

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**

**TESIS:**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES QUE SON  
ATENDIDOS POR 1ª VEZ EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Silvia Marina Pérez López

**TUTOR:**

Dra. María Elena Márquez Caraveo

---

**ASESOR:**

Dr. Alfredo Romero Velázquez

---

**CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2012**



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.

## Índice

Índice general	2
Índice de tablas y gráficos	3
Resumen	4
Introducción	5
Antecedentes	6
Justificación	21
Planteamiento del problema	21
Objetivo	21
Material y métodos	22
Análisis estadístico	27
Resultados	28
Discusión	36
Conclusión	43
Referencias bibliográficas	44
Anexo 1	48

## Índice de tablas y gráficos

Gráfico I	9
Tabla 1	19
Tabla 2	28
Tabla 3	28
Tabla 4	28
Tabla 5	29
Tabla 6	30
Tabla 7	31
Tabla 7.1	31
Tabla 7.2	31
Tabla 8	32
Tabla 9	33
Tabla 10	34
Tabla 11	35
Tabla 12	35
Tabla 13	36

## **Resumen**

**Antecedentes:** Se sabe muy poco acerca de los factores que determinan el acceso a los servicios de salud mental para los niños y adolescentes. **Objetivo.** Describir el perfil sociodemográfico y los diagnósticos de los pacientes que acuden por primera vez a un hospital especializado en psiquiatría infantil y de la adolescencia en la Ciudad de México. **Material y métodos:** La información relacionada con las características sociodemográficas y los diagnósticos se obtuvo de la base de datos del servicio de admisión del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” del período de tiempo de diciembre del 2008 al noviembre del 2009. **Resultados.** La muestra final fue de 6010 pacientes, con una media de 9.4 años, 4218 (70.2%) fueron hombres y el resto mujeres (n=1792, 29.8%). El grupo poblacional predominante (52.91%) fue de escolares (6-12 años de edad). Los diagnósticos más frecuentes fueron: los trastornos del control de los impulsos; la mayor parte de ellos continuaron su atención en la institución. Los pacientes valorados provenían de hasta de 20 estados de la república. Del Distrito Federal acudieron, principalmente, de las delegaciones Tlalpan (16%) e Iztapalapa (15%). **Conclusiones.** El perfil de trastornos psiquiátricos es similar a lo referido en la literatura internacional, y es más común que reciban atención aquellos pacientes con trastornos del control de los impulsos. Es necesario continuar realizando más estudios sobre otros aspectos que influyen en la atención en unidades donde se brinda atención psiquiátrica infantil a fin de poder mejorarla.

**Palabras claves.** Atención psiquiátrica, prevalencia de trastornos, atención en servicios de salud mental, niños y adolescentes, factores socio-demográficos, diagnósticos.

## Introducción

México se encuentra rezagado en la atención que brinda a la salud mental, de acuerdo al reporte de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), realizada en el 2003; alrededor del 28.6% de la población del país padece algún trastorno mental. Sin embargo, sólo el 2.5% de los pacientes se encuentran bajo supervisión de algún especialista <sup>(1)</sup>. Nuestro país tiene 2.7 psiquiatras por cada 100 mil habitantes y destina el 0.85% de su presupuesto nacional para salud en atender la salud mental, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere que este porcentaje sea del 10% y recomienda 1 psiquiatra por cada 10 mil habitantes <sup>(2)</sup>. En el caso de la atención a niños y adolescentes se recomiendan 2 especialistas en paidopsiquiatría por cada 60 mil habitantes <sup>(3)</sup>. Por otro lado, la discapacidad psiquiátrica en nuestro país no es considerada pese a que la OMS indica que las enfermedades mentales representan el 13% dentro de las discapacidades. Además, en países como el nuestro, es muy difícil para los usuarios el poder acceder a recibir atención de salud mental de calidad en los diferentes niveles (centros de salud, centros comunitarios y estatales de salud mental, hospitales generales, hospitales psiquiátricos), pues existen serias barreras que impiden este libre acceso. Por ejemplo, se notan las deficiencias en la comunicación y organización intersectorial de los servicios, pues no existe una adecuación para ello; lo cual dificulta una detección oportuna así como una pronta referencia a los servicios especializados en salud mental a fin de poderle brindar a los niños y adolescentes una atención y tratamiento oportuno y de calidad.

Dentro de los pocos centros de atención integral a la salud mental de los niños y adolescentes en Latinoamérica, se encuentra el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en la Ciudad de México. Esta institución cuenta con servicios de consulta externa, hospitalización continua y rehabilitación, que atiende a la población infantil con alguna patología mental. Sin embargo, aunque se dispone de reportes epidemiológicos a cerca de los diagnósticos, tipo de trastornos y edades de presentación de los mismos, no existen reportes de otros factores asociados a estos pacientes tales como: a) asistencia de primera vez ó subsecuente, b) género, c) la procedencia geográfica, c.1) en el caso de los locales (refiriéndonos a aquellos del Distrito Federal), la delegación de residencia, c.2) en los foráneos, los estados de donde provienen; d) edades; e) si quienes solicitan la atención tienen alguna derechohabiencia o no y a cuál institución pertenecen; f) de quién fue el origen de la iniciativa de atención, g)

diagnósticos, h) destino posterior a su valoración y i) los lugares a los que fueron referidos. Por ello hemos planteado la siguiente investigación a fin de determinar las características sociodemográficas de aquellos pacientes que finalmente acceden a ser atendidos en un centro especializado en psiquiatría infantil y de la adolescencia, sus diagnósticos y el destino posterior a que son evaluados. Se espera que con esta información se pueda lograr establecer una mejor caracterización de los pacientes con el fin de diseñar planes y estrategias de coordinación interinstitucional que disminuyan las barreras para la atención oportuna de los problemas de salud mental de los niños y adolescentes.

## **Antecedentes**

### **Prevalencia de enfermedades mentales en adultos según reportes de estudios internacionales**

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la salud mundial en 2001, una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro afectado por trastornos de salud mental o conductuales <sup>(4)</sup>. Algunos años después <sup>(5)</sup>, este organismo publicó un informe relacionado con la Prevalencia, Gravedad y Necesidades Insatisfechas de Tratamiento de Trastornos Mentales reportada en los Estudios de Salud Mental. Según este reporte, la prevalencia global osciló entre 4.3% en Shanghai a 26.4% en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA). Los trastornos de ansiedad fueron las patologías más prevalentes en todos los países (con excepción de Ucrania donde predominaron los trastornos del humor), con una prevalencia que osciló entre el 2.4% y el 18.2%. Los trastornos del humor siguieron en frecuencia en todos los países (menos en Nigeria y Beijing donde fueron más comunes los trastornos por abuso de sustancias), con una prevalencia del 0.8% al 9.6%. El abuso de sustancias tuvieron una incidencia anual del 0.1% al 6.4%, y los trastornos por alteración en el control de los impulsos reportaron una incidencia anual del 0% al 6.8 mismos que fueron sustancialmente menos comunes en todas las investigaciones. EUA y Colombia tuvieron las estimaciones más altas de todos los tipos de patología <sup>(5)</sup>.

Las proporciones de muestras con un trastorno grave fueron de 0.4%-7.7%; o moderado de 0.5%-9.4%; fueron generalmente más pequeñas que los porcentajes con una patología leve de 1.8%-9.7%. La proporción de trastornos clasificados como leve fue sustancial, siendo de

33.1% en Colombia a 80.9% en Nigeria. Los participantes con patología grave que respondieron refirieron al menos 30 días en el año previo de incapacidad para realizar sus actividades usuales como consecuencia de su enfermedad. La cantidad de días fue, obviamente, mayor en pacientes con patología grave <sup>(5)</sup>.

### **México: prevalencia de enfermedades mentales en adultos**

En nuestro país se realizó en el año 2001 y 2002 la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), en esta encuesta se proporcionaron las primeras estimaciones representativas a nivel nacional de los trastornos mentales en la población mexicana. Los hallazgos de la ENEP de la población adulta entre 18 y 65 años de edad, revelaron que la región centro- oeste del país es la que presenta la prevalencia más elevada de trastornos en la vida (36.7%), explicada por el elevado índice de trastornos por uso de sustancias. Esta región también mostró la prevalencia más elevada de trastornos afectivos en los últimos 30 días (2.5%). La región conformada por las tres áreas metropolitanas mostró la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (3.4%) y la región norte presentó mayores trastornos por uso de sustancias (1.7%) <sup>(1)</sup>.

Así mismo, en la ENEP, se reportó que el 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición (CIE10) alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos los más frecuentes fueron los de ansiedad (alguna vez en la vida) 14.3%, seguidos por los de uso de sustancias 9.2% y los trastornos afectivos 9.1% <sup>(1)</sup>.

También existen reportes de que los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno comparados con las mujeres (30.4% y 27.1% alguna vez en la vida, respectivamente). Sin embargo las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses <sup>(1)</sup>.

Como trastornos individuales las fobias específicas fueron las más comunes 7.1% alguna vez en la vida, seguidas por los trastornos de conducta 6.1%, la dependencia al alcohol 5.9%, la fobia social 4.7% y el episodio depresivo mayor 3.3% <sup>(1)</sup>.



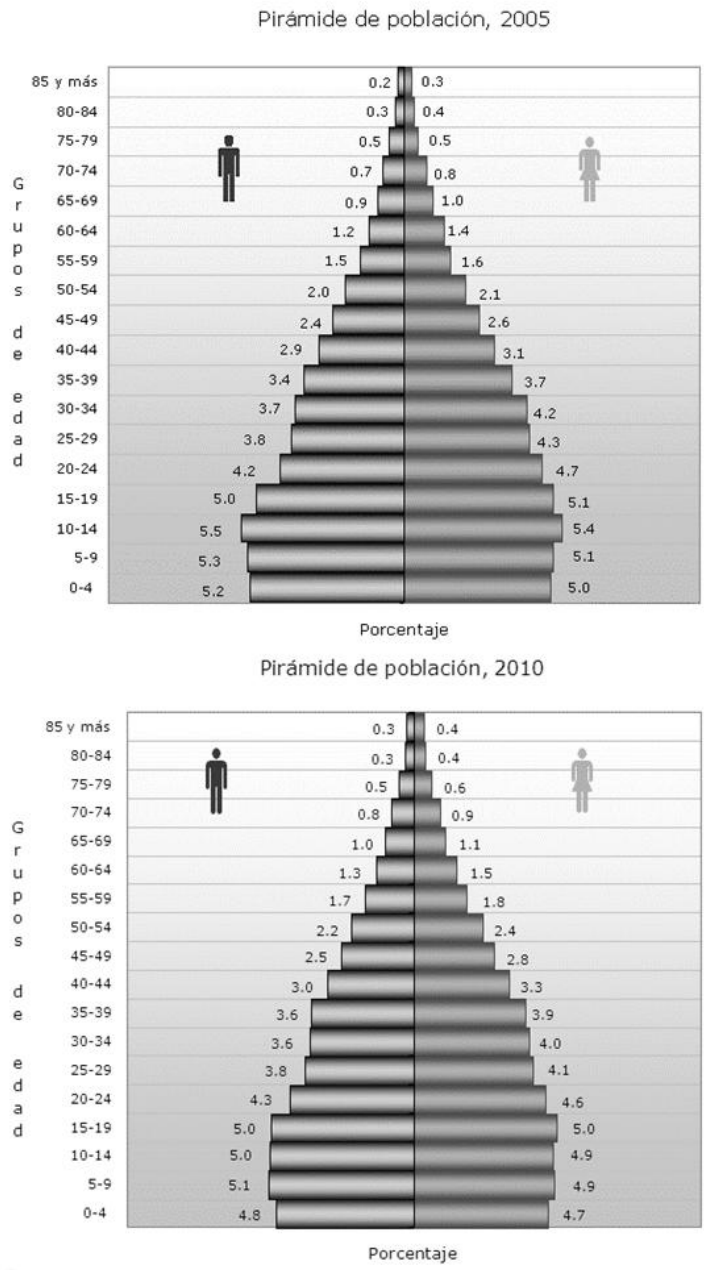
Los tres principales diagnósticos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol <sup>(1)</sup>.

En esta misma encuesta según reportes hechos por Benjet en el 2009, se encontró que existen diferencias por sexo en el patrón de los trastornos psiquiátricos pues las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar trastornos afectivos y ansiosos, y los hombres, mayor probabilidad de padecer trastornos por uso de sustancias.

Según la ENEP, los trastornos individuales más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social. En las mujeres fueron las fobias, la depresión mayor, el trastorno oposicionista desafiante (TOD), la agorafobia y la ansiedad por separación. Mientras que en los varones fueron el TOD, el abuso de alcohol y el trastorno disocial. Los trastornos que presentaron un inicio más temprano fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de impulsividad y los trastornos del ánimo. Los que aparecieron en edades más tardías fueron los trastornos por uso de sustancias <sup>(6,7)</sup>.

Reflexionemos estos datos tomando en cuenta los datos arrojados por el censo nacional de población y vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) del 2010, en nuestro país, donde se reportó que la población total constaba de 112,336,538 habitantes, (siendo 57,481,307 hombres y 54,855,231 mujeres), (ver Gráfico I) <sup>(8)</sup>.

**Gráfico I. Comparación de la estructura de la pirámide poblacional según INEGI: Censo de Población y Vivienda año 2005 al 2010**



Ya que la base de esta pirámide continúa siendo conformada por niños y adolescentes menores de 19 años, es urgente la realización de estudios epidemiológicos a nivel nacional, de los trastornos mentales en niños y adolescentes, con el fin de detectar edades de inicio en una forma prospectiva, patrones de distribución similares o no a la patología psiquiátrica de adultos, diferencias por género y atención efectiva.

## **Prevalencia de trastornos mentales a nivel internacional en niños y adolescentes**

En el 2004 en Gran Bretaña, uno de cada 10 niños y adolescentes (5-16 años) fue diagnosticado con un trastorno mental, el 4% tuvo un trastorno emocional (ansiedad o depresión), 6% un trastorno de conducta, 2 % tuvo un trastorno hiperquinético y el 1% fue diagnosticado con un trastorno mental menos común (autismo, tics, trastorno de alimentación y mutismo selectivo) y el 2% de los niños tuvo más de 1 tipo de trastorno <sup>(9)</sup>.

En este mismo reporte se menciona, que los niños de entre 5 a 10 años fueron más propensos a tener un trastorno mental que las niñas. Correspondiendo a un 10% en los niños y un 5% de las niñas respectivamente. En el grupo de 11a 16 años, la proporción fue de 13% para los niños y 10% para las niñas <sup>(9)</sup>.

Reportes de prevalencia de Gran Bretaña en este mismo año, detectaron que la presencia de trastornos mentales fue mayor entre:

- en los niños que tenían un solo padre (16%) comparada con aquellos que tenían a los 2 padres (8%)
- en familias reconstituidas (14%) comparada con aquellas que no tenían hijastros (9%)
- en los hijos de padres que contaban con menor educación (17%) comparados con aquellos que contaban con algún grado académico (4%)
- en las familias en las que ninguno de los padres trabajaba (20%) comparada con aquellas en las que ambos padres trabajaban (8%), <sup>(9)</sup>.

Otros estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes a nivel internacional, varía desde el 17% al 25% y una significativa proporción de tal psicopatología en la comunidad no es reconocida ni tratada <sup>(10, 11)</sup>.

Otras revisiones de estudios de prevalencia internacionales reportan desde 8% en Países Bajos hasta un 25% en los EUA, otros estudios de prevalencia de países como Taiwan, Brasil y Puerto Rico fluctúan entre 12.7% y 23% <sup>(12)</sup>.

Estudios de Sudán, Filipinas, Colombia e India se encontró que entre el 12% y el 29% de los niños de 5 a 15 años tenía problemas de salud mental. Los tipos de trastorno identificados en estos países de escasos recursos no se diferenciaban de los que se encontraron en los países industrializados <sup>(11, 13)</sup>.

Un estudio multinacional demostró que las niñas puntuaron significativamente más alto en problemas internalizados mientras que los niños puntuaron significativamente más alto que las niñas en los problemas externalizados <sup>(11, 14)</sup>.

Los trastornos mentales de los niños y adolescentes, más que muchas otras enfermedades, suponen grandes costos que impactan a la sociedad y desestabilizan las comunidades, pues los niños que padecen de depresión, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), y otros trastornos de conducta tienen un mayor índice de utilización de servicios de salud <sup>(11, 15, 16, 17)</sup>. También imponen costos a la sociedad en términos de educación, y carga para el sistema de justicia penal y servicios sociales <sup>(11,18,19)</sup>.

### **México: prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes**

En México no existen reportes de prevalencias de trastornos mentales en niños, existe un solo reporte de síntomas, percepción y búsqueda de ayuda para los menores de 4 a 16 años sintomáticos, citados por los mismos padres del Distrito Federal, dentro de una encuesta realizada en los hogares de julio a noviembre del 1995 <sup>(20)</sup>.

Entre los síntomas que reportaron una mayor prevalencia se citaron: inquietud, 19%; irritabilidad, 17%; nerviosismo, 16%; déficit de la atención, 14%; desobediencia, 13%; explosividad, 11% y conducta dependiente, 9%. Mismos síntomas que contaban con más de un año de presentación <sup>(20)</sup>.

En este mismo estudio, los principales síntomas y características de los menores asociados con la percepción de necesidad de ayuda resultaron ser el aislamiento, las crisis convulsivas, el que lo observaran distraído, la presencia de eventos enuréticos, seguido del nerviosismo y miedos <sup>(20)</sup>.

Los padres reportaron la necesidad de búsqueda de ayuda en caso de que sus hijos presentaran los siguientes síntomas: distractibilidad, lenguaje anormal, crisis convulsivas, enuresis, nerviosismo o miedos, el que mienta y que presente lento aprendizaje; los cuales se citaron en orden, según la importancia que le dieron los padres <sup>(20)</sup>.

En esta misma encuesta el 48.6% de la población de niños y adolescentes resultó asintomática; 17% reportó la presencia de un solo síntoma; 12% presentaron dos; en 6% se reportaron tres; en 5%, cuatro; en 3%, cinco; en 2% se reportaron seis y siete. <sup>(20)</sup>.

Entre aquellos menores con una puntuación de uno a tres síntomas se consideró necesaria la ayuda sólo para 17%, en tanto que entre los que obtuvieron puntajes entre cuatro o más síntomas, la percepción de necesidad de atención fue de 45% <sup>(20)</sup>.

De acuerdo a los datos de este estudio, es importante conocer las prevalencias de los síntomas tanto como las percepciones de aquellos síntomas por los cuales los padres buscarían ayuda, ya que el diseño de la atención en los servicios debiera incluir ambos puntos de vista.

En cuanto a datos representativos de la población adolescente se pueden citar algunos estudios como la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente de Benjet (2008), realizada en el área metropolitana de la Ciudad de México en el año 2005; donde se reporta que uno de cada 11 adolescentes sufría de un trastorno mental severo, uno de cada cinco de un trastorno mental moderado y uno de diez de un trastorno mental leve. Se menciona también, que la mayoría de esos adolescentes no recibía tratamiento y que los trastornos de ansiedad fueron los más prevalentes pero los de menor severidad <sup>(6)</sup>.

Dentro de los factores sociodemográficos que más consistentemente se correlacionaron con la presencia de enfermedad mental que reportó Benjet (2008) en este mismo estudio, se encontraron: el pertenecer al sexo femenino, el haber abandonado la escuela, el tener responsabilidades o exigencias de un adulto, estar casado, tener un hijo o estar trabajando <sup>(6)</sup>.

## **Factores asociados con la búsqueda de atención y utilización de servicios especializados en psiquiatría a nivel internacional**

Se sabe mediante reportes realizados por servicios de salud pública de los EUA, que las políticas concernientes a las necesidades de salud mental de los niños y adolescentes han sido limitadas por la ausencia de reportes nacionales de los índices de utilización de servicios de salud mental <sup>(21)</sup>.

Según un reporte de Wells (2002), la población más particularmente vulnerable para tener un bajo índice de utilización de servicios de salud mental en los EUA incluye a los jóvenes de las minorías étnicas y a los no asegurados <sup>(21)</sup>.

Kataoka (2002) refiere que muchos niños que necesitaron una evaluación de salud mental en los EUA no la recibieron, y reportó también que los latinos y aquellos sin seguridad social, tuvieron especialmente elevados índices de necesidades insatisfechas en cuanto a la atención, comparadas con otros niños; así también, se sabe que quienes recibieron mayor atención en salud mental en EUA en los años de 1996 al 1998 fueron masculinos, de raza blanca en edades de los 6 a los 17 años <sup>(22)</sup>.

A nivel internacional, la dificultad para recibir atención especializada es una realidad que enfrentan las familias, Zwaanswijk (2003) reporta que la prevalencia de los trastornos mentales en adolescentes en Rotterdam, Países Bajos, fue de 17 a 25%, aunque sólo el 3.1% fue referido a un centro de salud mental en el año previo <sup>(23)</sup>.

Una serie de factores que no son los síntomas psiquiátricos se ha encontrado que afectan también la utilización del servicio de psiquiatría infantil tales como: la edad, el género, el estrés familiar, la situación económica de la familia y la utilización de servicios de salud mental por los padres; así como la carga de la enfermedad percibida por los padres. Uno de los factores que se identificaron en este estudio fue además el pobre funcionamiento en las familias de los adolescentes <sup>(24)</sup>.

El más fuerte correlato de la búsqueda de atención especializada de salud mental en estudios internacionales, en este caso en Noruega, parece ser el efecto de los síntomas de los niños en sus padres. Se encontró que aquellos trastornos de conducta tales como el TOD, se relacionaron más con la búsqueda de atención, por el contrario; los problemas internalizados de los niños, tales como la depresión y la ansiedad parecen estar asociados con menos carga a los padres y por ende una menor búsqueda de atención <sup>(24)</sup>.

En este mismo estudio de Noruega, reportaron que los problemas internalizados en general, en particular la depresión, fueron los más frecuentemente referidos a los servicios especializados en salud mental, comparados con los problemas externalizados que se atendieron en su mayoría en los servicios de salud locales <sup>(24)</sup>; datos que son contrarios a los referidos en otras bibliografías, donde los que recibieron menor atención con especialistas de la salud mental fueron aquellos que padecían de trastornos internalizados. Los servicios de salud de primer nivel en Noruega refirieron un 55% de todos los casos a las clínicas especializadas en salud mental en el 2001, los servicios escolares un 13%, otros servicios de salud refirieron un 10.2% y solicitaron atención el mismo paciente o algún familiar en un 5.1% <sup>(24)</sup>. Lo cual es explicado en este mismo reporte debido a que los padres de los niños y adolescentes parecen subestimar la sintomatología depresiva en comparación con los profesores <sup>(24)</sup>.

Los servicios de psiquiatría infantil y de la adolescencia en Noruega son los que reciben en segundo lugar las referencias de los servicios de atención primaria de las localidades (servicios de salud de escuelas y guarderías, y servicios de protección infantil) <sup>(24)</sup>. Los registros de salud así como las referencias a las clínicas de Noruega se encuentran en una base de datos nacional, este registro es obligatorio. Los trastornos de hasta una gravedad moderada se atienden en un primer nivel, siendo referidos a segundo y tercer nivel los de mayor gravedad <sup>(24)</sup>.

## **Factores asociados con la búsqueda de atención y utilización de servicios especializados en psiquiatría en México en adultos, adolescentes y los niños**

En una encuesta efectuada de julio a noviembre de 1995 en los hogares del Distrito Federal, México que representó a las personas entre 18 y 65 años de edad, se investigó la presencia de 27 síntomas en todos y cada uno de los hijos de entre 4 a 16 años de edad que vivían con el adulto entrevistado, así como de la percepción y búsqueda de ayuda para los menores sintomáticos <sup>(20)</sup>.

Entre los síntomas que reportaron una mayor prevalencia se citaron: inquietud, 19%; irritabilidad, 17%; nerviosismo, 16%; déficit de la atención, 14%; desobediencia, 13%; explosividad, 11% y conducta dependiente, 9%. Mismos síntomas que contaban con más de un año de presentación <sup>(20)</sup>.

En este mismo estudio, los principales síntomas y características de los menores asociados con la percepción de necesidad de ayuda resultaron ser el aislamiento, las crisis convulsivas, el que lo observaran distraído, la presencia de eventos enuréticos, seguido del nerviosismo y miedos <sup>(20)</sup>.

Los padres reportaron la necesidad de búsqueda de ayuda en caso de que sus hijos presentaran los siguientes síntomas distractibilidad, lenguaje anormal, crisis convulsivas, enuresis, nerviosismo o miedos, el que mienta y que presentaran lento aprendizaje; mismos que se citaron en orden según la importancia que le dieron los padres <sup>(20)</sup>.

En esta misma encuesta el 48.6% de la población de niños y adolescentes resultó asintomática; 17% reportó la presencia de un solo síntoma; 12% presentaron dos; en 6% se reportaron tres; en 5%, cuatro; en 3%, cinco; en 2% se reportaron seis y siete <sup>(20)</sup>.

Entre aquellos menores con una puntuación de uno a tres síntomas se consideró necesaria la ayuda sólo para 17%, en tanto que entre los que obtuvieron puntajes entre cuatro o más síntomas, la percepción de necesidad de atención fue de 45% <sup>(20)</sup>.



En la ENEP se reporta que solamente 1 de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención, sólo 1 de cada 5 con dos o más trastornos recibieron atención, y sólo 1 de cada 10 con tres o más trastornos recibieron atención <sup>(1)</sup>.

Según reportó Benjet (2004), para los trastornos depresivos pueden existir en promedio 10.3 años de espera para recibir atención a la salud mental, (cuando el inicio es en la infancia o en la adolescencia) y sólo recibieron atención un 29% de los sujetos <sup>(25)</sup>.

En la encuesta nacional de comorbilidad se realizaron 2,362 entrevistas, en las cuales se reportó que menos de uno de cada cinco de los encuestados con trastornos psiquiátricos utilizaron algún servicio durante el año previo. Los índices de utilización de servicios para aquellos con cualquier trastorno del humor fueron igualmente elevados; uno de cada dos de los encuestados reportó que utilizó algún servicio mínimamente adecuado <sup>(26)</sup>.

La proporción de los encuestados que recibieron un tratamiento mínimamente adecuado correspondió a 21.2% entre aquellos que padecían algún trastorno de ansiedad, y un 23.5% entre aquellos con cualquier trastorno del humor <sup>(26)</sup>.

### **Barreras en la atención a los trastornos mentales a nivel internacional**

Estudios realizados en los EUA se reportó que la mayoría de aquellas personas no aseguradas tuvieron grandes problemas con el acceso y la calidad de la atención de los de trastornos mentales y aquellos relacionados con el consumo de drogas o alcohol, en relación con la población que contaba con el servicio de Medicaid <sup>(21)</sup>.

Estudios nacionales de adultos en los EUA reportan que, comparados con los blancos, los afroamericanos y latinos con problemas de salud mental así como abuso de alcohol y drogas tuvieron menores índices de acceso a los servicios para atención y de tratamiento <sup>(21)</sup>.

Los problemas de desarrollo en los niños que fueron criados en entornos desfavorecidos pueden estar en mayor riesgo de ser poco reconocidos o subdiagnosticados, debido a los accesos limitados a los servicios médicos, así como la incapacidad de los cuidadores primarios para reconocer los primeros signos de trastornos del neurodesarrollo, existiendo

también la elevada posibilidad de que no se diagnostiquen también en lugares fuera del hogar (por ejemplo, en las guarderías y las escuelas) <sup>(11, 27)</sup>.

Un factor importante para lograr que los servicios sean accesibles a poblaciones enteras es la integración continuada de los servicios de salud mental en la asistencia primaria a la salud así como una mejora de la calidad de la asistencia dentro de este sistema. Esto se facilita si se garantiza que haya suficientes cantidades de personal de atención primaria, regulando la capacitación, organizando la supervisión adecuada y constante del personal de atención primaria por los profesionales de la salud mental, atendiendo a las actitudes del personal y creando y gestionando redes de apoyo coordinadas con servicios de salud mental en la población especializados y otros sectores pertinentes (tales como bienestar social, salud, albergue y empleo, así como las organizaciones no gubernamentales (ONG) y el sector privado) <sup>(28)</sup>.

Las ONG, se han llegado a reconocer como un protagonista importante en la prestación de servicios de salud, sobre todo en países con inestabilidad interna (p.ej. Líbano, Palestina) <sup>(29)</sup>.

### **Tratamiento de las enfermedades mentales a nivel internacional**

Según reportes de la OMS <sup>(5)</sup>, el porcentaje de enfermos que recibió tratamiento por trastornos emocionales o abuso de sustancia durante los 12 meses antes de la entrevista fue muy variable entre los estudios, de un 0.8% en Nigeria a un 15.3% en los Estados Unidos. La proporción de enfermos tratados fue considerablemente mayor en los países desarrollados, de hecho, fue mayor en los pacientes graves (49.7% a 64.5% en los países más desarrollados. Datos que contrastan con aquellos reportados en los países menos desarrollados siendo estos de 14.6% a 23.7%; porcentajes más bajos en sujetos con patología moderada (16.7% a 50% *versus* 9.7% a 18.6%) e inferiores en los individuos con trastornos menos graves (11.2% a 35.2% en los países con más recursos *versus* 0.5% a 10.2% en aquellos menos desarrollados) <sup>(5)</sup>.

La atención y tratamiento basada en un equipo implementada hace 30 años en los Estados Unidos de Norteamérica y en Canadá, se ha observado; es la forma más directa de garantizar el acceso, la continuidad y la integración de los servicios. Los equipos posibilitan ofrecer a los

pacientes un programa individualizado, coherente y a largo plazo de servicios médicos, psiquiátricos, de alojamiento, económicos, laborales, familiares y sociales que los ayuden a lograr sus propias metas <sup>(30)</sup>.

El proporcionar una atención exhaustiva basada en equipo a estos individuos es onerosa, pero mitiga el sufrimiento personal, no es más costosa y evita la desviación de los costos a las familias, las poblaciones y el sistema judicial <sup>(30)</sup>.

### **Tratamiento y profesionales que brindan la atención a la salud mental en México**

De acuerdo a la encuesta realizada por Caraveo, cuyos resultados publicó en el 2002, en donde se obtuvo información acerca de 1685 menores, donde la mitad de ellos resultó sintomática, la necesidad de atención fue solamente considerada para 25%, y la búsqueda de atención para 13%. Los síntomas de internalización fueron percibidos más frecuentemente y llevados a la consulta por los padres <sup>(20)</sup>. De estos el 80% acudió con un solo profesional, 13% con dos; y el 6% con tres o más. Específicamente los más solicitados fueron los psicólogos con un 66%, seguidos de los médicos generales en un 28%, trabajadores sociales 18%, con psiquiatras un 9%, un 2% con otros médicos y otros prestadores de servicios 4% <sup>(20)</sup>.

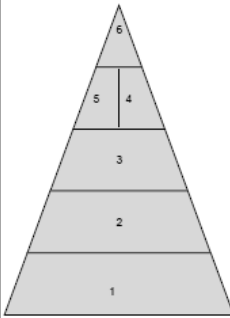
En la encuesta de comorbilidad publicada por Borges (2006), los entrevistados con trastornos del humor hicieron más uso de médicos generales, mientras que aquellos con trastornos por uso de sustancias solicitaron la atención de especialistas en salud mental. Aquellos con trastornos de ansiedad utilizaron más frecuentemente ambos servicios (médicos generales y especialistas en salud mental) <sup>(26)</sup>.

Por lo menos 14% de los adolescentes con cualquier trastorno en los últimos doce meses recibieron tratamiento en el mismo periodo de tiempo, una pequeña proporción de adolescentes sin enfermedad recibieron tratamiento y de ellos sólo el 6.1% fue tratado por un especialista de la salud mental <sup>(6)</sup>.

## Barreras para recibir atención especializada en salud mental en México

La OMS propone la pirámide de organización de servicios para optimizar la atención de la salud mental <sup>(31)</sup>, como ejemplo tenemos esta guía de atención de discapacidad intelectual del HPIJNN <sup>(32)</sup>, a fin de esquematizar el ideal en la organización de los servicios de salud para la atención de la Salud Mental.

**Tabla 1. Niveles de atención en la salud mental infantil y de la adolescencia de la Guía Clínica de Retraso mental del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”**

Ámbito de las intervenciones (niveles de atención) en salud mental de niños y adolescentes con DI.				
Recomendación de Servicios Optimos <sup>41</sup>	Nivel de la intervención	Ubicación del proveedor	Personal	Servicios
		1. Individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hogar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Familia</li> </ul>
2. Comunitario informal		<ul style="list-style-type: none"> <li>Hogares</li> <li>Escuela</li> <li>Consejos de menores</li> <li>Casa hogar para niños y niñas</li> <li>ONG'S</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Familia</li> <li>Profesores</li> <li>Trabajadores de la salud</li> <li>Promotores diversos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos mentales:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-programa de orientación con énfasis en los antecedentes familiares, complicaciones obstétricas y prevención de los problemas metabólicos y los asociados al consumo de tabaco y alcohol.</li> <li>-programas materno-infantiles que abarquen dimensión biológica y psicosocial de desarrollo (cognoscitivo, emocional, social, de lenguaje y ciclo de sueño-vigilia)<sup>22</sup></li> </ul> </li> </ul>
3. Atención primaria		<ul style="list-style-type: none"> <li>Centros de salud</li> <li>Unidades de medicina familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajadores de la salud</li> <li>Médicos</li> <li>Enfermeras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Educación en salud mental a jóvenes.</li> <li>Detección de los problemas del desarrollo incluyendo el uso de pruebas de tamizaje asociado a los programas de peso-talla y vacunación universal.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificación de factores de riesgo y de protección biológica y psicosocial.</li> <li>-Consejo</li> <li>-Manejo básico del tratamiento conductual y seguimiento.</li> </ul> </li> </ul>
4. Salud mental comunitaria		<ul style="list-style-type: none"> <li>CECOSAM, CIJ, UNEMES</li> <li>Apoyo pedagógico especializado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Especialistas en salud mental general: Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeras, Trabajadores sociales</li> <li>Grupos multidisciplinarios con entrenamiento en salud mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigación, tratamiento de problemas severos, asociados a DI.</li> <li>Consultorías, supervisión y entrenamiento del personal de los servicios de atención primaria</li> <li>Enlace con otros sectores locales y ONG's en iniciativas de promoción y prevención intersectorial</li> </ul>
5. Hospitales generales ó pediátricos		<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidades académicas en salud en Hospitales Regionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Especialistas en salud mental general: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales</li> <li>Grupos multidisciplinarios con entrenamiento en salud mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigación, tratamiento de problemas severos o manejo integral de la DI</li> <li>Consultorías, supervisión y entrenamiento del personal de los servicios de salud mental comunitario</li> <li>Enlace con otros sectores locales, con otras comunidades y ONG 'S en iniciativas de promoción y prevención intersectorial</li> </ul>
6. Servicios especializados y de estancia prolongada		<ul style="list-style-type: none"> <li>Instituciones de larga estancia (HPI), Albergues para DI. Sector privado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Especialistas en Salud Mental de niños y adolescentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios especializados en diagnóstico y tratamiento</li> <li>Consejería de apoyo y entrenamiento a todos los niveles de servicio</li> <li>Servicios de rehabilitación para subgrupos específicos de DI (ej. autistas).</li> </ul>

Tomado de World Health Organization, 2005, adaptado al contexto de México por Márquez- Caraveo y Arciniega-Buenrostro, 2008.

De acuerdo a este ideal de atención en salud mental que propone la OMS <sup>(31)</sup>, es evidente que en nuestro país tenemos grandes deficiencias en la organización de los servicios de salud mental, pues no existe una adecuada comunicación e integración en cuanto a las funciones que se brindan en cada nivel de atención. Esta situación dificulta la detección oportuna así como la adecuada referencia intersectorial a fin de poderle brindar a los niños y adolescentes una atención y tratamiento óptimo.

Con la finalidad de poder brindar una atención de calidad en salud mental en nuestro país, se propuso el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, así como el Programa Nacional de Salud 2007-2012 <sup>(33)</sup>; para determinar soluciones que permitan el desarrollo humano sustentable y el avance hacia la universalidad en el acceso a servicios de salud de calidad, a través de una integración funcional y programática de las instituciones que conforman el sector salud. Los trastornos mentales se han llegado a considerar como una prioridad de salud pública en nuestro país por diversas razones, tales como, su alta prevalencia, su baja cobertura de diagnóstico, el alto grado de discapacidad, la gran brecha de atención, el costo del tratamiento el rechazo por ignorancia, estigma y discriminación en torno a quienes aquejan padecimientos de esta índole <sup>(33)</sup>.

El Programa de Acción Específico 2007-2012 Atención en Salud Mental cuenta con las siguientes líneas de acción, planteadas en las siguientes estrategias:

- Promover el estudio legislativo y actualizar la regulación de la atención en salud mental y psiquiátrica.
- Combatir el estigma y la discriminación en torno a los trastornos mentales.
- Integrar programas de promoción y prevención de los trastornos mentales.
- Desarrollar sistemas y procesos para la planeación, gestión y evaluación del sistema nacional de atención a la salud mental.
- Integrar la atención en salud mental comunitaria a la red de servicios de salud general.
- Estandarizar los procesos de atención en salud mental y psiquiátrica, que salvaguarden la integridad del paciente y eviten la ocurrencia de efectos adversos y errores médicos.
- Establecer alianzas con otros sectores y con la comunidad en la atención en salud mental y psiquiátrica.
- Incluir los trastornos mentales prioritarios como beneficios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Fomentar la investigación en salud mental y psiquiátrica.
- Desarrollar recursos humanos en salud mental y psiquiatría comunitaria.
- Fortalecer el financiamiento para la operación e inversión de los servicios de atención en salud mental y psiquiátrica <sup>(33)</sup>.

## **Justificación**

La salud mental de los niños y adolescentes ha sido poco estudiada, reportándose una gran variabilidad entre la prevalencia de trastornos de una cultura a otra. Sin embargo, existen factores asociados a la presencia de los diferentes padecimientos como se ha reportado en la literatura. Mismos que, aunados a factores sociodemográficos en específico, determinan el tipo de trastorno, así también el que se busque atención para ello y finalmente que reciban tratamiento.

En este aspecto, es necesario conocer aún más, las características que tienen en común y las barreras que tuvieron que atravesar los pacientes que finalmente son atendidos en un hospital especializado en psiquiatría infantil y del adolescente; es importante también el conocer qué factores tienen en común, los pacientes que posterior a una valoración se refieren a otra unidad para continuar su tratamiento. Esto es importante conocerlo, a fin de poder modificar los factores que impiden la pronta detección, referencia y tratamiento de los niños y los adolescentes aquejados de un padecimiento psiquiátrico. Estos conocimientos serían de utilidad a fin de establecer propuestas y crear programas de salud e intervención para poderle brindar a los niños y adolescentes una mejor calidad de atención en salud mental.

## **Planteamiento del problema**

En nuestro país no existe suficiente información acerca de las características con que cuentan los pacientes menores de 18 años que finalmente son atendidos en un tercer nivel de atención, específicamente en el área de salud mental.

## **Pregunta de investigación:**

¿Cuáles son las principales características sociodemográficas y los diagnósticos de los menores de 18 años que acuden a recibir atención en un hospital especializado en psiquiatría infantil y de la adolescencia?

## **Objetivo principal**

Describir las características sociodemográficas y los padecimientos psiquiátricos más frecuentes de los menores de 18 años que se atienden en un hospital especializado en psiquiatría infantil y del adolescente.

## **Material y Métodos**

### **Tipo de estudio**

Es un estudio observacional descriptivo retrolectivo.

### **Universo del estudio**

Base de datos de pacientes atendidos por vez primera en el servicio de preconsulta (atención de primera vez) del hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIJNN) en el período de tiempo del 1º de Diciembre del 2008 al 30 de Noviembre del 2009.

### **Población blanco**

Todos aquellos pacientes atendidos en el servicio de preconsulta en el HPIJNN en el periodo de tiempo del 1º de Diciembre del 2008 al 30 de Noviembre del 2009 que acudieron por algún padecimiento psiquiátrico.

### **Criterios de inclusión**

Datos de pacientes menores de 18 años que cuenten con un diagnóstico psiquiátrico establecido en base a los criterios del CIE10

### **Criterios de exclusión**

Que no se cuente con datos completos del paciente en la base de datos a trabajar.

### **Criterios de eliminación**

No aplica por tratarse de un estudio transversal y retrolectivo

## **Variables**

### **1. Asistencia de primera vez y subsecuente**

Definición: si es la primera vez que acuden a solicitar atención a la institución o si cuentan con expediente dentro de la institución, pero habían dejado de acudir en un periodo de tiempo mayor a 12 meses y que solicitan reanudar su atención y tratamiento.

Tipo de variable: Nominal dicotómica

Medida de resumen: Frecuencias absolutas y proporciones o porcentajes.

0= Asistencia de primera vez

1= Subsecuentes

## **2. Género**

Definición: Definido como hombre o mujer según fenotipo y datos del acta de nacimiento.

Tipo de variable: Nominal dicotómica

0=Masculino

1=Femenino

Medidas de resumen: Frecuencias absolutas y porcentajes.

## **3. Lugar de procedencia (Locales)**

Definición: Delegación del Distrito Federal de residencia habitual.

Tipo de variable: Nominal politómica (cada delegación del Distrito Federal codificado del del 0 al 16).

Medidas de resumen: Frecuencias absolutas y proporciones.

## **4. Lugar de procedencia (Foráneos)**

Definición: Entidad federativa de residencia habitual.

Tipo de variable: Nominal politómica (cada estado de la república codificado del del 0 al 31).

Medidas de resumen: Frecuencias absolutas y proporciones.

## **5. Edad**

Definición: Tiempo en años desde el nacimiento.

Tipo de variable: Cuantitativa discreta

Medida de resumen: Si muestra distribución normal, se resumen en promedio y DE, si no tienen distribución normal, en mediana y valores mínimo y máximo.

## **6. Derechohabiencia**

Definición: Si el paciente cuenta con algún tipo de seguridad social

Tipo de variable: Nominal politómica

0=Ninguna



- 1= IMSS
- 2= ISSSTE
- 3= Otro
- 4= Seguro popular

## **7. Origen de la iniciativa de la atención**

Definición: Persona o institución que consideró necesaria la atención psiquiátrica.

Tipo de variable: Nominal politómica

Medidas de resumen: Frecuencias absolutas y proporciones.

- 0= Iniciativa propia
- 1= Escuelas
- 2= Hospital público
- 3= Procuraduría General de Justicia (PGJ)
- 4= Centros comunitarios de salud mental (CECOSAM)
- 5= DIF y casa hogar
- 6= Centro de salud
- 7= Psicología y privados
- 8= Juzgado
- 9= Consulta externa
- 10= Centros de integración juvenil (CIJ)
- 11= Centros toxicológicos
- 12= Otros

## **8. Diagnóstico psiquiátrico**

Definición: Realizado por un profesional de la salud mental de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10).

Tipo de variable: Nominal politómica

Medida de resumen: Frecuencias absolutas y proporciones o porcentajes.

- 0=Trastornos del control de los impulsos (TDAH, TODD y otros trastornos de conducta)
- 1=Trastornos del estado de ánimo (Episodios y trastornos depresivos, distimia, enuresis, encopresis y otros trastornos de las emociones)

2= Discapacidad Intelectual

3= Trastornos del desarrollo psicológico (trastornos generalizados del, retardo en el, trastornos del lenguaje)

4= Trastornos de ansiedad (Trastornos de pánico, trastornos de ansiedad generalizada, fobias trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de adaptación)

5= Trastornos por uso de sustancias

6= Problemas relacionados con hechos negativos de la niñez (problemas en la familia y relacionados con el ambiente social)

7= Epilepsia

8= Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

9= Trastornos de alimentación

10= Otros diagnósticos

## **9. Otros procedimientos y estudios solicitados**

### **Examen psiquiátrico**

Definición: valoración psiquiátrica realizada por un profesional de la salud mental de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) en respuesta a una solicitud de alguna institución gubernamental o a petición de algún juez.

Tipo de variable: Nominal politómica

Medida de resumen: Frecuencias absolutas y proporciones o porcentajes.

11=Examen psiquiátrico

### **Solicitud de Estudios (Rayos X, electroencefalograma ó estudios de laboratorio)**

Definición: pacientes que acuden solamente para solicitar algún estudio de gabinete que cuentan ya con algún diagnóstico psiquiátrico, pero que son tratados en otra institución.

Tipo de variable: Nominal politómica

Medida de resumen: Frecuencias absolutas y proporciones o porcentajes.

12=Solicitud de EEG, RX ó estudios de laboratorio

## **10. Destino posterior a la valoración**

Definición: lugar al que fue asignado o referido el paciente posterior a la valoración para continuar su tratamiento. Realización de de estudios. Respuesta a solicitud de atención de alguna institución gubernamental ó envío a su domicilio en caso de no ameritar tratamiento ni estudios.

Tipo de variable: Nominal politómica

Medida de resumen: Frecuencias absolutas y proporciones o porcentajes.

0= Consulta externa

1= Referencia

2= Ingreso hospitalario

3= Realización de estudios

4= Respuesta a solicitud de atención a PGJ y juzgados

5. Envío domicilio

#### **11. Instituciones a las que se refirieron los pacientes posteriormente a ser valorados**

Definición: institución a la que fueron referidos (si fuera el caso) los pacientes para continuar su atención y tratamiento posterior a haber sido valorados.

Tipo de variable: Nominal politómica

Medida de resumen: Frecuencias absolutas y proporciones o porcentajes.

0= Centros comunitarios de salud mental (CECOSAM)

1= Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

2= Hospital psiquiátrico e institutos nacionales

3= Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

4= Hospital general u hospital pediátrico

5= Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

6= Respuesta a solicitud de atención a PGJ y juzgados

7= Centros de Integración Juvenil (CIJ) y centros toxicológicos

8= Otros

9= Realización de estudios

10= No fueron referidos

## **12. Referidos a otra institución por género**

Definición: aquellos pacientes referidos a otra institución para continuar su atención y tratamiento divididos por género.

Tipo de variable: Nominal dicotómica.

Medida de resumen: Frecuencias absolutas y proporciones o porcentajes.

### **Instrumentos**

Se elaboró una ficha de registro que se designó como “Perfil Sociodemográfico de los pacientes que acudieron a solicitar atención al servicio de preconsulta del HPIJNN” en la cual se clasificaron las variables sociodemográficas mencionadas previamente, la cual se puede encontrar en el Anexo 1.

### **Procedimiento**

El anteproyecto fue presentado al comité de investigación, posterior a su aprobación, se recabó la información de las evaluaciones realizadas en el servicio de preconsulta del HPIJNN la cual se obtuvo de la base de datos general del servicio antes mencionado, específicamente se analizó la correspondiente al periodo del 1º de diciembre del 2008 al 30 de noviembre del 2009 registrándose mediante el formato realizado para la recolección de datos del servicio de preconsulta (ver Anexo I) presentándose en forma de tesis.

### **Consideraciones éticas**

Dado que es un estudio observacional, donde la información se obtuvo de la base de datos del servicio de preconsulta del HPIJNN se considera sin riesgo, aun así se siguieron los lineamientos de la Ley General de Salud para Investigación, guardando estricta confidencialidad de los datos de los pacientes, que fueron codificados para mantener el anonimato.

### **Análisis estadístico**

Se realizó un análisis mediante los programas Excel y SPSS con los datos de la muestra a fin de obtener las frecuencias, porcentajes y la media aritmética.

## Resultados

Los resultados del total de asistentes a la preconsulta en el período del 1º de diciembre del 2008 al 30 de noviembre del 2009 fueron (ver Tabla 2):

**Tabla 2. Descripción por asistencia de primera vez y subsecuente de los niños y adolescentes que acudieron a la consulta externa**

<b>Asistencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Primera Vez	5705	94.9
*Subsecuente	305	5.1
Total de preconsultas durante el período	6010	100

- Subsecuente: pacientes que abandonaron su tratamiento por más de una año y que solicitaron su reinicio.

En cuanto a la descripción por género de aquellos pacientes valorados en la preconsulta se ha resumido en la Tabla 3 (ver Tabla 3).

**Tabla 3. Descripción por género de los niños y adolescentes que acudieron a la preconsulta**

<b>Género</b>	<b>Número de adolescentes y niños n</b>	<b>%</b>
Masculino	4218	70.2
Femenino	1792	29.8
Total de preconsultas durante el período	6010	100

La procedencia del total de los pacientes valorados se describe en la Tabla 4 (ver Tabla 4).

**Tabla 4. Procedencia de los niños y adolescentes que acudieron a la preconsulta**

<b>Procedencia</b>	<b>Número de niños y adolescentes n</b>	<b>%</b>
Distrito Federal	4565	76.0
Foráneos	1445	24.0
Total	6010	100.0

De los pacientes correspondientes al Distrito Federal el 20% pertenecía a la delegación de Tlalpan, seguidos en orden descendente los residentes de la delegación de Iztapalapa y

Coyoacán. Para una descripción específica de los lugares de procedencia de los asistentes a la preconsulta (véase Tabla 5).

**Tabla 5. Delegaciones de procedencia de los niños y adolescentes del Distrito Federal que acudieron a la preconsulta en el período de diciembre del 2008 a noviembre del 2009**

<b>Delegación</b>	<b>Número de niños y adolescentes n</b>	<b>% del total del DF</b>	<b>% del total de las preconsultas</b>
Tlalpan	930	20.37	15.47
Iztapalapa	932	20.41	15.50
Coyoacán	528	11.56	8.78
Xochimilco	426	9.33	7.08
Cuauhtémoc	261	5.71	4.34
G.A. Madero	246	5.38	4.09
Álvaro Obregón	213	3.54	3.54
Iztacalco	174	3.81	2.89
Tláhuac	166	3.63	2.76
Venustiano Carranza	155	3.39	2.57
Magdalena Contreras	144	3.15	2.39
Benito Juárez	113	2.47	1.88
Milpa Alta	81	1.77	1.34
Azcapotzalco	73	1.59	1.21
Cuajimalpa	65	1.42	1.08
Miguel Hidalgo	58	1.27	0.96
Total de pacientes del DF	4565	100.0	76.0
Otros estados	1445	100.0	24.0
Total de pacientes	6010	100.0	100.0

Del total de los pacientes foráneos (n=1445, 24%), el 86% correspondieron a residentes del Estado de México, seguidos en menor porcentaje de aquellos que acudieron de otros 19 estados de la república (ver Tabla 6).

**Tabla 6. Estados de procedencia de los niños y adolescentes que acudieron a la preconsulta en el período de diciembre del 2008 a noviembre del 2009 (incluyendo el Estado de México)**

<b>Estado de procedencia</b>	<b>Número de niños y adolescentes N</b>	<b>% del total de las preconsultas</b>	<b>% del total de los pacientes foráneos</b>
Estado de México	1246	20.7	86.22
Hidalgo	53	0.9	3.66
Morelos	43	0.7	2.97
Guerrero	40	0.7	2.78
Oaxaca	16	0.3	1.10
Veracruz	9	0.1	0.62
Guanajuato	8	0.1	0.55
Querétaro	4	0.1	0.27
Puebla	4	0.1	0.27
Michoacán	4	0.1	0.27
Tlaxcala	3	0.05	0.20
Chiapas	3	0.05	0.20
Tamaulipas	2	0.03	0.13
Colima	2	0.03	0.13
Chihuahua	2	0.03	0.13
Baja california	2	0.03	0.13
Zacatecas	1	0.01	0.06
San Luis Potosí	1	0.01	0.06
Nayarit	1	0.01	0.06
Aguascalientes	1	0.01	0.06
Total de pacientes foráneos	1445	24.0	100.0

La edad de los asistentes a la preconsulta no mostró distribución normal de acuerdo con la prueba de Kolmogorov-Smirnov mostrando una media de 9.4989, un mínimo de 0.08 y un máximo de 18.25.

El principal grupo de asistentes a la preconsulta fueron aquellos correspondientes al grupo de edad escolar, 6 a 12 años, (n=3180, 53%). Seguidos de aquellos del grupo de 13 a 18 años y

finalmente el grupo de 0 a 5 años. Para revisar datos específicos a cerca de las edades de los niños y adolescentes asistentes a la preconsulta (véase tablas 7, 7.1 y 7.2).

**Tabla 7. Edades de los niños preescolares (0-5 años) que acudieron a la preconsulta en el período de diciembre del 2008 a noviembre del 2009**

Edades	n	%
>1	80	1.33
1	37	0.61
2	114	1.89
3	214	3.56
4	401	6.67
5	407	6.77
<b>Total del grupo &lt;1 a 5 años</b>	<b>1253</b>	<b>20.84</b>

**Tabla 7.1 Edades de los niños escolares (6-12 años) que acudieron a la preconsulta en el período de diciembre del 2008 a noviembre del 2009**

Edades	n	%
6	554	9.21
7	575	9.56
8	489	8.13
9	412	6.85
10	416	6.92
11	332	5.52
12	402	6.68
<b>Total del grupo de 6 a 12 años</b>	<b>3180</b>	<b>52.91</b>

**Tabla 7.2. Edades de los adolescentes (13-18 años) que acudieron a la preconsulta en el período de diciembre del 2008 a noviembre del 2009**

Edades	n	%
13	420	6.98
14	420	6.98
15	316	5.25
16	250	4.15
17	167	2.77
18	4	0.06%
<b>Total del grupo de 13 a 18 años</b>	<b>1577</b>	<b>26.23</b>



Los pacientes de género masculino que fueron valorados en la preconsulta resultaron un total de 4218, (70%), con una media de 9.11.

En cuanto a los pacientes de género femenino que fueron valorados en la preconsulta resultaron en un número de 1792, (30%), con una media de 10.42.

De los pacientes valorados en la preconsulta el 88%, n=5267 de ellos refirió no contaba con derechohabiencia alguna. Otras instituciones de derechohabiencia de los menores valorados en lka preconsulta fueron (véase Tabla 8).

**Tabla 8. Derechohabiencia o no de los niños y adolescentes que acudieron a la preconsulta en el período de diciembre del 2008 a noviembre del 2009**

<b>Seguridad social</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguno	5267	87.6
IMSS	518	8.6
ISSSTE	199	3.3
Otro	23	0.4
Seguro popular	3	0.00
Total	6010	100.0

Cabe mencionar que poco más de la mitad de quienes fueron valorados (n=3327, 55.4%) acudieron por iniciativa propia, seguidos de aquellos canalizados por las escuelas, hospital público y la PGJ (en orden descendiente respectivo), (ver datos completos en Tabla 9).

**Tabla 9. Origen de la iniciativa de atención de los niños y adolescentes que acuden a la preconsulta en el período de diciembre del 2008 a noviembre del 2009**

<b>Origen de la iniciativa</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Iniciativa propia	3327	55.4
Escuelas	1100	18.3
Hospital público	505	8.4
Procuraduría General de Justicia (PGJ)	240	4.0
CECOSAM	254	4.2
Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y casa hogar	207	3.4
Centro de salud	165	2.7
Psicología y privados	72	1.2
Juzgado	69	1.1
Consulta externa	32	0.5
CIJ	18	0.3
Otros	17	0.3
Toxicológicos	4	0.1
Total	6010	100

Se pudo observar que los diagnósticos más frecuentes fueron los del control de los impulsos (n=2299, 38.25%), siendo respectivamente un 46% para el género masculino y un 21% para el género femenino; seguidos de los trastornos de estado de ánimo con un 20% y la discapacidad intelectual con un 7%. (Ver la descripción de los diagnósticos por género en la Tabla 10).

**Tabla 10. Diagnósticos de los niños y adolescentes que acudieron al servicio de admisión en el período de diciembre del 2008 a noviembre del 2009 dividido por género**

Diagnósticos	Género		Género		n Total	% Total
	M	F	M	F		
	n	%	n	%	n	%
Trastornos del control de los Impulsos (TDAH, TODD, trastornos de conducta)	1928	45.7	371	20.7	2299	38.25
Trastornos del estado de ánimo (Episodios y trastornos depresivos, distimia, trastornos de las emociones, enuresis, encopresis, etc)	625	14.8	580	32.4	1205	20.04
Discapacidad Intelectual	298	7.1	148	8.3	446	7.42
Trastornos del desarrollo psicológico (Trastornos generalizados del, retardo en el, trastornos del lenguaje)	365	8.7	98	5.5	463	7.70
Trastornos de ansiedad (Trastornos de pánico y de ansiedad generalizada, fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de adaptación)	201	4.8	172	9.6	373	6.20
Trastornos por uso de sustancias	91	2.2	36	2.0	127	2.11
Problemas relacionados con hechos negativos de la niñez (Problemas en la familia y relacionados con el ambiente social)	164	3.9	104	5.8	268	4.45
Epilepsia	34	0.8	31	1.7	65	1.08
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	41	1.0	12	0.7	53	0.88
Trastornos de alimentación	12	0.3	19	1.1	31	0.51
Otros diagnósticos	73	1.7	34	1.9	107	1.78
Solicitud de estudios	342	8.1	164	9.2	506	8.41
Examen psiquiátrico	44	1.0	23	1.3	67	1.11
Total	4218	100.0	1792	100.0	6010	100.0

Del total de pacientes valorados en la preconsulta, algunos acudieron solamente a solicitar estudios (electroencefalograma (EEG), rayos X, (RX) y estudios de laboratorio). Otros de los

asistentes valorados se catalogaron como “examen psiquiátrico”, pues dicha valoración se realizó por solicitud de juzgado o alguna otra institución gubernamental (ver Tabla 11).

**Tabla 11. Otros procedimientos de los niños y adolescentes que acudieron al servicio de preconsulta en el período de diciembre del 2008 a noviembre del 2009**

Procedimiento	n del total de las consultas	% del total de las consultas
Solicitud de Estudios	506	8.41
Examen psiquiátrico	67	1.11
Total	573	9.52

Del total de niños y adolescentes valorados se canalizó a la mayoría a la consulta externa del hospital, a un porcentaje menor se hospitalizó y una cuarta parte de los mismos, fueron enviados a otra institución para continuar su atención (ver Tabla 12).

**Tabla 12. Destino de los niños y adolescentes que acudieron a la preconsulta en el período de diciembre del 2008 a noviembre del 2009 divididos por género**

Destino	n masculino	%	n femenino	%	n total	% total
Consulta externa	2597	61.56	1010	56.36	3607	<b>60.01</b>
Referidos	1011	23.96	462	25.78	1473	24.50
Hospitalización	51	1.20	37	2.06	88	1.46
Solicitud de estudios	338	8.01	165	9.20	503	8.36
Respuesta a solicitud de atención	221	5.23	116	6.47	337	5.60
Envío a domicilio	0	0	2	0.11	2	<b>0.03</b>
Total	4218	100.0	1792	100.0	6010	100.0

De aquellos pacientes que fueron referidos a otras instituciones, el lugar más frecuente, para ello fueron los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM), seguidos de aquellas instituciones de IMSS para quienes contaban con derechohabiencia y posteriormente a otras 11 instituciones en menor porcentaje, (ver Tabla 13).

**Tabla 13. Instituciones a las que se enviaron los niños y adolescentes que fueron atendidos en la preconsulta para continuar atención divididos por género**

Institución de envío	n masculino	%	n femenino	%	n total	% total
CECOSAM	338	8.01	112	6.25	450	7.48
IMSS	237	5.61	96	5.35	333	5.54
Institutos nacionales y hospitales psiquiátricos	179	4.24	99	5.52	278	4.62
ISSSTE	77	1.82	33	1.84	110	1.83
Hospitales generales	51	1.20	50	2.79	101	1.68
DIF	36	0.85	16	0.89	52	0.86
Respuesta a solicitud de atención	245	5.80	140	7.81	385	6.40
CIJ	26	0.61	11	0.61	37	0.61
Otros	47	1.11	27	1.50	74	1.23
estudios	2	0.04	0	0	2	0.03
No fue referido	2980	70.64	1208	67.41	4188	69.68
Total referidos	4218	100.0	1792	100.0	6010	100.0

## Discusión

En el análisis de los datos de la muestra de pacientes que fueron valorados en la preconsulta del HPIJNN en el período de diciembre del 2008 a Noviembre del 2009 encontramos que el 95% de las valoraciones realizadas fueron de primera vez y el 5% restante a pacientes que previamente habían tenido tratamiento en la institución pero que habían dejado de acudir por un período de tiempo mayor a un año. Es decir, casi la totalidad de los pacientes que fueron valorados no habían tenido atención previa en algún servicio de atención primaria, salud mental comunitaria o en algún hospital general o pediátrico (conforme al modelo de organización de servicios propuesto por la OMS) <sup>(31)</sup>. Este dato concuerda con lo señalado por Canino, en el 2004 <sup>(34)</sup>; donde hacen referencia a que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en la comunidad es elevada, variando desde el 8 al 45% sin embargo, una gran proporción se encuentra sin detectar y sin tratamiento <sup>(35)</sup>. También se señala que en el caso de la población adolescente, sólo el 3.1% ha sido referida a un centro de salud mental en el año previo <sup>(23)</sup>.

En cuanto al género de los pacientes atendidos en la preconsulta se ha reportado en estudios previos en nuestro país estimándose que 15% de la población de 4 a 16 años tiene sintomatología sugestiva de algún trastorno psiquiátrico de acuerdo a resultados obtenidos por Borges en el 2006 <sup>(26)</sup>. Se han reportado diferencias por género, ya que las mujeres se muestran más propensas a desarrollar trastornos afectivos y los hombres trastornos por uso de sustancias <sup>(6,7)</sup>. En nuestra población encontramos que un mayor número de hombres efectivamente fueron quienes recibieron atención (n= 4218, 70%), situación que concuerda con datos reportados en la literatura. Esto puede ser secundario a que la sintomatología en el varón, condicione mayor disfuncionalidad y carga para los padres, cuidadores y maestros; y por ello la solicitud de atención a los síntomas de los niños sea más elevada.

Los pacientes atendidos correspondieron a un 76% de residentes del Distrito Federal, El 21% de las valoraciones correspondió a pacientes del Estado de México, y el 3% a pacientes de otros estados de la república incluyendo entre ellos procedentes de estados del norte de la república (Baja California, Tamaulipas, Chihuahua, Zacatecas) y del sur del país (Veracruz, Oaxaca, Chiapas, Nayarit); así como del centro (Hidalgo, Morelos, Querétaro y Puebla). Datos que son realmente alarmantes, pues en muchos de estos estados se conoce que existen hospitales psiquiátricos, centros estatales de salud mental, así como atención psiquiátrica dentro de los hospitales generales. Esto puede deberse a que los mismos médicos, ya sea en el primer o segundo nivel de atención no se encuentran informados de la existencia de estas instituciones, o no conocen los lugares de referencia más cercanos para sus usuarios y residentes. Estas deficiencias en las referencias resulta ser una barrera más y de las más importantes para que los niños y adolescentes no estén recibiendo una atención de calidad en un lugar especializado en salud mental cercano a su domicilio, que suponga menor tiempo de traslado, menores costos, y por ende; un mejor apego a su tratamiento y una mejor respuesta al mismo.

Dentro de las variables demográficas destacadas en los resultados de esta investigación se encontró que son los niños y niñas en edades de 6 a 12 años para los que solicita mayor atención, misma edad que coincide con la escuela primaria, siendo hecha esta solicitud por los mismos padres en la mayoría de los casos (54%) seguido de las solicitudes realizadas por

los maestros en un 18% de los casos. Datos que coinciden con lo reportado por Borges (2006) <sup>(26)</sup>, donde menciona que un 15% de la población en edades de 4 a 16 años contaba con sintomatología sugestiva de algún trastorno psiquiátrico; datos que fueron obtenidos de la encuesta mexicana de comorbilidad.

El segundo grupo en número en ser atendido fue el grupo de adolescentes de 13 a 18 años en un 26%. El 21% restante correspondió a los preescolares de 0 a 5 años. De estos el 70% correspondió al género masculino y un 30% al género femenino. La media de las edades de los niños y adolescentes valorados fue de 9.4, con un mínimo de 0.08 años y un máximo de 18.25 años.

Lo que nos parece interesante y llama la atención es que del total de estos pacientes que acudieron el 18% de ellos fue canalizado por la misma escuela en la que estudiaba, el 55% de los niños y adolescentes valorados fue llevado por alguno de sus mismos padres (muchos de ellos por recomendación de algún maestro). De acuerdo a esto volvemos a traer a colación lo citado por Reigstad en el 2006 <sup>(24)</sup>, donde comenta que puede ser secundario a que la sintomatología en el varón, condicione mayor disfuncionalidad y carga para los padres, cuidadores y maestros; y por ello la solicitud de atención a los síntomas de los niños sea más elevada.

Además se ha reportado que las mejores respuestas se obtienen cuando parte del tratamiento incluye un trabajo en la escuela, (cualquier escuela especial, clases especiales dentro del sistema escolar y terapias basadas en la escuela) <sup>(12)</sup> y llama la atención que esto se replica en nuestro estudio, pues después de los que acuden por iniciativa propia, la escuela es el primer lugar en referirlos para su atención.

Por lo cual vemos que es muy importante el trabajar en la educación de la salud mental desde el nivel escolar a los mismos niños y maestros, pues la escuela, juega un lugar muy importante y básico en la detección de los casos para detectar y apoyar en el tratamiento y seguimiento de los niños y adolescentes. Así también el educar a los mismos padres a fin de que ellos mismos puedan reconocer sintomatología o cambios conductuales relacionados con

alguna patología psiquiátrica y que acudan oportunamente a solicitar una valoración para sus hijos a fin de evitar complicaciones futuras.

Es también de suma importancia el sensibilizar y educar a los médicos del primer nivel de atención y centros comunitarios de salud, a fin de que se atiendan en estos mismos niveles y/o se les refiera ( según sea el caso ) a servicios de salud mental especializados (modelo que propone la OMS, 2005) <sup>(31)</sup>, a fin de tratar a tiempo y evitar complicaciones y disfunción que suponen los trastornos mentales en general pues son los médicos de los hospitales quienes quedaron en un tercer puesto en la solicitud de las valoraciones de los niños y adolescentes curiosamente con un 8.4% de los envíos. Pues es evidente el contraste con el trabajo de detección de los primeros síntomas que están haciendo los maestros y los mismos padres.

También llama la atención que un 88% de los mismos que son evaluados en la consulta de primera vez no cuentan con derechohabencia o seguridad social para ser atendidos; lo cual supone un mayor reto para las instituciones gubernamentales en brindar a la población en general instituciones donde sean atendidos y que se encuentren cerca de su localidad.

Respecto al origen de la iniciativa de atención, los datos señalan que es por iniciativa de los propios padres la atención solicitada (55%) y no por una institución de salud de primero o segundo nivel de atención. La segunda institución que refiere es la escuela (18.3%), y hasta el tercer lugar quien refiere es un hospital público. No obstante, también se observan referencias de instituciones de cuidado infantil (DIF y casa hogar) e instituciones de tipo legal (PGJ y juzgados); de acuerdo a lo anterior es urgente la necesidad de proveer servicios de salud mental y la capacitación respectiva desde el nivel comunitario (padres) e instancias de salud (hospitales), escolares y legales.

Con respecto a los diagnósticos tenemos como referencia los datos de investigación epidemiológica previos, de prevalencia de trastornos mentales <sup>(7, 25, 36)</sup> que mostraron que el diagnóstico más frecuente detectado en la comunidad fue el de fobias específicas (15.6% en hombres y 26.1% en mujeres) y fobia social (10% en hombres, 12.4% en mujeres); en nuestros resultados las fobias solo representaron poco menos del 2% de la consulta, siendo el



primer lugar de atención los trastornos del control de los impulsos, (en los cuales se incluye TDAH, TOD y Trastornos de conducta) con un 38% del total de las consultas, lo cual llama la atención con los resultados arrojados por Benjet y Medina Mora <sup>(7, 25, 36)</sup> ya que la prevalencia reportada es de 1.8%); de este 38% el 46% correspondió al género masculino y el 21% al género femenino.

Enseguida a estas cifras se encontró que un 20.4% del total de las valoraciones correspondieron a los trastornos del estado de ánimo (episodios y trastornos depresivos, trastornos adaptativos y otros trastornos de las emociones), correspondiendo a un 15% en el género masculino y un 32% al género femenino.

Coincidimos con los resultados de Caraveo <sup>(20)</sup>, ya que los principales síntomas que fueron detectados por los padres fueron: inquietud, irritabilidad, nerviosismo, déficit de atención así como explosividad, mismos que pueden englobarse dentro de los trastornos del control de los impulsos (TDAH, TOD, trastornos de conducta) los cuales correspondieron al 38% de las preconsultas.

Los trastornos afectivos parecen que no son tan detectados por los cuidadores y maestros, por ende, reciben una menor atención; coincidiendo igualmente nuestros resultados con Borges <sup>(12)</sup> ya que los padecimientos que acuden en menor medida a consulta se encuentran los trastornos de ansiedad y en nuestra muestra representan el 6.2% de las consultas. Lo cual es contrario a lo reportado por Benjet <sup>(6, 7)</sup> de acuerdo con la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente mencionando que el diagnóstico más frecuente fue el de fobias específicas (el cual catalogamos nosotros dentro de los trastornos de ansiedad).

Estos resultados nos reiteran que es muy importante educar a los cuidadores y maestros en la pronta detección de los trastornos afectivos, ya que, como observamos en los resultados de la Encuesta de Salud Mental <sup>(25, 36)</sup> se encontró que pasaban hasta 10 años para que los pacientes recibieran atención, lo cual condiciona una larga evolución y por ende, resulta en complicaciones y un mayor número de recaídas; además de que implica una mayor disfunción.

Por último en el análisis de los datos se encontró que la mayor parte de los pacientes atendidos de primera vez continuaron su atención en la propia institución; siendo enviados a la consulta externa el 60% (62% de los hombres y 56% de las mujeres). Ameritaron hospitalización el 1.4% de quienes fueron valorados. Y fueron referidos para continuar atención en alguna otra institución el 25% del total. Con esto podemos concluir que no es necesario contar con grandes áreas de hospitalización psiquiátrica, pudiendo atenderse estas necesidades en los mismos hospitales generales o pediátricos en camas destinadas para ello.

Uno de los grandes retos en planteados por la OMS <sup>(31)</sup>, así como por el Programa de Acción Específico 2007-2012 para la Atención en Salud Mental <sup>(33)</sup> en nuestro país es:

mejorar la difusión de la información y la educación en salud mental entre la población de todas las edades y de todos los niveles socioculturales en nuestro país. Otro punto importante que viene de la mano con la educación es la disminución del estigma que conlleva el solicitar o el recibir tratamiento por un especialista en la salud mental. Otra de las metas propuestas por la OMS es el lograr difundir información acerca de los sitios donde se atiendan estos padecimientos a todos los niveles, no sólo a los todos los médicos, sino también a la población en general lo cual en nuestro país se traduciría en una reducción de costos, una mejora en la accesibilidad, y en una disminución de las barreras (costos, transporte, tiempo, entre otros factores) que supondrían un mejor apego al tratamiento y una atención de mejor calidad a los niños y adolescentes de nuestro país.

Hemos descrito, pues, las principales características sociodemográficas y los padecimientos psiquiátricos en niños y adolescentes (menores de 18 años) que fueron atendidos en nuestro hospital en el periodo de tiempo de Diciembre del 2008 a Noviembre del 2009, cumpliendo así el objetivo planteado de inicio en este trabajo.

En este proceso nos fuimos encontrando con interesantes hallazgos, de los cuales nos gustaría destacar, ya que son muy notorios; el hecho de que la mayoría de los pacientes que se atendieron, fueron locales y acudían a valoración por vez primera. Lo cual nos hace pensar que la atención a nivel centros comunitarios no se está llevando a cabo como es debido. Ya sea por falta de conocimiento de estos lugares, o por una deficiente canalización de otros

profesionales de la salud. O pudiera ser también que en estos centros de salud mental a nivel comunitario no existan o sean insuficientes los paidopsiquiatras; pues llama la atención que esten llegando esta cantidad de pacientes para su primera atención a un hospital especializado.

Por otro lado, salta a la vista de acuerdo a los resultados arrojados, que en nuestro hospital se están atendiendo pacientes procedentes de otros estados tanto del norte como del sur del país, dato con el cual podríamos inferir una situación similar a la planteada anteriormente, lo cual es alarmante.

Y más preocupante aún nos resulta el dato de que la mayoría de los pacientes son traídos a valoración ya sea por iniciativa de la propia familia y/o cuidador principal o fueron canalizados por su maestra(o) de escuela y no por un médico. Podría ser entonces que los médicos generales y familiares que son con quienes se tiene el primer contacto y el más frecuente no estén capacitados para la detección en el primer nivel de atención de la sintomatología de posibles trastornos psiquiátricos de la infancia y adolescencia? Datos que nos hacen reflexionar y nos hacen concluir que:

Es importante el continuar realizando estudios de los pacientes y las familias que acuden por primera vez a solicitar atención en salud mental, no solo a los hospitales especializados en salud mental, también en los centros estatales, centros comunitarios, y otros sitios donde se brinde atención psiquiátrica (hospitales generales), a fin de conocer también otros factores asociados a la búsqueda de atención, tales como, si tuvieron o no previamente atención médica (medicina familiar ó psiquiátrica), en qué sitio o institución, tiempo que invirtieron en llegar a recibir la atención, de que vehículo(s) tuvieron que hacer uso. Qué persona es quien acompaña al menor a recibir la atención. De cuántas y quiénes son las personas que conforman la unidad familiar de donde proviene el paciente, entre otros datos relacionados; pues de esta forma podemos implementar otras estrategias para abordar a grupos vulnerables y a miembros de la familia en particular, en las mismas comunidades para ofrecerles pláticas de educación en salud mental, ya que, una comunidad educada, se traducirá por consecuencia en la detección temprana de los padecimientos, así como un tratamiento oportuno de los mismos. Se reduciría también el estigma y el temor de acudir a solicitar atención en salud mental. Se conocería también los sitios de donde están acudiendo y así

también los lugares en los que hace falta la implementación de unidades de atención psiquiátrica específica para niños y adolescentes. En fin, hay mucho aún por hacer en cuanto a investigación y educación en salud mental, por lo mismo también, hay que estimularla en todos los sitios donde se están preparando los especialistas en psiquiatría en nuestro país, creando con ello un mayor involucramiento e inquietud a cerca de estas necesidades en el campo clínico.

## **Conclusiones**

1. La muestra final fue de 6010 pacientes, con una edad promedio de 9.3 años, de los cuales 4218 (70.2%) fueron hombres y el resto mujeres (n=1792, 29.8%); la mayoría de ellos radicaba en el DF (76%), seguidos de aquellos residentes del Estado de México (21%). El 88% de quienes solicitaron atención no contaban con derechohabiencia alguna. Los principales diagnósticos fueron los trastornos del control de los impulsos (TDAH, TOD, trastornos de conducta) con un 38% del total de las consultas, seguidos de los trastornos del estado de ánimo (episodios y trastornos depresivos, distimia y trastornos de las emociones) en un 20%. La mayor parte continuaron su atención en la consulta externa en la institución (60%).

2. Es deber de todos los profesionales de la salud mental el trabajar todos y cada uno de los días en nuestra práctica clínica, en educar y sensibilizar a cerca de la importancia y la necesidad de la atención a la salud mental, en la reducción del estigma y la discriminación de los pacientes y las enfermedades mentales; no sólo a nuestros pacientes, sino también a los compañeros médicos generales y de otras especialidades para que lleven a cabo esto, en su práctica clínica diaria y poder brindar finalmente a los usuarios, sean adultos, niños o adolescentes, una atención efectiva y a tiempo; por ende, mejorar por consecuencia su calidad de vida.

## Referencias bibliográficas

1. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México. *Salud Mental* 2003; 26 (4):1-16.
2. Mental Health Workforce: Supply of Psychiatrist. Mental Health Workforce Advisory Comitee. World Health Organization. 2008.
3. Camarena-Robles E. Psiquiatría Infantil y del adolescente. En el contexto mundial: una revisión. *Revista oficial de la asociación mundial de psiquiatría. World Psychiatric Association.* 2006.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.
5. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Academy* 2004; 291(21): 2581-90.
6. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar S. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50:386-95.
7. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2009; 32 (2): 155-63.
8. INEGI: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática: Censo de Población y Vivienda INEGI; 2010.
9. Green H, McGinnity A, Meltzer H, Ford T, Goodman R. Mental Health of Children and Young People in Great Britain, 2004. *National Statistics Report* 2005; 1-284.
10. Almqvist F, Puura K, Kumpulainen K, Tuompo E, Henttonen I, Huikko E, et al. Psychiatric disorders in 8–9- year-old children based on a diagnostic interview with the parents. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 8:17–28.

11. Belfer M. Child and Adolescents Mental Disorders: The magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49 (3): 226–236.
12. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Wang PS. Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86 (10): 757-64.
13. Giel R, de Arango MV, Climent CE. Childhood mental disorders in primary health care: Results of observations in four developing countries. *Pediatrics* 1981; 68: 677–683.
14. Rescorla L, Achenbach TM, Almqvist F, Bird H. Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; 75: 351–358.
15. Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences. A 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology* 1998; 107: 128–140.
16. Scott S, Knapp M, Henderson J. Financial cost of social exclusion: Follow-up study of anti-social children into adulthood. *British Medical Journal* 2001; 322: 191–195.
17. Romeo R, Byford S, Knapp M. Annotation: Economic evaluations of child and adolescent mental health interventions: A systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46: 919–930.
18. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadulla M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 493–498.
19. Knapp M. Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness. *Acta Psychiatrica Scandanavia Supplement* 2000; 407: 15–18.
20. Caraveo J, Colmenares E, Martínez N. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México* 2002; 44 (6): 492-98.
21. Wells K, Sherbourne C, Sturm R, Young A, Burnam M. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Care for Uninsured and Insured Adults. *Health Services Research* 2002; 37 (4): 1055-1066.

22. Kataoka S, Zhang L, Wells K. Unmet Need for Mental Health Care Among U.S. Children: Variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 1548-55.
23. Zwaanswijk M, Van der Ende J, Verhaak PF, Bensing JM, Verhulst FC. Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42(6): 692–700.
24. Reigstad B, Jørgensen K, Sund A, Wichstrøm L. Adolescents referred to specialty mental health care from local services and adolescents who remain in local treatment: what differs?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006; 41: 323–331.
25. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz C, Zambrano J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México* 2004; 46(5): 417-424.
26. Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C, Berglund P, Walters E. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163:1371-78.
27. Chen CY, Chieh-Yu L, Su WC, Huang SL, Lin KM. Factors associated with the diagnosis of neurodevelopmental disorders: A population-based longitudinal study. *Pediatrics* 2007; 119: 435–443.
28. Semrau Maya, Barley E, law A, Thornicroft G. Enseñanzas obtenidas en la implementación de la asistencia a la salud mental en la población de Europa. *World Psychiatry* 2011; 10: 217-225.
29. Okasha A, Karam E, Okasha T. Servicios de salud mental en el mundo árabe. *World Psychiatry* 2012; 11: 52-54.
30. Drake R, Latimer E. Enseñanzas aprendidas en la creación de servicios de atención a la salud mental de la población en Norteamérica. *World Psychiatry* 2012; 11: 47-51.
31. World Health Organization. Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans 2005; 61-62.

32. Márquez-Caraveo ME, Sanabria M, Díaz-Pichardo JA, Arciniega-Buenrostro L, Aguirre-García E, Pérez-Barrón V, et al. Guía Clínica de Retraso Mental. Guías Clínicas del Hospital psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. 2008.
33. Secretaría de Salud. México. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Programa de Acción Específico 2007-2012 Atención en Salud Mental.
34. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramírez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61: 85–93.
35. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005; 44: 972–986.
36. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSMIV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine* 2005; 35: 1773-83.



## ANEXO I

“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A SOLICITAR ATENCIÓN AL  
SERVICIO DE PRECONSULTA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

(Ficha de registro de datos)

Nombre:			
Edad:		Sexo:	
Número de ficha:		Hora:	Médico:
Primera vez:			Subsecuente:
Derechohabencia:			
Localidad:		Estado:	
Quién refirió y/o solicitó la atención?			
Diagnóstico:			
Referido a:			