



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA C. M. F. "DR. IGNACIO CHÁVEZ"

**DETECCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES EN
NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD EN LAS ESCUELAS
PRIMARIAS "PROF. FERNANDO BROM ROJAS"
Y "PROF. GUILLERMO SHERWELL" Y SU RELACION
CON EL APGAR FAMILIAR**

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LUZ MARÍA CASTILLO FELICIANO

NUMERO DE REGISTRO: 123:2008



ISSSTE

MEXICO, D.F.

2008



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.

RESUMEN

Los trastornos de salud mental se han convertido en un problema de salud pública en el mundo, al haberse incrementado en las dos últimas décadas, siendo por mucho tiempo relegada dentro de las políticas de salud y de la práctica médica en general. Esta incidencia también se ha registrado en nuestro país.

Objetivo: Por medio de la aplicación de un cuestionario validado, detectar la presencia de trastornos de salud mental en niños en dos escuelas primarias y asociarlos a disfunción familiar.

Material y Métodos: Se aplicó el cuestionario a los padres de los niños de 6 a 12 años de edad que cursan en las Escuelas “Profesor Fernando Brom Rojas” y “Profesor Guillermo Sherwell”, para la detección de trastornos mentales; se aplicó el APGAR familiar, evaluando la percepción individual de la funcionalidad familiar. Para relacionar la presencia de los trastornos mentales con las variables de estudio se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada o la Prueba exacta de Fisher; la V de Cramer con un nivel de significancia de 0.05. En relación con el Apgar Familiar se usó la misma prueba estadística.

Resultados: Fueron incluidos 178 alumnos, 98 del género masculino (55.1%), y 80 del género femenino (44.9%). La media aritmética de edad fue de 8.57 con una desviación estándar de 1.74. De los trastornos diagnosticados el porcentaje más alto se presentó en el trastorno obsesivo compulsivo, con 44 casos (24.7%), seguido por el Déficit de Atención con 43 casos (24.2 %) y Ansiedad por Separación con 33 casos (18.3%). En relación con el Apgar familiar, se presentó una relación estadísticamente significativa con la presencia de cinco o más trastornos ($P=0.004$).

Conclusiones: La detección temprana de los trastornos mentales, continúa siendo un tema al que se le presta poca atención. Los resultados obtenidos muestran que una población aparentemente sana presenta algún tipo de trastorno mental que no ha sido diagnosticado.

Palabras clave. Salud mental, trastornos mentales, prevalencia, funcionalidad familiar, detección temprana

SUMMARY

The dysfunctions of mental health have become a problem of public health in the world, when having been increased in the last two decades, being for a lot of time relegated inside the politicians of health and of the medical practice in general. This incidence has also registered in our country.

Objective: By means of the application of a validated questionnaire, to detect the presence of dysfunctions of mental health in children in two primary schools and to associate them to family disfunción.

Material and Methods: The questionnaire was applied the parents of the children from 6 to 12 years of age that study in the Schools "Professor Fernando Red Brom" and "Professor Guillermo Sherwell", for the detection of mental dysfunctions; the family APGAR was applied, evaluating the individual perception of the family functionality. To relate the presence of the mental dysfunctions with the study variables it was used the statistical test of square Chi or the exact Test of Fisher; the V of Cramer with a level of significancia of 0.05. In connection with the Family Apgar the same test statistic was used.

Results: 178 students were included, 98 of the masculine gender (55.1%), and 80 of the feminine gender (44.9%). The arithmetic stocking of age was of 8.57 with a deviation estándar of 1.74. Of the diagnosed dysfunctions the highest percentage was presented in the compulsive obsessive dysfunction, with 44 cases (24.7%), continued by the Deficit of Attention with 43 cases (24.2%) and Anxiety for Separation with 33 cases (18.3%). In connection with Turning off family, a relationship was presented statistically significant with the presence of five or more dysfunctions ($P=0.004$).

Conclusions: The early detection of the mental dysfunctions, continues being a topic to which is paid little attention. The obtained results show that a seemingly healthy population presents some type of mental dysfunction that has not been diagnosed.

Words key. Mental health, mental dysfunctions, prevalencia, family functionality, early detection

*“Vosotros mismos habéis elegido un momento
y una familia, un linaje sanguíneo
con el que habéis nacido para presentaros
con las oportunidades que considerasteis idóneas
para esta vida.”*

Bárbara Marcianick (Tierra)

Agradecimientos:

A Dios y a mis padres:

Por haberme dado la vida, por haber guiado mi camino y por hacer de mí el ser humano que ahora soy. A mi madre por estar conmigo en los momentos más difíciles de mi vida, por enseñarme lo que es la perseverancia, y por ser la mujer a la que más admiro.

A mis hermanos:

Quienes siempre han estado conmigo para apoyarme y ayudarme en las buenas y en las malas.

A mis tutores:

Dr. Luis Alberto Blanco Loyola, Dra. Catalina Monroy Caballero y M.C. Alberto González Pedraza, quienes me enseñaron que las metas no siempre son fáciles de alcanzar pero al final vale la pena luchar por ellas, manteniendo siempre nuestros valores.

A mis compañeros y amigos:

Yessica, Sergio, Antonio y Aldo en los cuales siempre encontré apoyo y quienes en muchas ocasiones, encausaron mi camino con sus consejos.

Un especial agradecimiento a la Dra. Claudia Martínez Higueros por permitirme continuar con este trabajo de investigación, el cual inició ella y que me ha dejado con una enorme riqueza de conocimientos.

Finalmente doy gracias a todos aquellos me tendieron la mano en momentos en los que necesite ayuda, y aunque no los mencione siempre estarán presentes en todo momento de mi vida.

*“La oscuridad, define a la luz,
sin la oscuridad no puede existir la luz,
sin la luz no puede existir la oscuridad”*

ÍNDICE

1. Introducción...	1
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Definición de Salud Mental.....	1
1.3 Panorama epidemiológico de las enfermedades mentales en el mundo.....	2
1.4 Epidemiología de las enfermedades mentales en niños y adolescentes.....	4
1.5 Factores que influyan en la salud mental del niño.....	7
1.6 Papel de la Atención primaria en la detección oportuna de enfermedades mentales.....	9
1.7 Principales instrumentos de detección de enfermedades mentales.....	10
1.8 Trastornos de Salud Mental más frecuentes en niños y adolescentes según el DSM-IV.....	13
1.9 Instrumentos de evaluación familiar.....	29
2. Planteamiento del Problema.....	31
3. Justificación.....	31
4. Objetivos	32
4.1 Objetivo General.....	33
4.2 Objetivos Específicos.....	33
5. Hipótesis	33
5.1 Hipótesis nula.....	33
5.2 Hipótesis alterna.....	33
6. Metodología de la Investigación	33
6.1 Tipo de estudio.....	33
6.2 Diseño.....	33
6.3 Población lugar y tiempo.....	34
6.4 Tipo y tamaño de la muestra.....	34
6.5 Criterios de inclusión.....	34
6.6 Criterios de exclusión.....	34
6.6 Criterios de eliminación.....	34
6.7 Cédula de recolección de datos.....	34
6.8 Variables.....	36
6.8.1 Variables dependientes.....	36
6.8.2 Variables independientes.....	36
7. Cronograma de Trabajo	37
8. Análisis de datos	37
9. Recursos	37
9.1 Humanos.....	37
9.2 Físicos.....	38
9.3 Materiales.....	38
10. Aspectos Éticos	38
11. Resultados.....	40
12. Discusión	61
13. Conclusiones.....	62
14. Bibliografía.....	64
15. Anexos	69

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental forma parte integral del ser humano, el entorno familiar es el más adecuado para proporcionar al niño, seguridad y estabilidad, tanto afectiva como emocional, que le permita a su vez, satisfacer sus necesidades, en un ambiente de afecto y seguridad material y moral. Hay conductas esperadas a cierta edad, pero si persisten pueden convertirse en patológicas. Investigaciones recientes dan cuenta de la necesidad de invertir más en salud mental, en términos financieros y en recursos humanos, tanto para la atención de la población que sufre algún trastorno mental, como para generar trabajos de investigación y promover la salud mental. El riesgo de sufrir enfermedades mentales se incrementa en ciertos grupos, entre otros, aquellos que viven en pobreza extrema, las personas con bajos niveles de instrucción, las víctimas de violencia, los indígenas, las mujeres, hombres, niños y ancianos maltratados o abandonados; personas con discapacidad; quienes padecen enfermedades crónicas, por lo que se espera que la prevalencia aumente. Además, algunas personas se encuentran en riesgo de padecer este tipo de alteraciones por predisposición genética. Por tal motivo la presente investigación se realizó en base a la detección de trastornos mentales en niños de 6 a 12 años en dos escuelas primarias, así también se determinó la funcionalidad familiar para correlacionarlas.

1.1 ANTECEDENTES

1.2. DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL

La integridad de la salud mental es un concepto que abarca la calidad, la armonía y la normalidad en lo social, lo biológico, lo psicológico y lo espiritual, dentro de cada uno de ellos. Es aplicable a los individuos, las familias y las sociedades. La interrelación de los componentes en los cuatro sistemas mencionados y de ellos entre sí, determinan la generación de circunstancias o factores de protección y de riesgo, en su conjunto dichos sistemas son los responsables de la génesis del estado de salud integral alcanzado por las personas.¹

La salud mental es el núcleo del desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social. Es un factor clave para la inclusión social y la plena participación en la comunidad y la economía. En realidad, la salud mental es mucho más que la mera ausencia de enfermedades mentales; es una parte indivisible de la salud y la base del bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas. Se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio. Hacer frente a una crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida.² Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud mental se define como “el estado de bienestar que permite a los individuos desarrollar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades”.³

1.3. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN EL MUNDO

Los trastornos de salud mental se han convertido en un problema de salud pública en el mundo, al haberse incrementado en las dos últimas décadas, a pesar de lo cual, ha sido por mucho tiempo relegada dentro de las políticas de salud y de la práctica médica en general. Esta incidencia también se ha registrado en nuestro país. En diversos estudios se ha identificado los padecimientos que en este ámbito merecen especial atención por las incapacidades que provocan en la población mexicana.⁴

Alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta a nivel mundial.⁵ Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida. Las condiciones neuropsiquiátricas son responsables del 13% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs por sus siglas en inglés) que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo y que se estima que para el año 2020 aumentarán en un 15%. Cinco de cada diez de las causas principales de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial se deben a condiciones psiquiátricas. Los trastornos mentales representan no sólo una inmensa carga psicológica, social y económica a la sociedad, sino que también, aumentan el riesgo de las enfermedades físicas. Teniendo en cuenta las actuales limitaciones en la efectividad de las modalidades de tratamiento para disminuir la discapacidad debida a trastornos mentales y de conducta, el único método sostenible para reducir la carga causada por estos trastornos es la prevención.^{2, 6, 7} Según estimaciones de la Federación Mundial de Salud Mental, mundialmente hasta el 20% de los niños y adolescentes padecen de una enfermedad mental discapacitante, y 3-4% requiere tratamiento.⁸ Las estimaciones de la prevalencia han mostrado grandes variaciones, desde una prevalencia a lo largo de la vida de más del 40% para cualquier trastorno de salud mental en los Países Bajos y los Estados Unidos, hasta niveles del 20% en México y 12% en Turquía.⁹ La comparación de las estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida y de prevalencia reciente (en los últimos 12 meses) muestran que los trastornos mentales a menudo son crónicos, aunque la cronicidad es siempre más alta en los trastornos de ansiedad que en los trastornos del estado de ánimo o los relacionados con el uso de sustancias.^{9, 10} Los informes retrospectivos sugieren que los trastornos mentales típicamente tienen una edad temprana de aparición y persistencia a lo largo de la vida, con medianas estimadas de aparición a los 15 años para los trastornos de ansiedad, 26 años para los trastornos del estado de ánimo y 21 años para los relacionados con el uso de sustancias.⁹ En estudios más recientes realizados en Madrid España por Aláez Fernández y cols., se encontró que los únicos trastornos que muestran una clara tendencia a aumentar con la edad son los de conducta, y en menor medida, los depresivos.¹⁰ En análisis más detenidos de los casos, se ha demostrado que los trastornos de aparición temprana (durante la infancia o la adolescencia), son los más graves y persistentes, sin embargo son los que reciben tratamiento más tardío.^{11, 12}

Los estudios epidemiológicos descriptivos, llevados a cabo por los organismos internacionales de salud pública, han sido de utilidad entre otras cosas para determinar la magnitud y trascendencia de los trastornos no tratados; así como también para identificar los obstáculos que dificultan el acceso. Ello con el fin de planificar cambios en las actividades de atención y tratamiento. El primero de estos estudios fue el de

Resultados Médicos, que investigó una serie de enfermedades crónicas, incluida la depresión, y, que reveló, que está última se encuentra asociada, en muy diversas esferas de la vida, a niveles de discapacidad funcional equiparables, si no superiores, a los que se observan en pacientes con trastornos orgánicos como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Artritis, etc.¹⁰ Otras encuestas epidemiológicas recientes, han demostrado las repercusiones negativas en múltiples esferas de la calidad de vida en pacientes afectados. La más amplia e influyente, ha sido el Estudio Colaborativo de Atención Primaria, realizado por la OMS, en donde se reportó que los trastornos mentales tienen una alta prevalencia entre las personas que acuden a los médicos de familia, que se asocian a discapacidades importantes en el desempeño de roles sociales, y que la mayoría de ellos pasan desapercibidos para los médicos de Atención Primaria. Otro dato importante, fue que la ocurrencia de trastornos de salud mental no detectados y tratados, asociados con trastornos orgánicos crónicos, complicando el manejo y el pronóstico de los pacientes afectados.¹²

Con base a esta información, se han diseñado una serie de programas innovadores con el objeto de ayudar al personal de atención primaria a detectar y tratar los trastornos mentales. Un importante avance al respecto, fue el desarrollo de una entrevista estructurada de diagnóstico conocida como Formulario de Entrevista Diagnóstica (DIS-4), la que, según los estudios metodológicos, permite obtener diagnósticos confiables. La primera ampliación de la metodología fue realizada por la OMS, a fin de incluir los criterios de la Clasificación Estadística Internacional Colombiana (CIDI), fue publicada por primera vez en 1990. Este instrumento permitió, con el apoyo de la OMS realizar un número sin precedente de importantes encuestas epidemiológicas en países tan distintos como el Brasil, Canadá, Alemania, México, Los Países Bajos y Turquía. La iniciativa de la OMS, Salud Mental Mundial 2000, surgida de esas actividades de asistencia técnica coordinó la realización de encuestas CIDI en la población general en 20 países durante el año 2000, distribuyéndolas en Norteamérica (Canadá, EEUU), América Latina (Brasil, Colombia, México, Perú), Europa (Alemania, Bélgica, España, Francia, Italia, Países Bajos, Ucrania), Oriente Medio (Israel), África (Sudáfrica), Asia (China, India, Japón) y el Pacífico (Indonesia, Nueva Zelanda).^{7, 12}

De las anteriores encuestas, se han sistematizado algunos estudios importantes que categorizan a los trastornos de salud mental entre las enfermedades crónicas más prevalentes e incapacitantes, con rangos que se acercan al 50% entre la población en general.^{7, 12} Otra conclusión, ha sido que los trastornos mentales aparecen a edades mucho más tempranas que otras enfermedades crónicas, lo que determina la mayor importancia de estos con respecto a sus efectos sobre la calidad de vida de los individuos afectados y el costo del seguimiento para los servicios de salud.^{3, 6} Respecto al abordaje y tratamiento, sólo una pequeña parte de los encuestados que cumplen los criterios que caracterizan un trastorno de salud mental han recibido tratamiento durante el año precedente. Las encuestas también revelan que sólo una minoría de los pacientes recibe un programa terapéutico mínimamente adecuado en relación con las directrices de tratamiento actuales.¹³

Respecto a las consecuencias sociales, algunos estudios revelan que los trastornos de salud mental tienen un fuerte impacto negativo sobre la capacidad de desempeño de los roles de trabajo incrementándose en una proporción aproximada de 3 a 4 veces, los días de trabajo perdidos a consecuencia de ellos. Al mismo tiempo se ve afectada la calidad

de vida, sobrepasando en mucho el impacto que tiene las enfermedades crónicas comunes.¹⁴

Los problemas tensionales son persistentes y se presentan frecuentemente asociados a otros problemas tempranos. Lo anterior hace difícil la interpretación de su poder predictor. Algunos autores concluyen que los problemas de concentración constituyen una condición basal que ejerce efectos moderadores y mediadores sobre otras conductas desadaptativas. Otros han demostrado que el déficit atención/hiperactividad aumenta la probabilidad de desarrollar conductas agresivas y tímidas, desórdenes psiquiátricos con discapacidad, déficit cognitivo y necesidad de educación especial.¹⁵

De acuerdo con la Secretaría de Salud en México, se estima que alrededor de 15 millones de personas padecen algún trastorno mental. Los resultados de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) indican que el 28.6 % de la población presentó alguna vez en su vida, alguno de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10), y solamente uno de cada 10 pacientes recibe atención especializada.⁵

1.4. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La adecuada salud mental tiene sus raíces en la primera infancia, comenzando por la relación que establece el lactante con sus padres o cuidadores, lo cual sienta los cimientos de la confianza. El contexto familiar y el entorno social ofrecen, un ingrediente esencial para el desarrollo del individuo, encaminados a una salud mental permanente. Para muchos niños y adolescentes con trastornos emocionales y conductuales graves, las actividades cotidianas, crear amistades y ser integrantes de la sociedad son retos extraordinarios.⁸

En cada etapa de la vida, el niño recibe demandas para efectuar tareas vitales y su desempeño es calificado por evaluadores naturales. Las transiciones normativas, como el inicio del colegio, pueden enriquecer su desarrollo o afectarlo negativamente. El desarrollo patológico puede conceptualizarse como una historia de desadaptación social a las tareas tempranas, lo que deriva en una disminución de destrezas sociales, emocionales y cognitivas necesarias para lograr una adaptación posterior.^{16, 17}

En el pasado, se ha subestimado considerablemente la atención de la salud mental de niños y adolescentes, lo que ha llevado al igual que en el campo de salud en general, al área de Salud Mental a afrontar múltiples obstáculos dentro de los que se mencionan: la carencia de recursos materiales y humanos, espacios inapropiados e insuficientes para el desarrollo del trabajo, deficiencia en la continuidad de atención, así también la carencia casi total de políticas y servicios de salud mental para estos grupos de la población en América Latina y el Caribe (solo Cuba y Costa Rica cuentan con políticas nacionales de salud mental específicas para niños y jóvenes). La situación de la salud mental de los niños y adolescentes en América Latina y el Caribe es muy desigual, como lo son la composición étnica, los avances macroeconómicos, la estabilidad y las

estructuras políticas, la organización social, la forma de control gubernamental sobre los servicios de salud mental, el grado de urbanización y la turbulencia política y social en los diversos países. Los recursos destinados a las investigaciones y servicios clínicos varían también de un país a otro. Muchos de los países latinoamericanos y caribeños cuentan con programas innovadores de salud mental, pero falta coordinación en la planificación y la asignación de los recursos. Aunado a lo anterior, otras barreras la aquejan de manera importante, tales como: el estigma, temor, desconocimiento, entre otras, que determinan en gran medida, la búsqueda tardía de atención y las complicaciones individuales y colectivas de los trastornos de salud mental a largo plazo. Esta situación es inaceptable, especialmente si se tiene en cuenta que cerca de 20% de los niños y adolescentes sufren de trastornos que exigen el apoyo o la intervención de los servicios de salud mental.^{11, 18, 19}

Se han reportado en encuestas epidemiológicas en adultos, que los trastornos mentales aparecen a edad temprana y persisten en la edad adulta, lo que ha estimulado el interés por investigar el estado de salud mental de los niños y los adolescentes.^{20, 21} Algunos estudios (EEUU), han demostrado que la prevalencia de los trastornos de salud mental es sorprendentemente alta entre la población infantil, afectando en mayor proporción a niños del sexo masculino, en el caso de los varones, tienen mayor prevalencia los trastornos de la conducta, seguidos de los trastornos del desarrollo, eliminación, ansiedad y depresión, también son prevalentes los trastornos de la actividad y la atención, y la rivalidad entre hermanos. En las mujeres, los trastornos más prevalentes son los trastornos depresivos, los de conducta, ansiedad y desarrollo, también están significativamente representados los trastornos del sueño, de reacción a estrés agudo, y alimentación. Los únicos trastornos que poseen diferencias de género son los de eliminación en los varones y depresión en las mujeres,^{11, 22} a la vez que se asocian frecuentemente, a la presencia de comorbilidad orgánica y/o maltrato infantil.

En América Latina, hay muy pocos estudios longitudinales en la población escolar.²³ En el contexto epidemiológico, los trastornos de salud mental se encuentran entre los más graves y costosos debido a su alta prevalencia, cronicidad, temprana edad de aparición y la grave discapacidad resultante. Por lo que debieran ser considerados de igual trascendencia que cualquier otro trastorno crónico, para la salud.⁶

Por otro lado, existen pocos estudios sistemáticos sobre la detección y el tratamiento precoz de los trastornos que aparecen en la infancia o la adolescencia, así como sobre la utilización de entrevistas clínicas de niños que asisten a los servicios de atención primaria. Demostrándose además, una baja sensibilidad de las encuestas utilizadas, dando como resultado que entre el 80 y 90% de los problemas de salud mental en niños sean consistentemente perdidos en el primer nivel de atención. De lo anterior se sugiere que una de las metas primordiales de las investigaciones y de los programas de planificación en salud mental, sea incrementar la sensibilidad de los diagnósticos de los trabajadores de la salud en el Primer Nivel de Atención.^{24, 25}

En México, el Reporting Questionnaire for Children (RCQ) [Cuestionario de Notificación Infantil], instrumento para el tamizaje de problemas conductuales en los niños, se aplicó como parte de la Encuesta Nacional de Salud Mental. Con base de la información aportada por los padres, se estimó una prevalencia del 15.6% en niños de 3 a 12 años de edad.^{26, 27}

Algunas encuestas realizadas en países en desarrollo, sugieren prevalencias de psicopatología de 3-4% entre niños de 0 a 9 años y del 6-10% en niños de 10 a 19 años. En otros estudios, también se ha demostrado que la prevalencia aumenta conforme la edad desde un 5% en niños de 3-6 años hasta un 10% entre los de 7 a 15 años. Algunos trastornos funcionales son especialmente prevalentes entre los 6 y 9 años (trastornos específicos del desarrollo, y de la actividad y la atención), coincidiendo con los primeros años de escolarización obligatoria, y la mayor exigencia que impone el aprendizaje escolar y el trabajo en el aula.¹⁰ En el estudio realizado por Medina-Mora y cols., en el caso de México, se reportó una prevalencia en la ansiedad de separación (mediana de inicio de 5 años) y el trastorno de atención (6 años) como los dos padecimientos más tempranos. La fobia específica (a los 7 años), seguida por el trastorno oposicionista (8 años), que aparecen después.²⁶ Estos hallazgos sugieren una prevalencia de trastornos psiquiátricos en la infancia similares a aquellos observados en países industrializados.²⁷

Los estudios entre la población infantil se complican con frecuencia, debido a que los trastornos en la infancia son menos evidentes que en la edad adulta, además de la imposibilidad de entrevistar directamente a niños de corta edad, lo que obliga a recurrir a los padres, profesores o cuidadores como informantes. Esto ha creado problemas en el conocimiento, al combinar los diferentes reportes, sobre todo en las prevalencias estimadas. Considerando que en los estudios epidemiológicos realizados a gran escala los encuestados están poco motivados para informar con sinceridad sobre algunas cuestiones personales y embarazosas, y que los resultados de los informes sobre enfermedades mentales son sensibles a pequeñas variaciones del contexto y de la manera de formular las preguntas, las prevalencias de problemas emocionales halladas en dichos estudios deberían considerarse en general como estimaciones del límite inferior para la población.^{12, 22}

Varios estudios han mostrado el poder predictivo de la inhibición conductual o timidez para su propia persistencia y para presentar fobia social, desórdenes ansiosos y depresión en la adolescencia, así como una relación inversa con desórdenes disruptivos.

Una serie de estudios, mostraron que las conductas desadaptativas tempranas registradas por padres y profesores, predecían conductas agresivas, problemas de concentración, ansiedad/depresión, conductas delictivas, abuso de sustancias, conducta suicida, atención de salud mental en la adolescencia y desórdenes psiquiátricos en la adultez.

Otro grupo de investigadores, examinó los antecedentes evolutivos que llevan a depresión, agresión y consumo de drogas. Los resultados mostraron que los problemas de aprendizaje tempranos aumentaban la probabilidad de presentar síntomas psiquiátricos en la adolescencia, especialmente en hombres. Los síntomas ansiosos y los déficits cognitivos predijeron depresión en mujeres. La conducta agresiva, en especial combinada con timidez predijo conducta delictiva y abuso de drogas en hombres. Además demostraron que estas conductas tempranas son maleables mediante intervenciones preventivas.¹⁵ Se han reportado otros estudios los cuales han revelado que los niños criados por padres depresivos tienen tasas más altas de problemas de conducta.²⁸

1.5 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL DEL NIÑO

Las ciencias sociales, biológicas y neurológicas han proporcionado contribuciones significativas al rol de los factores de riesgo y protección en las vías evolutivas de los trastornos mentales y salud mental deficiente. Los factores de riesgo y de protección, ya sean biológicos, psicológicos o de la sociedad, así como sus interacciones, han sido identificados en diferentes etapas de la vida, incluso en la etapa fetal. Muchos de estos factores son maleables y por lo tanto son objetivos potenciales para las medidas de prevención y promoción.⁶

La influencia más importante en el desarrollo de los niños en las edades preescolares la ejerce la familia; el colegio cobra importancia cuando el niño ingresa al nivel básico; a su vez, ambos ambientes son influidos por la comunidad y la cultura en que están insertos.^{16, 22, 29}

Para explicar los problemas conductuales y cognitivos en el desarrollo del niño, y teniendo en cuenta estos factores, se han desarrollado modelos causales complejos constituidos por procesos interactivos, cambiantes en el tiempo.¹⁶

Influencias de la familia: La familia ejerce un rol modelador y modulador en el desarrollo de factores de riesgo de psicopatología temprana. La familia fomenta en el niño o adolescente las expectativas a futuro, permite y facilita la pertenencia a grupos, genera un adecuado desarrollo moral, influyen en el desarrollo de auto concepto y autoestima y previene conductas propias del adolescente.¹

La disfunción familiar, la presencia de conflictos entre los padres, la disrupción de la interacción entre padres e hijos y la presencia de factores que interfieren en la crianza de los hijos, pone en peligro el desarrollo social y emocional del niño en general. Está demostrado que el conflicto entre los padres, junto con los sucesos vitales adversos, coloca a los niños en mayor riesgo de sufrir problemas emocionales. Factores que menoscaban el desarrollo de una sana interacción entre padres e hijos han sido documentados en progenitores con problemas de alcoholismo y son los que más influyen en la conducta de los hijos, especialmente los varones pequeños.²³

Numerosos factores propios del ambiente familiar pueden aumentar el riesgo que corre un niño de tener problemas asociados a problemas conductuales y desórdenes psiquiátricos, en los niños se encuentran múltiples circunstancias familiares adversas crónicas, como la enfermedad mental de uno de los padres, depresión materna, discordia marital, muerte de un padre, divorcio, familias reconstituidas, uniparentales o numerosas, uso de castigo frecuente, abandono emocional, cambios de colegio y casa, padres emigrantes, violencia familiar, necesidad de asistencia social y cuidado institucional del niño. Asimismo, la pobreza está asociada a una mayor tasa de factores de riesgo.²⁹

En el caso de la violencia intrafamiliar en niños, las consecuencias a largo plazo tienen una mayor probabilidad de reproducir la violencia en las relaciones de pareja, así como a sus propios hijos, por la tolerancia a este tipo de conductas o por haber incorporado los patrones de víctima o agresor (violencia transgeneracional).³⁰

Por otra parte, diversos aspectos de la vida familiar son protectores: calidez y cohesión, adecuada supervisión y monitoreo parental, buena relación con al menos uno de los padres, armonía y apoyo conyugal, cercanía con un hermano o abuelos, participación en actividades, habilidad en el manejo del estrés, adaptación fácil al cambio, capacidad de expresar sentimientos y disponibilidad de sistemas externos de apoyo.^{1, 3, 16, 17, 30}

Factores propios del niño: frente a problemas conductuales, son protectores: el sexo femenino, manifestar un temperamento fácil en los primeros años de vida, observable como facilidad temprana para adaptarse y adquirir hábitos; así como algunas características de personalidad en las edades preescolar, escolar y adolescencia: autonomía, capacidad de planificar su propio futuro, alta autoestima y orientación social positiva.³

Algunas dimensiones temperamentales son de riesgo para presentar psicopatología posterior: alto nivel de actividad, ansiedad-retraimiento, agresividad, celos, apego excesivo a los padres y necesidad de ser centro de atención.

Se han encontrado factores de riesgo de naturaleza biológica: Trastorno de Aprendizaje, fracaso escolar, complicaciones perinatales y enfermedad crónica del niño.

Los problemas conductuales tempranos de los niños, tanto internalizados (angustia, inhibición, tristeza) como externalizados (conductas antisociales, agresividad, hiperactividad) son predictores de psicopatología persistente y de problemas de salud mental en la adolescencia y vida adulta.

Los problemas de concentración ejercen efectos moderadores y mediadores sobre otras conductas y son predictores de problemas conductuales y emocionales. Se han identificado factores de riesgo tempranos en niños hiperactivos, que sumados a problemas familiares se asocian a una conducta antisocial posterior y abuso de drogas.^{3, 16, 17, 30}

Factores propios del colegio: las experiencias positivas en el colegio son protectoras para niños de familias de extrema pobreza y criados en instituciones. Los cursos poco numerosos favorecen especialmente el aprendizaje de niños de bajo nivel socioeconómico.^{16, 29}

El fracaso escolar es predictor de desórdenes disruptivos, así como de problemas conductuales, ansiedad y depresión. Ubicar a los niños en clases diferenciadas por niveles de rendimiento o de conducta es deletéreo tanto como un alto nivel de ausentismo y el uso de medidas disciplinarias severas.

Las dificultades tempranas en las relaciones con sus pares se asocian a percepciones desfavorables hacia el colegio, evitación escolar, mal rendimiento en enseñanza básica y psicopatología en la adolescencia.

Influencias de la comunidad: la calidad de la crianza parental es influida por acontecimientos vitales, dificultades diarias y por el apoyo social. En distintos países se han demostrado diferencias por clase social en la prevalencia de problemas de salud física y atraso escolar. La comunidad proporciona oportunidades para el desarrollo de

los niños, una red de personas con las cuales interactuar y determina el concepto colectivo acerca del desarrollo y normas de crianza.^{1, 3, 16, 17, 29, 30}

En algunos estudios, no se ha encontrado correlación entre los trastornos de salud mental y el nivel socioeconómico (ingresos, nivel de instrucción y empleo), sin embargo se observa en algunos casos, una relación inversa. Así las tasas más altas de la mayoría de los trastornos se dan entre las personas de nivel socioeconómico bajo y con respecto al sexo, se observa una prevalencia significativamente mayor entre las mujeres que en los hombres. Otro aspecto, es que las tasas suelen ser más bajas entre personas casadas que entre las solteras.³⁰ Se espera que el índice de enfermos se incremente debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población entre otros factores.^{1, 3}

Algunas personas se encuentran en riesgo de padecer este tipo de alteraciones por predisposición genética. Lee Robins sugiere que la esperanza más grande para el entendimiento de la etiología de los trastornos mentales, deberá venir de la genética epidemiológica.²³ Se ha encontrado también que la psicopatología del adulto desempeña un papel importante en la transmisión de una mayor vulnerabilidad a sus descendientes.³¹ Muchos de los trastornos mentales se asocian a la falta de atención adecuada en los niños. A partir del nacimiento, el no brindar los cuidados físicos y emocionales necesarios también es factor de riesgo.¹²

1.6 PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DE ENFERMEDADES MENTALES

Una de las principales metas del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, es reducir la carga relacionada con los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias. La prevención de esos trastornos es obviamente una de las formas más efectivas para reducir la carga. Muchas resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y el Comité Regional han enfatizado además la necesidad para la prevención. La OMS publicó un documento sobre prevención primaria de los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales en 1998 (OMS, 1998).³

En 2001, se definieron dos objetivos esenciales en esta área: apoyar el desarrollo de políticas y servicios de salud mental para niños y adolescentes, y promover una red de investigadores interesados en este tema. Hasta el momento no se ha logrado avanzar lo suficiente en el cumplimiento del primer objetivo, sin embargo, en el área de la investigación se creó la Red de Proyectos de Investigación sobre Desarrollo Infantil Precoz y Salud Mental Infantil para América Latina y el Caribe, con la colaboración de las universidades de Harvard y Columbia, de los Estados Unidos de América, y de centros de investigación de Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y Jamaica. Esta red creó una excelente dinámica de trabajo y ha organizado varias conferencias y proyectos, algunos de los cuales se encuentran actualmente en fase avanzada de ejecución. Es necesario continuar apoyando estas iniciativas y, a la vez, recuperar el tiempo perdido en la formulación y aplicación de políticas y servicios específicos. La reciente publicación de un manual elaborado por la OMS sobre políticas y servicios de salud

mental para niños y adolescentes puede ayudar a hacer que se logren los objetivos que aún quedan pendientes.^{6, 19}

Estudios en hogares realizados en población urbana del país han documentado que las personas con trastornos emocionales piden primero ayuda en sus redes sociales, 4% a familiares o amigos, 10% a sacerdotes y ministros, 15% se automedican y sólo secundariamente acuden a medicina general y a los servicios especializados. Berenzon, ha documentado una elevada utilización de la medicina alternativa, como complemento de la medicina tradicional obedeciendo a la percepción social de quién puede ofrecer solución a problemas sentidos.^{28, 32}

La expansión de los servicios de primer nivel de atención representa una de las principales estrategias para la ampliación de la cobertura en salud. En el estudio realizado por Gutiérrez y Barilar, se encontró que la población atendida por trastornos de salud mental en primer nivel de atención es primordialmente de niños, lo que se significa que la población adulta requiere en forma muy limitada este tipo de atención o que cuando lo hace, recurre a las unidades especializadas del tercer nivel o la práctica privada.³³ Lo anterior sugiere la importancia de implementar estrategias como la de: “Atención Primaria en Salud Mental”, haciendo énfasis en la planificación y desarrollo de programas que garanticen la calidad de atención, se orienten hacia la detección e intervención oportunas, y sean factibles de implementarse en los servicios de Atención Primaria, entre otras características, la actuación sobre los factores de riesgo con frecuencia hace necesaria la coordinación interinstitucional para el abordaje anticipatorio de estas situaciones de riesgo físico y psicosocial para el menor.³⁰

La Atención Primaria se encuentra en un lugar privilegiado para la detección precoz, ya que el médico tiene un contacto periódico y frecuente con el niño a través de programas de control del niño sano, y por el conocimiento de la familia y su contexto. La actuación más factible por parte del médico en atención primaria es la identificación de factores de riesgo y de situaciones de mayor vulnerabilidad del niño o la familia, y la intervención precoz.³⁰

Es necesario contar con información para apoyar la planificación de intervenciones preventivas y mejorar los servicios para la población infanto-juvenil. El abordaje de los problemas de salud mental, constituye un reto tanto en el área de países industrializados como de países en vías de desarrollo.^{6, 13}

1.7 PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES

El Examen de Estado Actual (PSE). La más antigua de las entrevistas estructuradas fue desarrollado en 1967 (John Wing), se centra en los temas que se han aparecido durante el último mes. La última versión de esta entrevista, el PSE 10 ha sido incorporada en un nuevo sistema conocido como Escalas para la evaluación clínica en neuropsiquiatría.³⁴

Cuestionarios de Entrevista Diagnóstica (Diagnostic Interview Schedule –DISC-)

Es una entrevista altamente estructurada diseñada para realizar los diagnósticos de acuerdo con los criterios DSM-III-R. Se ha utilizado tanto en la investigación clínica

como epidemiológica. Fue diseñada exclusivamente para que la utilizara el personal no médico y facilitar la detección sistemática de un elevado número de sujetos de una comunidad. Se aplica a niños (DISC-C) con edades comprendidas entre los 6 a los 17 años, aunque también existe una forma para padres (DISC-P). La entrevista con el niño puede aplicarse en una única sesión de una hora, mientras que la entrevista con los padres dura entre 60 a 90 minutos. Las preguntas se responden en forma dicotómica (sí/no; verdadero/falso) aunque también existen preguntas sobre la edad de comienzo del problema, en las que se especifica la frecuencia, la duración y la intensidad del problema referidas al último año. Se obtienen puntuaciones comparativas para cada trastorno y un índice global de la psicopatología del niño.

Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA, 1975)

Es una de las entrevistas estructuradas más utilizada. Es una de las pocas entrevistas que recoge datos relativos a los primeros años de vida del niño, incluyendo datos de la historia médica, embarazo, nacimiento y desarrollo infantil. Se aplica a niños de 6 a 17 años y existe una versión paralela para padres. Para su aplicación no se necesita una preparación clínica especial, aunque sí un entrenamiento exhaustivo. El tiempo de aplicación de la entrevista oscila entre 60 a 90 minutos.

La entrevista estructurada DICA consta de distintas partes, una de las cuales está compuesta por ítems que evalúan la presencia o ausencia de síntomas. Otra parte que explora los diversos trastornos, en función de las categorías contenidas en el DSM comprendiendo un total de 18 categorías. Asimismo contiene una parte especial dirigida a los adolescentes, donde se hacen preguntas sobre la conducta sexual, abuso sexual, menstruación y estrés psicosocial. Finalmente, la entrevista consta de una observación de la conducta del sujeto durante el transcurso de la entrevista. La valoración final de la escala recoge la presencia, ausencia y duración del síntoma.

Interview Schedule for Children (ISC) (Kovacs, 1978)

La ISC es una entrevista semiestructurada compleja para cuya aplicación es necesario que el profesional acredite experiencia clínica. Es aplicable a niños de 8 a 17 años, aunque existe una forma paralela para los padres. Valora los síntomas de afecto, cognición, funciones vegetativas y expresiones conductuales de humor experimentados en las dos últimas semanas y las conductas perturbadoras se valoran en los últimos 6 meses. Asimismo, se valora el estado mental actual del niño y finalmente se realiza una observación directa de la conducta durante la aplicación de la entrevista

Children's Interview for Psychiatric syndromes (ChIPS, Weller y cols., 1985; Weller y cols. 2000) La Children's Interview for Psychiatric syndromes (ChIPS) es una entrevista altamente estructurada, basada en los criterios del DSM-IV (APA, 1994) y desarrollada para establecer el diagnóstico en sujetos con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años y que muestren un CI mayor o igual a 70.

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS) (Puig Antich y Chambers, 1978)

Es una entrevista semiestructurada cuya aplicación requiere una amplia experiencia clínica con un conocimiento exhaustivo de los criterios incluidos en el DSM-III-R. Es aplicable a niños de entre 6 a 17 años y como las anteriores entrevistas, consta de una forma paralela para padres. Es una de las entrevistas utilizadas para estudiar los trastornos afectivos y psicóticos en niños y adolescentes. Contiene preguntas que valoran la

psicopatología percibida del niño en el último año. Asimismo se recogen datos sobre el comienzo, la duración, la intensidad y la existencia de algún tipo de tratamiento. También existen una serie de preguntas relativas a la situación (severidad e impacto psicosocial) en la última semana.

La Entrevista diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview –CIDI-) 1988. Patrocinada por la OMS y U.S. Alcohol drug and Mental Health Administration, es una revisión y extensión del DIS y fue elaborada para estudios epidemiológicos transculturales, internacionales y para estudios comparativos de psicopatología. Los diagnósticos se realizan mediante un algoritmo informático con arreglo en los criterios DSM III, DSM III R y CIE 10.

Entrevista Clínica estructurada para el DSM IV (Structurak clinical Interview for DSM IV, SCID) fue diseñada para permitir a los clínicos la información apropiada para efectuar diagnósticos en los Ejes I y II del DSM IV.

Evaluación de los Trastornos Mentales en Asistencia Primaria, Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD) Constituye un instrumento de evaluación diagnóstica estructurado, diseñado para los clínicos e investigadores del área de asistencia primaria y también potencialmente útil para los médicos e investigadores de la salud mental, la PRIME-AD valora el estado de ánimo, la ansiedad, el alcoholismo y los trastornos somatomorfos (los cuatro grupos de trastornos mentales más habituales en la población en general y en el ámbito de la asistencia primaria). La PRIME-MD tiene dos componentes: el Cuestionario para el paciente (Patient Questionnaire, PQ) una página donde el paciente debe de contestar antes de realizar la entrevista con el clínico y la Guía de Evaluación Clínica (Clinician Evaluation Guide, CEG), de 12 páginas, una entrevista estructurada con la que el clínico suele guiarse para profundizar en las preguntas del PQ que el paciente ha contestado en forma positiva. EL PQ consta de 26 preguntas sí/no relacionadas con los síntomas presentes durante el último mes, divididas en las 5 áreas diagnósticas mencionadas, más una pregunta que concierne al estado general del paciente. Las repuestas del paciente en el PQ indican al clínico cuál de los cinco módulos de la CEG debe utilizarse. Mediante el uso de la CEG, el clínico determina la presencia o ausencia en el momento actual de los 18 posibles trastornos mentales pertenecientes a las cinco grandes áreas, interrogando al paciente sobre cuestiones específicas basadas en los criterios diagnósticos contenidos en el DSM-IV (a menudo simplificados para su uso en asistencia primaria). Los resultados diagnósticos finales se registran en una hoja de resumen que puede incluirse en la historia del paciente. La PRIME-MD permitió diagnosticar por primera vez un trastorno mental en pacientes ya conocidos por sus propios médicos. Sin embargo, aunque la PRIME-MD ha resultado precisa y eficaz en algunos estudios, muchos profesionales la consideran demasiado extensa para utilizarla en los habitualmente colapsados consultorios de asistencia primaria. Por ello en la actualidad se están desarrollando una versión en autoregistro de la PRIME-MD. La inteligencia habitualmente se mide con pruebas estándar como:

- a. **Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (Wechsler Adult inteligente Scale, WAIS)**
- b. **Escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada (Wechsler Inteligente Scale for Children-Revised, WISC-R) para niños de 6 a 16 años.**

- c. **El CL reinado de Standford-Binet (Standford-binet IQ Revised para niños de 2 a 16 años.**
- d. **Escalas de desarrollo mental de Baley (Baley Scales of Mental development) para niños de 2 meses a 2.5 años.**

Las capacidades adaptativas pueden evaluarse por muchos medios, incluidos los instrumentos estandarizados para evaluar la madurez social y las habilidades adaptativas. **La Escala de conductas Adaptativas de Vineland (Vineland Adaptive Behaviour Scale)** constituye una medición multidimensional de las conductas adaptativas en 5 dominios: comunicación, habilidades de la vida cotidiana, socialización, habilidades motoras y conductas mal adaptadas, Los datos se consiguen mediante una entrevista semiestructurada con los padres o los cuidadores. Se establecen puntuaciones de competencia en habilidades adaptativas, según los valores esperados para la edad, en niños hasta los 18 años.^{34, 35}

1.8 TRASTORNOS DE SALUD MENTAL MÁS FRECUENTES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN EL DSM-IV

Los procesos médicos en el niño tienen crucial importancia para valorar su conducta, en especial en niños de corta edad. Algunos aspectos que se han encontrado relacionados con trastornos psiquiátricos en niños son: ausencia o negligencia de los padres, abusos físicos y sexuales, trastornos psiquiátricos de las personas que cuidan al niño, además de las crisis generadas en el curso del desarrollo (pubertad). El impacto que estos factores tienen sobre el niño depende de la edad o etapa del desarrollo en que se producen.

El estadio del desarrollo puede influir en la presentación, el significado y el curso de un trastorno psiquiátrico. La capacidad de afrontamiento y de adaptación al cambio con el desarrollo es relacionada de una manera simple con la edad cronológica. Algunos patrones de comportamiento son normales en ciertas etapas del desarrollo, pero adquieren un carácter patológico en estadios posteriores. Por otro lado las enfermedades físicas concomitantes o minusvalías incrementan la probabilidad de padecer algún trastorno psiquiátrico en los niños.

Trastorno por Déficit de Atención (TDAH)

Los síntomas principales consisten en hiperactividad motora, impulsividad y desatención.

Criterios Diagnósticos:

A.1. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Desatención.

A menudo no presta atención suficiente a los detalles e incurre en errores por descuidos en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.

A menudo parece no escuchar cuando se habla directamente.

A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos y obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a un comportamiento negativista o incapacidad para comprender instrucción).

A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

A menudo se distrae fácilmente por estímulo irrelevante.

A menudo es descuidado en las actividades.

A. 2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad –impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

A menudo mueve manos o pies o se remueve de su asiento.

A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.

A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente en actividades de ocio.

A menudo está en marcha o suele actuar como si “tuviera un motor”

A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

A menudo tiene dificultades para esperar turno.

A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos).

TIPOS:

TDAH combinado

TDAH con predominio de déficit de atención

TDAH con predominio de hiperactividad

Trastornos psiquiátricos que se asocian a TDAH

- Trastorno disocial
- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno bipolar
- Trastorno del aprendizaje
- Trastorno de habilidades motoras
- Trastorno de consumo de sustancias
- Trastorno de la comunicación
- Depresión Mayor
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno de la Tourette
- Esquizofrenia

- Retraso mental
- Trastorno generalizado del desarrollo.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede diagnosticarse hacia los 36 meses de edad, pero habitualmente resulta difícil reconocerlo antes de los 5 años, dado que a partir de los 24 meses aproximadamente la fase normal del desarrollo se caracteriza por hiperactividad. La identificación se retrasa a menudo hasta la escuela primaria, donde las exigencias de quietud física son mayores, la comparación con los compañeros es más fácil y existe una mayor estimulación del grupo.

Trastorno negativista desafiante

Trastorno caracterizado por una serie de comportamientos provocativos, de desafío contra la autoridad o iracundos que ocurren independientemente de la presencia de psicosis o de periodos sintomáticos de trastornos del estado de ánimo. En este trastorno, los niños presentan actitudes descuidadas y desobedientes, sin embargo respetan los derechos de los demás. Se acompaña a menudo de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno disocial u otros diagnósticos psiquiátricos. Las características negativistas y desafiantes pueden ser normales en los niños de 18-36 meses y en los adolescentes. Se utiliza el criterio de duración mínima de 6 meses para excluir así los fenómenos que ocurren ordinariamente en el curso del desarrollo.

Criterios del DSM IV para el diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante.

- A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:
 1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
 2. A menudo discute con los adultos.
 3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa a cumplir sus demandas.
 4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
 5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
 6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
 7. A menudo es colérico y resentido.
 8. A menudo es rencoroso o vengativo.
- B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
- C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
- D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial si el sujeto tiene 18 años o más.

Trastorno disocial

Este trastorno consiste en violaciones repetidas de los derechos personales o de las normas sociales. Es un síndrome compuesto por varias clases de "mal comportamiento grave". Los criterios diagnósticos se basan en infracciones que oscilan desde mentiras frecuentes engaños y absentismo escolar, hasta vandalismo, fugas, robos, piromanía y violaciones.

Criterios del DSM IV para el diagnóstico de Trastorno Disocial

- A.** Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas o animales

1. A menudo fanfarronea, amenaza o imita a otros.
2. A menudo inicia peleas físicas.
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (ej. bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
4. Ha manifestado crueldad con animales.
5. Ha manifestado crueldad con las personas.
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (ej. ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad

8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

Fraudulencia o robo

10. Ha violado el hogar, la escala o el automóvil de otra persona.
11. A menudo miente para obtener bienes o favores para evitar obligaciones.
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.

Violaciones de grandes normas

13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años.
14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos 2 veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo).
15. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años.

- B.** El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente de la actividad social, académica o laboral.

- C.** Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple con los criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Tipos según edad de inicio:

- Tipo de inicio infantil

- Tipo de inicio adolescente
- Inicio sin especificar

Categorías según la gravedad:

Leve
Moderado
Grave

Trastorno por Ansiedad de Separación

La ansiedad por separación, un fenómeno normal del desarrollo hacia los 18-30 meses de edad, se ha descrito tradicionalmente en términos de la teoría de la vinculación y la separación. Una forma no patológica de la ansiedad por separación se observa a veces en adultos o niños que están desplazados geográficamente y sienten añoranza.

Criterios DSM IV para el diagnóstico de ansiedad por Separación

- A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quien está vinculado, puesta de manifiesto por tres o más de los siguientes circunstancias.
- B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.
- C. El inicio se produce antes de los 18 años.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes del individuo.
- E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico. En adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

El niño o adolescente que sufre de ansiedad generalizada o está afectado por miedos o preocupaciones excesivas y fuera de la realidad, acerca de: Sus competencias, aprobación, comportamientos. Estos individuos muestran una extrema conciencia de sí mismos, necesidad excesiva de reasegurar, dificultad para relajarse y frecuentemente tienen padecimientos psicósomáticos, tales como cefaleas, dolor abdominal sin causas orgánicas aparentes.

Los **criterios del DSM IV** incluyen una preocupación persistente por al menos de los tres siguientes aspectos: incapacidad de poder descansar o relajarse, sensación de fatiga fácilmente, problemas para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Los síntomas deben persistir por al menos 6 meses y estar asociados a un daño funcional o estrés significativo. El diagnóstico se cumple si los síntomas o preocupaciones se limitan al curso de un trastorno clasificado en el Eje 1 o condición médica que lo explique.

Trastorno Obsesivo Compulsivo

Como obsesiones, se define una serie de pensamientos, imágenes o impulsos sin sentido que el individuo realiza innecesariamente y que se introduce en su conciencia involuntariamente.

Las compulsiones son acciones que el individuo realiza como respuestas a una necesidad interna percibida como obligación y que siguen ciertas reglas o rituales. Estas también causan una disfunción en el individuo. Las compulsiones pueden ser impulsadas por las obsesiones o por esfuerzo de proteger ciertos pensamientos, impulsos o miedos. Al igual que las obsesiones, las compulsiones frecuentemente son percibidas como innecesarias, excesivas, sin sentido e involuntariamente forzadas. Estas dos características unidas a un daño funcional significativo como consecuencia de los síntomas constituyen los tres conceptos principales de la definición del trastorno obsesivo compulsivo.

Los niños afectados suelen sentir como si estuvieran invadidos o que estuvieran siendo forzados por los síntomas y que ellos tienen la conciencia de la falta de sentido de los mismos.

Criterios del DSM IV para el diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo.

A. Presencia de obsesiones o compulsiones:

Obsesiones

1. Ideas, pensamientos, impulsos, o imágenes recurrentes y persistentes que son experimentados como intrusos e inapropiados y que causan marcado estrés y ansiedad.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no son simplemente preocupaciones excesivas por problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir tales pensamientos, impulsos o imágenes al neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción.
4. La persona reconoce que sus pensamientos obsesivos son producto de su propia mente

Compulsiones

Comportamientos repetitivos o actos mentales que la persona siente necesidad de llevar a cabo como respuesta a una obsesión, de acuerdo a ciertas reglas que deben seguirse rígidamente.

- B.** Con los comportamientos o acciones se intenta aliviar el estrés producido por la obsesión, sin embargo no existe una concordancia lógica entre los pensamientos obsesivos y las acciones realizadas con este propósito.
- C.** La persona tiene conciencia hasta cierto punto de que las obsesiones y las compulsiones son excesivas e irracionales.
- D.** Las obsesiones o compulsiones causan un marcado estrés, consumo de tiempo o interfieren significativamente con el funcionamiento normal (académico o laboral) del individuo o con sus relaciones personales.
- E.** Si existe otro trastorno clasificado en cualquiera de los otros ejes, las obsesiones y compulsiones no se limitan exclusivamente a este trastorno.
- F.** Los síntomas no se deben al efecto directo de ninguna sustancia o condición médica general.

Trastorno de Tics

Los tics son anomalías estereotipadas de movimientos semivoluntarios que guardan relación presumible con una disfunción de los ganglios basales. Aunque los tics se experimentan como involuntarios, los pacientes pueden suprimirlos conscientemente. Los tics consisten en respuestas motoras (musculares) o vocales (fónicas, breves y reiteradas, pero no rítmicas, que carecen de un propósito. Pueden ser simples (motores: movimientos espasmódicos, encogimiento de los hombros, parpadeos, vocales: ecolalia, inflexiones y acentos extraños). Varían de intensidad a lo largo del tiempo y habitualmente aumentan en situaciones de estrés psicosocial (incluidas burlas y ostracismo social), conflictos intrapsíquicos y excitación emocional positiva o negativa. Los trastornos de tics se dividen en:

- a) Tics transitorios
- b) Tics crónicos
- c) Trastorno de Gilles de la Tourette

Criterios diagnósticos DSM IV para Tics

Trastorno de la Tourette

- A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no necesariamente de modo simultáneo (tics en movimiento o vocalización súbita o rápida, recurrente no rítmico y estereotipado).
- B. Los tics aparecen varias veces al día (habitualmente en oleadas) casi cada día o intermitentemente a lo largo de un periodo de más de 1 año y durante este tiempo nunca hay un periodo libre de tics, superior a más de tres meses consecutivos.
- C. El trastorno provoca un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas más importantes de la actividad del individuo.
- D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de un fármaco (ej. estimulante) o de una enfermedad médica (ej. de Huntington o encefalitis poslirica).

Tics Motores o Vocales crónicos

- A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics vocales o motores simples o múltiples (esto es movimiento o vocalización súbita rápidos, recurrente no rítmicos ni estereotipados) pero no ambos.
- B. Los tics aparecen varias veces al día o intermitente a lo largo de un periodo de más de 1 año y durante este tiempo nunca hay un periodo libre de tics, superior a más de tres meses consecutivos.
- C. La alteración causa un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.

Tics Transitorios

- A. Tics motores y/o vocales simples o múltiples (esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados).
- B. Los tics aparecen varias veces al día, casi cada día por lo menos 4 semanas, pero no más de 12 meses consecutivos.
- C. La alteración causa un notable malestar o un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. sustancia) ni a enfermedades (ej. de Huntington o encefalitis poslérica).
- E. Nunca se ha cumplido con los criterios de trastorno de la Tourette ni trastorno de tics crónicos motores o vocales.

Trastornos de la Eliminación

Encopresis

En este trastorno de la eliminación se incluyen la incontinencia fecal en los vestidos, la evacuación en la cama y la excreción en el suelo, todo ello después de los 4 años de edad cuando es de esperar que se haya alcanzado el pleno control intestinal,

Criterios DSM IV para el diagnóstico de la Encopresis

- A. Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (ej. vestido o suelo), se involuntaria o intencionada.
- B. Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.
- C. La edad cronológica es por lo menos de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).

En el comportamiento se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. laxantes) ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

Eneuresis

La eneuresis se diagnóstica cuando una incontinencia urinaria sin explicación médica es frecuente, causa malestar o interfiere con las actividades diarias. El control de la vejiga urinaria se alcanza típicamente a los 3-4 años por lo tanto, el diagnóstico requiere de una edad mínima de 5 años. Antes de catalogar el proceso como un trastorno psiquiátrico es necesario realizar una valoración médica de las causas físicas de la eneuresis (tales como la infección de las vías urinarias o convulsiones)

Criterios DSM IV para el diagnóstico de Eneuresis

- A. Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea involuntaria o intencionada).
- B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar

- clínicamente significativo, deterioro social, académico (laboral o de otras áreas más importantes de la actividad del individuo).
- C. La edad cronológica de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente).
 - D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (ej. Diurético) ni una enfermedad médica (ej, diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

Trastorno de la Alimentación

Los tres trastornos de la conducta alimentaria que se diagnostican habitualmente en la niñez son la pica, el trastorno de rumiación del lactante y el trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez. La anorexia nerviosa y la bulimia suelen diagnosticarse en la adolescencia.

Trastorno de Pica

Es un trastorno que se caracteriza por un patrón de ingerir materiales no alimentarios, puede observarse en niños pequeños, en individuos con retraso mental grave o profundo y en mujeres embarazadas.

Criterios del DSM IV para el diagnóstico de Pica

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un periodo de por lo menos 1 mes.
- B. La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo.
- C. La conducta agresiva no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.
- D. Si la conducta ingestiva aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (ej. retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia) es de suficiente gravedad como para merecer atención clínicamente independiente.

Trastorno de Anorexia Nerviosa

Este trastorno se presenta típicamente en niños, poco tiempo después de alcanzar la pubertad o la adolescencia tardía. También se ha descrito un tipo de Anorexia temprana que aparece en niños de 8 y 14 años.

Existen criterios mayores para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa:

- a) Marcha pérdida de peso que es autoinducida
- b) Psicopatología específica caracterizada por miedo a la obesidad o sobrepeso.
- c) Alteraciones endocrinas caracterizadas por: amenorrea en mujeres y pérdida de interés sexual o de la potencia en varones

Criterios para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa

- A. Preocupación excesiva a estar levemente por arriba o en el peso ideal para edad y talla.
- B. Miedo intenso a ganar peso a pesar de estar en su peso ideal.
- C. Percepción distorsionada acerca de la figura corporal a pesar de estar por debajo del peso ideal.
- D. En la pubertad. Ausencia de tres o más ciclos menstruales consecutivos (amenorrea).

Trastorno de Bulimia

Criterios para el diagnóstico Bulimia

A. Episodios recurrentes de ingestión impulsiva. Uno de los episodios de ingestión compulsiva es caracterizado por dos de las siguientes características:

1. Comer una gran cantidad de comida en un período relativamente corto de tiempo (menos de 2 horas), durante el cual el resto de personas no puede ingerir la misma cantidad bajo las mismas circunstancias.
2. Un sentimiento de pérdida de control durante el episodio (ej.; sentimiento de no poder controlar la cantidad que se está comiendo).

B. Comportamiento compensador inapropiado recurrente para evitar la ganancia de peso, tal como: vómito autoinducido, uso inapropiado de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, ayunos o ejercicio excesivo.

C. La ingestión compulsiva y el comportamiento compensador se han presentado por lo menos una vez a la semana en los últimos 3 meses.

D. La autopercepción es fuertemente influenciado por la forma corporal y por el peso.

E. El trastorno no se presenta exclusivamente en el transcurso de un episodio de anorexia nerviosa.

Trastorno Autista

Criterios del DSM IV para el diagnóstico de Trastorno Autista

A. Un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1; uno de 2 y uno de 3.

1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo.

c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos.

d) Falta de reciprocidad social o emocional.

2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de los siguientes características:

- a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
- b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
- c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea su intensidad u objetivo.
- b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- d) Preocupación persistente por partes de objetos.

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: interacción social, lenguaje utilizado en la comunicación social o juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Depresión

El DSM IV define como episodio depresivo como un síndrome en el cual al menos 5 de los siguientes síntomas están presentes durante un período de por lo menos dos semanas:

- 1. Estado de ánimo deprimido o irritable.
- 2. Disminución del interés o pérdida del placer en casi todas las actividades.
- 3. Trastornos del sueño.
- 4. Cambios de apetito o peso.
- 5. Disminución de la concentración o incapacidad para tomar decisiones.
- 6. Ideación suicida o pensamiento de muerte.
- 7. Agitación psicomotora o retardo psicomotor.
- 8. Fatiga o pérdida de energía.
- 9. Sentimiento de impotencia o culpa inapropiada

Trastorno de Estrés Postraumático

Signos y síntomas de Estrés Postraumático en Niños

Reexperimentación del evento traumático

- a) Pesadillas principalmente con el evento.
- b) Juego repetitivo con temas relacionados al evento traumático
- c) Crisis de ansiedad súbita catastrófica

Evitación o estancamiento emocional

- d) Negación a hablar del evento o de que este haya sucedido
- e) Evita lugares, personas o cosas que le recuerden el trauma
- f) Regresión del desarrollo
- g) Retraimiento social
- h) Afecto apagado

Excitabilidad incrementada

- i) Insomnio, periodos de alerta durante el sueño
- j) Irritabilidad, agresión sobrerreacciones
- k) Vigilancia y desconfianza
- l) Tendencia a las actitudes defensivas con facilidad
- m) Hiperactividad autonómica

Trastornos del lenguaje

Criterios del DSM IV para el Trastorno del Lenguaje Expresivo

Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como el desarrollo del lenguaje receptivo. El trastorno puede manifestarse clínicamente a través de síntomas que incluye vocabulario sumamente limitado, cometer errores en los tiempos verbales o experimentar dificultades en la memorización de las palabras, dificultades en la memorización o en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto.

Las dificultades en la memorización de las palabras interfieren con el rendimiento académico, laboral o la comunicación social. No se cumplen los criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo ni de trastorno generalizado del desarrollo. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas a tales problemas.

Criterios del DSM IV para el diagnóstico de Trastorno del Lenguaje Receptivo-Expresivo

Las puntuaciones obtenidas mediante una batería de evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal.

Los síntomas incluyen los propios trastornos del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.

Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente con el rendimiento académico, laboral o de la comunicación social.

No se cumplen los criterios con el trastorno generalizado del desarrollo.

Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

Tartamudeo

El tartamudo o interrupción del flujo normal del lenguaje, se caracteriza por la aparición involuntaria e irregular de titubeos, prolongaciones repeticiones o bloqueos de sonidos, sílabas o palabras. La ansiedad provoca un notable empeoramiento en el ritmo y la velocidad del lenguaje en las personas que tartamudean.

Criterios del DSM IV para el diagnóstico de Tartamudeo

Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de uno o más de los siguientes fenómenos:

1. Repeticiones de sonidos o sílabas
2. Prolongación de sonidos
3. Interjecciones
4. Palabras fragmentadas (ej. pausas dentro de una palabra)
5. Bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)
6. Circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)
7. Palabras producidas por un exceso de tensión física
8. Repeticiones de palabras monosilábicas (ej. “yo-yo-yo lo veo”)

Trastorno del Aprendizaje

Los trastornos del aprendizaje abarcan una serie de alteraciones en el aprendizaje de las habilidades académicas, especialmente la lectura, la aritmética y la expresión escrita. Estos trastornos se presentan frecuentemente como problemas del comportamiento, por lo que es necesario aplicar protocolos de pruebas estandarizadas para demostrar la presencia de un déficit específico.

Criterios del DSM IV para el diagnóstico del Trastorno de la Lectura

- A. El rendimiento en la lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y las administradas individualmente, se sitúa substancialmente por debajo de los esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

- B. La alteración del criterio A interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.
- C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habilidades asociadas a él.

Trastorno del Cálculo

Los individuos con trastorno del cálculo tienen dificultades para aprender a contar, realizar cálculos matemáticos simples, conceptualizar series de objetos y pensar desde el punto de vista espacial (derecha-izquierda, arriba-abajo, este-oeste).

Los factores que enlentecen el desarrollo académico de la capacidad matemática comprenden una serie de procesos neurológicos, genéticos y psicológicos, así como circunstancias socioeconómicas y ciertas experiencias del aprendizaje.

Aproximadamente el 6% de la población está afectada por un trastorno del cálculo, que se distribuye por igual en ambos sexos.

Criterios del DSM IV para el diagnóstico de Trastorno del Cálculo

- A. La capacidad para el cálculo elevada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
- B. El trastorno del criterio A interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.
- C. Si hay un déficit sensorial las dificultades para el rendimiento en el cálculo exceden habitualmente asociadas a él.

Trastorno de la Expresión Escrita

En el trastorno de la expresión escrita la ortografía, la gramática, la formación de frases y párrafos, la estructura organizativa y el empleo de los signos de puntuación y ortografía. Estos déficits en la expresión escrita pueden ser consecuencia de trastornos subyacentes en las funciones grafomotora (control de la mano y el lápiz). Motora fina y visual motora o en la atención, la memoria, la formación y la organización de conceptos (prioridad y flujo) y la función del lenguaje expresivo. Existe un predominio del sexo masculino de 4:1.

Criterios del DSM IV para el diagnóstico de Trastorno de la Expresión Escrita

- A. Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir) se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia evaluada y la escolaridad propia de su edad.

- B. El trastorno de Criterio A interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren realización de textos (ej; escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).
- C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la capacidad para escribir exceden de las asociadas habitualmente a él.

Trastorno del Desarrollo Psicomotor

El trastorno de las habilidades motoras implica la dificultad para la coordinación fija. Puede manifestarse por torpeza física generalizada. Ninguna de las alteraciones motoras en el trastorno de la coordinación motora puede explicarse por trastornos neurológicos fijos o localizables o por interferencias mecánicas. Se haya asociado a muchos trastornos psiquiátricos, en especial a trastornos del aprendizaje.

Criterios del DSM IV para el diagnóstico de Trastorno del Desarrollo de la Coordinación.

- A. El rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de los hitos motores (ej. caminar, gatear, sentarse), caérsele los objetos de la mano, “torpeza”, mal rendimiento en los deportes o caligrafía deficiente.
- B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.
- C. El trastorno no se debe a una enfermedad médica (ej. parálisis cerebral, hemiplejía, distrofia muscular) y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- D. Si hay retraso mental, las deficiencias motoras excede de las asociadas habitualmente a él.

Trastorno de la Identidad Sexual

La identidad de género ha sido definida como el reconocimiento que el niño tiene de ser miembro de un sexo y no del otro.

La identidad de género puede ser valorada durante el juego, a través del cual el niño adopta su identificación con las normas de comportamiento establecidas culturalmente para el sexo femenino o masculino (roles de género).

En niños varones, la caracterización clínica esta dada por al menos ocho rasgos:

1. Un deseo expresado ocasionalmente de ser o de que es una niña.
2. Expresiones verbales o conductuales de inconformidad con su fenotipo masculino (genitales).
3. Utilización frecuente de ropa o accesorios femeninos con el fin de lograr su apariencia femenina.
4. Preferencia por desempeñar el rol femenino durante el juego o las fantasías.
5. Preferencias por juguetes o actividades femeninas en lugar de los masculinos.

6. Demostración recurrente de manierismos femeninos.
7. Preferencia por las niñas como compañeras de juego en lugar de los niños como compañeros de juego.
8. Una evitación intensa por participar en juegos o deportes masculinos.

En niñas, las características clínicas son similares intencionadas para el sexo opuesto. Algunas teorías sugieren que este trastorno es un tipo de desviación del desarrollo, durante la cual existe una excesiva y gratificante simbiosis entre la madre y el niño y la presencia distorsionada del padre, lo cual evita que el niño realice una adecuada separación física y conductual del rol femenino de su madre.

La evaluación comprende una serie de procedimientos que incluyen entrevistas estructuradas a los padres acerca de conductas específicas relacionadas con el rol sexual, cuestionarios de reporte para padres, valoración del tipo de juego sexual en ambientes estandarizados para ello, y medidas del tipo de juego sexual a través de actividades objetivas como: dibujar a un persona, la *It Scale for Children e el Rorschach*.

Trastorno por Abuso de Sustancias

Criterios para el diagnóstico de Abuso de Sustancias

- A. Utilización desadaptativa de sustancias asociada a un daño clínico significativo o a estrés manifestado por uno o más de los siguientes criterios presentes dentro de un periodo de 12 meses:
 1. Utilización recurrente de una sustancia que ha causado interferencia con el cumplimiento de sus roles laborales, escolares o familiares.
 2. Utilización recurrente de una sustancia en situaciones en las cuales existe un peligro físico mayor (conduciendo automóvil, trabajando, etc.)
 3. Problemas legales recurrentes secundarios a la utilización de la sustancia.
 4. Utilización continua de la sustancia pese a los problemas sociales o interpersonales recurrentes secundarios a los efectos de la misma.
- B. Los síntomas nunca han cumplido criterios para trastorno de dependencia de esta clase de sustancia.

Retraso Mental

La definición de Retraso Mental abarca tres características:

1. Inteligencia por debajo de la media ($CI \leq 70$)
2. Trastorno del funcionamiento adaptativo.
3. Comienza en la niñez.

Criterios DSM IV para el diagnóstico de Retraso Mental.

- A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).

- B. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.
- C. El inicio es anterior a los 18 años:
- Retraso Mental Leve: CI entre 50 y 70.
 - Retraso Mental Moderado: CI entre 35 y 40.
 - Retraso Mental Grave: CI entre 20 y 35.
 - Retraso Mental Profundo: CI inferior a 20.
 - Retraso Mental con Gravedad no especificada: cuando existe presunción del diagnóstico, pero no puede medirse la inteligencia del individuo.³⁶

1.9 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN FAMILIAR

El médico familiar, como orientador cuenta con recursos que le permiten evaluar los problemas psicosociales de la familia, tanto desde el punto de vista estructural como del funcional. La evaluación de la funcionalidad familiar requiere de instrumentos que puedan ser observacionales o de autoaplicación. Los procedimientos para la aplicación de estos métodos son la entrevista, las escalas de evaluación clínica y los esquemas de codificación.

Los instrumentos de autoaplicación proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados. De esta forma, se obtiene la información individual de cada uno de los integrantes de una familia, incluyendo las percepciones sobre sí mismos, acerca de los demás miembros de la familia, actitudes, roles y valores, etc.

Es posible obtener considerable información acerca de las funciones familiares y, cuando es evidente la disfunción familiar, es necesario llevar a cabo una adecuada evaluación de la funcionalidad familiar. Aunque existen varios métodos e instrumentos para evaluar el grado de funcionalidad familiar, son pocos los que tienen un valor práctico, dada la complejidad, extensión, limitación o dudosa confiabilidad y validez de la mayoría de los instrumentos existentes. Entre los que se han utilizado se encuentran los siguientes:

Índice de función familiar (Pless y Satterwhite). Ideado para distinguir familias que requieran de apoyo terapéutico. Estima la función familiar por áreas como la satisfacción marital, frecuencia de desacuerdos, solución de problemas, comunicación y sentimientos de felicidad e infelicidad. Ha sido útil en el estudio de núcleo familiar del niño con trastornos psicológicos crónicos, pero limita su uso generalizado.

Escala de evaluación familiar de Beavers y Timberlawn. Incluye las siguientes variables:

- Mitología familiar: percepción de la realidad.
- Habilidad de negociación

- Promoción de la autonomía: claridad, responsabilidad, invasividad, permeabilidad.
- Afecto familiar: expresividad, humor, conflictos y empatía.

Esta escala ha sido empleada con éxito en estudios psiquiátricos para evaluar la conducta familiar con el propósito de cuantificar y clasificar los modelos interaccionales en familias en las que hubo incesto.

Clasificación triaxial de la familia. Es un sistema de tres fuentes de información, en cada una de las cuales se agrupan las disfunciones del grupo familiar:

- Primer eje: aspectos del desarrollo familiar.
- Segundo eje: se analizan las relaciones disfuncionales entre dos o más miembros de la familia. Es un enfoque de los problemas en los subsistemas familiares (conyugal, paterno-filial).
- Tercer eje: en el cual el grupo es analizado tanto en los aspectos estructurales y funcionales como los sociales.

Modelo Mc Master. Provee una visión global de la familia, permite comprender su estructura, su organización y patrones transaccionales. Consta de la investigación de seis dimensiones: solución de problemas, comunicación, roles familiares, expresión afectiva, involucramiento afectivo y control de la conducta.

Escala de eventos críticos. Debe realizarse en función de las situaciones que hayan ocurrido seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas.

Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar. Evalúa la estructura de las relaciones intrafamiliares desde una perspectiva trigeracional, dado que los patrones interaccionales se van aprendiendo y transmitiéndose de una generación a otra.

APGAR Familiar. Consta de cinco reactivos, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia.

Círculo familiar. Es un método gráfico breve y útil para la obtención de datos acerca de las relaciones familiares desde el punto de vista de uno o varios miembros del grupo en estudio. Permite el diagrama de una familia como sistema abierto, ayudando al individuo que lo elabora a definir su concepto de familia.

Escalas de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III). Es la tercera versión de The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, basado conceptualmente en el Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación en familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar:

- * Adaptabilidad
- * Cohesión
- * Comunicación.³⁷

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, los estudios epidemiológicos acerca de la salud mental se inicio en la década de 1980. Entonces se utilizaba a la herramienta de Cuestionario de Reporte para niños (RQC), elaborado en el contexto de un estudio con la colaboración del la OMS para extender la atención a los problemas de la salud mental en los países en desarrollo.

A comienzos del siglo XXI, la epidemiología psiquiátrica en México está en una etapa en que destaca el uso de criterios diagnósticos estandarizados para obtener datos comparables con otros del propio país y de otras partes del mundo. Sin embargo los diseños que se emplean limitan la exploración más rigurosa de la evolución temporal de los trastornos y de sus factores de riesgo. Por otro lado existen deficiencias en la evaluación de los servicios de salud.

Por otro lado, un tercio de la demanda de Servicios de Salud Mental en el primer nivel de atención deriva de problemas psicopatológicos en la infancia, y muchos de los niños acuden en fases avanzadas y con diversas complicaciones. De ahí que diversos estudios epidemiológicos recientes, han enfatizado la necesidad de identificar tempranamente problemas que con el tiempo conduzcan a otras patologías en la edad adulta.

¿Cuál es la prevalencia de los desordenes de salud mental en los niños de las escuelas primarias “Prof. Guillerme Sherwell” y “Prof. Fernando Brom Rojas” y cuál es su asociación con el APGAR Familiar?

3. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos mentales, incluyendo los trastornos del uso de sustancias, forman ya parte del panorama epidemiológico de México y seguirán en el escenario nacional por las próximas décadas, incrementando incluso su presencia como causa de enfermedad, discapacidad y muerte en nuestro país.¹¹ El 25% de quienes buscan ayuda en un servicio de salud, padece alguno de estos trastornos, cuyo diagnóstico no siempre se realiza o se efectúa de manera adecuada. Se estima que actualmente en México por lo menos 4 millones de personas sufren algún trastorno del estado de ánimo, particularmente depresión.⁴ La prevalencia de los trastornos psico-sociales en la población infantil no es bien conocida, entre otras razones, por la variedad de parámetros, criterios, instrumentos y muestras utilizadas, producto de la diversidad de opciones, las cuales no cuentan con un nivel de confiabilidad y que posean una significación pronóstica.^{6, 17, 23} En cada etapa de la vida, el niño recibe demandas para efectuar tareas vitales y su desempeño es calificado por evaluadores naturales. Las transiciones normativas, como el inicio del colegio, pueden enriquecer su desarrollo o afectarlo negativamente. El desarrollo patológico puede conceptualizarse como una historia de desadaptación social a las tareas tempranas, lo que deriva en una disminución de destrezas sociales, emocionales y cognitivas necesarias para lograr una adaptación posterior.^{16, 17} El conocimiento de la magnitud de algunas entidades mentales en los niños resulta de interés, ya sea por el impacto que puedan tener en su desarrollo futuro o por la posibilidad de evolucionar a problemas más graves si no se les diagnostica y trata a tiempo como sucede con las conductas agresivas. Se requiere conocer la situación de grupos específicos, con el fin de pasar del panorama general a situaciones particulares. El estudio de este tipo de problemas mentales en escolares reúne una serie de ventajas que lo convierten en tema de interés para la investigación epidemiológica; primero, al no ser población demandante de atención psiquiátrica, se obtiene información acerca de la situación en población abierta; y segundo, es un grupo etéreo poco abordado en comparación con otros periodos, como el de la adolescencia.¹⁷ La problemática sólo ha sido abordada focalizando la atención en los pacientes que presentan psicopatología sin considerar el contexto familiar y los factores protectores y de riesgo familiar.¹ Se sabe que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la medicina general, sin embargo, su detección, tratamiento y/o canalización de servicios especializados es insuficiente, existe aún un importante estigma social que se da a los pacientes y el tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerable.^{2, 28} Dentro de la bibliografía revisada se sabe poco acerca de la prevalencia de enfermedades mentales en nuestro país, sobre todo en niños entre el rango de 6 a 12 años, el conocerla en nuestra población nos permitirá actuar de manera oportuna para prevenir problemas en el futuro.

4. OBJETIVOS.

4.1. Objetivo general:

Por medio de la aplicación de un cuestionario validado, detectar la presencia de trastornos de salud mental en niños en dos escuelas primarias y asociarlos a disfunción familiar.

4.2. Objetivos específicos:

Identificar enfermedades mentales más frecuentes.

Identificar en que edad se manifiestan más este tipo de enfermedades.

Identificar cual es la que predomina más por género.

Identificar cual es la que predomina por año escolar.

5. HIPOTÉISIS

5.1 Hipotéisis Nula

No habrá una asociación estadísticamente significativa entre los niños con algunos de los diagnósticos de trastornos mentales y la presencia de disfunción familiar.

5.2 Hipotéisis Alterna

Si habrá una asociación estadísticamente significativa entre los niños con algún diagnóstico de trastorno mental y la presencia de disfunción familiar.

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. Tipo de Estudio

Es un estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo

6.2. Diseño

A los padres o tutores de los niños de las escuelas primarias “Prof. Guillermo Sherwell” y “Prof. Fernando Brom Rojas” se les aplicó el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para conocer los principales síntomas que presentaron los niños de 6 a 12 años de edad en los últimos seis meses.

El cuestionario consta de 41 preguntas en las cuales se engloban los diez principales Trastornos Mentales en los niños.

También se aplicó el Cuestionario APGAR familiar el cual consta de 5 preguntas, evaluando la percepción individual de la funcionalidad familiar, previamente se dió a firmar a los padres o tutores una hoja de Consentimiento Informado donde estuvieron de

acuerdo con la aplicación del cuestionario, posteriormente se entregaron los resultados a los padres o tutores personalmente para ser derivados a las Instituciones de Salud correspondientes así también se realizó una platica de Salud Mental en cada escuela para difundir la importancia de la Salud Mental en los niños y sus repercusiones a futuro.



6.3. Población, lugar y tiempo

Se aplicó el cuestionario a los padres de los niños de 6 a 12 años de edad que cursan en las Escuelas Primarias “Profesor Fernando Brom Rojas” y “Profesor Guillermo Sherwell”, para la detección de trastornos mentales, además se evaluó la funcionalidad familiar mediante la aplicación del APGAR Familiar.

6.4. Tipo y tamaño de la muestra

No se realizó cálculo de la muestra porque se incluyeron a todos los niños de las escuelas que cumplan con los criterios de inclusión.

6.5. Criterios de inclusión

Todos los niños de 6 a 12 años de edad que estudien en las Escuelas Primarias “Profesor Fernando Brom Rojas” y “Profesor Guillermo Sherwell”, que aceptaron participar en el estudio.

Padres y tutores que aceptaron participar en el estudio.

6.6. Criterios de exclusión

Aquellos niños que se encuentren fuera del rango de edad.

Niños con patologías detectadas con anterioridad.

6.7. Criterios de eliminación

Cuestionarios que no sean contestados completamente.

Padres que decidan abandonar el estudio.

6.8 Cédula de recolección de datos

Se utilizó una cédula de recolección de datos identificando al padre o tutor del niño.³⁸
(Anexo 1)

Para la investigación se utilizó el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria en niños de 6 a 12 años, el cuál es válido para 10 trastornos, Trastorno del Aprendizaje, Trastorno por Déficit de Atención, Estrés Postraumático, Tics, Depresión, Trastorno psicótico, Trastorno del Lenguaje, Trastorno de la Eliminación, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Ansiedad por separación. (Anexo 2)

1. El Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años, cuenta con la estructura y contenido adecuados para la valoración de los principales trastornos de salud mental que se presentan en esta edad.
2. El Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años cumple con los criterios de diagnóstico mínimos para definir cada uno de los 10 trastornos que se incluyen en la prueba.
3. Las preguntas que componen el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años son lo suficientemente claras para ser comprendidas por los padres o tutores de los niños.
4. La prueba cumple con los requisitos indispensables para ser un instrumento de autoreporte.
5. La escala de respuestas del Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria es lo suficientemente precisa para que los padres puedan reportar a través de ella la frecuencia de presentación de las conductas.
6. El tiempo requerido para la administración de la prueba (30 minutos) facilita su aplicación durante la consulta pediátrica general.
7. El Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria es válida en criterio, contenido y constructo, para la valoración de los 10 trastornos que se incluyen en el mismo.
8. La prueba es altamente confiable (Alpha de Cronbach 0.88) para la valoración de cada uno de los trastornos incluidos en la misma.³⁹ (Anexo 3)

Cuestionario APGAR Familiar

Los instrumentos de atención a la familia ofrecen una apreciación gráfica de la familia y sus relaciones, lo que permite al profesional de salud desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico. Dichos instrumentos promueven la expresión de sentimientos entre el informante y el prestador, permitiendo contextualizar los eventos que aparecen en cada familia y haciendo fluida la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes o usuarios.

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en el cual el entrevistado coloca su opinión respecto al funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el Doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de esta test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el

funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

Adaptación: Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.

Participación: Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.

Crecimiento: Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.

Afecto: Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.

Resolución: Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.^{40, 41, 42, 43} (Anexo 4)

6.9 Variables

6.9.1 Variables dependientes

Trastornos mentales según cuestionario

6.9.2 Variables independientes

Edad

Género

Grado escolar

Dimensión del APGAR

Escuelas

7. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	2007					2008									
PLANEACIÓN DEL PROYECTO	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M
MARCO TEÓRICO	X	X	X	X	X										
MATERIAL Y MÉTODOS						X	X	X							
APLICACIÓN DE CUESTIONARIO										X			X		
ANÁLISIS DE INFORMACIÓN										X	X	X	X		
INFORME FINAL														X	X

8. ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central como la Media o Promedio Aritmético y medidas de dispersión como la desviación estándar rango y varianza en las variables de tipo cuantitativas con base a la distribución normal de dichas variables.

Para relacionar la presencia de los trastornos mentales con las variables de estudio se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada o la Prueba exacta de Fisher, además de la V de Cramer con un nivel de significancia de 0.05 para rechazar la hipótesis nula

Para relacionar la presencia de trastornos mentales con el Apgar Familiar se usó la misma prueba estadística.

9. RECURSOS:

9.1. Humanos

- Investigador: Dra. Luz María Castillo Feliciano
- Asesores: M. C. Alberto González Pedraza, Dra. Catalina Monroy Caballero, Dr. Luis Alberto Blanco Loyola
- Profesores de la escuela Primaria
- Padres de familia y tutores

9.2 Físicos

- Escuelas donde se aplicó el cuestionario
- Salón de usos múltiples

9.3 Materiales

- Cuestionarios de Salud Mental en Atención Primaria Niños de 6 a 12 años
- Lápices
- Computadora
- Impresora
- Equipo audiovisual

10. ASPECTOS ÉTICOS.

El estudio respeta las normas de ética internacionales de acuerdo a la declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores modificaciones.

El autor considera que la investigación se apega íntegramente a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975. 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983. 4ta Asamblea Médica Mundial Hong Kong, septiembre de 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 y la 52ª Asamblea General de Edimburgo, Escocia octubre 2000. Nota de la AMM, Washington 2002. Nota de Clarificación del párrafo 30 agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004.

Así como la Ley General de Salud en Materia de Investigación en lo concerniente a:

Título Segundo

De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Capítulo 1

Artículo 13,14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22.

Título quinto

De las Comisiones Internas en las Instituciones de Salud

Capítulo único

Artículos 98, 99, 100, 101, 102.

Título Sexto

De la ejecución de la Investigación en las Instituciones de Atención de Salud,.

Capítulo único.

Artículos 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120. ⁴⁴

Carta de Consentimiento Informado

Con base en la Ley General de Salud en Materia de investigación en lo referente al título Segundo, Capítulo 1, artículo 17; esta investigación se clasifica como: CON RIESGO MÍNIMO.

Con base a la misma Ley; artículos 20, 21 y 22 se solicitó el acuerdo por escrito, entendiendo como consentimiento informado, mediante el cual el sujeto de la investigación, o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación. (Anexo 5)

No obstante, el artículo 23, de la citada Ley refiere que en las investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito.

11. RESULTADOS

De los 180 alumnos inscritos en la Escuela “Profesor Guillermo Sherwell” solo se incluyeron en el estudio a 49, una vez aplicados los criterios de exclusión y eliminación. 110 fueron excluidos porque los padres decidieron no participar en la investigación y los restantes 21 fueron eliminados por que sus cuestionarios no fueron llenados en su totalidad.

En la Escuela “Profesor Fernando Brom Rojas” solo de incluyeron 129 alumnos una vez aplicados los criterios de inclusión y eliminación tomando en cuenta lo antes mencionado.

En conjunto 178 alumnos fueron incluidos, de los cuales 98 eran del género masculino (55.1%), y 80 del género femenino (44.9%). La media o promedio aritmético fue de 8.57 con una desviación estándar de 1.74, un rango de 6 y un recorrido de 6 a 12 años. La descripción de algunas de las características de los niños del estudio se presenta en la Tabla 1.

De los trastornos diagnosticados con el instrumento aplicado se obtuvo que el porcentaje más alto se presentó en el trastorno obsesivo compulsivo, con 44 casos y un porcentaje de 24.7%, seguido por el trastorno por Déficit de Atención con 43 casos y 24.2 % del Trastorno de Ansiedad por Separación con 33 casos y 18.3%. Mientras que por el contrario no se tuvo ningún caso de Trastorno Psicótico y sólo 5 casos (2.8%) del Trastorno de Eliminación. Estos resultados se presentan en la Tabla 2.

De los 178 niños, 112 (62.9%) presentaron algún trastorno, 21 (11.8%) presentaron dos trastornos y 39 (21.9%) presentaron tres o más trastornos, estos resultados se presentan en la Tabla 2 A.

Con respecto a la calificación del APGAR Familiar, sólo cuatro familias de los niños (2.2%) presentaron disfuncionalidad familiar severa y 25 (14%) disfuncionalidad moderada estos resultados se presentan en la Tabla 3

Los resultados de este mismo análisis pero, al hacer la división por cada una de las escuelas se presenta en la Tabla 4. Prácticamente no hay diferencias en cuanto a la presencia del número de trastornos. Sin embargo en la Escuela “Profesor Guillermo Sherwell”, se presentan 22.4% de los niños con dos trastornos contra sólo 7.8% de la Escuela “Profesor Fernando Brom Rojas”. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

La relación de los resultados entre los diez diferentes trastornos mentales diagnosticados y la calificación del Apgar Familiar, se presenta en la Tabla 5. Se presentó una relación estadísticamente significativa con el Trastorno de Tics ($P=0.0335$), el Trastorno por Depresión ($P=0.032$), Trastorno del Lenguaje ($P=0.000$), Trastorno de la Eliminación ($P=0.19$).

La relación entre los diez trastornos mentales diagnosticados y el grado escolar de los alumnos se presenta en la Tabla 6. Sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el Trastorno del Lenguaje.

La relación entre los diez trastornos mentales diagnosticados y el género de los niños se presenta en la Tabla 7. En ningún caso se encontró diferencias estadísticamente significativas.

La relación entre los diez trastornos mentales diagnosticados y la edad de los niños se presenta en la Tabla 8. Se encontró una relación estadísticamente significativa con el Trastorno por Déficit de Atención ($P=0.033$), Trastorno por Depresión ($P=0.045$), Trastorno del Lenguaje ($P=0.032$).

La relación entre los diez trastornos diagnosticados y la escuela de los niños se presenta en la tabla 9. Se encontró una relación estadísticamente significativa con el trastorno de eliminación ($P=0.008$).

Al realizar el análisis estadístico entre los trastornos psicóticos y las variables de estudio pero haciendo la división por escuelas, se obtuvieron los siguientes resultados. En la tabla 10 y 10 A, se presenta la relación entre las diferentes trastornos y el grado escolar. Se presentó entre el grado escolar y el Trastorno del Lenguaje ($P=0.049$) en la Escuela “Profesor Fernando Brom Rojas”.

En las tablas 11 y 11 A se presentan la relación entre los trastornos diagnosticados por escuela y el género de los niños. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el género y el Trastorno del Lenguaje ($P=0.030$) en la Escuela “Profesor Guillermo Sherwell”.

Las tablas 12 y 12 A presentan la relación entre los trastornos por escuela y la edad. Se encontró relación sólo en la Escuela “Fernando Brom Rojas” con el Trastorno por Depresión ($P=0.048$), Trastorno del Lenguaje ($P=0.019$) y el Trastorno de Ansiedad por Separación ($P=0.017$).

Las tablas 13 y 13 A nos presentan la relación entre los trastornos diagnosticados por escuela y la funcionalidad familiar, según la calificación del Apgar Familiar. Se presentó una relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar según el Apgar y el Trastorno del Lenguaje ($P=0.000$), el Déficit de Atención ($P=0.014$), Trastorno por Tics ($P=0.000$) en la Escuela “Profesor Guillermo Sherwell”.

La tabla 14 muestra la relación entre el Apgar familiar en las dos escuelas con la presencia de uno o más trastornos. Se presentó una relación estadísticamente significativa con la presencia de cinco o más trastornos ($P=0.004$).

Siendo la Escuela “Profesor Guillermo Sherwell” donde se presenta estas diferencias.

Tabla 1.- Características de la población en estudio

Variables	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Género de los Niños			
Masculino	98	55.1	55.1
Femenino	80	44.9	100.0
Total	178	100.0	
Edad de los Niños			
6	21	11.8	11.8
7	28	21.3	33.1
8	34	19.1	52.2
9	31	17.4	69.7
10	21	11.8	81.5
11	24	13.5	94.9
12	9	5.1	100.0
Total	178	100.0	
Escuelas			
* Escuela 1	49	27.5	27.5
* Escuela 2	129	72.5	100.0
Total	178		
Parentesco			
Padres	163	91.6	91.6
Abuelos	11	6.2	97.8
Tíos	3	1.7	99.4
Otros	1	.6	100.0
Total	178		

* Escuela 1 “Profesor Guillermo Sherwell”

* Escuela 2 “Profesor Fernando Brom Rojas”

Tabla 2.- Frecuencia por tipo de trastorno

Trastorno	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Aprendizaje			
Positivo	31	17.4	17.4
Negativo	147	82.6	100.0
Total	178	100.0	
Déficit de Atención			
Positivo	43	24.2	13.5
Negativo	135	75.8	100.0
Total	178	100.0	
Estrés Postraumático			
Positivo	24	13.5	13.5
Negativo	154	86.5	100.0
Total	178	100.0	
Tics			
Positivo	9	5.1	5.1
Negativo	169	94.9	100.0
Total	178	100.0	
Depresión			
Positivo	27	15.2	15.2
Negativo	151	84.9	100.0
Total	178		
Psicótico			
Negativo	178	100.0	100.0
Lenguaje			
Positivo	20	11.2	11.2
Negativo	158	88.8	100.0
Total	178	100.0	
Eliminación			
Positivo	5	2.8	2.8
Negativo	173	97.2	100.0
Total	178	100.0	
Obsesivo Compulsivo			
Positivo	44	24.7	24.7
Negativo	134	75.3	100.0
Total	178	100.0	
Ansiedad por Separación			
Positivo	33	18.5	18.5
Negativo	145	81.5	100.0
Total	178		

Tabla 2 A.- Frecuencia de Trastornos por Número

Número de Trastornos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Un Trastorno			
Si	112	62.9	62.9
No	66	37.1	100.0
Total	178		
Dos Trastornos			
Si	21	11.8	11..8
No	157	88.2	100.0
Total	178		
Tres Trastornos			
Si	26	14.6	14.6
No	152	85.4	100.0
Total	178	100.0	
Cuatro Trastornos			
Si	8	4.5	4.5
No	170	95.5	100.0
Total	178	100.0	
Cinco Trastornos			
Si	5	2.8	2.8
No	173	97.2	100.0
Total	178	100.0	

Tabla 3.- Resultados del Apgar Familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Calificación Apgar Familiar			
Altamente funcional	149	83.7	83.7
Moderadamente Disfuncional	25	14.0	97.7
Severamente Disfuncional	4	2.2	100.0
Total	178	100	

Tabla 4.- Frecuencia de trastornos por número y por escuela

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	Valor de Significancia	Probabilidad
Un Trastorno					
* Esc. 1				0.685	Estadísticamente No Significativo
Si	32	65.3	65.3		
No	17	34.7	100.0		
Total	49	100.0			
* Esc.2					
Si	80	62.0	62.0		
No	49	38.0	100.0		
Total	129	100.0			
Dos Trastornos					
Esc.1				0.006	Estadísticamente Significativo
Si	11	22.4	8.2		
No	38	77.6	100.0		
Total	49	100.0			
Esc. 2					
Si	10	7.8	7.8		
No	119	92.2	100.0		
Total	129	100.0			
Tres Trastornos					
Esc. 1				0.134	Estadísticamente No Significativo
Si	4	8.2	8.2		
No	45	91.8	100.0		
Total	49	100.0			
Esc. 2					
Si	22	17.1	17.1		
No	207	82.9	100.0		
Total	129	100.0			
Cuatro Trastornos					
Esc. 1				0.074	Estadísticamente No Significativo
No	49	100.0	100.0		
Esc. 2					
Si	8	6.2	6.2		
No	121	93.8	100.0		
Total	129	100.0			
Cinco o Más Trastornos					
Esc. 1				0.702	Estadísticamente No Significativo
Si	1	2.0	2.0		
No	48	98.0	100.0		
Total	49	100.0			
Esc. 2					
Si	4	3.1	3.1		
No	125	96.9	100.0		
Total	129	100.0			

* Escuela 1 "Profesor Guillermo Sherwell"

* Escuela 2 "Profesor Fernando Brom Rojas"

Tabla 5.- Relación entre el tipo de trastorno y el Apgar Familiar

Trastorno	Calificación Apgar Familiar			Total	Valor de Significancia	Probabilidad
	Altamente Funcional	Moderadamente Disfuncional	Severamente Disfuncional			
Aprendizaje						
Positivo	24	5	2	31	0.197	Estadísticamente No Significativo
Negativo	125	20	2	147		
Total	149	25	4	178		
Déficit de Atención						
Positivo	31	10	2	43	0.055	Estadísticamente No Significativo
Negativo	118	15	2	135		
Total	149	25	4	178		
Estrés Postraumático						
Positivo	18	5	1	24	0.446	Estadísticamente No Significativo
Negativo	131	20	3	154		
Total	149	25	4	178		
Tics						
Positivo	5	3	1	9	0.035	Estadísticamente Significativo
Negativo	144	22	3	169		
Total	149	25	4	178		
Depresión						
Positivo	18	8	1	27	0.032	Estadísticamente Significativo
Negativo	131	17	3	151		
Total	149	25	4	178		
Lenguaje						
Positivo	11	7	2	20	0.000	Estadísticamente Significativo
Negativo	138	18	2	158		
Total	149	25	4	178		
Eliminación						
Positivo	4	0	1	5	0.019	Estadísticamente Significativo
Negativo	145	25	3	173		
Total	149	25	4	178		
Obsesivo Compulsivo						
Positivo	35	7	2	44	0.441	Estadísticamente No Significativo
Negativo	114	18	2	134		
Total	149	25	4	178		
Ansiedad por Separación						
Positivo	24	8	1	1	0.158	Estadísticamente No Significativo
Negativo	125	17	3	3		
Total	149	25	4	4		

Tabla 6.- Relación entre los trastornos y el grado escolar

Trastorno	Grado Escolar						Total	Valor de Significancia	Probabilidad
	1°	2°	3°	4°	5°	6°			
Aprendizaje									
Positivo	10	8	4	3	2	4	31	0.081	Estadísticamente No Significativo
Negativo	17	42	25	22	24	17	147		
Total	27	50	29	25	26	21	178		
Déficit de Atención									
Positivo	6	11	5	12	6	3	43	0.08	Estadísticamente No Significativo
Negativo	21	39	24	24	20	18	135		
Total	27	50	29	29	26	21	178		
Estrés Posttraumático									
Positivo	3	8	3	2	3	5	24	0.655	Estadísticamente No Significativo
Negativo	24	42	26	23	23	16	154		
Total	27	50	29	25	26	21	178		
Tics									
Positivo	0	4	0	1	3	1	9	0.285	Estadísticamente No Significativo
Negativo	27	46	29	24	23	20	169		
Total	27	50	29	25	26	21	178		
Depresión									
Positivo	5	7	3	1	4	7	27	0.125	Estadísticamente No Significativo
Negativo	22	43	26	24	22	14	151		
Total	27	50	29	25	26	21	178		
Lenguaje									
Positivo	7	7	3	0	3	0	20	0.034	Estadísticamente Significativo
Negativo	20	43	26	25	23	21	158		
Total	24	50	29	25	26	21	178		
Trastorno de la Eliminación									
Positivo	0	3	1	0	0	1	1	0.486	Estadísticamente No Significativo
Negativo	27	47	28	25	26	20	20		
Total	27	50	29	25	26	21	21		
Obsesivo Compulsivo									
Positivo	9	14	10	3	5	3	44	0.246	Estadísticamente No Significativo
Negativo	18	36	19	22	21	18	134		
Total	27	50	29	25	26	21	178		
Ansiedad de Separación									
Positivo	8	10	3	6	2	4	33	0.298	Estadísticamente No Significativo
Negativo	19	40	26	19	24	17	145		
Total	27	50	29	25	26	21	178		

Tabla 7.- Relación entre los trastornos y el género

Trastorno	Género de los niños		Total	Valor de Significancia	Probabilidad
	Masculino	Femenino			
Aprendizaje					
Positivo	15	16	31	0.411	Estadísticamente No Significativo
Negativo	83	64	147		
Total	98	80	178		
Déficit de Atención					
Positivo	27	16	43	0.242	Estadísticamente No Significativo
Negativo	71	64	135		
Total	98	80	178		
Estreés Posttraumático					
Positivo	10	14	24	0.156	Estadísticamente No Significativo
Negativo	88	66	154		
Total	98	80	178		
Tics					
Positivo	6	3	9	0.472	Estadísticamente No Significativo
Negativo	92	77	169		
Total	98	80	178		
Depresión					
Positivo	15	12	27	0.955	Estadísticamente No Significativo
Negativo	83	68	151		
Total	98	80	178		
Lenguaje					
Positivo	15	5	20	0.057	Estadísticamente No Significativo
Negativo	83	75	158		
Total	98	80	178		
Eliminación					
Positivo	4	1	5	0.225	Estadísticamente No Significativo
Negativo	94	79	173		
Total	98	80	178		
Obsesivo Compulsivo					
Positivo	24	20	44	0.937	Estadísticamente No Significativo
Negativo	74	60	134		
Total	98	80	178		
Ansiedad por Separación					
Positivo	17	16	33	0.650	Estadísticamente No Significativo
Negativo	81	64	145		
Total	98	80	178		

Tabla 8.- Relación entre los trastornos y la edad

Trastorno	Edad de los niños							Total	Valor de Significancia	Probabilidad
	6	7	8	9	10	11	12			
Aprendizaje										
Positivo	7	9	5	3	2	4	1	31	0.288	Estadísticamente No Significativo
Negativo	14	29	29	28	19	20	8	147		
Total	21	38	34	31	21	24	9	178		
Déficit de Atención										
Positivo	3	13	3	12	7	4	1	43	0.33	Estadísticamente Significativo
Negativo	18	25	31	19	14	20	8	135		
Total	21	38	34	31	21	24	9	178		
Estés Posttraumático										
Positivo	3	6	5	1	2	5	2	24	0.543	Estadísticamente No Significativo
Negativo	18	32	29	30	19	19	7	154		
Total	21	38	34	31	21	24	9	178		
Trastorno por Tics										
Positivo	0	3	1	0	2	3	0	9	0.225	Estadísticamente No Significativo
Negativo	21	35	33	31	19	21	9	169		
Total	21	38	34	31	21	24	9	178		
Depresión										
Positivo	3	9	3	0	3	6	3	27	0.045	Estadísticamente Significativo
Negativo	18	29	31	31	18	18	6	151		
Total	21	38	34	31	21	24	9	178		
Lenguaje										
Positivo	4	9	3	1	3	0	0	20	0.032	Estadísticamente Significativo
Negativo	17	29	31	30	18	24	9	158		
Total	21	38	34	31	21	24	9	178		
Eliminación										
Positivo	0	2	0	2	0	1	0	5	0.548	Estadísticamente No Significativo
Negativo	21	36	34	29	21	23	9	173		
Total	21	38	34	31	21	24	9	178		
Obsesivo Compulsivo										
Positivo	8	9	10	9	3	3	2	44	0.430	Estadísticamente No Significativo
Negativo	13	29	24	22	18	21	7	134		
Total	21	38	34	31	21	24	9	178		
Ansiedad por Separación										
Positivo	8	8	5	3	5	1	3	33	0.054	Estadísticamente No Significativo
Negativo	13	30	29	28	16	23	6	145		
Total	21	38	34	31	21	24	9	178		

Tabla 9.- Relación entre los trastornos y la escuela

Trastorno	Escuela		Total	Valor de Significancia	Probabilidad
	“Profesor Guillermo Sherwell”	“Profesor Fernando Brom Rojas”			
Aprendizaje					
Positivo	5	26	31	0.118	Estadísticamente No Significativo
Negativo	44	103	147		
Total	49	129	178		
Déficit de Atención					
Positivo	13	30	43	0.648	Estadísticamente No Significativo
Negativo	36	99	135		
Total	49	129	178		
Estrés Postraumático					
Positivo	5	19	24	0.430	Estadísticamente No Significativo
Negativo	44	110	154		
Total	49	129	178		
Tics					
Positivo	1	8	9	0.258	Estadísticamente No Significativo
Negativo	48	121	169		
Total	49	129	178		
Depresión					
Positivo	4	23	27	0.108	Estadísticamente No Significativo
Negativo	45	106	151		
Total	49	129	178		
Trastorno del Lenguaje					
Positivo	6	14	20	0.793	Estadísticamente No Significativo
Negativo	43	115	158		
Total	49	129	178		
Eliminación					
Positivo	4	1	5	0.008	Estadísticamente Significativo
Negativo	45	128	173		
Total	49	129	178		
Obsesivo Compulsivo					
Positivo	14	30	44	0.463	Estadísticamente No Significativo
Negativo	35	99	134		
Total	49	129	178		
Ansiedad por Separación					
Positivo	7	26	33	0.368	Estadísticamente No Significativo
Negativo	42	103	145		
Total	49	129	178		

Tabla 10.- Relación por escuelas entre los trastornos y el grado escolar

Escuela	Trastorno	Grado Escolar						Total	Valor de Significancia	Probabilidad
		1°	2°	3°	4°	5°	6°			
* Esc. 1	Aprendizaje									
	Positivo	3	1	1	0	0	0	5	0.067	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	4	16	8	4	8	4	44		
Total	7	17	9	4	8	4	49			
* Esc. 2	Aprendizaje									
	Positivo	7	7	3	3	2	4	26	0.470	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	13	26	17	18	16	13	103		
Total	20	33	20	21	18	17	129			
Esc. 1	Déficit de Atención									
	Positivo	0	4	3	3	3	0	13	0.088	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	7	13	6	1	5	4	36		
Total	7	17	9	1	8	4	49			
Esc. 2	Déficit de Atención									
	Positivo	6	7	2	9	3	3	30	0.167	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	14	26	18	12	15	14	99		
Total	20	33	20	21	18	17	129			
Esc. 1	Estrés Postraumático									
	Positivo	1	2	1	0	1	0	5	0.951	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	6	15	8	4	7	4	44		
Total	7	17	9	4	8	4	49			
Esc. 2	Estrés Postraumático									
	Positivo	2	6	2	2	2	5	19	0.469	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	18	27	18	19	16	12	110		
Total	20	33	20	21	18	17	129			
Esc. 1	Tics									
	Positivo	0	1	0	0	0	0	1	0.860	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	7	16	9	4	8	4	48		
Total	7	17	9	4	8	4	49			
Esc. 2	Tics									
	Positivo	0	3	0	1	3	1	8	0.253	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	20	30	20	20	15	16	121		
Total	20	33	20	21	18	17	129			
Esc. 1	Depresión									
	Positivo	0	1	1	0	1	1	4	0.713	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	7	16	8	4	7	3	45		
Total	7	17	9	4	8	4	49			
Esc. 2	Depresión									
	Positivo	5	6	2	1	3	6	23	0.183	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	15	27	18	20	15	11	106		
Total	20	33	20	21	18	17	129			

* Escuela 1 “Profesor Guillermo Sherwell”

* Escuela 2 “Profesor Fernando Brom Rojas”

Tabls 10 A.- Relación por escuelas entre los trastornos y el grado escolar

Escuela	Trastorno	Grado Escolar						Total	Valor de Significancia	Probabilidad
* Esc. 1	Lenguaje									
	Positivo	2	1	1	0	2	0	6	0.452	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	5	16	8	4	6	4	43		
Total	7	17	9	4	8	4	49			
* Esc. 2	Lenguaje									
	Positivo	5	6	2	0	1	0	14	0.049	Estadísticamente Significativo
	Negativo	15	27	18	21	17	17	115		
Total	20	33	20	21	18	17	129			
Esc. 1	Eliminación									
	Positivo	0	2	1	0	0	1	4	0.608	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	7	15	8	4	8	3	45		
Total	7	17	9	4	8	4	49			
Esc. 2	Eliminación									
	Positivo	0	1	0	0	0	0	1	0.710	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	20	32	20	21	18	17	128		
Total	20	33	20	21	18	17	129			
Esc. 1	Obsesivo Compulsivo									
	Positivo	2	5	4	1	1	1	14	0.824	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	5	12	5	3	7	3	35		
Total	7	17	9	4	8	4	49			
Esc. 2	Obsesivo Compulsivo									
	Positivo	7	9	6	2	4	2	30	0.322	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	13	24	14	19	14	15	99		
Total	20	33	20	21	18	17	129			
Esc. 1	Ansiedad por Separación									
	Positivo	2	1	1	1	0	2	7	0.151	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	5	16	8	3	8	2	42		
Total	7	17	9	4	8	4	49			
Esc. 2	Ansiedad por Separación									
	Positivo	6	9	2	5	2	2	26	0.374	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	14	24	18	16	16	15	103		
Total	20	33	20	21	18	17	129			

* Escuela 1 “Profesor Guillermo Sherwell”

* Escuela 2 “Profesor Fernando Brom Rojas”

Tabla 11.- Relación por escuelas entre los trastornos y el género

Escuela	Trastorno	Género		Total	Valor de Significancia	Probabilidad
		Masculino	Femenino			
* Esc. 1	Aprendizaje				0.318	Estadísticamente No Significativo
	Positivo	4	1	5		
	Negativo	25	19	44		
	Total	29	20	49		
* Esc. 2	Aprendizaje				0.201	Estadísticamente No Significativo
	Positivo	11	15	26		
	Negativo	58	45	103		
	Total	69	60	129		
Esc. 1	Déficit de Atención				0.129	Estadísticamente No Significativo
	Positivo	10	3	13		
	Negativo	19	17	36		
	Total	29	20	49		
Esc. 2	Déficit de Atención				0.690	Estadísticamente No Significativo
	Positivo	17	13	30		
	Negativo	52	47	99		
	Total	69	60	129		
Esc. 1	Estrés Postraumático				0.357	Estadísticamente No Significativo
	Positivo	2	3	5		
	Negativo	27	17	44		
	Total	29	20	49		
Esc. 2	Estrés Postraumático				0.281	Estadísticamente No Significativo
	Positivo	8	11	19		
	Negativo	61	49	110		
	Total	69	60	129		
Esc. 1	Tics				0.401	Estadísticamente No Significativo
	Positivo	1	0	1		
	Negativo	28	20	48		
	Total	29	20	49		
Esc. 2	Tics				0.598	Estadísticamente No Significativo
	Positivo	5	3	8		
	Negativo	64	57	121		
	Total	69	60	129		
Esc. 1	Depresión				0.502	Estadísticamente No Significativo
	Positivo	3	1	4		
	Negativo	26	19	45		
	Total	29	20	49		
Esc. 2	Depresión				0.889	Estadísticamente No Significativo
	Positivo	12	11	23		
	Negativo	57	49	106		
	Total	69	60	129		

* Escuela 1 “Profesor Guillermo Sherwell”

* Escuela 2 “Profesor Fernando Brom Rojas”

Tabla 11 A.- Relación por escuelas entre los trastornos y el género

Escuela	Trastorno	Género		Total	Valor de Significancia	Probabilidad
		Masculino	Femenino			
* Esc. 1	Lenguaje					
	Positivo	6	0	6	0.030	Estadísticamente Significativo
	Negativo	23	20	43		
Total	29	20	49			
* Esc. 2	Lenguaje					
	Positivo	9	5	14	0.076	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	60	55	115		
Total	69	60	129			
Esc. 1	Eliminación					
	Positivo	3	1	4	0.502	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	26	19	45		
Total	29	20	49			
Esc. 2	Eliminación					
	Positivo	1	0	1	0.349	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	68	60	128		
Total	69	60	129			
Esc. 1	Obsesivo Compulsivo					
	Positivo	8	6	14	0.854	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	21	14	35		
Total	29	20	49			
Esc. 2	Obsesivo Compulsivo					
	Positivo	16	14	30	0.984	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	53	46	99		
Total	69	60	129			
Esc. 1	Ansiedad por Separación					
	Positivo	5	2	7	0.476	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	24	18	42		
Total	29	20	49			
Esc. 2	Ansiedad por Separación					
	Positivo	12	14	26	0.401	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	57	46	103		
Total	69	60	129			

* Escuela 1 “Profesor Guillermo Sherwell”

* Escuela 2 “Profesor Fernando Brom Rojas”

Tabla 12.- Relación por escuelas entre los trastornos y la edad

Escuela	Trastorno	Edad de los niños							Total	Valor de Significancia	Probabilidad
		6	7	8	9	10	11	12			
* Esc. 1	Aprendizaje										
	Positivo	2	2	0	1	0	0	0	5	0.552	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	5	11	5	11	8	3	1	44		
Total	7	13	5	12	8	3	1	49			
* Esc. 2	Aprendizaje										
	Positivo	5	7	5	2	2	4	1	26	0.570	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	9	18	24	17	11	17	7	103		
Total	14	25	29	19	13	21	8	129			
Esc. 1	Déficit de Atención										
	Positivo	0	3	1	6	3	0	0	13	0.235	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	7	10	4	6	5	3	1	36		
Total	7	13	5	12	8	3	1	49			
Esc. 2	Déficit de Atención										
	Positivo	3	10	2	6	4	4	1	30	0.117	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	11	15	27	13	9	17	7	99		
Total	14	25	29	19	13	21	8	129			
Esc. 1	Estrés Postraumático										
	Positivo	1	2	1	0	1	0	0	5	0.882	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	6	11	4	12	7	3	1	44		
Total	7	13	5	12	8	3	1	49			
Esc. 2	Estrés Postraumático										
	Positivo	2	4	4	1	1	5	2	19	0.680	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	12	21	25	18	12	16	6	110		
Total	14	25	29	19	13	21	8	129			
Esc. 1	Tics										
	Positivo	0	1	0	0	0	0	0	1	0.830	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	7	12	5	12	8	3	1	48		
Total	7	13	5	12	8	3	1	49			
Esc. 2	Tics										
	Positivo	0	2	1	0	2	3	0	8	0.270	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	14	23	28	19	11	18	8	121		
Total	14	25	29	19	13	21	8	129			
Esc. 1	Depresión										
	Positivo	0	1	1	0	1	1	0	4	0.487	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	7	12	4	12	7	2	1	45		
Total	7	13	5	12	8	3	1	49			
Esc. 2	Trastorno por Depresión										
	Positivo	3	8	2	0	2	5	3	23	0.048	Estadísticamente Significativo
	Negativo	11	17	27	19	11	16	5	106		
Total	14	25	29	19	13	21	8	129			

* Escuela 1 “Profesor Guillermo Sherwell”

* Escuela 2 “Profesor Fernando Brom Rojas”

Tabla 12 A.- Relación por escuelas entre los trastornos y la edad

Escuela	Trastorno	Edad de los niños							Total	Valor de Significancia	Probabilidad
		6	7	8	9	10	11	12			
* Esc. 1	Lenguaje										
	Positivo	1	2	0	1	2	0	0	6	0.835	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	6	11	5	11	6	3	1	43		
Total	7	13	5	12	8	3	1	49			
* Esc. 2	Lenguaje										
	Positivo	3	7	3	0	1	0	0	14	0.019	Estadísticamente Significativo
	Negativo	11	18	26	19	12	21	8	115		
Total	14	25	29	19	13	21	8	129			
Esc. 1	Eliminación										
	Positivo	0	1	0	2	0	1	0	4	0.474	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	7	12	5	10	8	2	1	45		
Total	7	13	5	12	8	3	1	49			
Esc. 2	Eliminación										
	Positivo	0	1	0	0	0	0	0	1	0.651	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	14	24	29	19	13	21	8	128		
Total	14	25	29	19	13	21	8	129			
Esc. 1	Obsesivo Compulsivo										
	Positivo	2	3	1	6	1	1	0	14	0.607	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	5	10	4	6	7	2	1	35		
Total	7	13	5	12	8	3	1	49			
Esc. 2	Obsesivo Compulsivo										
	Positivo	6	6	9	3	2	2	2	30	0.296	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	8	19	20	16	11	19	6	99		
Total	14	25	29	19	13	21	8	129			
Esc. 1	Ansiedad por Separación										
	Positivo	2	1	1	1	0	1	1	7	0.111	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	5	12	4	11	8	2	0	42		
Total	7	13	5	12	8	3	1	49			
Esc. 2	Ansiedad por Separación										
	Positivo	6	7	4	2	5	0	2	26	0.017	Estadísticamente Significativo
	Negativo	8	18	25	17	8	21	6	103		
Total	14	25	29	19	13	21	8	129			

* Escuela 1 “Profesor Guillermo Sherwell”

* Escuela 2 “Profesor Fernando Brom Rojas”

TABLA 13.- Relación por escuelas entre los trastornos y el Apgar Familiar

Escuela	Trastorno	Calificación APGAR Familiar			Total	Valor de Significancia	Probabilidad
		Altamente Funcional	Moderadamente Disfuncional	Severamente Disfuncional			
* Esc. 1	Aprendizaje						
	Positivo	3	0	2	5	0.713	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	39	4	1	44		
Total	42	4	3	49			
* Esc. 2	Aprendizaje						
	Positivo	21	5	0	26	0.183	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	86	16	1	103		
Total	107	21	1	129			
Esc. 1	Déficit de Atención						
	Positivo					0.014	Estadísticamente Significativo
	Negativo	8	3	2	13		
Total	34	1	1	36			
Esc. 2	Déficit de Atención						
	Positivo					0.114	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	23	7	0	30		
Total	84	14	1	99			
Esc. 1	Estrés Postraumático						
	Positivo	4	0	1	5	0.328	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	38	4	2	44		
Total	42	4	3	49			
Esc. 2	Estrés Postraumático						
	Positivo	14	5	0	19	0.410	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	93	16	1	110		
Total	107	21	1	129			
Esc. 1	Tics						
	Positivo	0	0	1	1	0.000	Estadísticamente Significativo
	Negativo	42	4	2	48		
Total	42	4	3	49			
Esc. 2	Tics						
	Positivo	5	3	0	8	0.240	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	102	18	1	121		
Total	107	21	1	129			
Esc. 1	Depresión						
	Positivo	2	1	1	4	0.096	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	40	3	2	45		
Total	42	4	3	49			
Esc. 2	Depresión						
	Positivo	16	7	0	23	0.118	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	91	14	1	106		
Total	107	21	1	129			

* Escuela 1 “Profesor Guillermo Sherwell”

* Escuela 2 “Profesor Fernando Brom Rojas”

TABLA 13 A.- Relación por escuelas entre los trastornos y el Apgar Familiar

Escuela	Trastorno	Calificación APGAR Familiar			Total	Valor de Significancia	Probabilidad
		Altamente Funcional	Moderadamente Disfuncional	Severamente Disfuncional			
* Esc. 1	Lenguaje						
	Positivo	1	3	2	6	0.000	Estadísticamente Significativo
	Negativo	41	1	1	43		
Total	42	4	3	49			
* Esc. 2	Lenguaje						
	Positivo	10	4	0	14	0.400	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	97	17	1	115		
Total	107	21	1	129			
Esc. 1	Eliminación						
	Positivo	3	0	1	4	0.229	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	39	4	2	45		
Total	42	4	3	49			
Esc. 2	Eliminación						
	Positivo	1	0	0	1	0.902	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	106	21	1	128		
Total	107	21	1	129			
Esc. 1	Obsesivo Compulsivo						
	Positivo	12	0	2	14	0.155	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	30	4	1	35		
Total	42	4	3	49			
Esc. 2	Obsesivo Compulsivo						
	Positivo	23	7	0	30	0.431	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	84	14	1	99		
Total	107	21	1	129			
Esc. 1	Ansiedad por Separación						
	Positivo					0.459	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	6	0	1	7		
Total	36	4	2	42			
Esc. 2	Ansiedad por Separación						
	Positivo					0.075	Estadísticamente No Significativo
	Negativo	18	8	0	26		
Total	89	13	1	103			
		107	21	1	129		

* Escuela 1 “Profesor Guillermo Sherwell”

* Escuela 2 “Profesor Fernando Brom Rojas”

Tabla 14.- Relación entre el Apgar Familiar y la presencia de uno o más trastornos

Un Trastorno	Calificación del Apgar Familiar			Total	Valor de Significancia	Probabilidad
	Altamente Funcional	Moderadamente Disfuncional	Severamente Disfuncional			
Si	90	19	3	112	0.288	Estadísticamente No Significativo
No	159	6	1	66		
Total	149	25	4	178		
Dos Trastornos					0.056	Estadísticamente No Significativo
Si	16	3	2	21		
No	133	22	2	157		
Total	149	25	4	178		
Tres Trastornos					0.27	Estadísticamente No Significativo
Si	20	6	0	26		
No	129	19	4	152		
Total	149	25	4	178		
Cuatro Trastornos					0.141	Estadísticamente No Significativo
Si	5	3	0	8		
No	144	22	4	170		
Total	149	25	4	178		
Cinco o Más Trastornos					0-004	Estadísticamente Significativo
Si	2	2	1	5		
No	147	23	3	173		
Total	149	25	4	178		

12. DISCUSIÓN

Un tercio de la demanda de Servicios de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención deriva de problemas psicopatológicos en la infancia, y muchos de los niños acuden en fases avanzadas y con diversas complicaciones,

Los estudios acerca de la psicopatología del desarrollo han mostrado que algunos problemas y trastornos incluidos en la infancia persisten hasta la edad adulta cuando se llega a otros trastornos psiquiátricos.

A la fecha en México, hay pocos estudios epidemiológicos de tipo familiar acerca de estos trastornos,⁴⁵ por lo anterior, se considera importante determinar la frecuencia de estos trastornos a nivel escolar e interrelacionarlos con su funcionalidad familiar.

Es importante mencionar que los resultados obtenidos en este estudio sólo son válidos para esta población de estudio, y no pueden ser extrapolados a otras escuelas. Lo anterior debido a que la elección de la muestra de trabajo fue no probabilística.

En relación a los resultados obtenidos, dos de los tres trastornos más frecuentes diagnosticados, se categorizan según los sistemas CIE10 y el DSM-IV. En un estudio realizado en España con 404 niños, los trastornos de ansiedad también se presentaron como uno de los tres principales diagnósticos. Sin embargo, su porcentaje de 13.3% es inferior al 24.7% obtenido en nuestro trabajo por el trastorno obsesivo compulsivo y el 18.3% del trastorno de ansiedad por separación. Esto es de llamar la atención, aún más si se toma en cuenta que en el estudio realizado en España, la muestra fue elegida de niños y adolescentes cuyos padres solicitaron tratamiento psicopatológico en un Centro Comunitario de Salud.¹⁰

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, los trastornos de conducta ocuparon una de las principales causas de trastornos mentales pero con una prevalencia de 6.1.²⁸

El segundo trastorno más común en nuestra población fue el Déficit de Atención con 24.2%. Resultado similar al 25.8% reportado por Flora de la Barra y cols. en un estudio realizado en Chile.²²

Las diferencias de prevalencia encontradas, se explican fundamentalmente por el uso de diferentes metodologías, ya sea en la selección de las muestras (sus canales de acceso, y el rango de edad que cubre) ya sea en los procesos de evaluación diagnóstica utilizados, o bien en la forma de las categorías diagnósticas para agrupar a los sujetos.

Es de llamar la atención que de los 178 niños estudiados en el 62.9% se presentó algún trastorno y en el 11.8% se presentaron dos trastornos, datos superiores al 52.6% diagnosticado con un trastorno y 28.25 con dos referido por Rico H. y cols.⁴⁶ y marcadamente superior al 21.2% reportado por López Nuñez y cols.⁴⁷, con algún trastorno.

En este estudio, se encontró una relación estadísticamente significativa entre varios de los trastornos y la funcionalidad familiar. Es importante mencionar que en cuanto a los factores de riesgo aún cuando se han reconocido la influencia de aquellos de tipo

genético, socioeconómico y cultural, recientemente se ha dado mayor importancia a los factores ambientales tales como la interacción familiar. Desde esta perspectiva se considera que la disfuncionalidad familiar es una de las principales condiciones asociados a la presencia de psicopatología en el niño.⁴⁶

En relación a considerar al género como un factor de riesgo que defina la presencia de trastornos psiquiátricos, en este estudio no encontramos diferencias significativas entre uno y otro género. Mismo resultado que lo reportado por Rico H. y cols.⁴⁶ al igual que Flora de la Barra y cols.²², sin embargo algunos autores como Aláez M. y cols.¹⁰ refieren una mayor prevalencia en el género masculino en lo referente a la actividad y la atención así como el trastorno de la eliminación, y en el género femenino en relación con los trastornos de depresión.¹⁰

Al relacionar la edad de los alumnos con la presencia de los trastornos de aprendizaje del lenguaje y la depresión, Aláez y cols.,¹⁰ refieren que hasta los 10 años se encuentra una mayor prevalencia en los trastornos específicos del desarrollo, de eliminación, de la actividad y de la atención. Estos trastornos descienden claramente a partir de los 10 años mientras que por el contrario aumenta la prevalencia de otros concretamente a los de conducta, ansiedad o depresión. Algunos trastornos funcionales son especialmente prevalentes entre los 6 y 9 años (trastornos del lenguaje y déficit de atención) coincidiendo con los primeros años de escolarización obligatoria y la mayor exigencia que impone el aprendizaje escolar y la actividad en el aula.

El sistema escolar puede jugar un rol decisivo en lo que se refiere a la prevención y manejo de la problemática de esta edad, principalmente en cuanto a lo académico e integración de los grupos de pares. El área educacional puede convertirse en una fuente de satisfacción para el joven, otorgando la oportunidad de ejercitar y poner a prueba sus capacidades y habilidades¹. Para este estudio se hace difícil analizar la relación entre los trastornos y las variables de estudio debido a que se desconoce las características tanto del aspecto físico como del humanitario presentes en cada una de las escuelas. Sin embargo, es importante mencionar que a excepción de algunos casos muy particulares no se encontró una relación estadísticamente significativa entre una escuela y otra.

13. CONCLUSIONES

Los trastornos de salud mental siguen sin ser diagnosticadas tempranamente, como lo muestra este estudio realizado en donde la mayoría de los alumnos que participaron presentan algún tipo de trastorno. Existen diversos obstáculos para realizar una adecuada detección como lo es la idiosincrasia por parte de la población al desconocer el significado de la Salud Mental, tomando en cuenta que algunos padres de familia decidieron no participar en el estudio debido a que sus hijos, según los propios padres de familia, no presentaban ninguna alteración, por lo que esto sigue siendo un tabú en la población, lo que dificulta realizar este tipo de estudios.

Como Médicos Familiares y de primer contacto, nuestra prioridad es la prevención y debemos intervenir no solamente en el individuo sino también a nivel familiar, dando un manejo adecuado e integral al individuo y a la familia, para evitar crisis familiares por la magnitud de problemas que puede llegar a presentar cuando algún individuo de la familia presenta algún trastorno, debido que el ambiente familiar es de suma importancia, así como otros factores que son desencadenantes.

La Salud Mental debe ser tomada en cuenta dentro de los programas de Detección Oportuna, debido a que el individuo es una unidad biopsicosocial y no puramente biológica. En el caso de los niños el establecer un diagnóstico oportuno nos permitirá modificar sus posibles repercusiones a futuro.

Una propuesta es trabajar en conjunto con padres de familia, profesores, psicólogos, peditosiquiatras, peditras y médicos familiares para la detección oportuna, además de establecer pláticas de prevención y de detección de este tipo de trastornos, en escuelas y unidades de salud, así también contemplarlos dentro del Programa Control del Niño Sano. Además de concientizar a los médicos de primer nivel a realizar un detección oportuna y derivarse tempranamente, para evitar que los niños lleguen a un segundo nivel con complicaciones.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Haquin C, Larraguibel M, Cabezas J. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes en la ciudad de Calabama. *Rev. Chil Pediatric* 2004; 75 (5); 425-433.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud 128ª. Sesión del Comité Ejecutivo: La salud mental en las Américas: Nuevos retos al comienzo del milenio. Washintong D:USA 25 al 29 de junio del 2001.[revisado Junio 2007]
3. Instituto Nacional de las Mujeres Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos”. Diciembre 2006, <http://www.inmujeres.gob.mx> [revisado mayo 2007]
4. III Congreso Internacional de Salud Mental y Adicciones, LXII Reunión de la Sociedad Mexicana de Neurología y Neuropsiquiatría, A. C., I Simposio de Salud Mental Militar, *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 2002; 35 (1): 26-56.
5. Valencia M. Trastornos mentales y problemas de la salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud Ment* 2007; 30(2):75-80.
6. Organización Mundial de la Salud, Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept.de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht 2004.[revisado junio 2007]
7. Saraceno B, Saxena S, Caraveo J, Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida J. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 18(4-5):229-240.
8. Almidón L, Jiménez N. Actividades de extensión en Salud Mental. Propuestas de intervención psicosocial en ansiedad y depresión en alumnos adolescentes del Polimodal. Universidad Nacional del Nordeste. *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas* 2005. Cátedra de Salud Mental. Argentina.[revisado mayo 2007]
9. Organización Mundial de la Salud, Comparación trasnacional de la prevalencia de trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de Artículos No. 3*, 2000.[revisado mayo 2007]

10. Aláez M, Martínez M, Rodríguez S. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género, *Rev Psicotherma*, 2000; 12(4):525-532.
11. Borges G, Medina M, López S. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pub Méx.* 2004; 46(5): 451-463.
12. Kessler R. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000; 78 (4).
13. Caraveo J, Colmenares E, Martínez A. Síntomas y percepción de demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Púb Méx* 2000; 44 (6):492-498.
14. Bastiaansen D., Koot H, Ferdinand R, Verhulst F. Quality of Life in Children with Psychiatric Disorders: Self-, Parent, and Clinician Report. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2004; 43:2.
15. De la Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. III: Predictores tempranos de problemas conductuales y cognitivos. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*, 2003; 41(1):65-76.
16. De la Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. II: Factores de riesgo familiares y escolares. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2002; 40: 347-60.
17. Robles L, Mercado F. Prevalencia de entidades mentales en escolares de un área metropolitana de Guadalajara. *Salud Pub Méx* 1991; 33:49-55.
18. Belfer M, Rohde L. Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. *Rev Panam Salud Pub* 2005; 18(4-5):359-365.
19. Caldas de Almeida J. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Púb* 2005; 18(4-5):314-326.
20. Johnson J, Cohen P, Kasen S, Brook J. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am. J. Psychiatry* 2002; 159(3):394-400.
21. Ferdinand R, Verhulst F. Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8-year follow-up study, *Am J Psychiatry* 1995; 152(11):1586-1594.

22. De la Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. I: Prevalencia y seguimiento de problemas conductuales y cognitivos. *Rev Chil de Neuro-psiquiatr* 2002; 40(1):9-21.
23. Kohn R, Levav I, Alterwain P, Ruocco G, Contera M, Della S. Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: estudio comunitario en el Uruguay. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2001; 9(4):211-218.
24. Caraveo J, Martínez N, Rivera B. Un modelo de para los estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental* 1998; 21(1):48-57.
25. Leon A, Portera L, Olfson M, Weissman M, Kathol R, Farber L. False positive results: a challenge for psychiatric screening in primary care. *Am. J. Psychiatry* 1997; 154:10.
26. Caraveo J, Medina-Mora M. Trastornos Psiquiátricos en niños de la República Mexicana , resultados de una encuesta en hogares. *Revista de Psiquiatría* 1993; 3:137-151.
27. Caraveo-Anduaga J. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental* 1996; (supl) 19:8-13.
28. Medina-Mora M, Borges G. Prevalencia de trastornos mentales y usos de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26(4):1-16.
29. Essex M, Kraemer H, Armstrong J, Boyce T, Goldsmith H, Klein M. Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. *Arch. Gen. Psychiatry* 2006; 63.
30. Fernández A, Buitrago R, Ciurana M, Chocrón L, García J, Montón C. Prevención de los trastornos de salud mental desde atención primaria, *AtenPrimaria* 2005; 36 (Supl 2):85-96.
31. Caraveo J, Colmenares E, Saldivar G. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida, *Salud Mental* 1999; (Núm esp): 62-67.
32. Lara M, Medina M, Salgado V, Acevedo M, Díaz M, Villatoro J. Utilización de servicios para problemas de salud mental en la población femenina, tres estudios. *Salud Ment* 1996; 19(2):42-9.

33. Gutiérrez H, Barila E. Morbilidad psiquiátrica en Primer Nivel de Atención de la Ciudad de México. Bol. Of Sanit Panam. 1986, (6):1-101
34. Gómez M. Caraveo J. Instrumentos de diagnóstico en epidemiología psiquiátrica. Estado actual y perspectivas. Salud Mental 1996 (Supl); 60-64.
35. Molina A. Instrumentos de evaluación clínica del niño y del adolescente. Rev Psiquiatr Niño y Adolesc 2001, (1):23-40.
36. DSM-IV Tratado de Psiquiatría, 3era Edición Editorial Masson, Barcelona, España, 2000, Tomo I pp. 823-943.
37. Huerta J. La Familia en el proceso de salud-enfermedad. 1ª Edición Editorial Alfil 2005; pp. 120-126.
38. Tesis Martínez C. Detección temprana de trastornos de Salud Mental en Atención Primaria. Construcción de una prueba para la detección temprana de trastornos de salud mental en niños de 6 a 12 años en el Primer Nivel de Atención. UNAM 2006
39. Martínez C. Álvarez M. Detección temprana de trastornos de salud mental en niños en Atención Primaria. Diseño, validación y confiabilidad del Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años. En trámite de publicación.
40. Smilkstein G. The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. The Journal of Family Practice 1978; 6(6):1231-1239.
41. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. The Journal of Family Practice 1982; 15(2):303-311.
42. Alegre Y. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. RAMPA 2006; 1(1):48-57.
43. Bellon JA, Delgado A, del Castillo J, Lardilli P. Validez y Confiabilidad del APGAR familiar. Centro de Salud Zaidín-Su. Unidad Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada, Universidad de Granada. Octubre de 1996; 18(6):289-296.
44. Ley General de Salud, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/142.doc> [revisado Noviembre 2007]
45. Caraveo J, Nicolini H, Villa A, Wagner F. Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. Salud Pub. de Méx., 2005 47(1):23-29.

46. Rico H, Magis C, Guerrero M, Gómez M, Ruiz C, Vargas O., La frecuencia de los trastornos mentales en los niños escolares de primer grado de primaria. Salud Ment 1998, 21(4):12-18.
47. López M, Martínez M., Estudio sobre la prevalencia de los trastornos mentales infantiles en dos áreas sanitaria de Castilla de la Mancha. http://sescam.jccm.es/web/guest/semInterInfanciaGAPTo/Presentaciones/Dia16/2_SeminariosSimultaneo/6_MercedesMartinez.pps [revisado Mayo 2008].

15. ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre del niño:

Edad: _____

Sexo: M F

Fecha:

Escolaridad:

Datos del informante

Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Estado Civil:

Parentesco:

Domicilio:

Telefono:

ANEXO 2

**“CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL
EN ATENCIÓN PRIMARIA NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS”**

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de comportamientos con respecto al niño. Marque (Tache, X) si se ha presentado alguno en los últimos 6 meses, según la cantidad de días que lo presenta a la semana.

	COMPORTAMIENTO	NUNCA (0 veces)	ALGUNAS VECES (1-3 días a la semana)	CON FRECUENCIA (4-5 días a la semana)	SIEMPRE (6-7 días a la semana)
1A	Tiene bajo rendimiento escolar por su mala escritura.				
2J	Le da miedo estar separado de sus padres en casa.				
3A	Se le dificulta escribir números o signos matemáticos (+, -, %, X)				
4J	Tiene miedo de dormir separado de sus padres				
5D	Realiza movimientos o sonidos en forma repetida e involuntaria (parpadeo, chupeteo, carraspeo) que desaparecen cuando esta entretenido (viendo televisión, jugando o dormido)				
6G	Dice palabras incompletas				
7J	Tiene pesadillas acerca de ser separado de sus padres o casa.				
8A	Escribe en forma desorganizada y con muchos errores (junta palabras, se come letras, escribe letras al revés)				
9A	Le cuesta trabajo entender algunos signos matemáticos (suma +, resta -, multiplicación x, división ÷)				
10F	Dice escuchar voces que no existen				
11E	Tiene poca energía o está cansado sin razón aparente				
12H	Se hace popo en su ropa interior				
13D	Tiene movimientos o sonidos involuntarios que aumentan cuando está nervioso o frente a otras personas (parpadeo chupeteo movimientos bruscos)				

	de cabeza o alguna extremidad).				
14I	Trata de realizar las tareas o actividades a la perfección.				
15D	Tiene movimientos repetidos e involuntarios: parpadeo, chupeteo, movimientos bruscos de la cabeza o alguna extremidad.				
16C	Evita estar en lugares que le recuerden alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).				
17G	Confunde palabras al hablar				
18H	Se hace popo en la cama				
19I	Se preocupa de manera exagerada por la limpieza o el orden de las cosas.				
20D	Emite sonidos raros e involuntarios (toser, carraspeo, gruñidos)				
21E	Muestra desinterés por jugar o divertirse como otros niños de su edad.				
22B	Se mueve sin parar de un lado a otro.				
23C	Siente miedo o angustia cuando habla o recuerda alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).				
24A	Tiene bajo rendimiento escolar porque le cuesta trabajo leer.				
25H	Se orina en su ropa interior.				
26I	Es exageradamente ordenado con sus cosas o juguetes.				
27A	Se le dificulta leer textos que leen otros niños de su edad en la escuela.				
28F	Dice que ve personas o animales que no existen				
29B	Le cuesta trabajo permanecer quieto en un lugar durante poco tiempo (5 minutos)				
30B	Dice mentiras.				
31E	Llora, sin motivo aparente.				

32C	Al jugar imita alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio accidente, muerte, cambio de casa).				
33H	Se orina en la cama				
34E	Se encuentra triste, irritable o llora sin razón aparente				
35E	Se siente desanimado o indiferente para realizar actividades que antes le gustaban (ir al cine, al parque, jugar, patinar, etc)				
36B	Le cuesta trabajo esperar su turno en los juegos o actividades que requieren orden				
37C	Recuerda alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).				
38F	Siente que lo persiguen o que alguien quiere hacerle daño				
39C	Sueña con alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).				
40G	Tiene dificultad para pronunciar algunas letras.				
41G	Tartamudea.				

ANEXO 3

PARA USO EXCLUSIVO DEL MEDICO

**GUIA PARA LA INTERPRETACION DEL CUESTIONARIO
DE SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA
NIÑOS 6 A 12 AÑOS.**

		RESPUESTA	PUNTOS		
		NUNCA	0		
		ALGUNAS VECES	1		
		CON	2		
SUMATORIA PREGUNTAS	FRECUENCIA SIEMPRENTAJE	TOTAL		PROBABLE TRASTORNO	
1A, 3A, 8A, 9A, 24A, 27A,				≥ 6	Trastorno del Aprendizaje
22B, 29B, 30B, 36B				≥ 3	Trastorno por Déficit de Atención
16C, 23C, 32C, 37C, 39C				≥ 3	Estrés Postraumático
5D, 13D, 15D, 20D,				≥ 5	Tics
11E, 21E, 31E, 34E, 35E,				≥ 3	Depresión
10F, 28F, 38F				≥ 3	Trastorno Psicótico
6G, 17G, 40G, 41G				≥ 2	Trastorno del Lenguaje
12H, 18H, 25H, 33H,				≥ 2	Trastorno de la Eliminación
14I, 19I, 26I,				≥ 3	Trastorno Obsesivo Compulsivo
2J, 4J, 7J				≥ 2	Ansiedad por Separación

ANEXO 4

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	Casi Siempre (2)	Algunas veces (1)	Casi nunca (0)
Adaptabilidad: ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
Participación: ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute problemas y la forma en que participa con Ud, en la resolución de ellos?			
Crecimiento: ¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
Afecto: ¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sea de bienestar o malestar?			
Resolución: ¿Le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan juntos?			
Totales			
Resultado Final			

DE 7 A 10	Altamente funcional	66 a 100%
DE 4 A 6	Moderadamente disfuncional	33 a 65 %
DE 0 A 3	Severamente disfuncional	0 a 32 %

ANEXO 5

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Debido a la importancia que tienen los trastornos de salud mental y las consecuencias negativas que estos problemas ocasiona en el desarrollo y desempeño escolar, así como en todos los aspectos de los niños, se há considerado importante detectar estos trastornos cuando las manifestaciones recién se presentan, con el objetivo de brindar ayuda y tratamiento oportunamente. Favoreciendo con ello la calidad de vida de los niños y la prevención de otros trastornos más graves durante la adolescencia.

Con este fin se esta realizando la investigación titulada “DETECCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD EN LAS ESCUELAS PRIMARIAS “PROF. FERNANDO BROM ROJAS” Y “PROF. GUILLERMO SHERWELL” Y SU RELACIÓN CON EL APGAR FAMILIAR”, siendo su objetivo principal detectar problemas de salud mental. En esta prueba se solicita su colaboración para responder cada una de las preguntas que se plantean en el cuestionario, acerca del comportamiento que ha tenido su hijo (a) en los últimos 6 meses. No existe ningún procedimiento al que vaya a ser sometido su hijo (a) ni usted. No existe ningún riesgo para su salud ni la de su hijo (a). La información se que se brinde será estrictamente confidencial y con fines del estudio, en ningún momento serán identificados los nombres.

Los resultados que surjan de esta investigación serán de mucha utilidad para la detección de trastornos de salud mental en niños que asisten en estas escuelas primarias, por lo que su participación es sumamente valiosa.

Al finalizar la investigación se le informará acerca de los resultados obtenidos de la misma con respecto a su niño, Ante cualquier duda que surja, se les responderá inmediatamente.

Conociendo los objetivos, procedimientos e importancia de los resultados de la investigación, se deja constancia de su participación voluntaria de la misma.

Informante:
Parentesco con el niño:

Testigo

Testigo
