



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**



**TESIS:**

Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 años a 8 años en escuelas primarias públicas.

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

Wilbert Ceballos Vásquez

**TUTORA:**

Dra. Silvia Ortíz León

---

**CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2016**



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.

## HOJA DE DATOS

### **Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:**

Wilbert Ceballos Vásquez

zoyavec@hotmail.com

### **Nombre del Tutor (a):**

Dra. Silvia Ortíz León

dra\_silviaortiz@yahoo.com.mx

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM

### **Nombre de los asesores:**

Dra. Armida Granados Rojas

thegardiro@yahoo.com.mx

Jefa de la División de Enseñanza y Capacitación, Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N.

Navarro”

Mtra. Aurora Jaimes Medrano

aurorajaimes@gmail.com

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina UNAM

## RESUMEN

**Antecedentes:** Existe poca información sobre epidemiología en salud mental infantojuvenil. Se han establecido frecuencias altas y quienes ocupan el servicio no tienen atención especializada. Hay pocos programas en políticas de salud mental dirigidos hacia niños y adolescentes. Se ha descrito que el trastorno de ansiedad ocupa en México hasta un 39.9%.

**Objetivo:** estimar la frecuencia de psicopatología en niños de 6 a 8 años en escuelas primarias públicas así como sus características sociodemográficas.

**Material y Métodos:** Se llevó a cabo una entrevista individual a cada niño acompañado de su padre, madre o tutor en sus respectivas escuelas, se aplicó el MINI-kid en versión electrónica y un listado de síntomas para evaluar trastornos del lenguaje, aprendizaje y eliminación. Se usó estadística descriptiva aplicando el programa SPSS versión 23 y se obtuvieron resultados en porcentajes.

**Resultados:** La frecuencia en psicopatología más alta correspondió al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un 56.81%, seguido por fobia específica en un 30.30%, posteriormente por trastorno oposicionista desafiante con un 25%.

**Conclusiones:** La frecuencia obtenida para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es mucho más alta que los reportados por las diversas fuentes en la literatura internacional. La frecuencia elevada de fobia específica es congruente con la literatura pero supera la frecuencia proporcionada por ésta. El trastorno oposicionista desafiante ocupa el tercer lugar siendo quizá este porcentaje relacionado y/o comórbido al trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

**Términos MeSH:** epidemiología, psicopatología, escolares.

## ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. Marco teórico.....	6
3. Planteamiento del problema.....	9
4. Justificación.....	10
5. Hipótesis.....	11
6. Objetivo general y específicos.....	12
7. Material y métodos.....	12
8. Resultados.....	19
9. Discusión.....	29
10. Conclusiones .....	35
11. Limitaciones y recomendaciones.....	36
12. Referencias.....	37
13. Anexos .....	41

## INTRODUCCIÓN

La psiquiatría de niños y adolescentes es una rama moderna de la medicina, que tuvo sus orígenes en Inglaterra y Estados Unidos, no obstante, desde 1867, Henry Maudsley ya describía en su libro un capítulo dedicado a las enfermedades en etapas tempranas de la vida, destacaba por la importancia que le daba a los trastornos psiquiátricos en la niñez. En México, aún es más reciente la aparición de esta subespecialidad, por tanto son pocos los paidopsiquiatras graduados. Hay pocos psiquiatras generales para cubrir a la población mexicana, mucho más escaso es el recurso humano para atender a la población infantojuvenil.

Es necesario como lo establece la ONU, fomentar el desarrollo de recursos humanos y no se diga infraestructura necesaria para la atención de ésta población. Como se menciona en las siguientes páginas, es significativa la proporción de niños y adolescentes que requieren servicios de salud mental especializada y son pocos los que tienen acceso a ella.

Hace falta establecer cimientos bien sólidos para poder exigir una política en salud destinada hacia la población infantojuvenil. La escasa investigación al respecto hace que dicha parte de la ciencia pase desapercibida, incluso en muchas regiones del país, a oscuras, en donde no hay estudios en niños ni en adolescentes, de por sí no hay ni psiquiatras generales. Hace falta hacer investigación, para poder decir que efectivamente como ocurre en el mundo, en México, no es la excepción, y necesita programas semejantes a la de los países desarrollados.

Los padecimientos psiquiátricos en niños y adolescentes, son cada vez más frecuentes. A diferencia de los adultos quienes al sentirse mal, elaboran mejor

cognitivamente lo que les pasa, y piden ayuda de uno u otro modo, a un adolescente le es más complicado, no se diga de un niño, quien puede no ser comprendido lo que está viviendo y por lo mismo no se le busca atención psiquiátrica. Lo anterior redundaría en el hecho que puedan pasar varios años para que se le dé un diagnóstico psiquiátrico y por tanto, merma diferentes aspectos de su vida.

## MARCO TEÓRICO

La ausencia de datos epidemiológicos sólidos relacionados con los trastornos mentales de niños y adolescentes en el mundo en desarrollo está bien documentado en la literatura científica, y es confirmado por la encuesta ATLAS de salud mental realizada por la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup>. No existe una recopilación sistemática de datos para la evaluación de los resultados de los servicios de salud mental de niños y adolescentes en cualquier país del mundo a nivel nacional<sup>1</sup>.

En cuanto a la prevalencia de trastornos mentales algunos estudios estiman que el 32,7% de las personas sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida, y de un 15,0% a un 25,0% en los últimos doce meses. El estudio nacional de comorbilidad (NCS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos informó una prevalencia del 26,2% a lo largo de la vida de cualquier trastorno mental<sup>2</sup>. En una muestra representativa de seis países europeos, conducida entre 2001 y 2003, mediante una encuesta de hogares, cara a cara, se encontró una prevalencia de vida para cualquier trastorno mental del 25,0% y para los últimos doce meses, del 9,6%<sup>3</sup>.

Un estudio en Canadá estima que el 12,6% de los niños y jóvenes de 4-17 años puede estar experimentando trastornos mentales en un momento dado. Esta cifra representa sólo los niños y jóvenes con trastornos clínicamente significativos que requieren intervención. Por otra parte, se estima que el 29% de los niños y jóvenes cumplen los criterios para dos o más trastornos en cualquier tiempo dado. Con base a esta revisión, también se estima que sólo el 31% de estos jóvenes están recibiendo los servicios especializados de salud mental. Concluyen que la prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad es de 3.8 %, (trastorno de ansiedad generalizada 0.7 %, trastorno de estrés postraumático 0.5 %, trastorno obsesivo compulsivo 0.4 %), para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad de 2.5 %, para cualquier trastorno por uso de sustancias 2.4 %,

para trastorno de conducta 2.1 % y para trastorno depresivo mayor 16 %<sup>4</sup>.

Vicente et al. en Chile en una muestra nacional aleatorizada en dos etapas, con personas mayores de 15 años, encontraron prevalencias de vida y en los últimos seis meses del 36% y del 22.6%, respectivamente<sup>5</sup>.

Cuando se considera la edad de inicio de los trastornos mentales se estima que hasta 50 % de todos los trastornos mentales del adulto tienen su inicio en la adolescencia<sup>6</sup>, algunos autores como Kessler et al. informaron que el inicio usual es en la infancia y la adolescencia<sup>6,7,8</sup>.

Belfer, en Estados Unidos reporta que hasta un 20% de los niños y adolescentes sufren de una enfermedad mental discapacitante; que el suicidio es la tercera causa principal de muerte entre los adolescentes<sup>7</sup>.

Otros estudios en los Estados Unidos han demostrado que alrededor de uno de cada tres o cuatro niños presenta un trastorno mental, y que alrededor de uno de cada 10 niños tiene una alteración emocional grave<sup>8</sup>, además varios estudios reportan que son pocos los jóvenes afectados que reciben una asistencia de salud mental adecuada<sup>9,10,11,12</sup>.

La prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes en diferentes países son reportadas como siguen: Colombia 12-29 %, Gran Bretaña 9.7 %, India 15.2 %, México 39.9 %, Noruega 7 %, Puerto Rico 18 %, Rusia 15.3 %, Suiza 22.5 %<sup>11,12</sup>.

En México, Benjet et al. reportaron una prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes hasta en un 39.9 %, de los cuales 29.8 % fueron trastorno de ansiedad, 7.2 % trastorno del estado de ánimo, 15.3 % trastorno del control de impulsos y 3.3 % trastorno por abuso de sustancias<sup>13</sup>.

En México poco más del 40% de la población es menor de 18 años. La prevalencia de problemas de salud mental de la población infantil urbana que tiene entre 3 y 12 años fue estimada por Caraveo en 2002, en 16% mediante el Cuestionario de Reporte para Niños (RQC). Reporta lo siguiente en cuanto a prevalencia: inquietud 19%; irritabilidad 17%; nerviosismo 16%; déficit de la atención 14%; desobediencia 13%; explosividad 11% y conducta dependiente 9%. Una limitación del estudio es que no contó con la posibilidad de una valoración clínica y, por lo tanto, no es posible señalar si efectivamente los niños y jóvenes con mayor número de síntomas presentaron alteraciones clínicamente importantes<sup>14</sup>.

Caraveo en 2007 estima que la prevalencia de los diferentes síndromes en la población mostró que los síndromes sugestivos de un trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así como los síndromes sugestivos de un trastorno depresivo, son los más frecuentes. Estos datos concuerdan con la demanda de consulta externa atendida en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" durante 2003, en que 33.7% de los casos correspondió a trastornos hiperkinéticos y 18% a trastornos depresivos y afectivos. El anterior estudio fue realizado mediante la aplicación de un cuestionario que si bien, la identificación de la presencia de alguno de los síndromes no es equivalente directa para hacer un diagnóstico, sino para establecer una sospecha<sup>15</sup>.

Hay prueba disponible en apoyo de una causa multifactorial de los trastornos mentales en los jóvenes. La pobreza y las desventajas sociales están fuertemente asociados con trastorno mental. La evidencia de las vías sugiere que esta asociación es

compleja y bidireccional: crecer en un hogar pobre aumenta el riesgo de exposición a las adversidades, como la escasez de alimentos, la mala alimentación, la violencia, la educación inadecuada, y que viven en un barrio caracterizado por la ausencia de redes sociales, todos los cuales son factores de riesgo para el trastorno mental<sup>16,17,18,19</sup>.

Por otra parte es necesario hacer mención de la Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica para niños y adolescentes (MINI-kid, por sus siglas en inglés), el cual es un instrumento estandarizado, consistente en una entrevista estructurada para diagnosticar de manera confiable problemas psiquiátricos en niños. Está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10<sup>20,21,22</sup>. Está compuesta por 25 módulos identificados por letras, cada uno de los cuales corresponde a una categoría diagnóstica del eje I. Se aplica a los niños a partir de los 6 años. La concordancia Kappa interevaluadores es superior a 0,8 para depresión, manía/hipomanía, trastorno por estrés postraumático y esquizofrenia<sup>23,24</sup>.

Es importante indicar que el diagnóstico discapacidad intelectual alude a una condición limitada del funcionamiento intelectual y adaptativo, que ocurre antes de los 18 años de edad. Para poder efectuar el diagnóstico se hace énfasis en la medición precisa del coeficiente intelectual (CI) con instrumentos como la escala Wechsler de inteligencia para niños (WISC) y del nivel adaptativo con escalas como el Vineland y que este trastorno no está incluido en el MINI-kid<sup>25</sup>. También es importante mencionar que los trastornos del aprendizaje, del lenguaje y de la eliminación tampoco están incluidos en éste<sup>24</sup>.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la frecuencia y tipo de trastornos mentales en niños de 6 a 8 años de escuelas públicas de la zona poniente de la Ciudad de México y cuál es la descripción de

sus características sociodemográficas?

## JUSTIFICACIÓN

Hay mucha evidencia científica que establece que muchos de los trastornos mentales del adulto inician en una etapa temprana de la vida<sup>1,6,7,8,14</sup> y que las políticas en salud mental infantojuvenil son pocas, se menciona que hay muchas razones, una de ellas es la falta de conocimiento al respecto<sup>1</sup>.

Por otra parte, la falta de estudios adecuados puede deberse a diversos factores entre ellos que no haya homogeneización en el procedimiento realizado. Como ejemplo está el descrito por Flora de la Barra (2009) en su artículo al mencionar que algunos investigadores tienen dos perspectivas: el punto de vista universalista en la que señala que los trastornos psiquiátricos son universales y los síntomas nucleares se agrupan en síndromes universales y el punto de vista relativista que postula que los factores culturales pueden determinar los síntomas de un trastorno psiquiátrico aún en ausencia de disfunción interna. Otro dato importante es que en niños y adolescentes existe la complejidad adicional que es necesario combinar los reportes de varios informantes, siendo la confiabilidad y concordancia variable según la edad del niño<sup>11</sup>.

La epidemiología puede ayudar a que la planificación de servicios sea guiada por las evidencias y las necesidades más que por reglas burocráticas, ayuda a monitorear el grado en que los niños y adolescentes que necesitan tratamiento lo están recibiendo y apoyan la compleja tarea de medir la efectividad de los programas de tratamiento y prevención<sup>11</sup>.

En ese sentido, la prevalencia de psicopatología en niños y adolescentes es alta

según diversos autores, hasta uno de cada cinco niños y sólo 16% son atendidos<sup>11</sup>.

En México hay diversos reportes sobre todo en adolescentes en donde se estima hasta en un 39.4%<sup>11</sup>.

Algunos factores sociodemográficos han sido demostrados que influyen en la presentación de psicopatología en niños y adolescentes, entre ellos el sexo, la edad, estatus socioeconómico, antecedentes personales<sup>28,29,34,37</sup>.

Por lo anterior, el presente trabajo de investigación determinó las frecuencias de las psicopatologías más representativas en niños y adolescentes en una población abierta, así como obtener las características sociodemográficas representativas. Cabe aclarar que en esta población (6 a 8 años) no se ha realizado ningún estudio en nuestro país.

## **HIPÓTESIS**

La frecuencia y tipo de trastornos mentales en niños de 6 a 8 años de edad es semejante a la reportada por la literatura internacional.

## OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

### General.

Identificar la frecuencia, tipo de psicopatología y describir las características demográficas de los niños de 6 años a 8 años de escuelas primarias públicas de la zona No. 402 del poniente de la Ciudad de México.

### Específicos.

1. Describir las características sociodemográficas de la muestra.
2. Describir la frecuencia y tipo de trastornos mentales en niños de acuerdo con la entrevista diagnóstica estructurada.
3. Describir las características sociodemográficas con mayor interés clínico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño.** Estudio exploratorio, transversal y descriptivo.

**Muestra.** Se estudió a la totalidad de la población de niños y niñas de 6 años a 8 años inscritos a escuelas primarias de la zona No. 402 al poniente de la Ciudad de México, cumpliendo los siguientes:

### Criterios de inclusión:

1. Niños y niñas de entre 6 y 8 años, que se encontraban inscritos de 1º a 3º año en las escuelas primarias de la zona No. 402 del poniente de la Ciudad de México.

2. Que los padres o tutores otorgaran y firmaran el documento de consentimiento para participar en el estudio.
3. Que los niños o niñas, otorgaran el asentimiento y firmaran el documento para participar en el estudio.

**Criterios de exclusión:**

1. Que padres o tutores se negaran a participar en el estudio.
2. Que los niños y niñas se negaran a participar en el estudio.

**Criterios de eliminación.**

1. Que los instrumentos estuviesen aplicados de forma incompleta.

**Tabla 1. Variables estudiadas.**

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo</b>	<b>Medida</b>
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Número de años que tiene el niño al momento de la aplicación de la encuesta.	Dependiente Continua	6-8 años
<b>Sexo</b>	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujeres y hombres.	a)Masculino b)Femenino	Nominal Dicotómica	Femenino /Masculino
<b>Escolaridad del menor</b>	Años cursados y aprobados en el establecimiento educacional.	Primer año de primaria Segundo año de primaria Tercer año de primaria	Intervalar	Años de estudio
<b>Tipo de vivienda</b>	Se refiere al hecho que viva en casa/departamento propio de los padres, rentado o en casa de parientes.	Vive en: 1.- Casa/departamento propio 2.- Casa/departamento rentado 3.- Casa/departamento de parientes	Nominal	Propia, rentada o de pariente.
<b>Habita con</b>	Se refiere a la situación de con quien familiar viva el niño.	Puede vivir con 1. papá 2. mamá 3. hermanos 4. abuelos 5. tíos	Nominal	Papá, mamá, hermanos, abuelos y tíos
<b>Escolaridad de los papás</b>	Años cursados y aprobados en el establecimiento educacional por el padre y la madre.	1. sin escolaridad 1. primaria 2. secundaria 3. preparatoria 4. universidad 5. posgrado	Nominal	Sin escolaridad, primaria, secundaria, preparatoria, universidad y posgrado.
<b>Ocupación de los padres</b>	Se refiere al trabajo que desempeñan y que sirve de sustento económico	1. sin empleo 2. empleado 3. hogar 4. negocio propio 5. jubilado	Nominal	Sin empleo, empleado, hogar, negocio propio y jubilado.
<b>Cuidador primario</b>	Se refiere a la situación de quién se dedica mayor parte del tiempo a la crianza	1. papá 2. mamá 3. ambos padres 4. abuelos 5. hermanos	Nominal	Papá, mamá, ambos padres, abuelos y hermanos.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Medida
<b>Escolaridad del cuidador primario</b>	Se refiere a los años cursados y aprobados en educación de quien se dedica a la crianza	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sin escolaridad</li> <li>2. primaria</li> <li>3. secundaria</li> <li>4. preparatoria</li> <li>5. universidad</li> <li>6. posgrado</li> </ol>	Nominal	Sin escolaridad, primaria, secundaria, preparatoria, universidad y posgrado.
<b>Uso de tabaco, alcohol drogas</b>	Se refiere al consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias (drogas) en familiares papá, mamá, hermanos, primos y tíos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí</li> <li>2. No.</li> </ol>	Nominal Dicotómica	Sí y no.
<b>Antecedente de problemas con la conducta, ley, de depresión y ansiedad</b>	Se refiere al antecedente por parte de familiar como papá, mamá, hermanos, primos y tíos de haber tenido algún problema con su conducta, con la ley, de depresión o de ansiedad.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí</li> <li>2. No.</li> </ol>	Nominal Dicotómica	Sí y no.
<b>Atención médica</b>	Se refiere al antecedente de haber sido atendido el niño(a) previamente por algún padecimiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí</li> <li>2. No.</li> </ol>	Nominal Dicotómica	Sí y no.
<b>Referencia</b>	Se refiere a la situación a donde resulta ser enviado el niño o niña después de la evaluación en caso lo requiera	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ninguna</li> <li>2. centro de salud</li> <li>3. CISAME (Centro Integral de Salud Mental)</li> <li>4. HPIJNN (Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro")</li> </ol>	Nominal	A ninguna, al centro de salud, al CISAME o al HPIJNN
<b>Diagnóstico (psicopatología)</b>	Es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psiquiátrico.	a) Listado de patologías incluido en la entrevista MINI-kid y al listado de síntomas	Independiente Categórica Nominal	MINI-kid Listado de síntomas

## **Procedimiento.**

1. Aprobación del trabajo de investigación emitido por el Comité de Investigación y de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” con número de registro II3-01-0915, Detección de psicopatología y derivación a atención de escolares en escuelas primarias públicas (Anexo 1), cuya investigadora responsable es la Dra. Armida Granados Rojas, de la cual se deriva el proyecto de investigación “Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 años a 8 años en escuelas primarias públicas” con número de registro II3-01-0915-Tc (Anexo 1).
2. Previo acuerdo y en coordinación con las autoridades de la zona No. 402 de escuelas primarias del poniente de la Ciudad de México, se convocó a la totalidad de los padres de los alumnos inscritos en cada escuela de la zona, a una sesión sobre los principales trastornos mentales que se presentan en la población infantil. Esta plática fue coordinada por el personal docente e impartida por la investigadora principal, los coinvestigadores y se realizó en días hábiles.
3. Se realizó la invitación a la totalidad de los asistentes a participar en el presente estudio y a los padres interesados se les otorgó el documento de consentimiento informado por la madre, padre o tutor (Anexo 2), así como la Cédula para recolección de datos sociodemográficos (Anexo 3).
4. Se realizó un listado de los menores cuyos padres aceptaron participar en este estudio, para citarlos en grupos para la aplicación de instrumentos de evaluación.
5. En la cita programada para el menor, se entregó el documento de asentimiento informado para su firma (Anexo 4).
6. Se aplicó por un clínico entrenado, en 1 sesión de 1 hora, la entrevista estructurada MINI-kid en versión electrónica (Anexo 5), así como el listado de síntomas para trastornos de eliminación, del lenguaje y del aprendizaje (Anexo 6) en una entrevista clínica psiquiátrica, realizando la entrevista de forma individual pero con presencia del responsable del menor.
7. Se realizó el vaciado de la información en base de datos elaborada por la investigadora principal y se realizó el análisis estadístico.

## Cronograma.

Actividad	2015						2016					
	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Elaboración de Protocolo	■	■	■									
Aprobación por Comités				■	■	■						
Recolección de la muestra							■	■	■			
Análisis de resultados										■		
Elaboración de informe final											■	■
Entrega de resultados												■

## Instrumentos

### Cédula de recolección de datos sociodemográficos (Anexo 3).

Instrumento creado por la investigadora principal para estudios previos, en que los datos que se recaban son edad del paciente, grado escolar, sexo, características de la vivienda, integrantes de la familia con los que cohabita, números de hermanos, escolaridad de los padres, ocupación de los padres, uso de servicios y antecedentes heredofamiliares psiquiátricos. Tales datos son los indicadores de mayor frecuencia empleados por el INEGI, como variables de descripción sociodemográfica y al cual se ha aunado por los investigadores de este proyecto, la solicitud de los datos sobre uso de servicios y de antecedentes heredofamiliares psiquiátricos, ya que este dato se ha considerado de valor predictivo en cuanto a la presencia de psicopatología<sup>11</sup>.

### Mini entrevista internacional neuropsiquiátrica para niños y adolescentes (MINI-kid), (Anexo 5).

Instrumento estandarizado, consistente en una entrevista estructurada para diagnosticar de manera confiable problemas psiquiátricos en niños. Está basada en los

criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10<sup>20,21,22</sup>. Está compuesta por 25 módulos identificados por letras, cada uno de los cuales corresponde a una categoría diagnóstica del eje I. Se aplica a los niños a partir de los 6 años. La concordancia Kappa inter-evaluadores es superior a 0.8 para depresión, manía/ hipomanía, trastorno por estrés postraumático y esquizofrenia<sup>23,24</sup>. En la presente investigación la MINI-kid se usó para construir la variable de criterio, de manera categórica.

### **Listado de síntomas de trastornos de eliminación, aprendizaje y lenguaje (Anexo 6).**

Se realizó un listado de los síntomas de los trastornos de eliminación, del aprendizaje y del lenguaje de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV<sup>17</sup>. Se usó en esta investigación para construir la variable de criterio, de manera categórica.

### **Análisis estadístico.**

Se utilizaron medidas de tendencia central y se compararon las frecuencias entre variables nominales y las características demográficas por Chi Cuadrada. Se empleó el programa SPSS versión 23.

### **Consideraciones éticas.**

La encuesta fué realizada por los investigadores con el manejo de confidencialidad de la información de los participantes, lo cual quedó asentado en los documentos de consentimiento y asentimiento informado (Anexos 2 y 4). Este tipo de estudio emplea el riesgo de datos a través de procedimientos comunes como entrevistas diagnósticas, según el artículo 17 Apartado II (Investigación con riesgo mínimo) del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y está alineado a la Declaración de Helsinky. Asimismo, se sometió a dictaminación por el Comité de Ética en

Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, presentando los certificados de las investigadoras principales (Anexo 7).

## RESULTADOS

El presente estudio forma parte de uno de mayor magnitud en donde se incluyen a todos los niños de primero a sexto grado de escuelas primarias públicas de la zona oriente de la Ciudad de México en Zona Escolar No. 402 con un número total de alumnos de 1352. Analizamos los resultados de niños entre 6 y 8 años de edad. En principio fueron 463 padres quienes aceptaron participar en el presente estudio, de los cuales, 255 acudieron a las entrevistas con sus respectivos hijos. De éstos, 12 niños tenían la edad de 5 años y 1 no aceptó el asentimiento informado, mismos que fueron excluidos en el presente estudio por no cumplir con los criterios de inclusión. Quedando finalmente un total de 132 niños, 57 del sexo femenino y 75 del sexo masculino, 48 niños y niñas de 6 años, 42 de 7 años y 42 de 8 años (Tabla 2).

En relación a la variable tipo de vivienda se encontró que un 46.96% (n=62) de los niños viven en casa/departamento propiedad de sus parientes y no de sus padres, un 34.84% (n=46) vive en casa/departamento propio de sus padres y un 18.18% (n=24) vive en casa/departamento rentado.

Con respecto a la variable “habita con”, hallamos que el 34.09% (n=45) habitan con ambos padres, de igual modo el 34.09% (n=45) habitan con ambos padres y la familia extendida (Tabla 2).

El 31.06% (n=41) de los padres tienen escolaridad hasta el nivel secundaria a comparación de un 42.42% (n=56) de las madres. Un 31.06% (n=41) de las madres tienen escolaridad bachillerato a diferencia de los padres con un 16.66 % (n=22). Sin embargo, un 29.54 % (n=39) de los padres se desconoce su escolaridad (Tabla 2).

El padre es empleado en un 65.9% (n=87) mientras que la madre se dedica al hogar en un 54.54% (n=72). En un 28.03% (n=37) se desconoce la ocupación del padre y 1.51% (n=2) de éstos se dedica al hogar (Tabla 2).

El 70.45% (n=93) de los alumnos entrevistados son cuidados por la madre y un 15.15% (n=20), son cuidados por los abuelos. La escolaridad del cuidador primario fue primeramente con un 46.21% (n=61) nivel secundaria, seguido por nivel bachillerato en un 26.51% con una n=35 (Tabla 3).

Con respecto a los servicios de salud que cuentan los alumnos en ésta muestra se encontró que el 52.27% (n=69) tienen Seguro Popular, un 35.6% (n=47) cuentan con IMSS, 3.78% (n=5) se desconoce, un 3.03% (n=4) tienen servicios por el Gobierno de la Ciudad de México, 3.03% (n=4) tienen seguro privado, un 2.27% (n=3) tienen ISSSTE. Ninguno tiene servicio de salud correspondiente a la SEDENA.

Tabla 2. Variables sociodemográficas				
Variable		n	%	
Edad	6 años		48	36.36
	7 años		42	31.81
	8 años		42	31.81
	Total		132	100
Sexo	Femenino		57	43.18
	Masculino		75	56.81
	Total		132	100
Escolaridad de los padres	Madre	Desconocida	8	6.06
		Sin escolaridad	4	3.03
		Primaria	17	12.87
		Secundaria	56	42.42
		Media superior	41	31.06
		Licenciatura	6	4.54
		Posgrado	0	0.00
	Total		132	100
	Padre	Desconocida	39	29.54
		Sin escolaridad	4	3.03
		Primaria	25	18.93
		Secundaria	41	31.06
		Media superior	22	16.66
		Licenciatura	1	0.75
Posgrado		0	0.00	
Total		132	100	
Ocupación de los padres	Madre	Se desconoce	12	9.09
		Sin empleo	0	0.00
		Empleado	42	31.81
		Hogar	72	54.54
		Negocio propio	6	4.54
		Jubilado	0	0.00
	Total		132	100
	Padre	Se desconoce	37	28.03
		Sin empleo	0	0.00
		Empleado	87	65.90
		Hogar	2	1.51
		Negocio propio	6	4.54
		Jubilado	0	0.00
	Total		132	100
Habita con:	Sólo madre y familia extendida		25	18.93
	Sólo padre y familia extendida		2	1.51
	Sólo ambos padres		45	34.09
	Ambos padres y familia extendida		45	34.09
	Sólo familia extendida		2	1.51
	Sólo con madre		11	8.33
	Sólo con padre		2	1.51
	Total		132	100

Tabla 3. Cuidador primario y su escolaridad			
Variable		n	%
<b>Cuidador primario</b>	Padre	2	1.51
	Madre	93	70.45
	Ambos	7	5.30
	Abuelos	20	15.15
	Hermanos	5	3.78
	Tíos	4	3.03
	Otros	1	0.75
<b>Total</b>		132	100
<b>Escolaridad de Cuidador primario</b>	Se Desconoce	6	4.54
	Sin escolaridad	1	0.75
	Primaria	24	18.18
	Secundaria	61	46.21
	Preparatoria	35	26.51
	Licenciatura	5	3.78
	Posgrado	0	0
<b>Total</b>		132	100

El padre ocupa el primer lugar en el consumo de tabaco y etanol con un 31.81% (n=42) y 28.03% (n=37) respectivamente, el segundo lugar en consumo de otras sustancias (drogas) con un 4.54% (n=6) solamente rebasado en ésta última por los tíos con un 10.60% (n=14). Los tíos ocupan el segundo lugar en el consumo de alcohol con un 9.09% (n=12) y la madre el segundo lugar en el consumo de tabaco en un 19.69% con una n=26 (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencias de uso de sustancias psicoactivas						
Familiar	Tabaquismo		Etanol		Otras sustancias (drogas).	
	n	%	n	%	n	%
Padre	42	31.8	37	28.03	6	4.54
Madre	26	19.69	11	8.33	0	0
Hermanos	0	0.0	1	0.75	4	3.03
Primos	1	0.75	2	1.51	1	0.75
Tíos	14	10.60	12	9.09	14	10.60

En lo que se refiere a la frecuencia de antecedentes de problemas de conducta y/o psiquiátricos en sus familiares se obtuvo que el padre presenta tanto antecedentes de problemas de conducta (4.54%, n=6), como con la ley (3.03%, n=4), de depresión (3.03%, n=4) y de ansiedad (2.27%, n=3), mientras que la madre solamente presenta antecedentes de depresión (9.09%, n=12) y ansiedad (4.54%, n=6), Tabla 5.

Tabla 5. Frecuencia de antecedentes de problemas de conducta y/o psiquiátricos en familiares										
Familiar	Conducta		Ley		Depresión		Ansiedad		Otros Trastornos	
Padre	6	4.54%	4	3.03%	4	3.03%	3	2.27%	0	0%
Madre	0	0%	0	0%	12	9.09%	6	4.54%	1	0.75%
Hermanos	6	4.54%	1	0.75%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.75%
Primos	6	4.54%	0	0.0%	1	0.75%	0	0.0%	1	0.75%
Tíos	4	3.03%	3	2.27%	8	6.06%	4	3.03%	1	0.75%

En relación a la frecuencia de los alumnos que ya han recibido algún tipo de atención médica se obtuvo que el 9.09% (n=12) ya habían acudido con algún facultativo, de los cuales quienes conocen el diagnóstico representan el 4.54% (n=6), siendo el más

frecuente conocido de trastorno por déficit de atención e hiperactividad con una frecuencia de 2.27% (n=3), seguidos por trastorno de conducta, trastorno del lenguaje y episodio depresivo mayor con porcentajes de 0.75% (n=1), respectivamente.

Para las frecuencias de los resultados arrojados por el MINI-kid fueron agrupados en trastornos del afecto, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y otros. Además se agruparon los resultados de los listados de síntomas que categorizan a trastornos del aprendizaje, trastornos del lenguaje y trastornos de la eliminación.

Para los trastornos del afecto se obtuvieron que un 9.09% (n=12) de los niños presentaban el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, siendo más frecuente en el sexo femenino. El 7.57% (n=10) de los niños presentaba distimia ocupando la misma proporción en ambos sexos. Con respecto al riesgo suicida es más frecuente en el sexo masculino (Tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia de trastornos del afecto.

Sexo	Edad	Trastorno depresivo mayor		Distimia		Episodio hipomanía		Riesgo Suicida	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	6 años	1	0.75%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	7 años	4	3.03%	3	2.27%	0	0.00%	0	0.00%
	8 años	4	3.03%	2	1.51%	0	0.00%	1	0.75%
Masculino	6 años	1	0.75%	1	0.75%	1	0.75%	1	0.75%
	7 años	1	0.75%	1	0.75%	0	0.00%	2	1.51%
	8 años	1	0.75%	3	2.27%	0	0.00%	1	0.75%
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>9.09%</b>	<b>10</b>	<b>7.57%</b>	<b>1</b>	<b>0.75%</b>	<b>5</b>	<b>3.78%</b>

Dentro de los trastornos de ansiedad la fobia específica ocupó el primer lugar con un 30.30% (n=40), la cual fue más frecuente en varones. El trastorno de ansiedad de separación ocupó el segundo lugar con un 18.93% con una n=25 (Tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia de trastornos de ansiedad.																	
Sexo	Edad (años)	Trastorno de Angustia		Agorafobia		Ansiedad de Separación		TAG		Fobia social		Fobia Específica		TOC		TEPT	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	6	0	0.00	1	0.75	6	4.54	0	0.00	1	0.75	1	0.75	1	0.75	0	0.00
	7	2	1.51	2	1.51	4	3.03	2	1.51	2	1.51	7	5.30	0	0.00	1	0.75
	8	3	2.27	5	3.78	5	3.78	0	0.00	4	3.03	7	5.30	2	1.51	1	0.75
Masculino	6	0	0.00	3	2.27	7	5.30	2	1.51	0	0.00	14	10.60	2	1.51	0	0.00
	7	0	0.00	3	2.27	0	0.00	0	0.00	2	1.51	4	3.03	0	0.00	0	0.00
	8	3	2.27	3	2.27	3	2.27	3	2.27	0	0.00	7	5.30	0	0.00	0	0.00
<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>6.06</b>	<b>17</b>	<b>12.87</b>	<b>25</b>	<b>18.93</b>	<b>7</b>	<b>5.30</b>	<b>9</b>	<b>6.81</b>	<b>40</b>	<b>30.3</b>	<b>5</b>	<b>3.78</b>	<b>2</b>	<b>1.51</b>
TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada, TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo, TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático																	

En lo que respecta a los trastornos de conducta se obtuvo que un 56.81% (n=75) presentó psicopatología para trastorno por déficit de atención e hiperactividad seguido por un 25% (n=33) para trastorno oposicionista desafiante, siendo discretamente más frecuente en el sexo masculino (Tabla 8).

Sexo	Edad	TDAH		Trastorno de Conducta		Trastorno Opositorista Desafiante	
Femenino	6 años	9	6.81%	2	1.51%	3	2.27%
	7 años	10	7.57%	0	0.00%	3	2.27%
	8 años	15	11.36%	2	1.51%	4	3.03%
Masculino	6 años	17	12.87%	7	5.30%	11	8.33%
	7 años	13	9.84%	4	3.03%	6	4.54%
	8 años	11	8.33%	4	3.03%	6	4.54%
<b>TOTAL</b>		<b>75</b>	<b>56.81%</b>	<b>19</b>	<b>14.39%</b>	<b>33</b>	<b>25.0%</b>

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

El 21.21% (n=28) de los niños entrevistados tuvo trastorno de la escritura y un 20.45% (n=27) presentó trastornos del cálculo (Tabla 9).

Sexo	Edad	Trastorno de la lectura		Trastorno del Cálculo		Trastorno de la escritura	
Femenino	6 años	4	3.03%	3	2.27%	2	1.51%
	7 años	0	0.00%	5	3.78%	4	3.03%
	8 años	2	1.51%	5	3.78%	5	3.78%
Masculino	6 años	6	4.54%	2	1.51%	7	5.30%
	7 años	6	4.54%	5	3.78%	5	3.78%
	8 años	4	3.03%	7	5.30%	5	3.78%
<b>TOTAL</b>		<b>22</b>	<b>16.66%</b>	<b>27</b>	<b>20.45%</b>	<b>28</b>	<b>21.21%</b>

La frecuencia del trastorno fonológico fue de 12.87% (n=7), seguido por un trastorno del lenguaje expresivo del cual se obtuvo que un 7.57% (n=10) de los niños lo presentan, siendo más frecuente en los varones (Tabla 10).

En lo que respecta a la frecuencia de trastornos de la eliminación se obtuvo que un 15.90% (n=21) presentan enuresis y un 4.54% (n=6) encopresis, siendo más frecuente en el sexo masculino (Tabla 11).

Tabla 10. Frecuencia de trastornos del lenguaje.

Sexo	Edad	Trastorno del Lenguaje Expresivo		Trastorno Receptivo/ Expresivo		Trastorno Fonológico		Tartamudeo	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Femenino	6 años	2	1.51%	0	0.00%	2	1.51%	0	0.00%
	7 años	0	0.00%	0	0.00%	2	1.51%	1	0.75%
	8 años	1	0.75%	1	0.75%	1	0.75%	0	0.00%
Masculino	6 años	4	3.03%	1	0.75%	5	3.78%	1	0.75%
	7 años	1	0.75%	1	0.75%	5	3.78%	1	0.75%
	8 años	2	1.51%	0	0.00%	2	1.51%	0	0.00%
<b>TOTAL</b>		<b>10</b>	<b>7.57%</b>	<b>3</b>	<b>2.27%</b>	<b>17</b>	<b>12.87%</b>	<b>3</b>	<b>2.27%</b>

Tabla 11. Frecuencia de trastornos de la eliminación

Sexo	Edad	Enuresis		Encopresis	
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Femenino	6 años	1	0.75%	0	0.00%
	7 años	2	1.51%	0	0.00%
	8 años	4	3.03%	2	1.51%
Masculino	6 años	9	6.81%	1	0.75%
	7 años	2	1.51%	1	0.75%
	8 años	3	2.27%	2	1.51%
<b>TOTAL</b>		<b>21</b>	<b>15.90%</b>	<b>6</b>	<b>4.54%</b>

Por último se hizo la categoría de Otros trastornos, en donde se incluyen Psicosis, Trastorno por Tics, Anorexia y Trastorno Adaptativo, siendo la frecuencia de éstas de 1.51 % con una n=2 (Tabla 12).

Tabla 12. Otros Trastornos									
Sexo	Edad:	Psicosis		Trastorno por Tics		Anorexia		Trastorno Adaptativo	
Femenino	6 años	0	0.00%	1	0.9%	0	0.00%	0	0.00%
	7 años	0	0.00%	0	0.00%	1	0.75%	0	0.00%
	8 años	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	1.51%
Masculino	6 años	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	7 años	1	0.75%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	8 años	1	0.75%	1	0.9%	1	0.75%	0	0.00%
<b>TOTAL</b>		2	1.51%	2	1.51%	2	1.51%	2	1.51%

## DISCUSIÓN

El presente estudio fue realizado en escuelas primarias de una delegación de la Ciudad de México, siendo un total de 132 alumnos, correspondían a 57 niñas y 75 niños de entre 6 y 8 años de edad. Observamos por simple estadística que fueron más niños que niñas, comparando estos datos a nivel mundial, se censan un 4.3% entre niños de 5 a 9 años y un 4.0% con niñas de la misma edad. Actualmente, el 50.4% de la población mundial corresponde al sexo masculino y un 49.6% al sexo femenino<sup>26,27</sup>. En relación a lo anterior es bien conocido que algunos padecimientos psicopatológicos presentan mayor prevalencia en determinado sexo<sup>28</sup>.

Con respecto a la escolaridad de los padres como ya se mencionó en los resultados, se obtuvo que en un 42.42% la madre tiene estudios de secundaria, en el mismo nivel de estudio el padre presenta un 31.06%, n=41, sin embargo, se desconoce en un 29.54% la escolaridad del padre a comparación de un 4.5% del desconocimiento de la escolaridad de la madre, lo anterior puede ser debido al hecho de que el cuidador primario es la madre hasta en un 70.45% y que sólo en un 41.44% vive con ambos padres. La baja escolaridad de los padres es un indicador sociodemográfico desfavorable para psicopatología<sup>29</sup>, además hay artículos de investigación en educación que sostiene que los padres con mayor nivel educativo participan más en la educación de sus hijos, y que esto es fundamental para la permanencia del niño en el sistema educativo y el avance en los diferentes niveles de educación<sup>30</sup>, lo que a su vez conlleva a concluir o no mayores años de estudio.

En un 54.54% la ocupación de la madre está destinada al hogar, mientras que un 65.9% la ocupación del padre es ser empleado, estos datos concuerda con nuestra cultura, en donde el varón se encarga del sostén de la familia y la mujer del cuidado de los niños. Por esta misma razón, en algunos estudios, se ha obtenido como resultado que es la

madre quien ejerce mayor violencia familiar, ya que es ella quien está en mayor contacto con el niño<sup>3</sup>. En ésta muestra el cuidador primario es la madre en un 70.45%, seguido por los abuelos en un 15.15% (n=20), se sabe que existe mayor riesgo de psicopatología con la presencia de diversos factores sociodemográficos, uno de de ellos es la escolaridad de los padres, en particular importancia del cuidador primario. En el caso de que los cuidadores primarios sean los abuelos diversos estudios realizados hasta la fecha muestran que los abuelos y abuelas identificados como cuidadores auxiliares suelen sentirse satisfechos de poder aportar cuidados. Sin embargo, el cuidado de los nietos también puede generar consecuencias negativas. Concretamente los cuidadores primarios muestran una alteración significativa de la actividad cotidiana (reducen el tiempo al ocio y a sí mismos) y suelen mostrar niveles mayores de depresión y estrés psicológico, una peor evaluación de la relación con su nieto/a, menores niveles de bienestar subjetivo y altos niveles de problemas de salud<sup>31,32</sup>.

Ya se mencionó que es el padre quien ocupa el primer lugar en el consumo de tabaco y etanol, y el segundo lugar en el consumo de otras sustancias (drogas), la madre también presenta consumo de tabaco, etanol pero no así resultó con consumo de otras sustancias (drogas), no obstante, lo anterior redundo al hecho de que es frecuente la coexistencia de enfermedad mental y trastornos por consumo de sustancias (patología dual), lo que a su vez conlleva al hecho de que el antecedente de enfermedad mental en alguno de los padres es factor de riesgo para psicopatología en el niño<sup>33,34,35</sup>.

El padre presentó antecedente de problemas de conducta, con la ley, de depresión y de ansiedad a comparación de la madre que sólo presentó antecedente de depresión y ansiedad. El antecedente de psicopatología en generaciones pasadas es factor para el desarrollo de la misma, así también lo establece Caraveo y Nicolini quienes hallaron un riesgo estadísticamente significativo entre la presencia de psicopatología en los progenitores y el desarrollo de trastornos psiquiátricos en los descendientes<sup>35</sup>.

Ahora bien en cuanto a trastornos del afecto, encontramos que para el trastorno depresivo mayor existe una frecuencia de 9.09 % (n=12), cifra mucho más alta que hallada por otros autores como Polanczyk, quien en 2015 mencionó que encontró un 1.3%<sup>36</sup> o a Navarro-Pardo, quien obtuvo en niños de 6 a 11 años de edad un 0.72% de frecuencia<sup>37</sup>. Con respecto a la distimia hallamos un 7.57% (n=10) cifra aún alta en comparación a los hallados por el mismo autor (trastorno depresivo 2.6 %)<sup>37</sup>. Para el episodio de hipomanía hallamos 0.75 %, situación que podría corresponder a un niño con datos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la hipomanía en niños pequeños puede ser difícil de diferenciarse con la hiperactividad, de hecho se reconoce un subgrupo de niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad asociado al trastorno bipolar, de depresión-hipomanía o euforia, en que se puede demostrar una participación hereditaria fundamental que lo comienza a identificar como un subgrupo independiente<sup>38</sup>.

El 3.78 % resultó con riesgo suicida esto puede deberse al hecho de que una de las preguntas es esta: ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto? El niño responde muchas veces sí ante un evento acompañado con mucha ira, en el cuestionario con sólo responder a una pregunta sí, resulta con riesgo suicida (leve)<sup>20</sup>.

Para los trastornos de ansiedad hallamos que la más frecuente es fobia específica en un 30.30% siendo éste dato semejante a lo dado por otras publicaciones, aunque en proporción pudiera ser significativamente mucho más alto, esto quizá se deba a que en etapas tempranas de la vida como en ésta muestra el miedo/evitación a diversas situaciones o a animales sea algo común, Bados describe que la diferenciación se complica si se distingue la edad del comienzo del miedo/evitación y la edad de comienzo de la fobia. Con muestras muy pequeñas, algunos autores descubrieron las siguientes edades de comienzo del miedo y la fobia en las siguientes fobias: animales (11 y 20), sangre/inyecciones (8 y 14,5), conducir (25,5 y 32) y alturas (20,5 y 34). En promedio, pasaron 9 años entre el comienzo del miedo y el de la fobia<sup>39</sup>.

El trastorno de ansiedad de separación ocupa el 2do lugar de los trastornos de ansiedad con un 18.93%, y el 4to lugar en el resultado general de psicopatologías en éste estudio, igualmente en este grupo de edad es más común este diagnóstico, sin embargo, es conveniente mencionar que el diagnóstico clínico de un trastorno de ansiedad de separación puede ser difícil de realizar, ya que muchas veces no es fácil diferenciar formas normativas de formas patológicas de ansiedad por separación<sup>40</sup>.

El trastorno de ansiedad generalizada fue de 5.3% a comparación con el autor Navarro-Pardo, quien concluyó que para el trastorno de ansiedad ocupa una prevalencia de 12.32% en niños de 6 a 11 años de edad y Polanczyk, describe a nivel mundial en su metaanálisis una prevalencia de 6.5% para cualquier trastorno de ansiedad<sup>36,37</sup>. Podemos explicar que las diferencias en cuanto a resultados en diversas partes del mundo, se debe, como ya se mencionó en la introducción de éste trabajo de investigación, a que los estudios se realizan de modo heterogéneo.

Es de llamar la atención que más de la mitad de los entrevistados resultaron con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (56.81%) (ocupa el primer lugar en ésta muestra), Polanczyk refiere un 3.4% para éste trastorno a nivel mundial<sup>36</sup>. Es bien sabido que, como ya se ha estado mencionando, las cifras varían enormemente en función de la población estudiada, el método de estudio realizado y los criterios requeridos<sup>41</sup>, en ésta muestra se obtuvo un porcentaje muy alto, siendo más frecuente en varones (n=41) que en mujeres (n=34), mismo que se observa en la literatura internacional<sup>21,22</sup>. Incluso también concuerdan con la demanda de consulta externa atendida en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" durante 2003, en que 33.7% de los casos correspondió a trastornos hipercinéticos<sup>15</sup>.

Un 25% de los niños presentó trastorno oposicionista desafiante, que ocupó el segundo lugar en presentación de psicopatología en ésta muestra, siendo ésta la

comorbilidad más frecuente para trastorno por déficit de atención e hiperactividad<sup>41,42</sup>, asimismo se ha descrito que el 87% de niños que cumplían todos los criterios de trastorno por déficit de atención e hiperactividad tenían, por lo menos, un diagnóstico comórbido, y el 67% cumplían los criterios para por lo menos dos trastornos comórbidos<sup>41</sup>, Martínez Zamora menciona la alta comorbilidad de ambos trastornos de hasta un 70%<sup>42</sup>.

En éste estudio se obtuvo que un 21.21% de los niños entrevistados presentó trastornos de la escritura, un 20.45% del cálculo y un 16.66% de la lectura, frecuencias muy altas que también coincide con las comorbilidades más frecuentes para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad ya que se reconoce que cerca del 80% de éstos sin tratamiento tiene bajo rendimiento académico, y un 45% repetirá por lo menos un año escolar<sup>42</sup>. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se puede asociar hasta en un 30% con trastornos específicos del aprendizaje<sup>42</sup>. Rodríguez et al. establecen que un tercio de los niños con dificultades en el aprendizaje presentan a su vez algún subtipo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Además, se estima que entre el 19% y el 26% de personas con TDAH tienen algún tipo de dificultades en el aprendizaje<sup>43</sup>.

El 12.87% de los niños entrevistados presenta un trastorno fonológico, más frecuente en varones que en mujeres, algunos artículos reportan que una parte de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad muestran, como primer síntoma, dificultades fonológicas, retraso en el lenguaje o ambos problemas. Estos niños tienen un elevado riesgo de presentar dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura<sup>41</sup>. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se presenta en un 33% de los niños disléxicos, en tanto que entre los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, del 8 al 39% muestran dislexia<sup>41</sup>.

Para los trastornos de la eliminación se observa que es más frecuente hasta por tres veces más la enuresis que la encopresis en éste grupo de edad y más frecuente en los

varones. En ésta muestra se obtuvo un 15.90% de frecuencia de niños con enuresis, mucho más alta que la reportada ya que se ha estimado la prevalencia a los 5 años de edad del 7% en varones y del 3% en mujeres; a los 10 años de edad la prevalencia es del 3% en varones y del 2% en mujeres<sup>21</sup>. Aunque la mayor parte de los niños con enuresis no presentan un trastorno mental coexistente, la prevalencia de trastornos mentales y de otros trastornos del desarrollo coexistentes es mayor que en la población general<sup>21</sup>.

Por último el 1.51% presentó psicopatología para psicosis, siendo un dato que concuerda con el resto dado por la literatura ya que hay pocos niños que presentan psicosis en la infancia temprana<sup>21,22</sup>.

## CONCLUSIONES

La frecuencia de psicopatología, en términos generales, fue mucho más alta en éste trabajo de investigación, estando en primer lugar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con un 56.81%, cifra mucho más elevada que los reportados por las diversas fuentes en la literatura internacional.

En segundo lugar se encuentra a la fobia específica que con un 30.30% en su frecuencia, supera la prevalencia proporcionada por la literatura. No obstante, estudios indican que es de las más frecuentes.

El trastorno oposicionista desafiante ocupa el tercer lugar con un 25%, ésto se explica por la alta comorbilidad con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Los trastornos del aprendizaje ocupan el cuarto y quinto lugar (trastorno de escritura y de cálculo con un 21.21% y un 20.45%, respectivamente).

El 42.42% de las madres y el 31.06% de los padres tienen educación a nivel secundaria. La madre fue la cuidadora primaria en un 70.45% de los alumnos y tenían escolaridad secundaria. Los abuelos fueron los segundos en frecuencia en ocupar el cargo de cuidador primario con una frecuencia de 15.15%.

El antecedente de consumo de sustancias fue más frecuente para el padre y los tíos. Los antecedentes de problemas de conducta y de problemas con la ley fueron más frecuentes en el padre. Las madres presentaron antecedentes principalmente para depresión y ansiedad.

## **LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentra el hecho de que la muestra fue tomada de una sola zona en una delegación del poniente de la Ciudad de México, quizá convendría tomar otra delegación y realizar una comparación.

Se realizó la entrevista solamente en una Zona Escolar, que probablemente también se vea influenciada por el contexto sociocultural, comparar dos zonas escolares de la misma delegación evitaría mayores sesgos, como ejemplo la falta de participación de los padres que puedan tener un concepto diferente de la escuela de sus hijos a la de las aledañas.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. (2005). Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future. Geneva: World Health Organization.
2. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
3. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;109(420):21-7.
4. Waddell C, Sheperd C, Schwarts C, Barican J, Child and Youth Mental Disorders: Prevalence and Evidence-Based Interventions. Children's Health Policy Centre, SFU, 2014.
5. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPD). *Rev Med Chile* 2002;130(5):527-536.
6. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593-602.
7. Belfer M, Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008,49(3):226-236 doi: 10.1111/j.1469.7610.2007
8. Kessler RC, Nakamura EF, Merikangas KR, Epidemiology of Mental Disorders in Children and Adolescents. *Dialogues Clin Neurosci* 2009; 11: 7-20.
9. Espín Jaime J. C., Belloso Roperó J. J., Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 2009, 29 (104): 329-354.

10. Ries K., He J., Burstein M., Swanson S., et al. Prevalencia de trastornos mentales a lo largo de la vida en adolescentes de EEUU: Resultados de la *National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A)*. *JAACAP* 2011; 5 (1): 3-13.
11. Flora de la Barra M., Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2009; 47 (4): 303-314.
12. Lecannelier F., y cols., Problemas, proyecciones y desafíos en la salud mental infantil: la necesidad de reformular el rol profesional. *Horiz Enferm* 2008, 19 (1): 10-19.
13. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M E, et al. 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 (4): 386-95
14. Caraveo Anduaga J. J., Colmenares Bermúdez E., Martínez Vélez A. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* 2002; 44: 492-498.
15. Caraveo Anduaga J. J. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico De problemas de salud mental en niños y adolescentes: Algoritmos para síndromes y su prevalencia En la ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental* 2007; 30 (1) 48-55.
16. Vikram P, Flisher A, Hetrick S, McGorry P, Mental Health of Young People: a global public-health challenge. *Lancet* 2007; 369: 1302-13.
17. Bansal PT, Barman R, Psychopathology of school going children in the age group of 10-15 years. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 2011; 1: 43-47.
18. Victoria Figueroa G, Paniagua Navarrete K, Ulloa Flores RE, Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescents que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental* 2013; 36: 417-420.
19. Rohde LA, Araujo CL, Menezes AM, Fleitlich B, Anselmi L, Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11 years old. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010; 45: 135-142.

20. Colón-Soto M, Díaz V, Soto O, Santana C. Mini International Neuropsychiatric Interview para Niños y Adolescentes (MINI-KID) Versión en Español. Tampa: Medical Outcome Systems; 2005.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revised, Plus (DSM IV- TR, Plus, CD Rom Version). Washington DC: Author; 2000.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992
23. Bobes-García J, G.-Portilla Mp, Bascarán-Fernández Mt, Sáiz Martínez Pa, Bousoño-García M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica 2a Edición. Barcelona: Arsmédica-Psiquiatría Editores S.L. 2002.
24. Lecrubier Y, Sheehan Dv, Et Al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to de CIDI. *Eur Psychiatry* 1997; 12: 224-231.
25. Navas P, Verdugo MA, Gómez LE. Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención psicosocial* 2008; 17 (2): 143-152.
26. <https://populationpyramid.net/es/mundo/2016/>
27. <http://countrysimeters.info/es/World>
28. Guzmán C. M. L., Guzmán C. S.F., Guzmán M. E., Marín F., Remolcois E., Gallardo A., Rozas N., Urra E., Rojas F. Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes de la región de Los Ríos, Valdivia, Chile, 2006-2008. *Rev Chil Pediatr.* 2015;86(5):345-350.
29. Ulloa Flores R. E., Navarro Machuca I.G., Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud Mental* 2011; 34 (3): 219-225.
30. Valdés, Á. A., Martín, M. y Sánchez Escobedo, P. A. (2009). Participación de los padres de alumnos de educación primaria en las actividades académicas de sus hijos. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 11 (1). Consultado el 11 de junio de 2016 en: <http://redie.uabc.mx/vol11no1/contenido-valdes.html>
31. Triado C., Villar F., Solé C., Celdran M., Conde J. L., Abuelas y abuelos cuidadores: implicaciones psicológicas y educativas. *Interpsiquis*. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. 2006.

32. Sands, R.G., Goldberg-Glen, R.S. Factors associated with stress among grandparents raising their grandchildren. *Family Relations* 2000;49, 97-105.
33. Moliner L. Trastornos de la Personalidad y Conductas Adictivas. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2001;29 (1): 58-66.
34. Miquel L., Roncero C., López-Ortiz C., Casas M., Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones* 2011; 23 (2): 165-172.
35. Caraveo-Anduaga JJ, Nicolini-Sánchez H, Villa-Romero A, Wagner FA. Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 2005; 47: 23-29
36. Polanczyk G.V., Salum G.A., Sugaya L.S., Caye A., Rohde L.A., Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2015; doi:10.1111/jcpp.12381
37. Pardo E., Meléndez Moral J.C., Sales Galán A., Sancerni Beitia M.D. Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema* 2012, 24 (3): 377-383
38. De la Peña Olvera F., Actualidades Psiquiátricas: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Rev Fac Med UNAM* 2000; 43 (6): 243-244.
39. Bados A. Fobias específicas. 1era edición. Barcelona. Universidad de Barcelona editores; 2015.
40. Pacheco B., Ventura Tamara W., Trastorno de ansiedad por separación. *Rev Chil Pediat* 2009; 80 (2): 109-119.
41. Pallarés Artigas J., Comorbilidad en el Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2003; 36 (1): 68-78.
42. Martínez Zamora M., Henao López G.C., Gómez L.A. Comorbilidad del TDAH con los trastornos específicos del aprendizaje. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2009; 38 (1): 178-194.
43. Rodríguez C., Álvarez D., González Castro P., García N. J., Álvarez L., Núñez J. C., González J. A., Bernardo A. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y dificultades de aprendizaje en escritura: comorbilidad en base a la atención y memoria operativa. *Eur. J. Educ. Psych.* 2009; 2 (3): 181-198.

## ANEXOS

### Anexo 1. Autorización del proyecto general y del actual.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
Servicios de Atención Psiquiátrica  
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

**Oficio: DI/CI/942/0516**  
**Asunto: registro de tesis derivada**  
**México, D.F., a 2 de Mayo de 2016**

**Dra. Armida Granados Rojas**  
**Investigador responsable**  
**Presente**

Relacionado con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Proyecto: **Detección de psicopatología y derivación a atención de escolares en escuelas secundarias públicas**  
No. de registro: **II3-01-0915**  
Aprobación CI: **11 noviembre 2015**

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO**

Título: **Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 a 9 años en escuelas primarias públicas**  
No. Registro: **II3-01-0915-Tc**  
Tesis de: **Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente.**  
Tesista: **Wilbert Ceballos Vásquez**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) a través del tesista asignado, un informe de los avances del proyecto derivado durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como envío de pdf's de los productos generados (presentaciones en congresos, etc.).
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente

  
Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo  
Jefa de la División de Investigación

Ccp. Registro de productividad  
Archivo

Av. San Buenaventura 86 Col. Belisario Domínguez Del. Tlalpan C.P. 14080 México DF  
5573-2855 5573-4866 5573-4844 [dora.perez@salud.gob.mx](mailto:dora.perez@salud.gob.mx) [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

## Anexo 2. Consentimiento informado.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

La presente investigación, se titula "Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 a 13 años en escuelas primarias públicas", la institución responsable es el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", es conducida por la Dra. Silvia Ortiz León, investigadora de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y la colaboración de la Mtra. Aurora Jaimes Medrano (UNAM), la Dra. Armida Granados, la Dra. Carmen Torres Mata, el Dr. Wilbert Ceballos Vásquez y el Dr. Julio César Chacón Torresdey (HPIJNN).

Tiene como objetivo detectar condiciones problemáticas de salud mental en niños que acuden a escuelas primarias en la Delegación Álvaro Obregón.

El procedimiento se inicia con una reunión con los padres que tengan hijos en las primarias de la Delegación Álvaro Obregón, tal reunión se realizará en la escuela primaria a la que asista su hijo y serán convocados por las autoridades escolares. La reunión tendrá duración de 40 minutos y será coordinada por los investigadores mencionados en el primer párrafo. En ésta sesión se brindará una plática sobre condiciones problemáticas de salud mental en niños de 6 a 13 años, se les explicará la metodología de la investigación y se les invitará a participar, mediante la lectura en pleno del consentimiento informado, para posteriormente resolver dudas de forma particular y solicitar la aceptación y firma del documento denominado Consentimiento Informado y el llenado de la Cédula de datos sociodemográficos para el posterior contacto y cita. Se elaborará un rol de citas por investigador y se les notificará a los padres para que acudan a una entrevista conjunta con su hijo (alumno de la escuela), en ésta sesión se leerá el documento de Asentimiento informado y se solicitará la aceptación y firma del niño. Posteriormente se realizará una entrevista semiestructurada con el empleo del instrumento Mini entrevista internacional neuropsiquiátrica para niños y adolescentes (MINI-KID), para la identificación de condiciones problemáticas de salud mental, la duración de esta entrevista será aproximadamente de 1 a 2 horas y se realizará en conjunto con padre e hijo, en un espacio privado que las autoridades de la escuela proporcionarán.

La participación es estrictamente **voluntaria**. La información que se recoja será **confidencial** y no se usará para ningún propósito, fuera de los de esta investigación. Las respuestas serán codificadas usando un folio de identificación, por tanto, serán **anónimas**. A las autoridades de la escuela, se les entregará un informe con resultados globales de la población, así como una serie de recomendaciones para manejo de los grupos con condiciones problemáticas de salud mental, así como de fomento de la salud mental.

Al final de la evaluación y en caso de que su hijo@ requiera atención especializada, se le entregará documento para acudir a una institución específica. La información se entregará en sobre cerrado y debidamente rotulado con la dirección a donde acudirá, en el momento de la entrega del sobre, estará a su disposición el investigador que entrevistó a su hijo, para resolver cualquier cuestionamiento o inquietud sobre la información entregada, lo cual se realizará de forma individualizada y privada.

Si tiene dudas sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna forma a usted o a su hij@.

En caso de tener alguna duda durante el proceso de la investigación, favor de dirigirse a la Dra. Armida Granados Rojas al teléfono 55734844 y 55734866 ext. 108 ó 219 de 8 a 16 horas de lunes a viernes, o bien al correo electrónico thegardiro@hotmail.com.

Agradecemos su participación y solicitamos en caso de haber entendido lo explicado y de estar de acuerdo en que su hij@ participe, firme el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador que recaba.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de investigador testigo.

**Anexo 3. Cédula de datos sociodemográficos.**

**Cédula de datos sociodemográficos.**

**Nombre del alumno:** \_\_\_\_\_ **Folio:** \_\_\_\_\_

**Escuela:** \_\_\_\_\_

**Sexo del alumno:** Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ **Grado Escolar:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento de su hijo o hija:** Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**Edad de su hijo o hija:** \_\_\_\_\_ **¿Cuántos hijos tiene?** \_\_\_\_\_

**Vive en:**  
Casa o departamento propio \_\_\_\_\_  
Casa o departamento rentado \_\_\_\_\_  
Vive en casa de algunos parientes \_\_\_\_\_

**Vive con:**

**Escolaridad:**

**Ocupación:**

Papá	_____	_____	_____
Mamá	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
Abuelos	_____	_____	_____
Tíos	_____	_____	_____

Otras Personas \_\_\_\_\_ ¿Quiénes? \_\_\_\_\_

**¿Qué lugar ocupa su hijo entre sus hermanos?** \_\_\_\_\_

**¿Quién cuida a su hijo o hija?** \_\_\_\_\_ **Escolaridad:** \_\_\_\_\_

**¿Tiene usted y su familia?**

IMSS	_____	Seguro popular	_____	SEDENA	_____
ISSSTE	_____	Gratuidad GDF	_____	Seguro Privado	_____

Otro servicio de seguridad social ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**¿Alguien en su familia ha usado o usa?**

Tabaco	_____	¿Quién?	_____
Alcohol	_____	¿Quién?	_____
Drogas	_____	¿Quién?	_____

**Alguien en su familia ha tenido o tiene:**

¿Problemas de conducta?	_____	¿Quién?	_____
¿Problemas con la ley?	_____	¿Quién?	_____
¿Depresión?	_____	¿Quién?	_____
¿Ansiedad?	_____	¿Quién?	_____

Otra enfermedad mental ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Su hijo ¿alguna vez ha recibido atención médico psiquiátrica o psicológica? **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

**En caso de que sí haya recibido atención:**

¿Sabe cuál es el diagnóstico de su hijo? **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

¿Cuál es? \_\_\_\_\_

#### Anexo 4. Asentimiento informado.

### ASENTIMIENTO INFORMADO

México D.F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Has sido invitado a participar en el estudio “Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 a 13 años en escuelas primarias públicas”, y lo estamos realizando para detectar problemas emocionales y de conducta en chicos como tú, que acuden a escuelas primarias públicas de la Delegación Álvaro Obregón.

Tu mamá, papá o tutor, acudieron previamente a una reunión donde les explicamos este estudio y aceptaron participar. En ésta reunión nos proporcionaron tus datos para citarte el día de hoy en compañía de él o ella, y firmaron un documento donde acepta que tú participes en el estudio.

Sin embargo, es importante que tú estés de acuerdo en participar, por que te realizaremos unas preguntas sobre ti, tus emociones y sobre tu conducta, utilizando un instrumento con preguntas que se llama “Mini entrevista internacional neuropsiquiátrica para niños y adolescentes” (MINI-KID). La entrevista dura de 1 a 2 horas, la realizamos en presencia del familiar que te acompaña y se realizará en un lugar privado que la escuela nos ha proporcionado. Después de realizarte las preguntas, le diremos los resultados a tu mamá, papá o tutor, y le diremos que cosas específicas pueden hacer o a qué lugar pueden acudir para apoyarte en caso de que lo requieras.

Tu participación es **voluntaria y confidencial** y no la usaremos para nada más de lo que te hemos explicado. La información que nos digas, se registrará usando sólo letras y números, por tanto serán **anónimas**, quedando resguardado tu nombre y el resto de tus datos. A ninguna persona más, ni a las autoridades de tu escuela les daremos información específica sobre las preguntas que respondiste.

Si tienes dudas, puedes hacer preguntas en cualquier momento a la persona que te entrevistó o puedes dirigirte a la Dra. Armida Granados Rojas al teléfono 55734844 y 55734866 ext. 108 ó 219 de 8 a 16 horas de lunes a viernes, o bien al correo electrónico [thegardiro@hotmail.com](mailto:thegardiro@hotmail.com).

Puedes retirarte del estudio en cualquier momento sin que esto te perjudique a ti o a tu padre, madre o tutor. Agradecemos tu participación y solicitamos en caso de haber entendido lo explicado y de estar de acuerdo en participar, firmes el presente documento.

_____	_____
<b>Nombre y firma del niño@</b>	<b>Nombre y firma del investigador que recaba.</b>
_____	_____
<b>Nombre y firma de testigo.</b>	<b>Nombre y firma de investigador testigo.</b>

**Anexo 5. MINI-kid.**

# M.I.N.I. KID

## **MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes**

### **Versión en Español**

USA: **D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo**  
University of South Florida - Tampa

FRANCE: **Y. Lecrubier, T Hergueta.**  
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

### **Versión en Español:**

USA: **M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto**  
University of South Florida - Tampa

**© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV**

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias de la M.I.N.I. para su uso personal.

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el "Medical Outcome Systems, Inc" en [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com)

También está disponible gratuito a través del "Medical Outcome Systems, Inc" en [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com)

- MINI cambios, adelantos & revisiones
- Traducciones de la MINI en mas de 30 idiomas
- La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias
- La MINI Plus para la investigación
- La MINI Kid para niños y adolescentes
- La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamineto

**Anexo 6.** Listado de síntomas de trastornos de eliminación, lenguaje y aprendizaje.

<b>No.</b>	<b>MÓDULO</b>	<b>PERIODO EXPLORADO</b>	<b>DSM IV</b>	<b>CIE 10</b>
<b>W.I</b>	Enuresis	12 meses	307.6	F 98.0
<b>W.II</b>	Encopresis	12 meses	307.7	F 98.1
<b>X.I</b>	T. del lenguaje expresivo	12 meses	315.31	F 80.1
<b>X.II</b>	T. mixto del lenguaje receptivo- expresivo	12 meses	315.31	F 80.2
<b>X.III</b>	T. fonológico	12 meses	315.39	F 80.0
<b>X.IV</b>	Tartamudeo	12 meses	307.01	F 98.5
<b>Y.I</b>	T. lectura	12 meses	315.00	F 81.0
<b>Y.II</b>	T. del cálculo	12 meses	315.1	F 81.2
<b>Y.III</b>	T. expresión escrita	12 meses	315.2	F 81.8

## Anexo 7. Aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación.



Comité de Ética en Investigación

"2016. Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"

Ciudad de México, 11/02/2016

Oficio 02

**Dr. Armida Granados Rojas**  
Responsable de proyecto

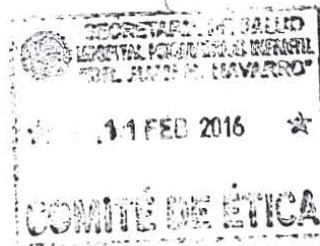
Por medio de la presente le comunico que la última revisión realizada a los documentos de consentimiento y asentimiento pertenecientes al proyecto "**Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 a 13 años en escuelas primarias públicas**", cumplen con los requisitos normativos en materia de Ética en Investigación para ser utilizados en su proyecto.

Le deseamos éxito, y le recordamos la importancia de supervisar que sus colaboradores cumplan con la normativa vigente en el campo de la ética en investigación, durante todas las etapas de su investigación.

Atentamente

Dr. Julio César Flores Lázaro

Presidente del Comité de Ética en Investigación, HPI/DJNN



C.c.p. División de Investigación, HPI/DJNN  
C.c.p. Comité de Investigación, HPI/DJNN

**Anexo 8.** Certificado de capacitación.

