

**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:

**"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COSTOS DE LA ATENCIÓN EN
HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL
ESTADO DE ÁNIMO EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL"**

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

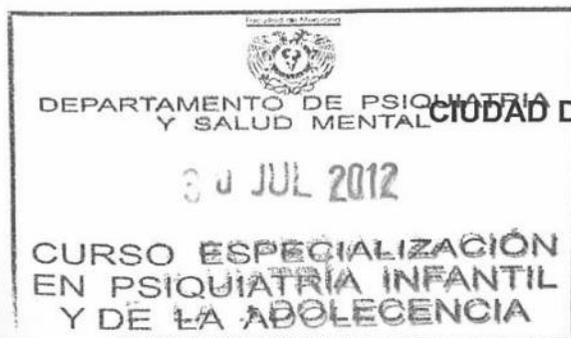
MARGARITA OLMOS LÓPEZ

**ASESOR TEÓRICO:
Dra. Armida Granados Rojas**

Handwritten signature of Dra. Armida Granados Rojas in black ink.

**ASESOR METODOLÓGICO:
Dra. María Elena Márquez Caraveo**

Handwritten signature of Dra. María Elena Márquez Caraveo in black ink.



CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Resumen	1
Antecedentes	2
Justificación	20
Objetivos	21
Metodología	22
Resultados	28
Discusión	36
Conclusión	42
Referencias	43
Anexos	46

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El impacto de los trastornos del estado de ánimo en niños ha sido descrito respecto a la morbilidad y mortalidad, reportando que para la edad de 18 años, 14.3 % de los adolescentes han cursado con algún trastorno del estado de ánimo. La depresión afecta 1-2 % de los niños de 6 a 12 años de edad y 4-6 % de los adolescentes de 13 a 17 años de edad (Bella, Fernández & Willington, 2010). Los trastornos del estado de ánimo son la primera causa de hospitalización durante el desarrollo, especialmente en la adolescencia, y la hospitalización se reporta tanto en hospitales psiquiátricos como en hospitales generales (Lara-Muñoz, Robles-García, Orozco & Real, 2010).

JUSTIFICACIÓN: Los trastornos afectivos representan la primer causa de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", por lo que es importante estudiar el perfil sociodemográfico, clínico, terapéutico y los costos directos de la atención médica especializada de los pacientes que han sido hospitalizados.

OBJETIVOS: Establecer el perfil sociodemográfico, clínico, la atención hospitalaria recibida y el costo por hospitalización de los niños y adolescentes con los diagnósticos de Trastornos del estado de ánimo que fueron atendidos en los servicios de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", durante junio del 2010 a junio del 2011.

MÉTODO: El universo de la investigación fueron 319 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo, hospitalizados durante junio del año 2010 a junio del año 2011 en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

RESULTADOS: Se trabajó con un total de 262 expedientes, de los cuales se reporta lo siguiente: casi la mitad residen en el Distrito Federal (48.09%); la mayoría son mujeres, (84%), y la edad con mayor presencia fue de 16 años (21.37%). La mayoría de los pacientes son solteros (96.94%) y están cursando la secundaria (64.12%). El 65.64% no presentó comorbilidad alguna, mientras que el 18.70% presentó el diagnóstico de ansiedad, la comorbilidad no psiquiátrica en el 3.81% fue epilepsia. El 82.82% cursó su primer internamiento, entre los motivos de ingreso el 60.30% presentó ideación suicida, el 56.10% intento suicida, el 36.25% autolesiones, el 9.92% psicosis y el 1.90% agitación psicomotriz. El costo global aproximado de un día de hospitalización para cada paciente es de \$7716.92, el promedio de días de hospitalización por internamiento fue de 21 días dando un costo promedio de \$ 181035.75

CONCLUSIONES: Este estudio confirma la vulnerabilidad del sexo femenino en la adolescencia para el desarrollo de los trastornos afectivos con la severidad suficiente para ameritar la hospitalización. Es preocupante el intento y la ideación suicida como motivos de hospitalización sin atención previa del trastorno del estado de ánimo en muchos de los pacientes. La atención hospitalaria incluye un tratamiento multimodal, que incluye psicoterapia, medicamentos y atención paidopsiquiátrica.

1. Antecedentes

El impacto de los trastornos del estado de ánimo en niños ha sido descrito respecto a la morbilidad y mortalidad, reportando que para la edad de 18 años, 14.3 % de los adolescentes han cursado con algún trastorno del estado de ánimo. La depresión afecta 1-2 % de los niños de 6 a 12 años de edad y 4-6 % de los adolescentes de 13 a 17 años de edad (Bella, Fernández & Willington, 2010).

Los niños pequeños deprimidos comúnmente tienen síntomas que aparecen menos a menudo cuando crecen. Estos síntomas incluyen alucinaciones auditivas congruentes con el estado de ánimo, síntomas somáticos, aislamiento, aspecto triste, y baja autoestima. Los síntomas depresivos que son más frecuentes en los adolescentes tardíos que en los niños pequeños son la anhedonia generalizada, retardo psicomotor grave, ideas delirantes y sensación de desesperanza. Los síntomas que aparecen con la misma frecuencia independientemente de la edad o el estadio del desarrollo son, estado de ánimo depresivo o irritable, insomnio, disminución de la capacidad de concentración e ideación suicida. La depresión es un factor de riesgo primario para el suicidio, que es la tercera causa de muerte en los adolescentes (Kaplan & Sadock, 2004).

El estado de ánimo de los niños es especialmente vulnerable a las influencias de factores de estrés social intenso, tales como desavenencias familiares crónicas, maltrato y abandono, y fracaso escolar (Karen & Flynn, 2007). Los niños con trastornos depresivos inmersos en ambientes tóxicos pueden tener remisiones de algunos o muchos síntomas cuando disminuyen los factores de estrés o cuando se les aparta del ambiente que genera las tensiones (Kaplan, 2004).

Epidemiología

Los trastornos depresivos aumentan con la edad, y la prevalencia es notablemente más alta en todos los grupos de edad entre los pacientes enviados a consulta psiquiátrica que entre la población general.

Son muy infrecuentes en niños de edad preescolar. La tasa de trastorno depresivo mayor entre preescolares es del 0.3 % en la comunidad y del 0.9 % en la población de consultorios psiquiátricos. Entre los niños de la población general en edad escolar, alrededor del 0.4 % a 2.5 % padece un trastorno depresivo mayor (Soutullo & Mardomingo, 2010).

La depresión en la infancia es más frecuente entre niños que entre niñas. Los niños superan en número a las niñas en los consultorios psiquiátricos (Burcusa & lacono, 2007).

La depresión en la adolescencia es más frecuente en mujeres que en varones, con una proporción de 2-3 a 1, esto puede deberse a cambios hormonales, niveles elevados de estrés o respuestas maladaptativas al estrés, diferencias en la orientación interpersonal y experiencias de socialización (Pacheco, Lizana, Celhay & Pereira, 2007).

Entre los adolescentes de la población general, aproximadamente del 0.7 % al 9.8 % padece trastorno depresivo mayor. Entre niños y adolescentes hospitalizados, las tasas de trastorno depresivo mayor son mucho más altas que en la población general: hasta el 20 % de los niños y el 40 % de los adolescentes están deprimidos (Kaplan, 2004).

Entre niños de edad escolar, se estima que el trastorno distímico es más frecuente que el trastorno depresivo mayor, con tasas de hasta el 2.5 %, en comparación con el 2 % de trastorno depresivo mayor. Los niños de esa edad con trastorno distímico tienen alta

probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo mayor en algún momento del año que sigue al trastorno distímico (Burcusa et. al., 2007).

Entre los adolescentes, el trastorno distímico es menos frecuente que el trastorno depresivo mayor; la tasa de prevalencia del trastorno distímico es de aproximadamente 3.3 % en comparación con el 5 % en el caso del trastorno depresivo mayor (Kaplan, 2004).

Etiología

Factores genéticos

Los trastornos del estado de ánimo tienden a concentrarse en las mismas familias. Se encuentra una incidencia más alta entre niños de padres que sufren este trastorno, y el hecho de tener un progenitor deprimido probablemente duplica el riesgo para la descendencia. Con ambos padres deprimidos, se cuadruplica el riesgo de que el niño tenga un trastorno del estado de ánimo antes de los 18 años si se lo compara con el riesgo de niños con padres no afectados (Kaplan, 2004). Algunos datos indican que el número de recurrencias de la depresión de los padres incrementa la probabilidad de que los niños resulten afectados, pero este aumento puede estar relacionado, al menos en parte, con la carga afectiva del árbol familiar del progenitor (Burcusa et. al., 2007). En muchos estudios se ha observado agregación familiar densa y profunda del trastorno depresivo mayor en los niños con episodios graves más numerosos (Kaplan, 2004).

Otros factores biológicos

Durante un episodio del trastorno depresivo mayor, los niños prepúberes segregan más hormona de crecimiento durante el sueño que los niños normales y que los niños con trastornos mentales no depresivos. Estos niños segregan significativamente menos hormona de crecimiento en respuesta a la hipoglucemia inducida por insulina, que los pacientes no deprimidos. Los datos sobre la hipersecreción de cortisol durante el trastorno depresivo son contradictorios, algunos investigadores han observado hipersecreción y otros, secreción normal (Rao & Chen, 2009).

La prueba de inhibición con dexametasona se utiliza en la niñez y en la adolescencia, aunque no tan frecuentemente ni con tanta fiabilidad como entre los adultos. Los estudios del sueño en niños y adolescentes con depresión no son concluyentes. La polisomnografía en algunos casos no muestra alteraciones y en otros, se encuentran cambios característicos de adultos con trastorno depresivo mayor: latencia REM reducida e incremento del número de periodos REM. Un estudio que evaluó imágenes de resonancia magnética de más de 100 niños con trastornos del estado de ánimo hospitalizados en unidades psiquiátricas, mostró disminución del lóbulo frontal y aumento del volumen ventricular. El lóbulo frontal parece tener múltiples conexiones con los ganglios basales y el sistema límbico y también se considera que está involucrado en la neuropatología de los cuadros depresivos (Kaplan, 2004). En el EEG se muestra disminución en la actividad eléctrica frontal izquierda (Rao et. al., 2009).

Estudios sobre la hormona tiroidea han mostrado menor cantidad de tiroxina libre total (T4L) en adolescentes deprimidos que en un grupo control comparable. Estos valores se asocian a valores normales de hormona tiroestimulante (TSH). Estas disminuciones

en la hormona tiroidea posiblemente contribuyan a las manifestaciones clínicas de la depresión. La disfunción del eje hipotálamo-hipofisario también puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de la depresión en algunos adolescentes (Kaplan, 2004).

Factores sociales

La valoración detallada de estresores pasados y presentes está indicada, ya que son factores de riesgo de suma importancia para este tipo de trastornos y se incluyen conflictos interpersonales o familiares; abuso verbal, físico y sexual; negligencia, o pobreza; separación o divorcio de los padres, problemas maritales de los padres, alcoholismo de los padres, muerte de los padres, así como problemas caracterizados con el apego, comunicación, conflicto, cohesión, apoyo y problemas en la crianza. Decepciones personales, fracasos, pérdidas y problemas interpersonales (Burcusa et. al., 2007).

Los pacientes con depresión frecuentemente perciben una disminución del soporte social y un aumento en el sentimiento de soledad, ya que se asocian frecuentemente problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño escolar, así como retraso en el desarrollo social, emocional y cognitivo. También se ha asociado con un aumento en la frecuencia de comportamientos suicidas, delincuencia y uso de alcohol y drogas (Danielson, Overholser & Butt, 2003).

Diferentes estudios reportan altos porcentajes de hospitalización psiquiátrica y servicios de salud mental, ya que los niños y adolescentes con depresión tienen problemas psicosociales persistentes en la vida adulta, incluyendo comportamiento criminal, relaciones interpersonales disfuncionales, embarazo temprano, bajo nivel

académico, pobre funcionamiento ocupacional, desempleo y comportamiento suicida (Rao et. al., 2009).

Comorbilidad

En estudios clínicos y epidemiológicos se ha mostrado que cerca del 40 % al 70 % de los niños y adolescentes con depresión también cursan con otro trastorno psiquiátrico. Los trastornos comórbidos más frecuentes incluyen trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y uso de sustancias (Rao et. al., 2009).

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y de la CIE-10 para Trastorno depresivo mayor (F32), Trastorno depresivo recurrente (F33) y Distimia (F34.1) son los que se utilizarán para el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo en este estudio.

Trastorno depresivo mayor (F32), (CIE-10)

El diagnóstico es más sencillo cuando el cuadro es agudo y aparece en un niño sin síntomas psiquiátricos previos. Sin embargo, a menudo el inicio es gradual, y el trastorno se manifiesta en niños que han presentado otras dificultades durante varios años, tales como hiperactividad, trastorno de ansiedad por separación o síntomas depresivos intermitentes (Kaplan, 2004).

Entre los síntomas obligados están el estado de ánimo deprimido o irritable, o pérdida del interés o placer. Falta de aumento de peso esperado, insomnio o hipersomnia cotidianas, agitación o retraso psicomotores, fatiga o pérdida de energía cotidianas,

sentimientos inapropiados de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, e ideas recurrentes de muerte. Estos síntomas deben producir deterioro social o escolar. Los síntomas no deben ser efecto de una sustancia o de una enfermedad médica general. No se debe establecer en los 2 meses siguientes a la muerte de un ser querido, excepto cuando haya un importante deterioro en el funcionamiento, preocupaciones mórbidas con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor (Kaplan, 2004).

Es probable que un episodio depresivo de los niños prepúberes se manifieste a través de síntomas somáticos, agitación psicomotora y alucinaciones congruentes con el estado de ánimo. La anhedonia es también frecuente, aunque, como la desesperanza, el retraso psicomotor y las ideas delirantes, son más frecuentes en los adolescentes y en los adultos que en los niños. Los adultos tienen más problemas con el sueño y con el apetito que los adolescentes y los niños. En la adolescencia puede aparecer conducta negativista o francamente antisocial, y el abuso de alcohol o de sustancias ilícitas; también son frecuentes los sentimientos de inquietud, malhumor, agresión, resentimiento, reticencia a cooperar con los proyectos familiares, retraimiento de las actividades sociales y deseos de abandonar el hogar. También son comunes las dificultades en la escuela. Se pueden mostrar despreocupados por su apariencia personal y extremadamente emotivos, con particular sensibilidad al rechazo en las relaciones amorosas (Cook, Peterson & Sheldon, 2009).

Los trastornos del estado de ánimo tienden a ser crónicos si empiezan a edad temprana. El inicio en la niñez puede ser la forma más grave de este trastorno y tiende a aparecer en familias con alta incidencia de trastornos del estado de ánimo y abuso de

alcohol. Los niños tienen probabilidades de padecer complicaciones secundarias, tales como trastornos de conducta, abuso de alcohol o de otras sustancias y conducta antisocial. El deterioro funcional se extiende a prácticamente todas las áreas del mundo psicosocial del niño; al rendimiento y la conducta en la escuela, y a las relaciones con compañeros y la familia. El rendimiento escolar se ve afectado invariablemente por la combinación de dificultades en la concentración, lentitud del pensamiento, falta de interés y de motivación, fatiga, somnolencia, rumiaciones y preocupaciones depresivas. Puede ser diagnosticada erróneamente como trastorno del aprendizaje. Los problemas de aprendizaje secundarios a la depresión, desaparecen cuando el niño se recupera del episodio depresivo (Pacheco, Lizana, Celhay & Pereira, 2007).

Los niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor pueden tener alucinaciones e ideas delirantes. Estos síntomas psicóticos tienen temática concordante con el estado de ánimo deprimido, aparecen en su peor momento y no incluyen cierto tipo de alucinaciones. Las alucinaciones depresivas habitualmente consisten en una sola voz que habla a la persona desde fuera de su cabeza, con un discurso suicida o despectivo. Las ideas delirantes depresivas se centran en temas de culpa, enfermedad física, muerte, nihilismo, castigo merecido, inadecuación personal y, a veces, persecución. Estas ideas delirantes son inusuales antes de la pubertad, pero son manifestadas por aproximadamente la mitad de los adolescentes con depresiones psicóticas (Kaplan, 2004).

Es difícil diagnosticar el inicio de un trastorno del estado de ánimo en la adolescencia, si el adolescente ha intentado automedicarse con alcohol u otras sustancias. En un estudio reciente, el 17 % de los jóvenes con trastorno del estado de ánimo recibieron

inicialmente atención por abuso de sustancias (Danielson et. al. 2003).

Trastorno depresivo recurrente (F33), (CIE-10)

Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía (F30.1 y F30.2). No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de pacientes queda crónicamente deprimido. A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes (Burcusa et. al., 2007).

Distimia (F34.1), (CIE-10)

Este trastorno consiste en un estado de ánimo deprimido o irritable, presente la mayor parte del día durante la mayoría de los días, y a lo largo de al menos 1 año. El DSM-IV-TR señala que en niños y adolescentes, el estado de ánimo irritable puede reemplazar el criterio de estado de ánimo deprimido de los adultos y que la duración de los criterios para los niños y los adolescentes no es de 2 años, sino sólo de uno (Kaplan, 2004).

El niño o el adolescente con trastorno distímico puede haber tenido un episodio depresivo mayor antes del inicio del trastorno distímico, pero es mucho más frecuente que los niños con trastorno distímico de más de un año de duración padezcan un trastorno depresivo mayor. En ese caso, se establecen ambos diagnósticos (doble depresión). Se sabe que en el trastorno distímico de los niños la media de edad de inicio es varios años más temprana que la edad de inicio del trastorno depresivo mayor (Kaplan, 2004).

La información actual sugiere que cuanto más duraderos, recurrentes y frecuentes y menos relacionados con estrés social sean estos episodios, mayor es la probabilidad de tener trastorno del estado de ánimo grave en el futuro (Burcusa et. al., 2007).

Diagnóstico diferencial

Las formas psicóticas de los episodios depresivos y maníacos deben ser distinguidas de la esquizofrenia. En ocasiones, el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias sólo puede ser diferenciado de otros trastornos del estado de ánimo después de la deshabitación. Los síntomas de ansiedad y la conducta desordenada

pueden coexistir con trastornos depresivos y, con frecuencia, plantean problemas en el diagnóstico diferencial de estos trastornos y otros trastornos emocionales y de conducta no depresivos (Soutullo, 2010).

Es de particular importancia el diagnóstico diferencial entre los episodios depresivos con agitación o maníacos y el TDAH, en el que la actividad persistente y excesiva y la inquietud puedan generar confusión. Los niños prepúberes no presentan formas clásicas de depresión agitada como retorcerse las manos y moverse de un lado a otro. En su lugar, los síntomas más frecuentes son incapacidad para permanecer sentados y rabietas frecuentes (Kaplan, 2004).

Evolución y pronóstico

La evolución y el pronóstico dependen de la edad de inicio, la gravedad del episodio y la presencia de trastornos asociados. El pronóstico es peor si la edad de inicio es temprana y existen múltiples trastornos (Karen et. al., 2007). La media de la duración de un episodio depresivo mayor entre niños y adolescentes es de alrededor de nueve meses; la probabilidad acumulada de recurrencia es del 40 % en dos años y del 70 % en cinco años. Los niños deprimidos que viven en familias con altos niveles de conflicto crónico tienen mayor probabilidad de recaídas (Burcusa et. al., 2007). Los trastornos depresivos están asociados a dificultades y complicaciones a largo y a corto plazo en las relaciones con los compañeros, así como a bajo rendimiento escolar y a baja autoestima persistente. El trastorno distímico tiene una recuperación aún más lenta que el trastorno depresivo mayor, la media de la duración de un episodio es de cuatro años. El inicio temprano del trastorno distímico está asociado con riesgos significativos

de comorbilidad con trastorno depresivo mayor (70%), trastorno bipolar (13%) y abuso de sustancias (15%). El riesgo de suicidio, que representa el 12 % de la mortalidad en la adolescencia, es significativo entre adolescentes con trastornos depresivos (Kaplan, 2004).

Tratamiento

El tratamiento de los trastornos del estado de ánimo incluye el tratamiento psicosocial y el farmacológico. Dentro del psicosocial se comprende la psicoeducación y la psicoterapia.

Psicoeducación

Son medidas dirigidas a que el paciente y sus familiares comprendan las causas, características de la enfermedad, las opciones de tratamiento y los efectos secundarios del tratamiento farmacológico. Es de suma importancia enfatizar el hecho de que la enfermedad no es una cuestión de voluntad y que el tratamiento a largo plazo no crea dependencia a los medicamentos, al mismo tiempo que orientar a los padres sobre las intervenciones ante las conductas inadecuadas de los pacientes (Ulloa, Fernández, Gómez, Ramírez & Reséndiz, 2010).

Psicoterapia

Los objetivos fundamentales son controlar la ansiedad, reforzar la regulación, mejorar la autoestima, aumentar la tolerancia a la frustración, aumentar la autonomía según la edad, incrementar la satisfacción en el trabajo de la escuela y establecer buenas

relaciones con los pares. Las metas son disminuir la probabilidad de recaída desarrollando la capacidad del niño para entender sus propios sentimientos, pensamientos, y la conexión entre los sentimientos y la conducta (Ulloa et. al., 2010).

Actualmente se reconoce ampliamente que la terapia cognitivo-conductual es una intervención eficaz para el tratamiento de la depresión moderada de niños y adolescentes. Tiene como objetivo poner en tela de juicio las creencias maladaptativas y fortalecer las capacidades para resolver los problemas y la competencia social (Ulloa et. al. 2010). Los resultados de un estudio que comparó intervenciones cognitivo-conductual con psicoterapia de apoyo no directiva y terapia familiar sistémica-conductista indican que el 70 % de los adolescentes tuvo alguna mejoría con cualquiera de estas intervenciones; la intervención cognitivo-conductual logró el efecto más rápido. Entre los factores que parecen interferir con la respuesta terapéutica se incluye la presencia de un trastorno de ansiedad asociado, que probablemente existía antes del episodio depresivo (Kaplan, 2004).

La terapia interpersonal, es una terapia breve, centrada en las relaciones del individuo y el estado actual de las mismas. Los principales objetivos son disminuir la sintomatología afectiva y mejorar el funcionamiento interpersonal (Ulloa et. al., 2010).

También se ha visto que otros tratamientos "activos", como las técnicas de relajación han sido útiles como terapias complementarias para la depresión leve o moderada.

Tratamiento farmacológico

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) están ampliamente aceptados como tratamiento de primera línea para los trastornos depresivos en niños y adolescentes. Poseen un perfil de efectos adversos benigno, con bajo potencial de mortalidad en caso de sobredosis. Todos los ISRS disponibles, incluidos fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram son opciones válidas para tratar la depresión en niños y adolescentes. Las dosis iniciales administradas a los niños prepúberes son más bajas que las recomendadas para los adultos, pero a los adolescentes se les suele indicar las mismas dosis que a los adultos (Kaplan, 2004).

Además de sus efectos antidepresivos, el bupropión también tiene propiedades estimulantes, y ha sido administrado a jóvenes tanto con depresión como con TDAH. Tiene pocas propiedades anticolinérgicas o de otro tipo, como la sedación. La venlafaxina que bloquea la captación de serotonina y de noradrenalina, también se indica en la clínica para tratar la depresión de adolescentes. Sus efectos adversos son habitualmente leves, e incluyen agitación, nerviosismo y náuseas. La mirtazapina también es un inhibidor de la recaptura de serotonina y de noradrenalina, con un perfil de efectos adversos relativamente seguro, pero no se indica tan a menudo debido a su efecto adverso sedante (Brent, Greenhill, Compton & Emslie, 2009).

En la siguiente tabla se citan los medicamentos más utilizados, la dosis de mantenimiento, los efectos colaterales y observaciones:

Medicamento	Dosis de mantenimiento	Efectos colaterales más frecuentes	Observaciones
Fluoxetina	20-60 mg/día.	Malestar gastrointestinal, erupción cutánea, cefalea, inquietud, insomnio, activación conductual (hiperactividad, impulsividad, conducta desafiante o agresiva).	Único ISRS aprobado para uso en depresión en niños.
Sertralina	50-200 mg/día	Ansiedad, malestar gastrointestinal, insomnio.	Aún no ha sido aprobado, pero existen estudios controlados que han reportado eficacia.
Citalopram	20-60 mg/día	Náusea, boca seca, mareo, insomnio, sudoración excesiva, temblor, diarrea.	Aún no ha sido aprobado, pero existen estudios controlados que han reportado eficacia.

(Ulloa et. al., 2010).

Hospitalización

Respecto a la atención de los Trastornos del estado de ánimo en el contexto de países como el nuestro, es importante destacar que ante la ausencia de camas psiquiátricas pediátricas y una red efectiva de atención a la salud mental de niños y adolescentes,

ocurre frecuentemente que los trastornos del estado de ánimo no se detectan oportunamente, se atienden tardíamente, lo que conlleva mayor severidad y comorbilidad asociada que la atención temprana (OMS, 2005).

Los trastornos del estado de ánimo son la primera causa de hospitalización durante el desarrollo, especialmente en la adolescencia, y la hospitalización se reporta tanto en hospitales psiquiátricos como en hospitales generales. En Estados Unidos, los trastornos del estado de ánimo fueron el segundo diagnóstico más frecuente de hospitalización en Hospitales generales en niños de 10 a 14 años y la primera causa en los niños de 15 a los 17 años de edad (Lasky, Krieger, Elixhauser & Vitiello, 2011).

A menudo, el primer paso es determinar si está indicada la hospitalización para mantener al niño o al adolescente a salvo, o si es el único contexto en el que es posible iniciar el tratamiento, así como en presencia de psicosis. Desafortunadamente en países como México se atienden de manera escindida los casos de pacientes suicidas, quienes primero acuden a recibir atención a hospitales generales para posteriormente ser referidos a hospitales psiquiátricos para su tratamiento, ya que la hospitalización está indicada para proporcionar la máxima protección contra los impulsos y las conductas autodestructivas. La hospitalización también puede ser necesaria cuando el paciente es incapaz de cuidar de sí mismo, cuando existe disfunción psicosocial severa, sin respuesta a tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos o combinados (Ulloa et. al., 2010), además cuando abusa o depende de sustancias (Vitiello, Silva, Rohde & Kratochvil, 2009).

Costos

El recorrido del paciente desde el inicio de la sintomatología hasta su tratamiento efectivo implica costos adicionales, lo que es importante considerar. Organizaciones internacionales como la OMS señalan que países como México no carecen de recursos, sino que fragmentan servicios, duplican esfuerzos, desperdician recursos (OMS, 2005).

Es indudable la importancia de llamar la atención sobre lo costeable que resulta atender tempranamente a los pacientes y así poder evitar la hospitalización, no sólo por el impacto económico considerable tanto a la institución, al paciente y a su familia y a la sociedad en general, sino también por el efecto de reducciones o pérdidas de la escolaridad en los pacientes y productividad en los familiares como consecuencia de su morbilidad, así como la separación del paciente de su medio familiar y social (Lara-Muñoz, Robles-García, Orozco & Real, 2010).

Es importante establecer los costos por año, así como la duración total en tiempo para la cual la estrategia será implementada. Existen 3 principales recursos necesarios para implementar estrategias para la salud mental de niños y adolescentes (así como para otras áreas de salud):

Los recursos humanos son frecuentemente los componentes más costosos del sistema del cuidado de la salud. Estos representan gastos recurrentes durante la duración de un plan. La inversión capital también es necesaria para educar y entrenar al personal, esto puede representar el implementar el entrenamiento de profesionales con una exposición adicional en el campo de la salud mental del niño y del adolescente. Muchos psicólogos clínicos, médicos generales, personal de enfermería y psiquiatras, por

ejemplo, no reciben suficiente entrenamiento en la salud mental del niño y del adolescente durante su entrenamiento profesional. Esto puede deberse a cursos breves, diplomados, o supervisión y entrenamiento sobre la marcha.

El capital físico se refiere a edificios, equipo y transporte, los cuales son comprados mediante inversiones capitales. Usualmente, éstos no son gastos anuales, sin embargo, un error común es fallar en el presupuesto destinado para el mantenimiento para prevenir el rápido deterioro y el remplazo temprano.

Los consumos se refieren principalmente a los medicamentos (OMS, 2005).

2. Justificación

Debido a que el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" es el único hospital en América latina que atiende en modalidad de hospitalización continua, específicamente a población pediátrica y adolescente con padecimientos psiquiátricos, es importante conocer los costos reales de cama por día que representa cada paciente con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo, ya que éstos son un problema de salud pública que conlleva costos importantes, tanto en el paciente, como para su familia y la sociedad en general.

Los trastornos afectivos representan la primer causa de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", el cual, atiende a población de bajos recursos económicos, por ello, es importante estudiar el perfil sociodemográfico, clínico, terapéutico y los costos directos de la atención médica especializada de los pacientes que han sido hospitalizados, con la finalidad de obtener información útil y actual que permita establecer de manera objetiva la toma de decisiones y acciones para brindar una atención adecuada a las necesidades reales de la población, así como lograr una mejor adherencia terapéutica y evitar el continuo ingreso y egreso de un mismo paciente en el servicio de hospitalización.

3. Objetivos

General

Establecer el perfil sociodemográfico, clínico, la atención hospitalaria recibida y el costo por hospitalización de los niños y adolescentes con los diagnósticos de Trastornos del estado de ánimo F32, F33, y F34.1 que fueron atendidos en los servicios de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, durante junio del 2010 a junio del 2011.

Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con trastornos del estado de ánimo.
- Describir las características clínicas.
- Describir el proceso de atención hospitalaria y el plan terapéutico.
- Estimar los costos promedios incurridos por la atención integral de los pacientes con trastornos del estado de ánimo (costos directos de la atención y/o costos incurridos por el paciente) en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

4. Metodología

Tipo del estudio

El diseño del estudio es descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal.

Población y tamaño de la muestra

El universo de la investigación serán todos los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo (F32, F33 y F34.1), hospitalizados durante junio del año 2010 a junio del año 2011 en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Tal información fue obtenida del Sistema de Egresos Hospitalarios SAEH, de la Secretaría de Salud, en el cual se encuentran registrados 319 expedientes de pacientes con tales diagnósticos.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

- Expedientes clínicos de pacientes atendidos en el servicio de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" entre junio del 2010 a junio del 2011, con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo (F32, F33 y F34.1).
- Expedientes clínicos completos.

Criterios de exclusión

Pacientes con diagnósticos distintos a trastornos del estado de ánimo.

Criterios de eliminación

Expedientes clínicos incompletos o no disponibles de pacientes hospitalizados de junio del 2010 a junio del 2011.

Recolección de datos

Se seleccionarán los expedientes de los archivos hospitalarios, con las características antes mencionadas y conforme al muestreo del estudio.

Instrumentos de medición (Anexo 1)

Se diseñará una Cédula de Recolección de Datos que incluya las variables de tipo sociodemográfico, clínico, de atención hospitalaria y de costos. Los apartados del formato serán de acuerdo a los apartados de los objetivos:

Características sociodemográficas.

- Sexo (M,F).
- Edad (años cumplidos).
- Estado civil (soltero, casado, unión libre, separado/divorciado).
- Escolaridad (sin estudios, primaria, secundaria, bachillerato, otro).
- Lugar de residencia (D.F., otros).

Características clínicas.

- Fecha de inicio de la atención psiquiátrica (día/mes/año).
- Comorbilidad psiquiátrica (ninguna, ansiedad, trastornos por consumo de sustancias, otros).
- Comorbilidad no psiquiátrica (ninguna, diabetes mellitus, epilepsia, otros).
- Antecedente de tabaquismo.
- Antecedente de alcoholismo.
- Antecedente de consumo de sustancias ilícitas.
- Antecedentes familiares de tipo psiquiátrico.
- En caso de que el inciso anterior sea afirmativo, especificar tipo de trastorno en base a CIE-10.
- En caso de que el inciso anterior sea afirmativo, especificar el parentesco (padres, hermanos, abuelos, tíos, otros).

Proceso de atención hospitalaria y plan terapéutico.

- Atención en hospitalización (primer internamiento, internamiento subsecuente).
- Días de estancia intrahospitalaria.

- Motivo de ingreso (agitación psicomotora, psicosis, autolesiones, ideación suicida, intento suicida, negativismo a medicamentos, negativismo a alimentos, uso de sustancias).
- Estudios de laboratorio clínico (BH, QS, EGO, PFH, PFT, toxicología).
- Estudios de gabinete (EEG).
- Tratamiento antidepresivo (medicamento en nombre genérico, dosis y duración).
- Terapia farmacológica coadyuvante (nombre genérico, dosis).
- Terapia psicosocial (si, no).
- Régimen de atención de salud (Secretaria de Salud, Seguro Popular, IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSEMYM, otro).

Costos promedios incurridos por la atención integral de los pacientes con trastornos del estado de ánimo (costos directos de la atención y/o costos incurridos por el paciente) en el servicio de hospitalización.

- Número de dietas.
- Número de intervenciones de psiquiatría.
- Número de intervenciones de psicología.
- Número de intervenciones de enfermería.

- Número de intervenciones de trabajo social.
- Número de intervenciones de terapia ocupacional.
- Número de exámenes de laboratorio.
- Número de exámenes de gabinete.

Se utilizará una cédula por cada expediente clínico y utilizando equipo de cómputo se capturará en una base de datos en el paquete estadístico SPSS.

Plan de análisis de los resultados

Para el análisis de datos se utilizará el paquete estadístico SPSS. Se agruparán y clasificarán los datos. Se obtendrán medidas de frecuencia y tendencia central (media, mediana, moda) y dispersión (razón y desviación estándar) de los datos que permitan la mejor descripción de las variables de estudio.

Valuación de los costos

Se utilizarán los costos unitarios y/o promedio provistos por la información recabada para estimar el costo de medicamentos, consultas médicas, costo día-cama, exámenes de laboratorio y de gabinete. Cuando se considere que este costo no refleje el verdadero costo de oportunidad de los recursos, se utilizarán estimaciones económicas que se hayan realizado en el hospital o en el país. Si no hay estas estimaciones, se ajustará el costo del hospital, de acuerdo a un consenso de expertos (Glick, H, Doshi J, et al., 2007).

Implicaciones éticas

Los expedientes clínicos son documentos clasificados como confidenciales, es necesario que quienes tengan el acceso a los mismos guarden el secreto profesional sobre los datos personales de los pacientes, pero como el acceso a esta información tiene fines de estudio e investigación, esto es permitido legal y éticamente, siempre y cuando no sea posible la identificación de un caso concreto.

Este protocolo es un proyecto sin riesgo ya que se basa en información retrospectiva en expedientes clínicos según la Ley General de Salud, y se apega a los lineamientos descritos en dicha ley y en la norma de Helsinki.

5. Resultados

Características sociodemográficas

Con una muestra inicial de 319 expedientes clínicos y después de omitir 57 por criterios de exclusión y eliminación se trabajó con un total de 262, de los cuales se reporta lo siguiente: en el análisis descriptivo de las variables involucradas en este estudio la mayoría son mujeres, las cuales representan el 84.46% de la muestra y la edad con mayor presencia fue de 16 años (21.37%) en una rango que abarcó de los 11 a los 17 años.

Como es de esperarse debido al rango de edad representado, el estado civil de la mayoría de los pacientes son solteros (96.94%) y están cursando la secundaria (64.12%). Casi la mitad residen en el Distrito Federal (48.09%) (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas

(n= 262)

Sexo		
femenino (n, %)	221	84.46
masculino (n, %)	41	15.54
Edad (X, min-max)	14.88	(11-17)
Estado civil		
soltero (n, %)	254	96.94
unión libre (n, %)	8	3.05
Escolaridad		
primaria (n, %)	47	17.93
secundaria (n, %)	168	64.12
bachillerato (n, %)	45	17.17
otro (n, %)	2	0.76
Lugar de residencia		
DF (n, %)	126	48.09
otros (n, %)	136	51.91

Características clínicas

Para la variable de comorbilidad psiquiátrica se reportó que un 65.64% no presentó comorbilidad alguna, mientras que el 18.70% presentó el diagnóstico de ansiedad. Por otro lado, para la variable de comorbilidad no psiquiátrica el 3.81% presentó epilepsia.

Dentro de la comorbilidad de los trastornos afectivos también se reporta el uso y abuso de sustancias, en este estudio se mostró que el 23.66% tiene antecedentes de tabaquismo, el 30.53% antecedentes de alcoholismo y el 5.34% antecedentes de sustancias ilícitas, siendo la más frecuente el consumo de cannabis.

Por otro lado, tenemos que el 33.96% presentó antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica de las cuáles el 16.03% reportaron dependencia al alcohol (F10.2), el 9.16% trastorno depresivo (F32), el 6.48% reportó trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), el 1.90% trastorno depresivo recurrente (F33) y el 0.38% esquizofrenia (tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas

(n= 262)

Comorbilidad psiquiátrica		
ninguna (n ,%)	172	65.64
ansiedad (n, %)	49	18.70
otras (n, %)	41	15.64
Comorbilidad no psiquiátrica		
ninguna (n, %)	252	96.18
epilepsia (n, %)	10	3.81
Antecedente		
alcoholismo (n, %)	80	30.53
tabaquismo (n, %)	62	23.66
sustancias ilícitas (n, %)	14	5.34
Antecedentes familiares psiquiátricos		
negativo (n, %)	173	66.03
dependencia a alcohol (n, %)	42	16.03
trastorno depresivo mayor (n,%)	24	9.16
ansiedad generalizada (n, %)	17	6.48
distimia (n, %)	5	1.90
esquizofrenia paranoide (n, %)	1	0.38

Atención hospitalaria

Dentro de la atención hospitalaria se reportó que un 82.82% cursó su primer internamiento, con un promedio de 21.30 días y una desviación estándar de 8.57 días. Entre los motivos de ingreso tenemos que el 60.30% presentó ideación suicida, el 56.10% intento suicida, el 36.25% autolesiones, el 9.92% psicosis y el 1.90% agitación psicomotriz (tabla 3).

Tabla 3. Atención hospitalaria
(n= 262)

Internamiento		
primero (n, %)	217	82.82
subsecuente (n, %)	45	17.17
Motivo de internamiento		
ideación suicida (n, %)	158	60.30
intento suicida (n, %)	147	56.10
autolesiones (n, %)	95	36.25
psicosis (n, %)	26	9.92
agitación (n, %)	5	1.90

Dentro de los exámenes de laboratorio de rutina se encontró que al 100% de la población se les realizó biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina y pruebas de funcionamiento hepático, los cuales se reportaron dentro de parámetros normales.

Como dato adicional se menciona que el electroencefalograma se realizó al 43.98% de los pacientes de los cuáles el 41.69% se reportó como normal.

Los medicamentos antidepresivos empleados en los pacientes fueron: fluoxetina 20 mg (51.14 %), sertralina 50 mg (37.02 %), citalopram 20 mg (9.92 %) y escitalopram 10 mg (1.90 %) (tabla 4).

Tabla 4. Antidepresivos empleados

(= 262)

Medicamento (mg)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Fluoxetina 20	134	51.14
Sertralina 50	97	37.02
Citalopram 20	26	9.92
Escitalopram 10	5	1.90

Se reportaron los fármacos coadyuvantes clonazepam, risperidona y valproato de magnesio como los principales (tabla 5).

Tabla 5. Medicamentos coadyuvantes administrados

Medicamento (mg)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Clonazepam 2	54	20.61
Risperidona 1	32	12.21
Valproato de magnesio 200	14	5.34
Haloperidol 5	5	1.90
Hidroxicina 50	4	1.52
Perfenacina 4	3	1.14
Pipotiazina 100	2	0.76
Atomoxetina 40	2	0.76
Quetiapina 50	1	0.38
Carbamacepina 100	1	0.38

El 100% de la población fue sometida a terapia psicosocial tanto individual como grupal.

En cuanto a la derechohabiencia se mostró que la mayoría (52.29%) correspondió a la Secretaría de Salud, el 39.31% cuenta con Seguro Popular, el 4.19% está afiliado al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el 3.81% al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (tabla 6).

Tabla 6. Régimen de atención a la salud

n=262

Secretaría de Salud (n, %)	137	52.29
Seguro Popular (n, %)	103	39.31
ISSSTE (n, %)	11	4.19
IMSS (n, %)	10	3.81

Costos

El costo global aproximado de un día de hospitalización para cada paciente es de \$7716.92, esto incluye: costo de día-paciente y recursos humanos (paidopsiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, terapia ocupacional y trabajadores sociales).

El tratamiento antidepresivo administrado va desde \$ 12.95 a \$ 44.96 por día, si se administra un antipsicótico se aumenta de \$ 7.35 a \$ 25.70 y el uso de una benzodiacepina agrega \$3.09 más.

Los exámenes de laboratorio en conjunto dan un aproximado de \$ 523 y el del electroencefalograma es de \$308.

Entonces, el total por 1 día de hospitalización, de costos directos (recursos humanos, equipo e insumos) nos da un aproximado de \$ 8621.67.

El promedio de días por hospitalización fue de 21 días y por cada hospitalización se les realizaron exámenes de laboratorio a todos (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina y pruebas de funcionamiento hepático), mientras que sólo a algunos se les realizó electroencefalograma, más los consumos (tratamiento farmacológico) lo que da un costo promedio de \$181,055.07 (tabla 7).

Tabla 7. Costos y gasto total de hospitalización

Intervención	Costo-día (\$)	Costo-internamiento (\$)
Día-cama	3300	
Recursos humanos	4416.92	
Tratamiento farmacológico		
antidepresivo	44.96	
benzodiazepina	3.09	
antipsicótico	25.70	
Total	7790.67	7790.67
Exámenes de laboratorio (BH, QS, EGO, PFH)	-	523
Electroencefalograma	-	308
Total	-	8 621.67
Gasto promedio por hospitalización (21 días de estancia)	-	181 055.07

6. Discusión

Características sociodemográficas

El peso de la distribución por edad y sexo (con predominio de las mujeres), puede explicarse porque, en congruencia con la literatura, son ellas quienes en la adolescencia presentan cambios hormonales, niveles elevados o respuestas maladaptativas al estrés. También se señala que las diferencias en la orientación interpersonal y en experiencias de socialización así como el estar más dispuestas a reportar su depresión (Quintero, Cortés, Goicochea & Lozano, 2003) constituyen factores de riesgo que pueden detonar en algún trastorno afectivo.

El peso en la frecuencia de las variables de escolaridad y estado civil, además de corresponder con el estilo de vida propio del adolescente mexicano promedio, indica la presencia de factores protectores que inciden en la disminución de un mayor deterioro funcional porque se ha observado que los pacientes que cursan con algún trastorno afectivo presentan un alto porcentaje de deserción escolar; dato que no se observó en esta muestra. Respecto al estado civil, se sabe que para un adolescente el estar casado o en unión libre le supone un alto nivel de estrés debido a que las responsabilidades y obligaciones no son propias de su edad.

En esta muestra se observó que 3.06 % de los pacientes vivían en unión libre. Benjet (2008) reporta para el mismo grupo de edad que el 10% de adolescentes de la comunidad tuvieron una carga que incluyó estar casado, tener un hijo o trabajar. La adolescencia es por definición un momento de transición que abarca la búsqueda constante de identidad propia, así como, el abandono de viejas prácticas y el ensayo de nuevas posibilidades de inserción en el mundo, lo que en ocasiones le lleva a la

toma de decisiones erróneas.

Características clínicas

La comorbilidad psiquiátrica más frecuentemente reportada presentó el diagnóstico de ansiedad lo que concuerda con la literatura, donde se muestra una fuerte asociación entre trastornos de ansiedad y depresión, sobre todo, en los pacientes deprimidos con inicio temprano, ya que tienen casi cuatro veces la probabilidad de desarrollar algún trastorno de ansiedad (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista & Zambrano Ruiz, 2004).

Dentro del antecedente de tabaquismo, el 23.66 % fue positivo, mientras que para el antecedente de alcoholismo fue de 30.53 %. Esto concuerda con lo reportado por Villatoro en la encuesta de estudiantes del 2009, donde indica que el consumo de tabaco ha disminuido de 48.3 % a 44.3 %, mientras que el consumo de alcohol ha aumentado de 69.8% a 71.4 %. En lo que respecta al consumo de sustancias ilícitas, la droga más frecuentemente utilizada por los pacientes fue la marihuana (5.34 %), siendo también la sustancia más utilizada en la encuesta de estudiantes (10.8 %).

Los antecedentes de enfermedad psiquiátrica reportados en los familiares actúan como un factor de riesgo genético y social para la presentación de depresión, siendo los más frecuentes alcoholismo y depresión.

Atención hospitalaria

Debido a que algunos pacientes presentaron dos o más motivos para su hospitalización, la suma de porcentajes excede al 100%. Con esta variable se confirma que la ideación y el intento suicida son las principales causas de hospitalización psiquiátrica en niños y adolescentes, de ahí la importancia de contar con un tercer nivel de atención dedicado exclusivamente a dicha población; más aún si se considera que el suicidio es la tercera causa de muerte en los adolescentes y que la depresión es un factor de riesgo primario para su ocurrencia.

El tratamiento antidepresivo más utilizado en estos pacientes fue la fluoxetina, que es el tratamiento de elección y el único ISRS aprobado para uso en niños y adolescentes con depresión (Ulloa et. al. 2010).

Los estudios de laboratorio realizados son de suma importancia porque dentro del tratamiento se incluye el farmacológico para lo cual las pruebas de funcionamiento hepático nos permiten la toma de decisión sobre qué medicamento utilizar y en caso de que se cuente con una enfermedad médica adicional administrar el tratamiento requerido.

El electroencefalograma es de suma utilidad ya que nos auxilia a descartar alguna enfermedad de tipo orgánico que cause sintomatología similar a la estudiada, lo que podría enmascarar nuestro diagnóstico.

Con la terapia psicosocial impartida en conjunto con el tratamiento farmacológico se obtiene una mejor respuesta en un menor tiempo, por lo que es una piedra angular en el tratamiento de los trastornos afectivos.

Este estándar de tratamiento descrito se espera que sea mejor provisto conforme a la

implementación de guías de práctica clínica en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Este conjunto de recomendaciones permitirían, entre otros, agilizar el proceso de diagnóstico e inicio de tratamiento y establecer algoritmos de tratamiento costo-efectivos (Ulloa et. al, 2010).

En lo que se refiere a la derechohabencia las cifras son relevantes para conocer la proporción de personas que acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIJNN) –institución de referencia de este estudio- a pesar de contar con algún otro servicio de seguridad social, ya que en estas instituciones no se cuenta con camas censables pediátricas psiquiátricas.

Costos

El costo real de la hospitalización por día es uniforme (\$ 7716.92) si sólo se incluye el costo día-paciente y los recursos humanos. El costo aumenta dependiendo de los consumos (medicamentos) y del equipo (exámenes de laboratorio y gabinete) (\$ 8,260.75). Como se observa, el promedio de días de estancia para este tipo de pacientes es de 21 días. De este modo el costo promedio por paciente constituye aproximadamente \$ 181,035.75

Se ha reportado que la depresión es dos veces más costoso que otros trastornos de conducta, principalmente como resultado de hospitalizaciones (Calderón, Oyuela & Rincón, 2008).

Además del costo de la hospitalización, señalamos al inicio que la depresión afectaba además del paciente, a su familia y a la sociedad en general. La OMS, 2003, señala

una carga económica de la enfermedad mental, donde se dividen los costos en: costos de cuidado (honorarios de tratamiento y de servicio, cuidador informal, contribuciones al tratamiento y cuidado y prestación de servicios de salud mental y de las enfermedades médicas en general); costos de productividad (incapacidad laboral, pérdida de ingresos, tiempo fuera del trabajo, disminución en la productividad); y otros (angustia/sufrimiento, efectos adversos de los medicamentos, suicidio, aislamiento, estigmatización, pérdida de vidas, enfermedad no tratada, exclusión social). Este trabajo se centró exclusivamente en el costo del cuidado psiquiátrico por hospitalización; estudios futuros podrán evaluar el impacto real en los términos de carga económica descritos.

De aquí la importancia de que los pacientes con depresión tengan un diagnóstico temprano, un tratamiento adecuado y oportuno, para prevenir las recaídas y así poder evitar la hospitalización. En un estudio realizado por Cruz en el 2011 sobre los costos directos en pacientes con depresión en el Instituto Nacional de Psiquiatría se mostró que el costo promedio de la hospitalización sin descuentos por hospitalización fue de \$ 3 648 dólares, haciendo énfasis en que los gastos en salud son mayores a los ingresos reportados por los familiares de los pacientes.

Dentro de las limitantes de este estudio se encontraron:

La información utilizada fue retrospectiva.

Se utilizó un sólo diagnóstico en comparación con otros trastornos psiquiátricos que requieren para su tratamiento la hospitalización.

Que no se sabe el costo de día-paciente en un hospital general, lo que nos daría una aproximación de qué tipo de atención es más costosa.

No tenemos el costo real de la atención previa, ya que este estudio está basado en la última hospitalización de los pacientes incluidos en este estudio.

Cuál es el costo de la no atención al paciente en un futuro.

Por otro lado, sería pertinente realizar un análisis cruzado para la asociación de las variables estudiadas.

7. Conclusión

Este estudio confirma la vulnerabilidad del sexo femenino en la adolescencia para el desarrollo de los trastornos afectivos con la severidad suficiente para ameritar la hospitalización. No obstante, la permanencia en la escuela en el total de los pacientes sugiere posibles factores de protección. Se confirma la alta comorbilidad con ansiedad y consumo de alcohol, éste último incluye a los familiares.

Es preocupante el intento y la ideación suicida como motivos de hospitalización sin atención previa del trastorno del estado de ánimo en muchos de los pacientes.

La atención hospitalaria sigue los lineamientos de las guías clínicas y los costos resultan comparables con otras instituciones. Sin embargo, es indispensable la implementación de la atención a la salud mental de los adolescentes desde el primer nivel, incluyendo la atención de esta problemática en los hospitales pediátricos.

Este estudio da una aproximación de los costos directos de una muestra de pacientes tratados en una institución pública para pacientes que no cuentan con seguridad social, observando que los gastos relacionados con las hospitalizaciones y los fármacos son los que abarcan un mayor porcentaje del gasto en salud. La derechohabiencia y el gasto en salud mental de los adolescentes puede ser motivo de estudios futuros.

8. Referencias

1. Arrivillaga M., Cortés C., Goicochea V. & Lozano T. 2003. Caracterización de la Depresión en jóvenes universitarios. *University Psychology of Bogotá*. 3(1): 17-26.
 2. Bella M.E., Fernández R. A. & Willington J. M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depression y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos Pediátricos*. 108 (2): 124-129.
 3. Benjet C., Borges G., Medina-Mora M.E., Fleiz-Bautista C. & Zambrano-Ruiz J. (2004). La depression con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*. 46(5).
 4. Brent D., Greenhill L., Compton S., Emslie G. (2009). The Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA) Study: Predictors of Suicidal Events in an Open Treatment Trial. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry*. 48 (10): 987-996.
 5. Burcusa S. L. & Iacono W. G. (2007). Risk for Recurrence in Depression. *Clinical Psychology Review*. 27 (8): 959-985.
 6. Calderon L. G, Oyuela M. E & Rincón M. (2008). Análisis costo-efectividad en depresión, una perspectiva ética. *Revista latinoamericana de Bioética*. 8 (1): 22-31.
 7. Calderón L. G., Oyuela M. M. E., Rincón Roncancio M. (2008). Análisis costo-efectividad en depresión, una perspectiva ética. *Revista Latinoamericana de Bioética*. Vol. 8. # 1. Pág. 22-31.
 8. Cook M. N., Peterson J., & Sheldon C. (2009). Adolescent Depression. An Update and Guide to Clinical Decision Making. *Psychiatry*. 6 (9): 17-31.
- Cruz J. 13 febrero 2012

9. Danielson CK, Overholser JC, & Butt Z.A. (2003). Association of substance abuse and depression among adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatry*. 48 (11): 762-765.
10. de la Barra M. F. & García S. R. (2009). Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes I: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 47 (3): 228-237.
11. HYPERLINK <http://www.ispor.org/conferences/Mexico0911/presentations/IP4-CruzJ.pdf>
12. Karen D. Flynn R. & M. (2007). Childhood Adversity and Youth Depression: Influence of Gender and Pubertal Status. *Development Psychopathology*. 19 (2): 497-521.
13. Kaplan H.I, Sadock B.J. (2004). *Sinopsis de Psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana. Novena edición. Pág. 1274-1281.
14. Lara-Muñoz M. del C., Robles-García R., Orozco R. & Real T. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la Depresión en México. *Salud Mental*. Vol. 33, # 4.
15. Lasky T., Krieger A., Elixhauser A. & Vitiello B. (2011). Childrens hospitalizations with a mood disorder diagnosis in general hospitals in the United States 2000-2006. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health*. 5: 27.
16. Organización Mundial de la Salud en 1994. Trastornos del humor (afectivos). *CIE-10 (2004)*. Pocket Guide to the ICD-10 Clasificación of Mental and Behavioral Disorders.
17. Organización Mundial de la Salud. (2005). Planes y pólizas de la Salud mental del niño y adolescente.
18. Pacheco P. B., Lizana C.P., Celhay S I. & Pereira Q J. (2007). Características clínicas de niños y adolescentes menores de 18 años hospitalizados en una

clínica psiquiátrica universitaria. *Revista Médica Chilena*. V. 135, # 6, Santiago. Pág. 751-758.

19. Rao U., Chen L.A. (2009). Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues of Clinical Neuroscience*. 11 (1): 45-62.
20. Sistema de Egresos Hospitalarios, SAEH. Secretaría de Salud.
Soutullo Esperón C. & Mardomingo Sanz M. de J. (2010). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Capítulo 29. Hospitalización de niños y adolescentes. Ed. Panamericana.
21. Ulloa R.E., Fernández C., Gómez H.D., Ramírez J. & Reséndiz J.C. (2010). *Guías clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"*. Guía 3. Depresión en niños y adolescentes. Págs. 65-83.
22. Valdivia M, Ebner D., Fierro V., Gajardo C. & Miranda R. (2001). Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 39 (3): 211-218.
23. Vitiello B. (2009). Combined Cognitive-Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Adolescent Depression: Does it Improve Outcomes Compared with Monotherapy? *CNS Drugs*. 23 (4): 271-280.
24. Vitiello B., Brent D., Greenhill L., Compton S. & Emslie G. (2009). Depressive Symptoms and Clinical Status during the Treatment of Adolescent Suicide Attempters Study (TASA). *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 48 (10): 997-1004.
25. Vitiello B., Silva S., Rohde P., & Kratochvil C. (2009). Suicidal Events in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal Clinical Psychiatry*. 70 (5): 741-747.
26. WHO. 2003. Investing in mental health.

9. Anexo (1)

Cédula de recolección de datos.

CARACTERIZACION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO (AFECTIVOS F32, F33 y F34.1)

Hoja de recolección de datos

SECCION 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Sexo: ____

0= masculino 1= femenino

Edad en años cumplidos: ____

Estado civil: ____

0=soltero 1= casado 2= unión libre 3= separado/divorciado

Escolaridad: ____

0=sin estudios 1= primaria 2= secundaria 3=bachillerato 4= otro

Lugar de residencia: ____

0=D.F. 1= otros

SECCION 2. CARACTERISITCAS CLINICAS

Fecha de inicio de la atención psiquiátrica: ____|____|____

dd|mm|aa

Comorbilidad psiquiátrica: ____

0= ninguna 1= ansiedad 2= Trastornos por consumo de sustancias 3= otros

Comorbilidad no psiquiátrica: ____

0= ninguna 1= diabetes mellitus 2= epilepsia 3= otros

Antecedente de tabaquismo: ____

0= no 1= si

Antecedente de alcoholismo: ____

0= no 1= si

Antecedente de consumo de sustancias ilícitas: ____

0= no 1= si Especifique _____

Antecedentes familiares de tipo psiquiátrico: ____

0= no 1= si

En caso de que el inciso anterior sea afirmativo especificar tipo de trastorno en base a CIE-10: _____

En caso de que el inciso anterior sea afirmativo, especificar el parentesco: ____

0= padres 1= hermanos 2= abuelos 3= tíos 4=otros

SECCION 3. ATENCION HOSPITALARIA

En esta sección se deberá considerar el último internamiento realizado en el 2010-2011

Atención en hospitalización: ____

0= primer internamiento 1= internamiento subsecuente

Días de estancia intrahospitalaria: ____

Motivo de ingreso: ____

0= agitación psicomotora 1= psicosis 2= autolesiones 3= ideación suicida

4= intento suicida 5= negativismo a medicamentos 6= negativismo a alimentos

7= uso de sustancias

Biometría hemática : ____

0= no realizada 1= normal 2= anormal

Química sanguínea : ____

0= no realizada 1= normal 2= anormal

Examen general de orina : ____

0= no realizada 1= normal 2= anormal

Pruebas de función hepática : ____

0= no realizada 1= normal 2= anormal

Pruebas de función tiroidea: ____

0= no realizada 1= normal 2= anormal

Perfil toxicológico : ____

0= no realizada 1= negativo 2= positivo

Electroencefalograma : ____

0= no realizada 1= normal 2= anormal

Tratamiento antidepressivo. Indique el medicamento en orden cronológico del cambio:

Fármaco (nombre genérico) _____

Dosis por día (mg) _____

Duración en días _____

Terapia farmacológica coadyuvante (nombre genérico y dosis): _____

Terapia psicosocial : ____

0= no 1= si 2= no

Régimen de atención a la salud: ____

0= Secretaria de Salud 1= Seguro Popular 2= IMSS 3= ISSSTE 4= PEMEX 5= ISSEMYM 6= otra

SECCION 4. COSTO PROMEDIO DE LA ATENCION

En esta sección deberá contar y registrar el número de intervenciones totales de la última hospitalización

Número de dietas: ____

Número de intervenciones de paidopsiquiatría: ____

Número de intervenciones de psicología: ____

Número de intervenciones de enfermería: ____

Número de intervenciones de trabajo social: ____

Número de intervenciones de terapia ocupacional: ____

Número de exámenes de laboratorio: ____

Número de exámenes de gabinete: ____