBRE DE LA INSTITUCION DONDE SE APLICA EL CUESTIONARIO:**

**1a. NOMBRE DEL NIÑO (A):**

---

Por favor dígame si en los últimos 12 meses, su hijo(a) se ha comportado frecuentemente así o no, y/o si hace mas de un año que se comporta de esa manera.

| No. Hijo: _____  | Últimos 12 meses | Mas de un año | Edad inicio | Ultima vez conducta | No conducta |
|--|------------------|---------------|-------------|---------------------|-------------|
| Q6. ¿Su lenguaje es anormal (retardado, incomprensible, tartamudo)?            |                  |               |             |                     |             |
| Q7. ¿Tiene problemas para dormir?  |                  |               |             |                     |             |
| Q8. ¿ Tiene dolores de cabeza frecuentes?                                      |                  |               |             |                     |             |
| Q9. ¿ Se fuga de la casa?  |                  |               |             |                     |             |
| Q10. ¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar?                        |                  |               |             |                     |             |
| Q11. ¿ Es muy nervioso(a) o miedoso (a) sin haber una buena razón?             |                  |               |             |                     |             |
| Q12. ¿ Es lento(a) para aprender en comparación con otros niños / jóvenes?     |                  |               |             |                     |             |
| Q 13. ¿ Se aísla y casi nunca juega con otros(as) niños(as)?                   |                  |               |             |                     |             |
| Q14. ¿Se orina en la cama en la noche?   |                  |               |             |                     |             |
| Q15. ¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos?                        |                  |               |             |                     |             |
| Q16. ¿Le da miedo ir a la escuela?   |                  |               |             |                     |             |
| Q17. ¿No se puede estar quieto(a) en su asiento y siempre se está moviendo?    |                  |               |             |                     |             |
| Q18. ¿No termina lo que empieza, es muy distraído(a)?                          |                  |               |             |                     |             |
| Q19. ¿Muchas veces esta de mal humor; es irritable y genioso(a)?               |                  |               |             |                     |             |
| Q20. ¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido(a)?                    |                  |               |             |                     |             |
| Q21. ¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico? |                  |               |             |                     |             |
| Q22. ¿Tiene pesadillas con frecuencia?   |                  |               |             |                     |             |
| Q23. ¿Tiene bajo peso porque rechaza la comida?                                |                  |               |             |                     |             |
| Q24. ¿Come demasiado y tiene sobrepeso?  |                  |               |             |                     |             |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Q25. ¿Es muy desobediente y peleonero(a)?                               |  |  |  |  |  |
| Q26. ¿Dice muchas mentiras?   |  |  |  |  |  |
| Q27. ¿Se niega a trabajar en la escuela?                                |  |  |  |  |  |
| Q28. ¿Es muy explosivo(a), pierde el control con facilidad?             |  |  |  |  |  |
| Q29. ¿Ha padecido de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón? |  |  |  |  |  |
| Q30. ¿Se queda mirando al vacío, se queda en Babia?                     |  |  |  |  |  |
| Q31. ¿Se junta con niños / muchachos(as) que se meten en problemas?     |  |  |  |  |  |
| Q32. ¿Toma alcohol o usa drogas?  |  |  |  |  |  |

Q34. Anteriormente mencionó que su hijo(a), tiene alguna de las conductas que revisamos. ¿Considera que se le debería proveer de servicio de salud mental para ayudarlo(a)?

1. Si                      5. No

Q35 ¿El(ella) ha sido llevado a consulta con el médico, psicólogo, psiquiatra, sacerdote, espiritista, u otro profesional para ayudarlo?

1. Si                      5. No

Q35a. ¿Con quiénes?

- 1.- Médico general/ Médico familiar.
- 2.- Psiquiatra.
- 3.- Psicólogo.
- 4.- Consejero.
- 5.- Cardiólogo/ Ginecólogo/ Internista.
- 6.- Hierbero.
- 7.- Curandero.
- 8.- Espiritista.
- 9.- Trabajador social.
- 10.- Quiropráctico.
- 11.- Sacerdote.
- 12.- Otro profesional. Especifique:\_\_\_\_\_.

## CUESTIONARIO SOCIOECONÓMICO.

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Fecha Nac. \_\_\_\_\_ Fecha de estudio: \_\_\_\_\_  
Edad cronológica (días): \_\_\_\_\_ Examinador: \_\_\_\_\_  
Lugar de aplicación: \_\_\_\_\_ Informante: \_\_\_\_\_  
No. de dependientes: \_\_\_\_\_ No. de valoración: \_\_\_\_\_

### I.- OCUPACIÓN DEL JEFE DE LA FAMILIA (EL QUE SOSTIENE LA FAMILIA)

- (6) Empleos profesionales o equivalentes. Ej. médicos, ingenieros, maestros, licenciados, ejecutivos de industria.
- (5) Comerciantes al mayoreo o jefe de departamento.
- (4) Obrero especializado. Ej. en ferrocarriles, maquinistas o mecánico. Comerciante en pequeño, empleado de oficina o nivel de jefe de sección.
- (3) Obrero no especializado o empleados menores. Ej. oficinista, chofer, dependiente.
- (2) Trabajos no especializados, eventuales o bien sirvientes, jornaleros, campesinos, peón de albañil, macheteros, boleros barrendero, comerciante ambulante.
- (1) No trabaja.

### II.- CRITERIO EDUCACIÓN DE LA MADRE.

- (6) Estudios profesionales o equivalentes.
- (5) Bachillerato completo o normal incompleta, o técnico incompleto, incluyendo algunos años de Universidad.
- (4) Secundaria o vocacional incompleta, estudios técnicos no terminados (cuando el estudio técnico no requiere secundaria señalar los años equivalentes).
- (3) Primaria completa.
- (2) Primaria incompleta.
- (1) Analfabeta.

### III.- CRITERIO INGRESO MENSUAL PER CÁPITA. (\$9.20 dólar, 2002)

- (6) mayor o igual a \$ 361.12 dls.
- (5) De \$ 180.70 a \$361.12 dls.
- (4) De \$ 87.63 a \$180.70 dls.
- (3) De \$45.25 a \$87.63 dls.
- (2) De \$32.53 a 45.25 dls.
- (1) De \$32.53 dls., ó menos

### IV.- CRITERIO HABITACIÓN.

- (6) Casa sola o departamento de lujo propio con número de cuartos igual o mayor al número de personas.
- (5) Casa sola o departamento alquilado, número de cuartos igual o mayor al número de personas.
- (4) Casa sola o departamento con número de cuartos menor que el número de personas.
- (3) Departamento rentado sin separación de sala comedor, recámara (se usa también para dormir).
- (2) Vecindades o apartamentos con baños colectivos.
- (1) Cuarto único o casucha de palma sin servicio sanitario, cocina puede estar agregada o no existir.

Número de miembros de la familia: \_\_\_\_\_

## RESULTADOS.

Se obtuvo un total de 136 pacientes, en una población de niños y adolescentes con rango de 4 a 16 años y edad promedio de 8.38. las características de la muestra se presentan en la tabla I y gráficas 1 a 4.

**Tabla I Características de los niños y adolescentes y sus familiares.**

| <b>Distribución por sexo.</b>                   |                   |          |
|---|-------------------|----------|
| <b>Sexo</b>                                     | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
| Varones   | 61                | 44.85    |
| Mujeres   | 75                | 55.15    |
| <b>Frecuencia por grupos de edad total.</b>     |                   |          |
| <b>Edad</b>                                     | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
| 4-5   | 28                | 20.6     |
| 6-9   | 63                | 46.3     |
| 10-12   | 26                | 19.1     |
| 13-16   | 19                | 14.0     |
| <b>Escolaridad de los niños y adolescentes.</b> |                   |          |
| <b>Escolaridad</b>                              | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
| Sin escolaridad                                 | 4                 | 2.94     |
| Preescolar                                      | 30                | 22.06    |
| 1° primaria                                     | 26                | 19.12    |
| 2° primaria                                     | 12                | 8.82     |
| 3° primaria                                     | 17                | 12.50    |
| 4° primaria                                     | 12                | 8.82     |
| 5° primaria                                     | 11                | 8.09     |
| 6° primaria                                     | 4                 | 2.94     |
| 1° secundaria                                   | 7                 | 5.15     |
| 2° secundaria                                   | 5                 | 3.68     |
| 3° secundaria                                   | 5                 | 3.68     |
| 1° bachillerato                                 | 2                 | 1.47     |
| 2° bachillerato                                 | 1                 | 0.73     |
| <b>Fuentes de información</b>                   |                   |          |
| <b>Familiar</b>                                 | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
| Mamá  | 121               | 88.97    |
| Papá  | 7                 | 5.15     |
| Abuelos   | 4                 | 2.94     |
| Tíos  | 4                 | 2.94     |

Se valoró el aspecto socioeconómico, como lo muestra la tabla IA y gráficas 5 a la 10.

**Tabla IA.- Aspectos socioeconómicos.**

| <b>Persona que sostiene a la familia.</b>               |                   |          |
|---|-------------------|----------|
| <b>Familiar</b>   | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
| Papá  | 63                | 46.32    |
| Mamá  | 31                | 22.79    |
| Ambos   | 37                | 27.22    |
| Abuelos   | 3                 | 2.20     |
| Hijo  | 1                 | 0.74     |
| Tío   | 1                 | 0.74     |
| <b>Criterio I, ocupación del jefe de familia.</b>       |                   |          |
| <b>Nivel</b>  | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
| Profesionista   | 8                 | 5.88     |
| Comerciante al mayoreo                                  | 10                | 7.36     |
| Obrero especializado                                    | 38                | 27.94    |
| Obrero no especializado                                 | 38                | 27.94    |
| Trabajos eventuales                                     | 40                | 29.41    |
| No trabaja  | 2                 | 1.47     |
| <b>Criterio II, educación de la madre.</b>              |                   |          |
| <b>Nivel</b>  | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
| Profesionista   | 3                 | 2.20     |
| Bachillerato  | 15                | 11.03    |
| Secundaria  | 55                | 40.44    |
| Primaria  | 27                | 19.86    |
| Primaria incompleta                                     | 33                | 24.27    |
| Analfabeta  | 3                 | 2.20     |
| <b>Criterio III, ingreso mensual per-cápita.</b>        |                   |          |
| <b>Nivel</b>  | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
| > ó = 361.12 dls.                                       | 0                 | 0        |
| 180.70 a 361.12 dls.                                    | 7                 | 5.15     |
| 87.63 a 180.70 dls.                                     | 19                | 13.97    |
| 45.25 a 87.63 dls.                                      | 58                | 42.65    |
| 32.53 a 45.25 dls.                                      | 58                | 20.59    |
| 32 dls o <.   | 24                | 17.64    |
| <b>Criterio IV, habitación</b>                          |                   |          |
| <b>Nivel</b>  | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
| Casa sola propia  | 3                 | 2.20     |
| Casa sola alquilada                                     | 35                | 25.74    |
| No. cuartos < No. de personas                           | 57                | 41.91    |
| Departamento sin separación                             | 18                | 13.24    |
| Vecindades con baños colectivos                         | 23                | 16.91    |
| Cuarto único sin servicio sanitario                     | 0                 | 0        |
| <b>Nivel socioeconómico (total de los IV criterios)</b> |                   |          |
| <b>Rango</b>  | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
| >19 (alto)  | 7                 | 5.15     |
| 14-18 (medio alto)                                      | 53                | 38.97    |
| 9-13 (medio bajo)                                       | 70                | 51.47    |
| 4-8 (bajo)  | 6                 | 4.41     |

De acuerdo al motivo de consulta, se menciona que solo 2 problemas de conducta, mismos que fueron canalizados al servicio de salud mental del Centro de Salud, el paciente con problemas de conducta en la escuela; y al Hospital Psiquiátrico Infantil “Navarro”, la paciente con el comportamiento sexual inadecuado . Ver tabla IB y gráfica 11.

**Tabla IB.-Motivo de consulta general o asistencia en el Centro de Salud.**

| Motivo                              | Frecuencia | %     |
|-------------------------------------|------------|-------|
| Certificado médico                  | 44         | 32.35 |
| Infec. vías resp. superiores        | 23         | 16.91 |
| Control de peso                     | 1          | 0.74  |
| Infec. gastrointestinal             | 4          | 2.94  |
| Control de asma                     | 1          | 0.74  |
| Cardiopatía congénita               | 2          | 1.47  |
| Conjuntivitis                       | 1          | 0.74  |
| Prob. Osteotendinosos               | 3          | 2.2   |
| Insuficiencia venosa                | 1          | 0.74  |
| Escabiasis                          | 1          | 0.74  |
| Migraña tensional                   | 1          | 0.74  |
| Control del niño sano               | 15         | 11.02 |
| Servicio dental                     | 29         | 21.32 |
| Servicio de optometría              | 3          | 2.2   |
| Inmunizaciones                      | 5          | 3.67  |
| Comportamiento sexual inadecuado    | 1          | 0.74  |
| Problemas de conducta en la escuela | 1          | 0.74  |

Lo importante que se determina es que solo **17(12.5%)** sujetos no habían presentado ningún síntoma, mientras que **119(87.5%)** sujetos presentaban de 1 a 15 síntomas. De manera más explícita, se expresa la frecuencia de los síntomas encontrados en la población estudiada, ver tabla II y gráfica 12.

**Tabla II.- Frecuencia de síntomas actuales en niños y adolescentes. (SSINT)**

| No. síntomas | Frecuencia | %    |
|--------------|------------|------|
| 0            | 17         | 12.5 |
| 1            | 22         | 16.2 |
| 2            | 13         | 9.6  |
| 3            | 20         | 14.7 |
| 4            | 8          | 5.9  |
| 5            | 15         | 11.0 |
| 6            | 12         | 8.8  |
| 7            | 7          | 5.1  |
| 8            | 8          | 5.9  |
| 9            | 4          | 2.9  |
| 10           | 2          | 1.5  |
| 11           | 1          | 0.7  |
| 13           | 2          | 1.5  |
| 14           | 3          | 2.2  |
| 15           | 2          | 1.5  |

En cuanto al número de síntomas encontrados, por cuartiles, se objetiva que la mediana está entre 4 y 5 síntomas, y el 75% está entre 7 y 8 síntomas. Si para establecer un punto de corte en el instrumento se toma el 75% dará una frecuencia del 16%, y por arriba del 50% dará una frecuencia del 30% de sujetos que tiene mayores probabilidades de tener problemas de salud mental. Como se puede apreciar en la tabla IIA.

**Tabla II A.- Prevalencia de síntomas.**

| No. de síntomas | Frecuencia | %     |
|-----------------|------------|-------|
| 1-4             | 62         | 52.10 |
| 5-8             | 42         | 35.29 |
| 9 ó >           | 15         | 12.61 |

En el grupo de 4 a 5 años de edad es donde se manifiesta mayor frecuencia de síntomas, y en los grupos de 6 años en adelante se manifiesta más la severidad con la probabilidad de tener un problema mental. Ver tabla IIB y gráfica 13.

**Tabla II B.- Síntomas actuales por grupos de edad.**

| Síntomas | Grupo de edad. |      |          |      |            |      |            |      |
|----------|----------------|------|----------|------|------------|------|------------|------|
|          | 4 – 5 a.       |      | 6 – 9 a. |      | 10 – 12 a. |      | 13 – 16 a. |      |
|          | Frec.          | %    | Frec.    | %    | Frec.      | %    | Frec.      | %    |
| 1 – 4    | 15             | 75.0 | 30       | 51.7 | 11         | 47.8 | 7          | 38.9 |
| 5 – 8    | 4              | 20.0 | 21       | 36.2 | 9          | 39.1 | 8          | 44.4 |
| 9 ó >    | 1              | 5.0  | 7        | 12.1 | 3          | 13.1 | 3          | 16.7 |

Un aspecto a resaltar es que la mayoría de los síntomas investigados llevaban un tiempo de evolución de más de un año. Entre los mas frecuentes se encontraron: **inquietud, irritabilidad, déficit de atención, nerviosismo, desobediencia, explosividad, lento aprendizaje, enuresis nocturna, se niega a trabajar en la escuela, lenguaje anormal.** De estos síntomas 4 corresponden a los ítems del RQC original como son nerviosismo, enuresis nocturna, lento aprendizaje y lenguaje anormal.

Por otra parte es relevante mencionar que 3 síntomas una vez que aparecieron no disminuyeron como fueron la irritabilidad, desobediencia y explosividad, sin embargo en otros 5 síntomas se observó una ligera disminución como la inquietud, distractibilidad, nerviosismo, lento aprendizaje y se niega a trabajar en la escuela. Y la que disminuyó mas fue la enuresis. Como se aprecia en la tabla III y gráfica 14.

**Tabla III.- 10 síntomas que presentan mayor frecuencia.**

| Síntoma                  | Frecuencia detectada | %    | Frecuencia persiste | %    |
|--------------------------|----------------------|------|---------------------|------|
| Inquietud                | 69                   | 50.7 | 68                  | 50.0 |
| Irritabilidad            | 66                   | 48.5 | 66                  | 48.5 |
| Distractibilidad         | 60                   | 44.1 | 59                  | 43.4 |
| Nerviosismo              | 60                   | 44.1 | 57                  | 41.9 |
| Desobediencia            | 37                   | 27.2 | 37                  | 27.2 |
| Explosividad             | 33                   | 24.3 | 33                  | 24.3 |
| Lento aprendizaje        | 33                   | 24.3 | 32                  | 23.5 |
| Enuresis                 | 28                   | 20.6 | 20                  | 14.7 |
| No trabaja en la escuela | 26                   | 19.1 | 24                  | 17.6 |
| Lenguaje anormal         | 21                   | 15.4 | 13                  | 9.6  |

Ante la presencia de algún síntoma, se les preguntó a los padres o al familiar que acompañaba al niño o adolescente si consideraba necesario la ayuda del servicio de salud mental. **70(58.82%)** no la consideró necesaria independientemente de si su hijo o hija tenía solo uno o varios síntomas, ya que llegaron a considerar que era una forma de “vida normal”; y **49(41.18%)** sí aceptaron necesaria la ayuda del servicio de salud mental.

Del total de sujetos sintomáticos en **34(28.6%)** solicitaron algún tipo de apoyo anteriormente, y **85(71.4%)** no solicitó ninguna.

Se muestra, de quién recibió ayuda el paciente anteriormente y que tipo de tratamiento se le ofreció. Ver la tabla V y gráfica 15, tabla VI y gráfica 16 respectivamente.

**Tabla V Q35a.- De quién recibió ayuda.**

|                   | Frecuencia | %.    |
|-------------------|------------|-------|
| Médico general    | 6          | 17.65 |
| Psiquiatra        | 5          | 14.71 |
| Psicólogo         | 12         | 35.29 |
| Otro profesional* | 11         | 32.35 |

- Enviados a CAPEP(centro de apoyo psicopedagógico de educación preescolar), USAER(unidad de servicios de apoyo en escuelas regulares), CAM (centro de atención múltiple), terapia de lenguaje, nutriólogo, y neurólogo.

**Tabla VI Q35b.- Tipo de tratamiento y/o ayuda.**

| Tratamiento          | Frecuencia | %     |
|----------------------|------------|-------|
| Antidepresivo        | 1          | 0.74  |
| Neuroléptico         | 1          | 0.74  |
| Anticomicial         | 2          | 1.47  |
| Psicoterapia         | 14         | 10.29 |
| Otro tratamiento     | 7          | 5.15  |
| Aprendizaje especial | 5          | 3.68  |
| Dos tratamientos*    | 4          | 2.94  |

\*(anticomicial y psicoterapia =1), (psicoterapia y aprendizaje especial = 3).

Los que fueron tratados por un médico general presentaron entre 1 hasta 15 síntomas, los familiares refieren que el tratamiento que recibieron fueron vitaminas, sueros, y desparasitantes, el tiempo mínimo de tratamiento fue de un mes o hasta 2 años, y una paciente continúa siendo tratada por sobrepeso. Cabe mencionar que solo en un caso se reportó la remisión de un síntoma de 8 que presentaba el paciente y en los demás casos no se reportó ninguna mejoría.

Los pacientes que fueron tratados por psiquiatra tuvieron entre 3 a 8 síntomas, uno recibió tratamiento con neuroléptico, otro con antidepresivo, otro con anticomicial y psicoterapia, y 2 recibieron solo psicoterapia, el tiempo de duración fue el mínimo 6 meses hasta un año y medio. Solo en un caso se reportó la remisión de un síntoma de 6, los demás no presentan ninguna remisión.

Quiénes fueron tratados por un psicólogo, presentaban de 3 a 15 síntomas, el tipo de tratamiento en 10 de ellos fue de psicoterapia con una duración mínima de 1 mes o hasta 3 años, y 2 más de ellos tuvieron aparte el apoyo de CAPEP y USAER. En un caso remitieron 2 síntomas de 9, todos los demás no presentan remisión.

Al hablar de otro profesional, podemos especificar: un nutriólogo donde su paciente presentaba 6 síntomas, y ha estado por un tiempo de 2 años, sin mejoría; dos neurólogos en donde sus pacientes presentaba 1 y 5 síntomas respectivamente sin mejoría, continúan en tratamiento con anticomiciales; un terapeuta de lenguaje en donde su paciente presentó 9 síntomas, remitió la tartamudez y continúa con 8 síntomas, con solo 6 meses de tratamiento de psicoterapia de lenguaje; USAER ( Unidad de Servicios de Apoyo en Escuelas Regulares) fueron 3 pacientes de los cuáles han tenido de 7 a 11 síntomas, 2 de ellos continúan en educación especial, remitieron 2 síntomas en uno de ellos, el otro continúa sin mejoría y el otro paciente por su edad ya no recibe el apoyo, remitieron 2 síntomas de 7 que presentaba; CAPEP (Centro de Apoyo Psicopedagógico de Educación Preescolar) fueron 2 pacientes que presentaron de 3 a 8 síntomas, han continuado en tratamiento, e incluso uno de ellos ya por su edad fue canalizado a USAER, sin remisión de síntomas; CAM (Centro de Atención Múltiple) tiene en atención a 2 pacientes con 3 a 5 síntomas, y continúan recibiendo su apoyo, sin remisión.

Se apreció que la escolaridad de la madres aparentemente no influye para considerar que los síntomas de los hijos requieren atención ó constituyen un problema de salud mental. Ver en la tabla VII y gráfica 17.

**Tabla VII.- Nivel de educación de la mamá y aceptación de apoyo.**

| Nivel de educación de la mamá. | Aceptación de apoyo. |       |
|--------------------------------|----------------------|-------|
|                                | Sí                   | No    |
| 6) Profesionalista             | 0.7%                 | 1.5%  |
| 5) Bachillerato                | 2.2%                 | 6.6%  |
| 4) Secundaria                  | 14.7%                | 20.6% |
| 3) Primaria                    | 8.1%                 | 10.3% |
| 2) Primaria incompleta         | 9.6%                 | 11.0% |
| 1) Analfabeta                  | 0.7%                 | 1.5%  |

Para relacionar la disminución de los síntomas actuales con el nivel de educación de la mamá, se mostró que hay mayor número de síntomas en los hijos de madres que tiene un nivel de bachillerato y secundaria. Tabla VIIA y gráficas 18 a 20.

**Tabla VIIA.- Relación entre los síntomas actuales de los pacientes y el nivel de educación de la mamá.**

| Sínt. actuales<br>Número | Niveles de educación de la mamá. |               |              |               |                 |               |
|--------------------------|----------------------------------|---------------|--------------|---------------|-----------------|---------------|
|                          | Profes.<br>%                     | Bachill.<br>% | Secund.<br>% | Primaria<br>% | Prim. Inc.<br>% | Analfab.<br>% |
| 1                        | 0                                | 2.2           | 8.8          | 2.2           | 2.9             | 0             |
| 2                        | 0.7                              | 0.7           | 4.4          | 2.2           | 1.5             | 0             |
| 3                        | 0.7                              | 1.5           | 5.9          | 0.7           | 5.1             | 0.7           |
| 4                        | 0                                | 1.5           | 0.7          | 2.2           | 0.7             | 0.7           |
| 5                        | 0                                | 1.5           | 5.1          | 2.2           | 2.2             | 0             |
| 6                        | 0                                | 0.7           | 2.9          | 4.4           | 0.7             | 0             |
| 7                        | 0                                | 0             | 2.2          | 0.7           | 2.2             | 0             |
| 8                        | 0.7                              | 0             | 2.9          | 0.7           | 1.5             | 0             |
| 9                        | 0                                | 0             | 0.7          | 0             | 2.2             | 0             |
| 10                       | 0                                | 0             | 0.7          | 0             | 0.7             | 0             |
| 11                       | 0                                | 0             | 0            | 0.7           | 0               | 0             |
| 13                       | 0                                | 0             | 0.7          | 0             | 0.7             | 0             |
| 14                       | 0                                | 0             | 0            | 1.5           | 0               | 0.7           |
| 15                       | 0                                | 0             | 0.7          | 0.7           | 0               | 0             |

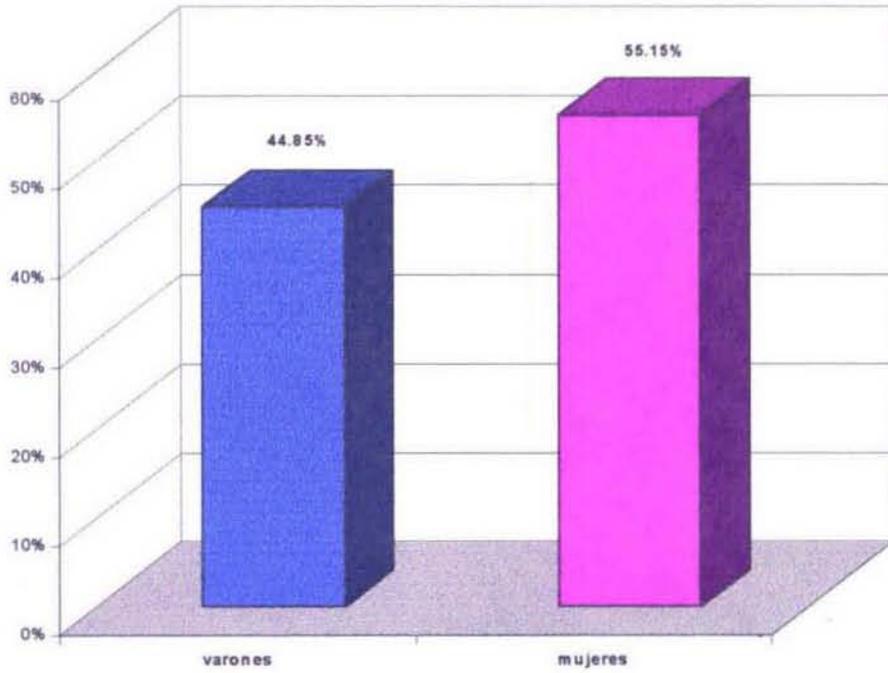
Por lo tanto independientemente de la escolaridad, aparentemente es la severidad lo que determina el que se acepte la ayuda de un servicio de salud mental. En la tabla VII B y gráfica 21, se muestra que a partir del reporte de 8 síntomas, los niños y adolescentes fueron considerados con necesidad de atención.

**Tabla VIIB.- Relación entre los síntomas actuales y la aceptación de apoyo actualmente.**

| Síntomas<br>actuales.<br>Número. | Aceptación de apoyo actualmente. |     |       |      |
|----------------------------------|----------------------------------|-----|-------|------|
|                                  | Sí.                              |     | No.   |      |
|                                  | Frec.                            | %   | Frec. | %    |
| 1                                | 0                                | 0   | 22    | 16.2 |
| 2                                | 2                                | 1.5 | 11    | 8.1  |
| 3                                | 5                                | 3.7 | 15    | 11.0 |
| 4                                | 2                                | 1.5 | 6     | 4.4  |
| 5                                | 7                                | 5.1 | 8     | 5.9  |
| 6                                | 6                                | 4.4 | 6     | 4.4  |
| 7                                | 5                                | 3.7 | 2     | 1.5  |
| 8                                | 8                                | 5.9 | 0     | 0    |
| 9                                | 4                                | 2.9 | 0     | 0    |
| 10                               | 2                                | 1.5 | 0     | 0    |
| 11                               | 1                                | 0.7 | 0     | 0    |
| 13                               | 2                                | 1.5 | 0     | 0    |
| 14                               | 3                                | 2.2 | 0     | 0    |
| 15                               | 2                                | 1.5 | 0     | 0    |

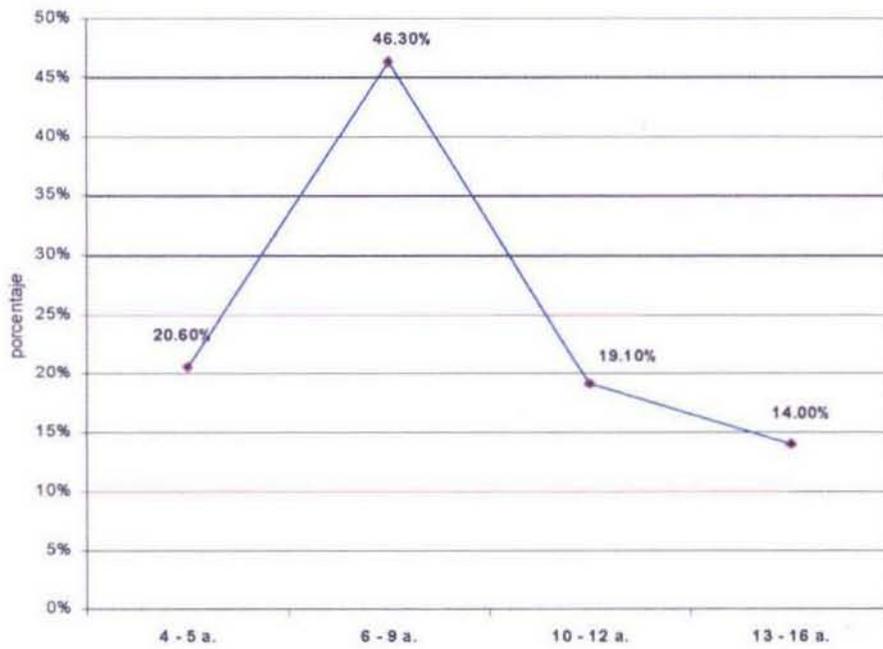
## GRÁFICAS.

Distribución por sexo



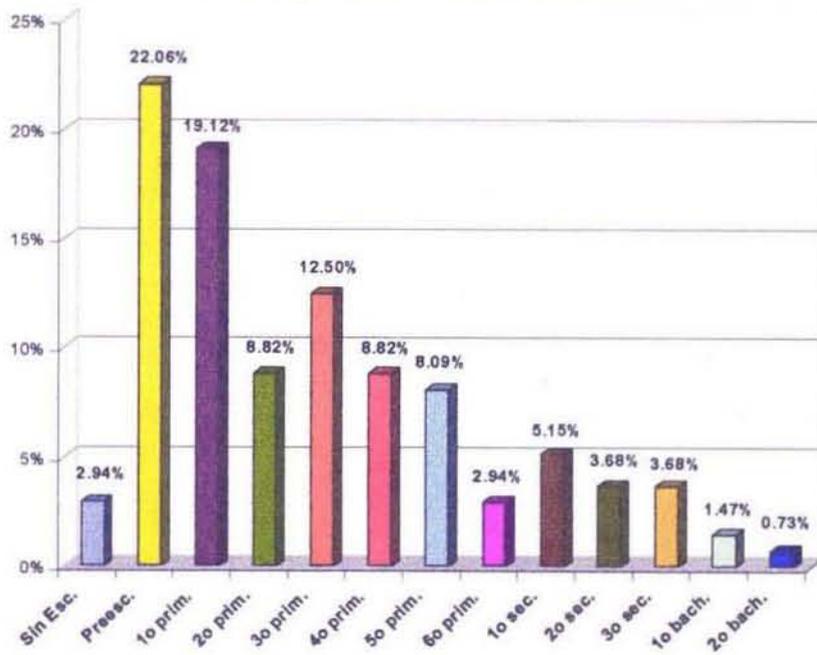
Gráfica 1

Frecuencia por grupos de edad.



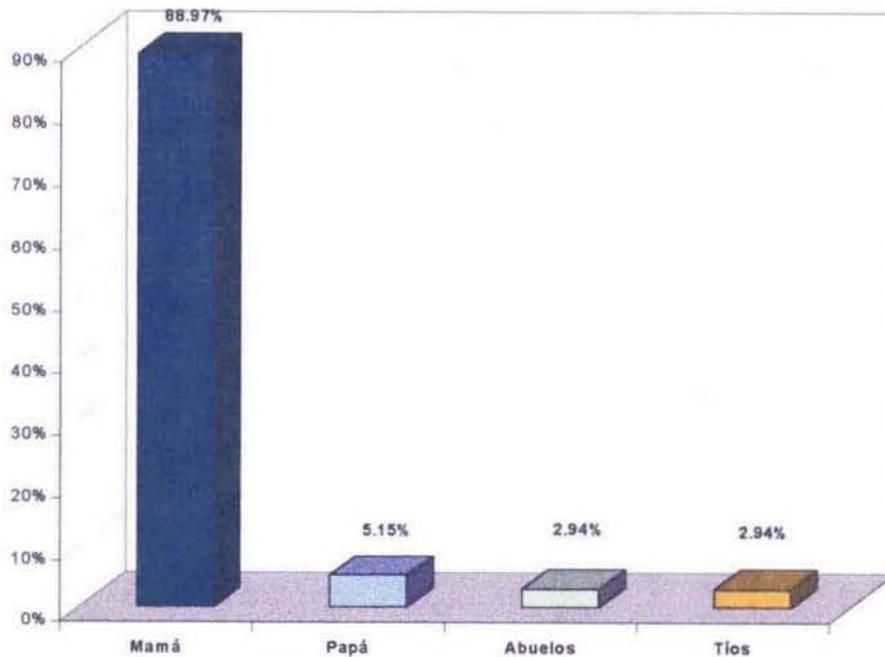
Gráfica 2

**Escolaridad de los niños y los adolescentes.**



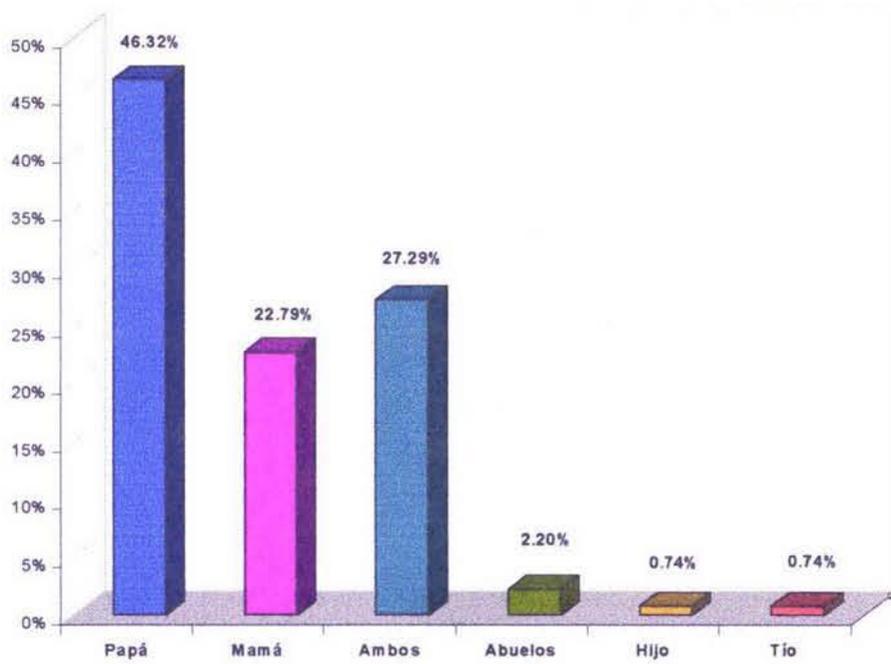
**Gráfica 3**

**Fuentes de información**



**Gráfica 4**

Persona que sostiene a la familia



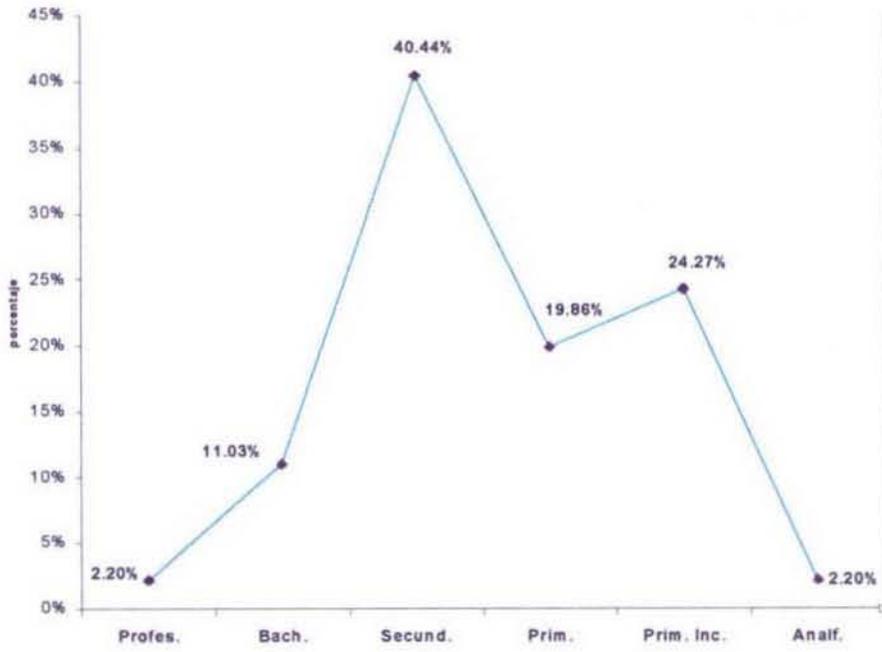
Gráfica 5

Ocupación del Jefe de Familia.



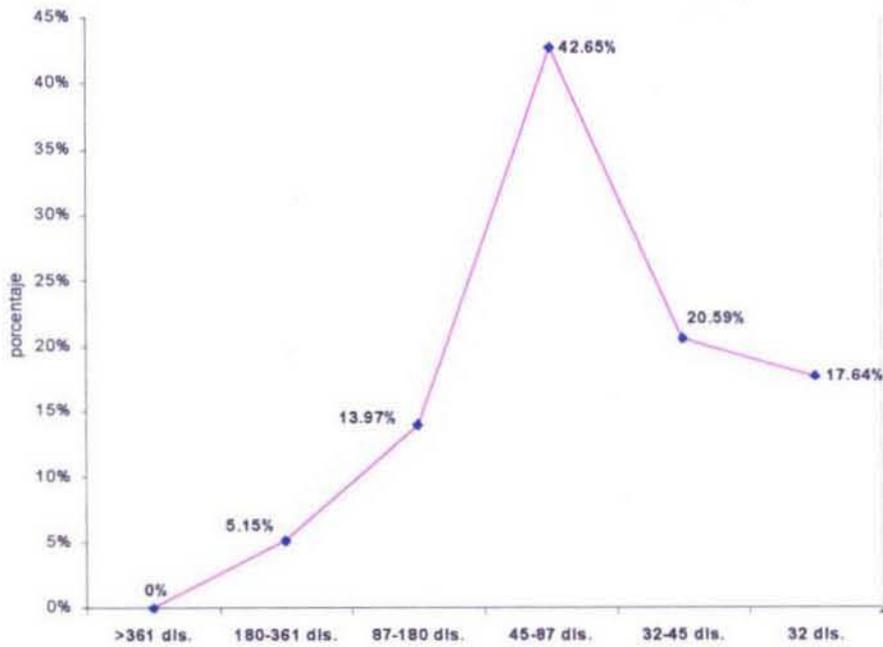
Gráfica 6

Educación de la madre.

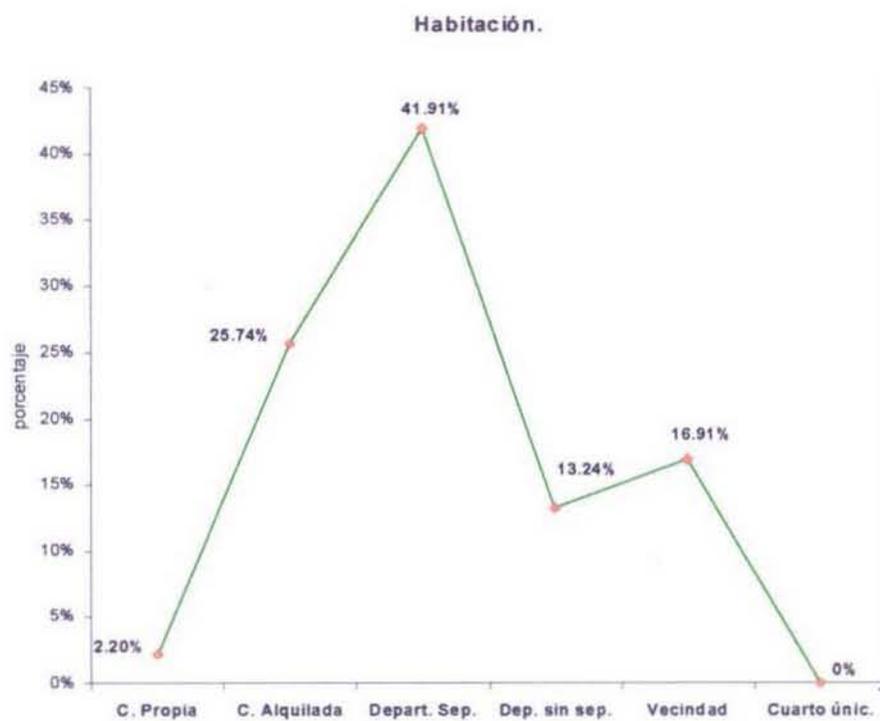


Gráfica 7

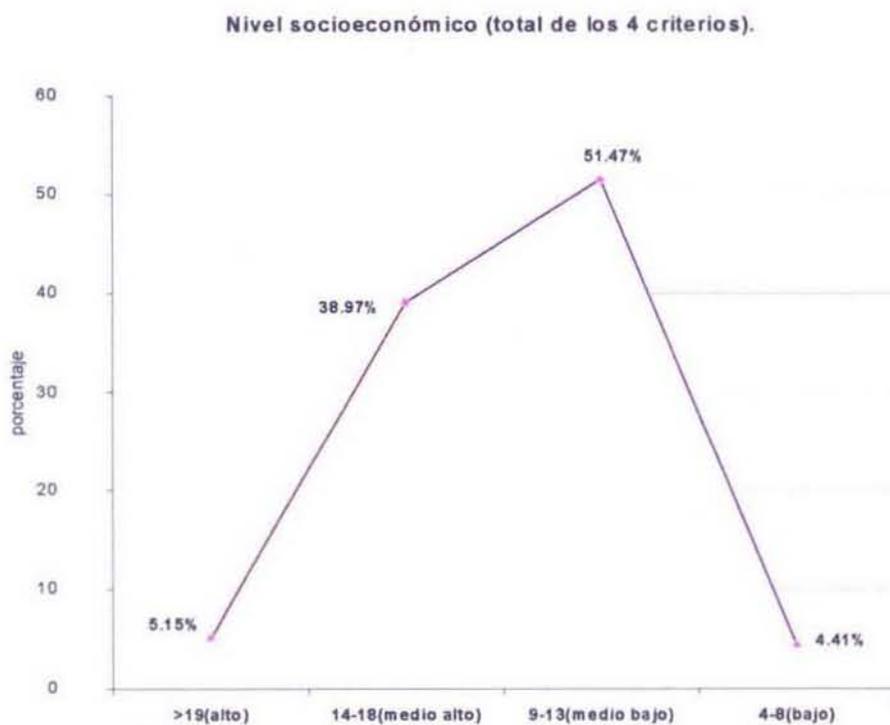
Ingreso mensual per-cápita.



Gráfica 8



**Gráfico 9**



**Gráfico 10**

Motivo de consulta general o asistencia en el Centro de Salud.

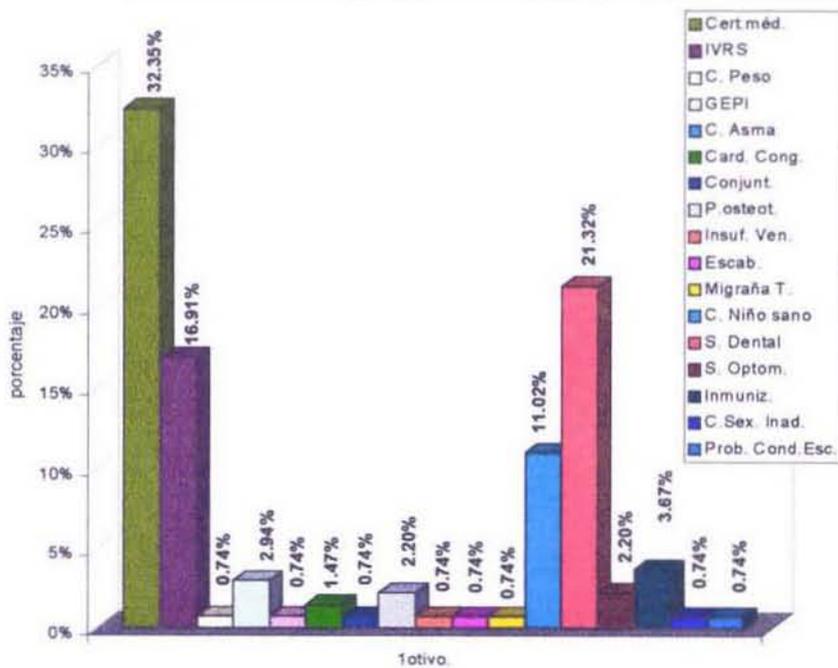


Gráfico 11

Frecuencia de síntomas actuales en niños y adolescentes.

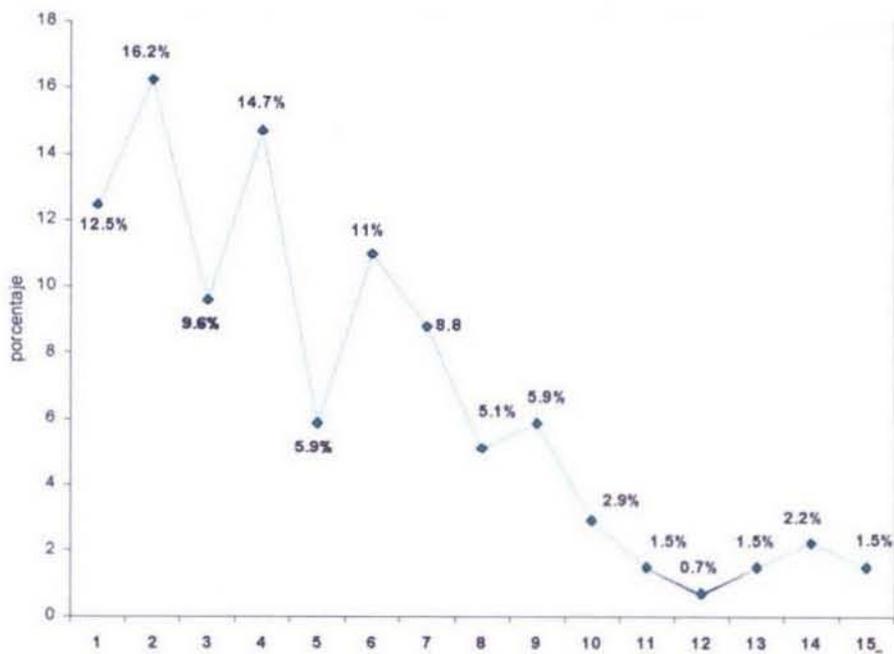


Gráfico 12

Síntomas actuales por grupos de edad.

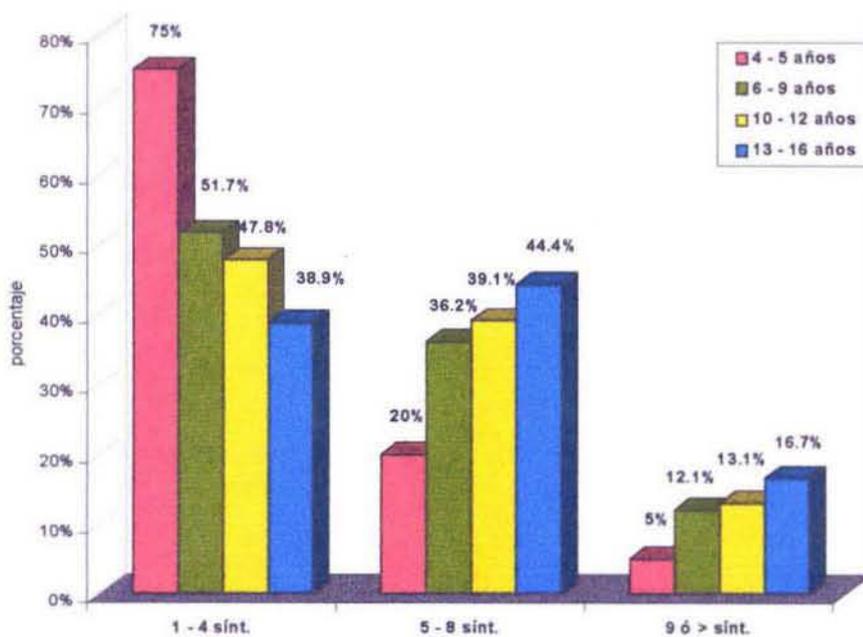


Gráfico 13

10 síntomas que presentan mayor frecuencia.

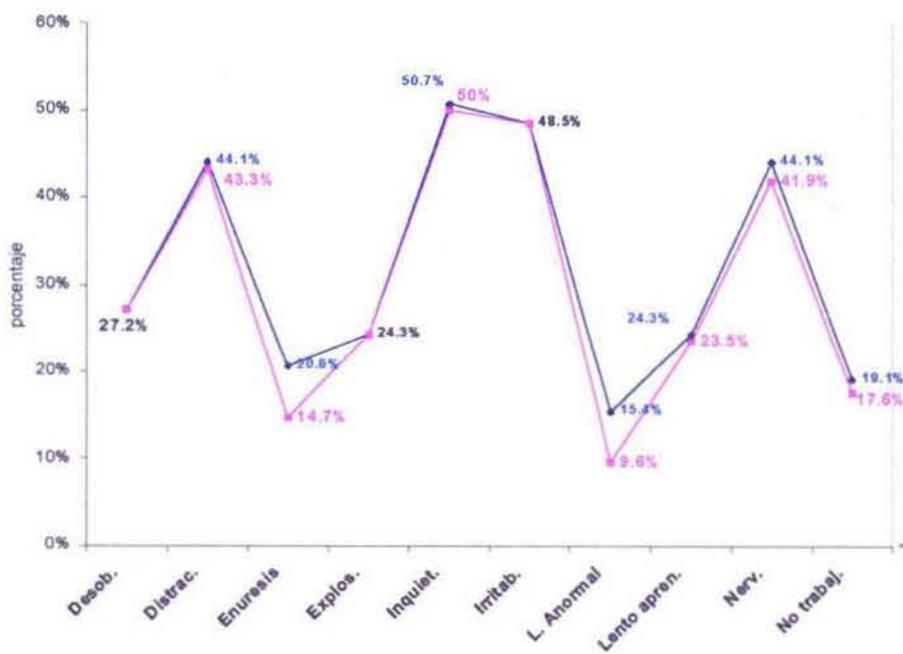


Gráfico 14

De quién recibió ayuda

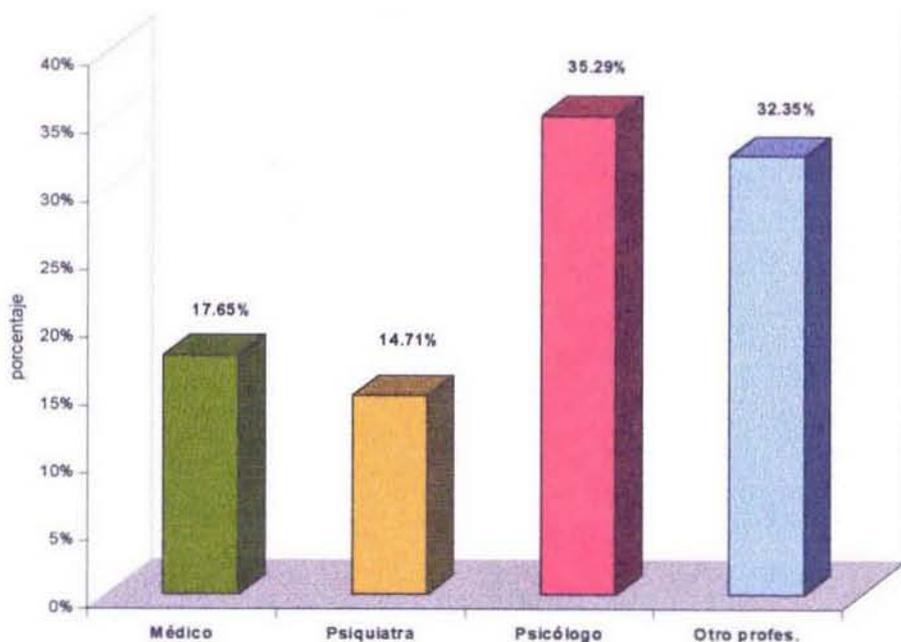


Gráfico 15

Tipo de tratamiento y/o ayuda.

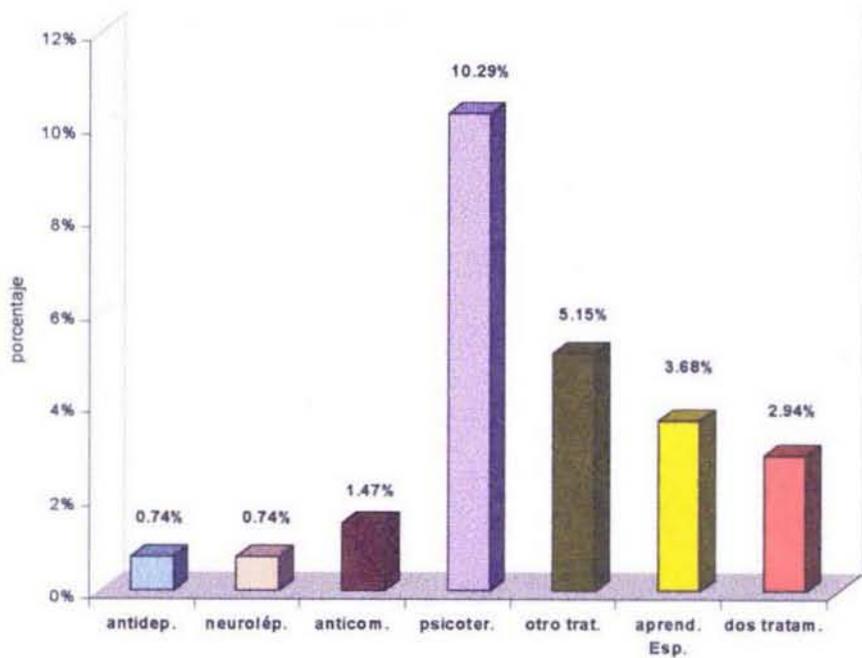


Gráfico 16

Nivel de educación de la mamá y aceptación de apoyo.

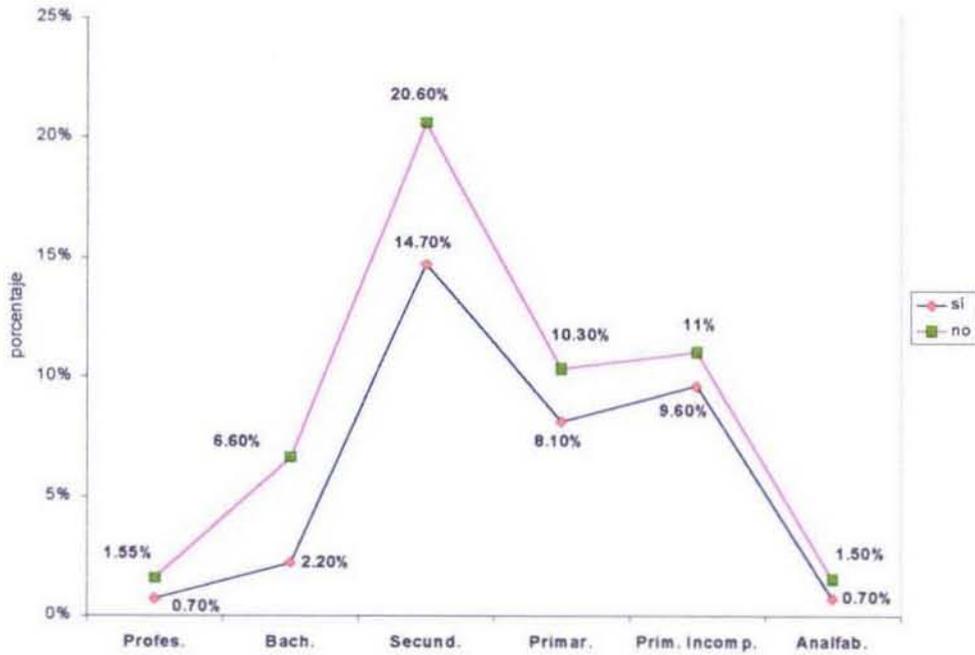


Gráfico 17

Relación entre los síntomas actuales de los pacientes y el nivel educativo de la mamá.

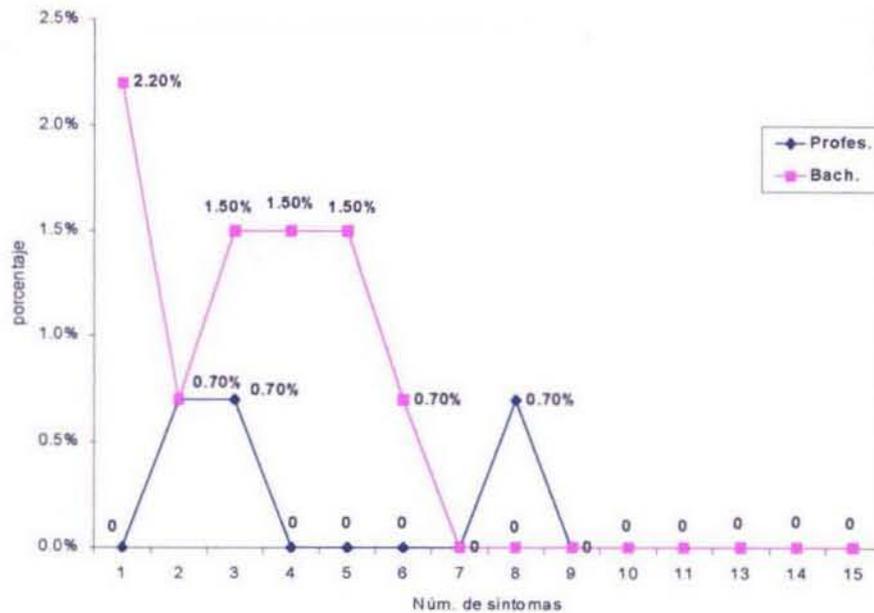


Gráfico 18

Relación entre los síntomas actuales de lospacientes y elnivel educativo de la mamá.

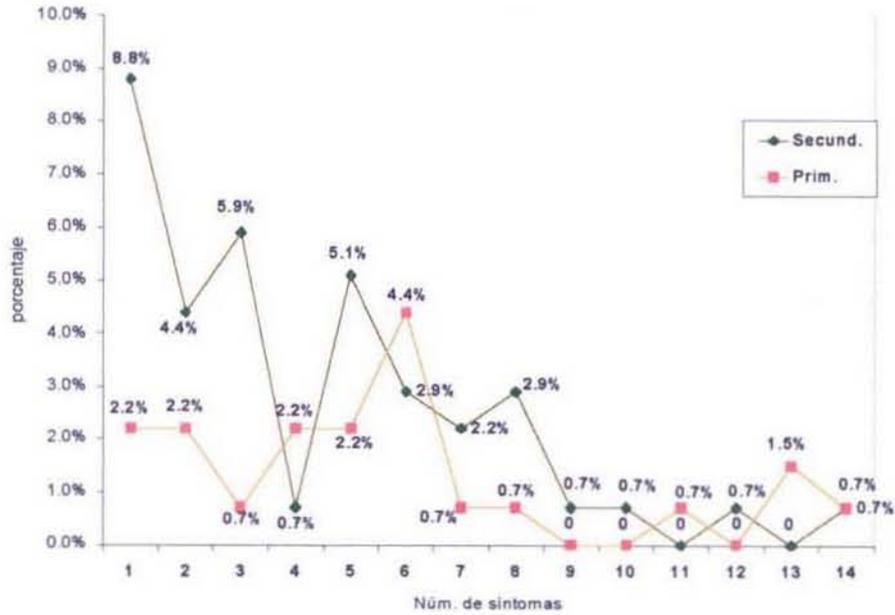


Gráfico 19

Relación entre los síntomas actuales del paciente y el nivel educativo de la mamá.

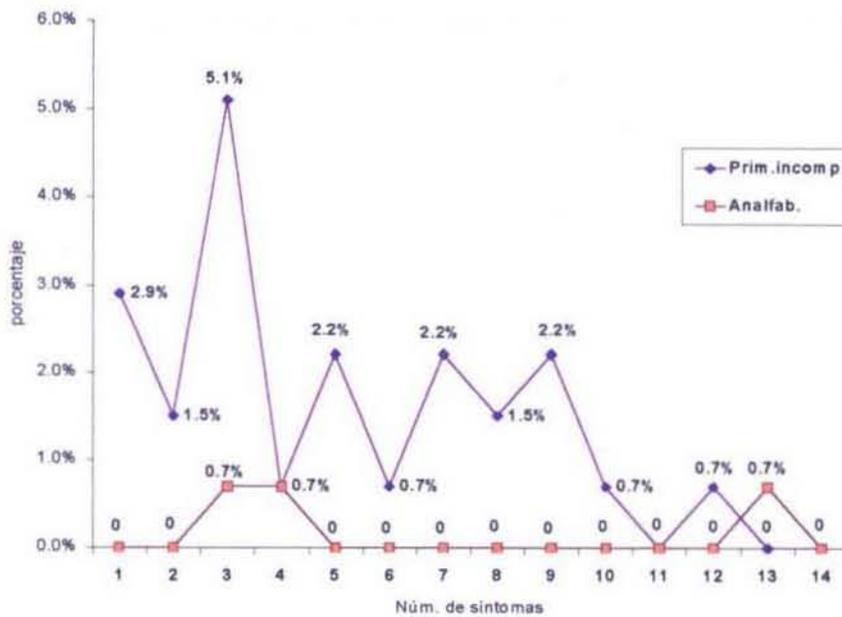
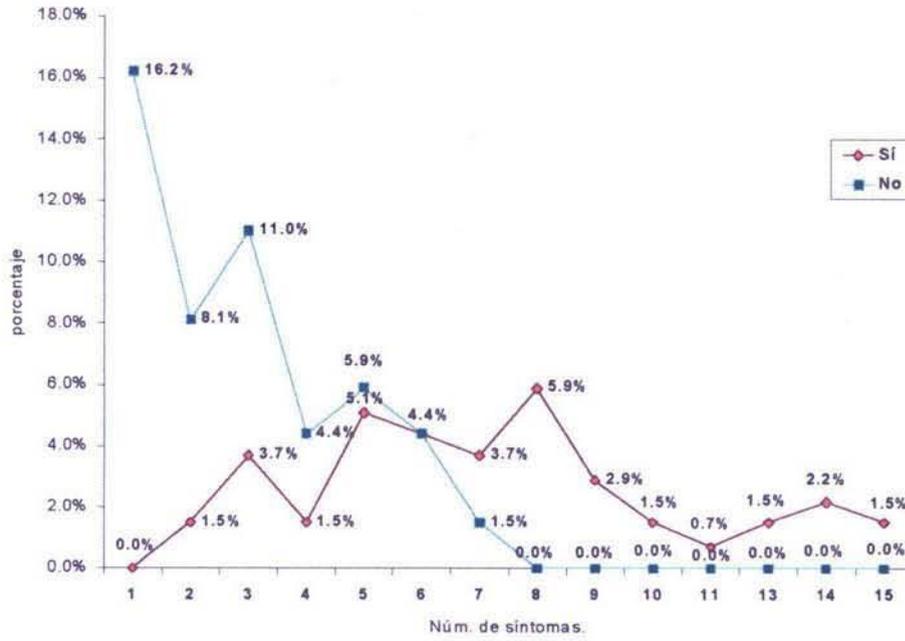


Gráfico 20

**Relación entre los síntomas actuales y la aceptación de apoyo actualmente.**



**Gráfico 21**

## DISCUSIÓN.

Los principales hallazgos de este estudio mostraron:

- 1.- Que la mayoría de los niños y adolescentes resultaron sintomáticos y que del 16 al 30% tiene mayores probabilidades de cursar con un problema de salud mental.
- 2.- En ninguno de los casos, excepto los que presentaron un motivo de consulta específico de problemas de conducta de salud mental, los médicos detectaron que existiera algún problema.
- 3.- Los familiares principalmente, la madre solamente en aquellos menores que presentaron mayor número de síntomas consideraron que necesitaban ayuda.
- 4.- Una proporción del 28.6% recibió algún tipo de ayuda, sin embargo en la mayoría de estos niños y adolescentes aparentemente este tipo de ayuda logró mínimas modificaciones.

Nuestra intención fue la de tener un acercamiento mayor a los servicios de primer nivel. Ya que en algunos estudios la morbilidad psiquiátrica se ha reportado que está asociada con una elevada utilización de los servicios médicos generales. (Hales y cols, 2000). Por lo que consideramos haber cubierto los objetivos de nuestro estudio.

La población sintomática fue de 119(87.5%), los puntos de corte para establecer la mediana estuvieron entre 4 y 5 síntomas con probabilidad de 30% y de un 75% entre 7 y 8 síntomas con una probabilidad de 16% de que el niño o adolescente tenga problemas de salud mental; comparando esto con otros estudios realizados, es mucho mayor de lo que se esperaba, por ejemplo con el estudio realizado por Caraveo y cols.(2001), donde la población sintomática fue de 51.4%, y un 16% tuvo mayores probabilidades de cursar con un trastorno.

Al relacionar por grupos de edad y la sintomatología presentada, entre 1 a 4 síntomas presentaron mayor frecuencia en los niños de 4 hasta 16 años, pero de una forma más específica a partir de los 9 síntomas en adelante los grupos de edad más representativos fueron de los 10 años de edad en adelante.

De acuerdo a los 10 síntomas que se presentaron con mayor frecuencia como fueron : inquietud (50%), irritabilidad (48.5%), distractibilidad (43.4%), nerviosismo (41.9%), desobediencia (27.2%), explosividad (24.3%), lento aprendizaje (23.5%), no querer trabajar en la escuela (17.6%), enuresis nocturna (14.7%), y lenguaje anormal (9.6%), continúan persistiendo hasta la actualidad. Pueden ser piezas fundamentales, ya que una vez que se han presentado por primera vez, persisten actualmente y la mayoría cuenta con varios años de evolución; esto nos puede orientar para pensar en diferentes trastornos que ya se han

gestado, por ejemplo la inquietud, distractibilidad, no querer trabajar en la escuela y lento aprendizaje llegarían a ser indicativos de un trastorno de déficit de atención; así como la irritabilidad, explosividad, y desobediencia lo serían de un trastorno de conducta, y el nerviosismo por se también puede ser un indicador de trastorno de ansiedad.

En esto se coincidimos con Gómez y cols.(1993) en donde expresa que los padecimientos en psiquiatría no se encuentran organizados en conceptos unitarios; y que quizá el grado de trastorno debiera expresarse como un perfil de reactivos en lugar de uno solo.

En estudios anteriores como el de Mikkelsen(2001), establece que en la historia natural de la enuresis, hay un rango relativamente elevado de remisión espontánea; lo cual no coincide con el presente estudio, ya que se detectó enuresis nocturna con una frecuencia de 20.6%, existiendo una remisión espontánea únicamente del 5.9%.

En esta población de niños y adolescentes, que acudieron para asistir a la consulta general y/o utilizar algún tipo de servicio que ofrece una unidad de primer nivel de atención, hay que puntualizar, que la mayoría había acudido por algún aspecto general de enfermedad o necesidad de otros servicios como son dental, optométrico, o de inmunizaciones; y solo el 1.47% tenía un problema relacionado a salud mental, los demás en ningún momento expresaron algún problema conductual o emocional, que tuviera el paciente , o sospechara la familia.

En lo que es conciencia de la Salud Mental a nivel preventivo no se está trabajando como se requiere, pues no hay una orientación y apoyo para los padres, ya que de acuerdo a su percepción después de realizado el tamizaje en este estudio solo 49(**41.18%**) **padres aceptan la necesidad de atención para estos menores**, de este grupo a partir de 8 síntomas en adelante todos aceptan la de atención. Si se compara esto con el estudio antes mencionado que realizaron Caraveo y cols.(2001), el 26% de los padres consideraron que ameritaban ayuda de salud mental, los que puntuaron entre 1 a 3 síntomas se consideró necesaria la ayuda para solo 17%, mientras que los que puntuaron entre 4 ó mas síntomas la percepción de necesidad de atención fue de 45%. Para los padres es difícil reconocer una patología que se está generando en su hijo, si no conocen antes como es y debe ser el desarrollo normal de un niño o un adolescente.

Y nosotros, como orientadores deberíamos ir con el tiempo apoyando a los padres para tengan un panorama más amplio sobre un desarrollo integral, sobre los factores de protección y riesgo en el niño, en los propios padres y en el medio ambiente (Maldonado y Saucedo, 1998)

En cuanto a la instancia a que acudieron los familiares para poyo de su hijo anteriormente fué la realizada por Psicología, cuando se les preguntó el motivo respondieron que el caso de su hijo lo podían resolver con algunas psicoterapias, otros fueron derivados por la escuela a algún centro de atención, así como una consulta a su médico general, y solo un reducido porcentaje decidió consultar a un psiquiatra. De cualquier manera al tratar de ver los síntomas que se presentan, en la mayoría que tuvo algún tipo de ayuda, solo remitieron 1 ó 2 síntomas, pero el niño o adolescente continúa necesitando otro tipo de apoyo, y orientación a los padres o familiares cercanos para que sus juicios no “sean con frecuencia

nebulosos” como lo remarcó Lewis (1996). Ya que con frecuencia los adultos son los que deciden si un comportamiento es normal o anormal, dependiendo de su forma, intensidad o frecuencia, independientemente del grado de escolaridad de éstos.

En cuanto al estrato socioeconómico, se encontró: alto 5.15%, medio alto 38.97%, medio bajo 51.47%, y bajo 4.41%. Cravioto y cols (1985) y otros autores consideran como un factor de riesgo pertenecer a un estrato socioeconómico bajo. Pero otras perspectivas que se tratan de destacar es que actualmente ambos padres trabajan 37 (27.21%), que solo la madre sea el sostén del hogar 31 (22.79%). Y esto nos da otros factores que se deben considerar de riesgo, ya que los hijos quedan por mas tiempo al cuidado de otros familiares o completamente solos.

De acuerdo al presente estudio nos queda claro de una forma cuantitativa la dimensión del problema al que nos enfrentamos en cuanto a Salud Mental Infantil y Adolescente, quedando establecida la necesidad de atención a este grupo de población a través de la prevención, detección y tratamiento oportuno.

## CONCLUSIONES.

1. Se cumplió con los objetivos de nuestro trabajo, sobre la detección de síntomas psicopatológicos en una población de niños y adolescentes que acudieron a un primer nivel de atención médico.  
Se determinó la frecuencia de los síntomas psicopatológicos en la población infantil y adolescente que acudió a los servicios en un Centro de Salud. Identificándose los “casos probables”.  
Se determinó la percepción de necesidad de servicios de salud mental para la población detectada como “casos probables”.  
Se conoció la búsqueda de servicios de ayuda para la población determinada.
2. La búsqueda de apoyo en estos niveles de atención continúa siendo por problemas de salud médico y/o algún servicio asistencial, y queda tangencialmente considerado el aspecto preventivo de la salud mental a nivel de niños y adolescentes.
3. Continuaremos insistiendo en la necesidad de enfocar los estudios hacia la epidemiología psiquiátrica infantil, encaminando nuestros esfuerzos como prestadores de servicios de salud mental. Para hallar las diferencias en la prevalencia, buscar y asociar otras variables para evaluar la potencialidad, como indicadores tempranos en el desarrollo de una probable psicopatología o de desventajas que afecten al desarrollo del niño o adolescente.
4. Los estudios de prevalencia son de gran utilidad para determinar la magnitud de un problema, y se puede entonces planear y programar acciones de salud para su control y combate. En base a lo anteriormente expresado, nuestro trabajo no termina aquí, solo es una parte de inicio, ya que nuestra continuidad será la creación de redes comunitarias en apoyo a la atención de la salud mental infantil y adolescente.

### **Consideraciones éticas aplicables al estudio.**

Cumple con las consideraciones éticas de la S.S.A.  
Y de los postulados de Helsinki con su modificación en Tokio.

### **Consideraciones de las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica.**

Cumple con la Ley General de Salud y está realizado de acuerdo al requerimiento de los Comités de Investigación Científica.

### **Difusión que se dará a los resultados de estudio.**

En el XIV Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Infantil Mexicana.  
En las Jornadas Anuales del Hospital de Psiquiatría Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

## BIBLIOGRAFIA.

1. Birmaher B, et al. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996. 35 (11): 1427 – 1439.
2. Birmaher B, et al. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996. 35 (12): 1575 – 1583.
3. Briggs-Gowan M J, McCue Horwitz S, Schwab-Stone M E, Leventhal J M, Leaf P J. Mental health in pediatric settings: distribution of disorders and factors related to service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39 (7): 841-849.
4. Cantwell Dennis P., M.D. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, august 1996. 35 (8): 978 – 987.
5. Caraveo J. Paidopsiquiatría y epidemiología. *Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil*. 6 (1-3): 27-32.
6. Caraveo-Anduaga J J, Colmenares B E, Martínez N A. Síntomas, percepción y demanda de atención de salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. Enviado a *Salud Pública de México*, 2001.
7. Caraveo J, González C, Ramos L, Mendoza P. Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. *Salud Pública de México* 1986; 28 (5): 504-514.
8. Caraveo J, Medina-Mora M E, Villatoro J, López E K, Martínez N A. Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Pública de México* 1995; 37 (5): 446-451.
9. Caraveo J, Martínez N A, Rivera B. Un modelo para los estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental* 1998; 21 (1): 48-57.
10. Chassin M R, Galvin R W. La urgente necesidad de mejorar la calidad asistencial. *JAMA* 1998; 28: 51-60.
11. Cravioto J, Birch HG, DeLicardie ER. The ecology of infant weight gain in a pre-industrial society. *Act Paediat Scand*, 1967. 56: 71-84.

12. Cravioto J, Arrieta R. Nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje. INCYTAS-DIF, 1985.
13. Cravioto J, Cravioto P. Nutrición y salud al inicio de la vida y aprendizaje en edades posteriores. Perspectivas en salud pública. Primera edición, 1991.
14. DeLicardie ER, Cravioto J. Behavioral responsiveness of survivors of clinically severe malnutrition to cognitive demands. Symposia of the Swedish Nutrition Foundation XX, 1974. pags 134-154.
15. Escotto J, Macías-Valadez TG. Consideraciones generales sobre la adolescencia. En Abreu M., Ed. Introducción a la Medicina Interna . Editorial Méndez Cervantes; México 1989.
16. García S S. Attitudes toward mental illness and psychiatry: preliminary results. Salud Mental 1998; 21 (4): 40-50.
17. Giel R, et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. Pediatrics 1981; 68 (5): 677-683.
18. Gómez E M, Rico D H, Caraveo A J, Guerrero C G. Validez de un instrumento de tamizaje (RQC). Anales Inst Mex de Psiquiatría, 1993; 4 (19): 204-208.
19. Hales R E, Yudofsky S C, Talbott J A. Psiquiatría y atención primaria. Tratado de Psiquiatría DSM IV. Editorial Masson, 3a. edición.
20. Kaplan and Sadock's. Quantitative and experimental methods in psychiatry. Chap. 5. Comprehensive textbook of psychiatry. 7ª. edition.
21. Lavigne J V, et al. Mental health service use among young children receiving pediatric primary care. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37 (11): 1175-1183.
22. Loeber R., Ph.D.; et al. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, december 2000. 39 (12): 1468-1484.
23. Magnuson D, Casaer P. Human Ontogeny: a longitudinal perspective. En Magnuson D, Casaer P., Ed. Longitudinal research on individual development present status and future perspectives. Cambridge, Massachussetts.; Cambridge University Press 1993. pp. 1-25.
24. Maldonado D J, Saucedo G JM. Epidemiología de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. temas de Pediatría. Psiquiatría. McGraw-Hill Interamericana, México 1998. pp. 31-48

25. Márquez C ME. Desarrollo, psiquiatría infantil y psicopatología del desarrollo. *Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil*. 6 (1-3): 33-41.
26. Mikkelsen EJ. Enuresis and encopresis: ten years of progress. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 2001. 40(10):1146-1158.
27. Mogollón OA. Desarrollo motor en el recién nacido y clase socioeconómica, estudio de 413 recién nacidos en el Distrito Federal. Tesis, 1967.
28. Programa de acción: salud mental. Secretaria de Salud, primera edición 2001.
29. Rutter M. Fundamentos científicos de Psiquiatría del desarrollo. Salvat Editores, 1985.
30. Rutter M. Practitioner review: routes from research to clinical practice in child psychiatry: retrospect and prospect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 39 (6): 805-816.
31. Toppelberg C., M.D.; Shapiro T., M.D. Language disorders: a 10-year research update review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, february 2000. 39 (2): 143 – 152.
32. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World health Organization* 2000; 78 (4): 413-426.
33. Wiener J M. Use of rating scales and questionari. *Textbook of child and adolescent psychiatry*. American Psychiatric Press, Inc. 2a. edición. Pag: 117-131.
34. Young J G, Ferrari P. The genesis and prevalence of developmental psychopathology: defining the need for mental health services for children and adolescents. Chap. 1 y 2. *Designing mental health services and systems for childfren and adolescents*. Edit. Edwards Brothers, Ann Arbor, MI, 1998.