

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

Detección de psicopatología y derivación a atención de escolares de 9 años a 11 años en escuelas primarias públicas.

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

PRESENTA:

Carmen Torres Mata

TUTORA:

Dra. Silvia Ortiz 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:

Carmen Torres Mata

Correo electrónico: dra.carmen.torres@gmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. Silvia Ortiz León.

Correo electrónico: dra_silviaortiz@yahoo.com.mx

Institución donde labora: Universidad Nacional Autónoma de México

Nombre de Asesor (a):

Dra. Armida Granados Rojas

Correo electrónico: thegardino@yahoo.com.mx

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”

Mtra en Psic. Aurora Jaimes Medrano

Correo electrónico: aurorajaimes@gmail.com

Institución donde labora: Departamento de Psiquiatría y Salud mental,
UNAM

RESUMEN

Antecedentes: En la actualidad no hay datos fiables en relación a los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, ya que existe gran variabilidad en las prevalencias en los pocos estudios que las reportan.

Objetivo: Identificar la frecuencia y tipo de psicopatología, así como describir las características demográficas asociadas en una población escolar de 9 a 11 años de 3 escuelas primarias públicas en la zona poniente de la Ciudad de México.

Material y métodos: Estudio con diseño exploratorio, transversal y descriptivo. Se entrevistó a 111 alumnos de 3 escuelas primarias públicas de la Ciudad de México, empleando una cédula de recolección de datos sociodemográficos, MINI-KID versión electrónica, y un listado de síntomas de acuerdo a los criterios del DSM-IV para los trastornos de eliminación, aprendizaje y de lenguaje.

Resultados: Un 76.58 % de los alumnos entrevistados cumplían con criterios para al menos un trastorno psiquiátrico. La media del número de diagnósticos presentes fue de 2.36 (DE±2.39). Los trastornos con reporte de mayor frecuencia fueron los externalizados con el 39.64% para el trastorno por déficit de atención (TDAH) y el 27.03% para el trastorno oposicionista desafiante. Los internalizados ocuparon el segundo lugar con fobia específica 21.62%, trastorno de ansiedad generalizada 17.12%; mientras los trastornos afectivos con el trastorno depresivo mayor el 9.9% y la distimia con el 8.1%.

Conclusiones: Los trastornos externalizados ocupan una alta frecuencia en la población escolar, seguido de trastornos internalizados, pero menos del 10% de la población acude a un servicio de salud de atención mental.

Términos MeSH: psicopatología, escolares, factores sociodemográficos

ÍNDICE GENERAL

| | | |
|-------|--|-----|
| I. | INTRODUCCIÓN | 5 |
| II. | MARCO TEÓRICO | 6 |
| | Servicios de salud mental para niños y adolescentes | 7 |
| | Impacto social y económico | 7 |
| | Prevalencia de trastornos psiquiátricos a nivel mundial | 8 |
| | Prevalencia de trastornos psiquiátricos en latinoamérica | 9 |
| | Factores de riesgo para los trastornos psiquiátricos en los jóvenes | 10 |
| | Situación en México | 11 |
| | Mini entrevista internacional neuropsiquiátrica para niños y adolescentes (MINI-KID) | 13 |
| | Listado de síntomas de trastornos de eliminación, aprendizaje y lenguaje | 13 |
| III. | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 14 |
| IV. | JUSTIFICACIÓN | 14 |
| V. | HIPÓTESIS | 15 |
| VI. | OBJETIVOS | 15 |
| | A. General | 15 |
| | B. Específicos | 16 |
| VII. | MATERIAL Y MÉTODOS | 16 |
| | A. Tipo de estudio | 16 |
| | B. Muestra | 16 |
| | C. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación | 16 |
| | D. Ubicación temporal y Espacial | 17 |
| | E. Variables de estudio | 18 |
| | F. Procedimiento | 20 |
| | G. Cronograma de actividades | 211 |
| | H. Instrumento de medición | 211 |
| | I. Análisis estadístico | 222 |
| | J. Consideraciones éticas | 232 |
| VIII. | RESULTADOS | 233 |
| IX. | DISCUSIÓN | 32 |
| X. | CONCLUSIONES | 35 |
| | Limitaciones y fortalezas | 36 |
| | REFERENCIAS | 37 |
| | ANEXO 1 | 455 |
| | ANEXO 2 | 466 |
| | ANEXO 3 | 477 |
| | ANEXO 4 | 488 |
| | ANEXO 5 | 499 |
| | ANEXO 6 | 50 |
| | ANEXO 7 | 51 |
| | ANEXO 8 | 52 |

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Características demográficas de la muestra..... | 25 |
| Tabla 2. Seguridad social y características de la vivienda..... | 26 |
| Tabla 3. Características del cuidador primario del alumno..... | 27 |
| Tabla 4. Frecuencias de uso actual o pasado de sustancias psicoactivas en familiares..... | 28 |
| Tabla 5. Frecuencia de antecedentes de problemas conductuales o psiquiátricos en familiares..... | 29 |
| Tabla 6. Frecuencia de las categorías del MINI-KID diagnosticadas a los niños que participaron en el estudio..... | 30 |
| Gráfico 1. Agrupación por grupo de psicopatología de acuerdo al género..... | 32 |
| Tabla 7. Frecuencia de los trastornos del lenguaje, eliminación y aprendizaje..... | 32 |

I. INTRODUCCIÓN

La salud mental es un componente crítico de la salud general de los niños, niñas y adolescentes, por eso, fomentar su salud social y emocional como parte del desarrollo sano debe ser una prioridad y una meta importante de la salud pública. Programas de prevención eficaces son imprescindibles para disminuir la carga de los trastornos psiquiátricos evitables y para reducir la necesidad de servicios de tratamiento en el tiempo. Al mismo tiempo, todos los niños y jóvenes con trastornos identificados necesitan recibir tratamientos efectivos para aliviar su angustia, frente a sus síntomas y reducir su deterioro.

Los trastornos psiquiátricos son, posiblemente, de los principales problemas de salud que enfrenta la población infantil y adolescente en base a los altos números con trastornos y las deficiencias del servicio inaceptables. Para abordar definitivamente estas necesidades, se requiere una estrategia coordinada e integral de la salud de la población, la promoción de un desarrollo saludable para todos los niños y jóvenes, la prevención de los trastornos para todos aquellos en situación de riesgo, proporcionando tratamientos efectivos para todos aquellos con trastornos establecidos, y los resultados de tamizaje en toda la población.

Sin embargo los datos sobre prevalencia de trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia son muy amplios, además de no tener una estimación aproximada en menores de 11 años, lo cual dificulta el planteamiento de las estrategias de detección y prevención. Es debido a ello que se realizó este trabajo de investigación en población escolar de una zona urbana, para poder identificar la frecuencia de los principales trastornos psiquiátricos.

II. MARCO TEÓRICO

El desarrollo de un niño y los programas de política de salud mental apropiadas para adolescentes requiere una comprensión de la prevalencia de los problemas de salud mental entre los niños y adolescentes. Los recursos existentes y los resultados de las iniciativas del programa también han de estar documentados.

Los trastornos psiquiátricos constituyen un gran reto y una prioridad para la salud pública moderna, debido a que están entre las causas más importantes de morbilidad en atención primaria^{1,2} y producen una considerable discapacidad^{3,4}. Igualmente, por definición, son entidades clínicas de larga evolución, de inicio generalmente en la adolescencia o adultez temprana^{5,6}, con remisiones y recurrencias que ocasionan un gran impacto en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral del individuo⁷. Esto, en conjunto, representa un alto costo para los sistemas nacionales de salud⁸⁻¹⁰.

La salud mental de niños y adolescentes puede ser vista como un problema menor en países de ingresos altos, sin embargo, es bien sabido que el acceso a la atención, la prevalencia de abuso de sustancias como un trastorno comórbido, la mala distribución de los proveedores y la falta de políticas coherentes impiden la atención.

La epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes cumple varios objetivos en salud pública: conocer la magnitud y la distribución de los trastornos psiquiátricos, calcular la carga de enfermedad, medir el uso de servicios y monitorear si aquellos niños que los necesitan los están recibiendo¹¹.

Otros objetivos de los estudios epidemiológicos nos ayudan a entender quién recibe atención y porqué. Se han encontrado disparidades por edad: los adultos reciben mucho más tratamiento que los niños. Se debe considerar que los niños dependen de otras personas para recibir atención. Cuando hay servicios en los colegios, a veces los niños pueden buscar ayuda por sí mismos. Los estudios de los niños que necesitan y reciben versus los que necesitan y no reciben tratamiento muestran que los niños tratados tenían mayor gravedad y deterioro de su condición clínica^{12, 13}.

La ausencia de datos epidemiológicos fiables relativos a los trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes en el mundo en desarrollo está bien documentada en la literatura científica y se confirmó por la encuesta ATLAS¹⁴, que muestra los

recursos mundiales dedicados a las personas que sufren trastornos mentales, además que se incluyen datos como política, legislación y financiación de la salud mental, servicios de salud, cantidad de camas psiquiátricas y los profesionales psiquiátricos en una amplia gama de países. En los países de ingresos altos solo 8 de 20 países reportan algún tipo de datos de la encuesta epidemiológica. Sólo 1 de cada 16 países de bajos ingresos informan de la disponibilidad de dichos datos. En 18 de 66 países no están designados camas en hospitales pediátricos para la salud mental de los adolescentes¹⁴.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Un estudio británico mostró que el contacto con los servicios de salud mental estaba determinados por tres factores: el impacto de la psicopatología en los padres, contacto previo con profesores o profesionales de salud primaria, y la percepción de los padres que el niño tiene problema¹⁵. Además de la gravedad y discapacidad producida por la psicopatología, se relaciona el contacto con los servicios de salud mental con la presencia de comorbilidad y la persistencia del trastorno. La percepción de los padres y profesores es determinante.

En la mayoría de los estudios, el contacto con servicios de salud mental se asoció a mala salud física, mal rendimiento escolar, estructura familiar no tradicional, psicopatología parental y experimentar situaciones vitales estresantes. Sin embargo, en todos los casos, se asociaba también a la psicopatología del niño¹³. El lugar donde el niño vive también influye, ya que en algunos lugares la provisión de servicios no es proporcional a la necesidad.

De acuerdo con la literatura, los síntomas infantiles por los cuales se acude en busca de ayuda a los servicios de salud mental se han agrupado según sus manifestaciones de externalización, como la hiperactividad, la impulsividad y otros síntomas de conducta desorganizada, reportados como más frecuentes y a los que con mayor premura se acude. A su vez, las manifestaciones de internalización incluyen principalmente las relacionadas con la angustia, los estados alterados del ánimo, y para éstas se reconoce un mayor retraso en la atención¹⁶⁻¹⁹.

IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO

El impacto social se ve magnificado por pérdida de la productividad económica y la desestabilización potencial de las comunidades. Los niños con depresión, trastorno

por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno de conducta tienen tasas más altas de utilización de servicios de salud²⁰⁻²². Ellos también imponen costos a la sociedad en términos de educación, carga sobre el sistema de justicia criminal y servicios sociales^{23, 24}, y la necesidad de atención informal²⁵⁻²⁷. Un estudio único, con 10 niños con trastornos de conducta, mostraron que incurrió en un costo medio anual de más de £ 15.000 atribuible al trastorno de conducta²⁴.

Un seguimiento en la edad adulta de niños con comportamiento antisocial mostró que los costos de los servicios públicos eran 10 veces mayor comparado con otros niños sin este comportamiento. Los costos a largo plazo fueron altos, no sólo en atención médica directa, sino también en términos de delincuencia, de crianza y la atención residencial, y los gastos de las prestaciones estatales²¹.

Leibson y Long (2003)²⁸, siguió una cohorte de nacimiento de los niños con TDAH durante más de 9 años y encontraron que los costos directos de atención médica fueron más del doble para los niños con TDAH (\$4,306 dólares contra \$ 1,944 dólares) en comparación de niños sin este diagnóstico, incluso cuando el análisis excluyó costos de hospitalización y admisiones al servicio de urgencias. Además, una revisión de la literatura en los niños con TDAH por Leibson y Long (2003) encontró que casi todos los análisis de costos han estimado únicamente los costos médicos directos.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS A NIVEL MUNDIAL

Los primeros estudios psiquiátricos comunitarios fueron efectuados en adultos en los años 80. Al pedirles que recordaran sus primeros síntomas, los sujetos relataban edades de comienzo más tempranas de lo que se pensaba clínicamente. Cerca del 80% de los sujetos que sufría de trastornos depresivos, ansiosos o abuso de drogas, informó haber comenzado antes de los 20 años. Por otra parte, el riesgo para iniciar depresión mayor, manía, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias y trastorno de abuso de alcohol y drogas se observó en la niñez y adolescencia^{12, 29}. Los estudios clínicos y epidemiológicos recientes muestran dos grupos de trastornos:

- Los que empiezan en la niñez (TDAH, autismo y otros trastornos penetrantes del desarrollo, angustia de separación, fobias específicas, trastorno oposicionista desafiante)

- Un grupo diferente que comienza en la adolescencia (fobia social, T. pánico, abuso de sustancias, depresión, anorexia nervosa, bulimia nervosa).

La mayoría de los trastornos que comienzan en la niñez son más prevalentes en hombres que mujeres, mientras que los que comienzan en la adolescencia más en mujeres que hombres^{30, 31}. Durante la adolescencia, otros trastornos favorecen conductas de riesgo y se complican con ellas, como el uso y abuso de sustancias, las conductas suicidas, los delitos y actos violentos, así como los embarazos^{32, 33}. La variación en las tasas de todo el mundo se puede atribuir a ambos factores metodológicos y también para verdaderas diferencias culturales en la magnitud de los trastornos de la infancia³⁴.

Actualmente los datos epidemiológicos disponibles sugieren una prevalencia en todo el mundo de los niños y adolescentes los trastornos psiquiátricos de aproximadamente el 20%. De este 20% se reconoce que del 4 al 6% de los niños y adolescentes están en necesidad de una intervención clínica para un trastorno psiquiátrico significativo observado³⁵.

Un metaanálisis del 2009 estimó la prevalencia mundial de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes de 13.4%. En ese estudio calcularon las prevalencias de los diferentes trastornos psiquiátricos de la siguiente manera: cualquier trastorno de ansiedad 6.5%, algún trastorno afectivo 2.6%, trastorno depresivo mayor 1.3%, TDAH 3.4%, cualquier trastorno disruptivo 5.7%, trastorno de oposición desafiante 3.6% y trastorno de conducta 2.1%³⁴.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes fue de 15.7% en Yemen³⁶, del 15.2% en Bangladesh³⁷ y del 15.3% en Rusia³⁸.

En relación a la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos, se estima que el 29% de los niños y jóvenes cumplen los criterios para dos o más trastornos en cualquier tiempo dado. En concreto, la depresión a menudo coexiste con trastornos de ansiedad o uso de sustancias, mientras que los trastornos de conducta a menudo coexisten con TDAH y trastorno por uso de sustancias³⁹⁻⁴³.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LATINOAMÉRICA

Se ha calculado que en Latinoamérica la enfermedad psiquiátrica es, en la actualidad, responsable del 8,2% de la carga de los DALY (disability adjusted life years), es decir, los años de vida ajustados por discapacidad, y del 33,2% de los YLD (years lived with disability), los años vividos con discapacidad⁴⁴. La depresión

mayor es considerada hoy como la decimotercera causa más importante que contribuye a los DALY y la más importante cuando se incluyen los YLD.

Un estudio del 2004 en Puerto Rico⁴⁵, considera en una población escolar, una prevalencia de trastornos depresivos del 1.7%, trastornos de ansiedad de 2.9%, TDAH de 3.7% y de trastorno oposicionista y desafiante del 3.4%.

En Brasil, una muestra constituida por 1251 escolares de 7 a 14 años, empleando una Evaluación para desarrollo y bienestar (DAWBA) para padres, profesores y de autoreporte, encontró una mayor prevalencia de trastornos externalizados en hombres que en mujeres. De los 149 niños que tenían cualquier diagnóstico de acuerdo al DSM-IV, el 76% sólo tenían un tipo de trastorno, mientras que 21% tenía dos trastornos y solo el 2% tenía 3 trastornos psiquiátricos⁴⁶.

En Chile entre 1992 y 1998, se efectuó un estudio longitudinal de dos cohortes de niños de primer grado básico en 7 escuelas del Occidente de Santiago, que fueron seguidos hasta el 6to año de primaria. Se aplicaron medidas dimensionales (cuestionario para padres y profesores) y una entrevista clínica semiestructurada a muestras representativas. De los 210 alumnos, presentaron una prevalencia de trastornos ansiosos de 7.4%, trastornos de conducta 2.4%, trastornos depresivos de 2.4%, trastornos hiperkinéticos de 0.4%⁴⁷.

FACTORES DE RIESGO PARA LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LOS JÓVENES

Los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos psiquiátricos en los niños se han dividido en las características del niño y las de sus padres y/o familia. Las características del niño incluyen el género, la edad, el origen étnico, la salud física, cognitiva y la función psicológica, la exposición prenatal y perinatal a la enfermedad, el estrés físico, el alcohol, las drogas, la nutrición, las infecciones y otros agentes ambientales, y la historia de vida de la exposición ambiental a toxinas, estrés, infecciones, el entorno social y los eventos estresantes de la vida⁴⁸⁻⁵².

Entre las características de los padres y la familia, se incluyen la educación de los padres, edad, clase social, el empleo, la historia médica y psiquiátrica, y la función de la familia, así como su estructura⁴⁸⁻⁵¹, y el vecindario y las influencias contextuales más amplias sobre la salud de niños y su familias⁵².

Uno de los más consistentes y potentes factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos psiquiátricos en niños es una historia familiar de trastornos psiquiátricos.

También hay alguna evidencia de la especificidad de agregación familiar en varios trastornos psiquiátricos⁵³.

Los resultados de un estudio de seguimiento en el Reino Unido, encontró que hay diferentes factores de riesgo que predijeron la aparición y persistencia de trastornos psiquiátricos y de conducta en jóvenes. Aparte de las características demográficas bien establecidas en la juventud, la aparición de trastornos psiquiátricos se predijo por una enfermedad física, los cambios en el número de padres en el hogar, el número de niños en el hogar y salud mental materna deficiente⁵⁴.

Entre los predictores de inicio de un trastorno de conducta en la infancia, los autores encontraron bajos ingresos, renta de inmueble, baja escolaridad materna, vivir en familia reconstruida, necesidades educativas especiales del niño y cambios en la salud materna a lo largo de la vida⁵⁴.

SITUACIÓN EN MÉXICO

En 2015, en México habitaban 39.2 millones de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años, es decir, uno de cada tres residentes en nuestro país correspondía a una persona menor de 18 años, lo que representa 32.8% de la población total. De acuerdo a los resultados de la Encuesta Intercensal 2015, el número de niños menores de cinco años asciende a 10.5 millones, 22.2 millones se encuentran en edad escolar (cinco a 14 años), en tanto que 6.4 millones son adolescentes de 15 a 17 años los cuales requieren de una atención integral en materia de educación, salud e integración social que cumpla las demandas específicas de este grupo que se prepara para integrarse a la vida adulta⁵⁵.

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, se reportó que 2% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con una duración promedio de 31 meses⁵⁶.

Otro estudio de Benjet y colaboradores en 2008, analizó una muestra probabilística multietapa de 3005 adolescentes entre 12 y 17 años, utilizando la Entrevista CIDI. Midieron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los últimos 12 meses. La discapacidad asociada se midió con criterios múltiples, clasificándolos en leves, moderados y graves. Se encontró una prevalencia de 39,4% de trastornos psiquiátricos, de los cuales 29,8% fueron trastornos de ansiedad, 7,2% trastornos de ánimo, 15,3% trastornos de control de impulsos y 3,3% trastornos por abuso de sustancias⁵⁷.

Los trastornos individuales más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social. Sin embargo, esta similitud no se mantiene en el patrón de prevalencia para los demás trastornos ya que fue diferente. Los trastornos individuales más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social. Sin embargo, esta similitud no se mantiene en el patrón de prevalencia para los demás trastornos ya que fue diferente para cada sexo. Así, el trastorno que sigue en prevalencia después de las fobias es la depresión mayor en las mujeres, seguida por el trastorno negativista desafiante, la agorafobia sin pánico y la ansiedad por separación en este orden. Por otro lado, en los varones el trastorno que sigue a las fobias es el trastorno negativista desafiante, seguido por el abuso de alcohol y el trastorno disocial. De esta forma, las mujeres presentan un número mayor de trastornos y una mayor prevalencia de cualquier trastorno: cualquier trastorno por ansiedad, cualquier trastorno de ánimo y cualquier trastorno de impulsividad (aunque este último se debe al trastorno negativista desafiante y no al trastorno disocial o por déficit de atención). Aunque las prevalencias de los trastornos por uso de sustancias son más altas en varones, estas diferencias entre hombres y mujeres no son estadísticamente significativas⁵⁸.

Otro estudio realizado por Caraveo Anduaga y colaboradores en 2002, indica diferencias en cuanto a resultados comparados con la anglosajona al presentar mayor sintomatología y trastornos de la conducta que se agrupa en el rubro de externalización en comparación con aquellos que padecen trastornos emocionales (Internalización). Estos resultados indicarían que posiblemente exista en nuestra población una mayor tolerancia hacia las conductas de externalización, a la vez que un amplio desconocimiento de la importancia de éste tipo de conductas como manifestaciones de problemas que afectan la salud mental de los menores en tanto que los síntomas de internalización como el aislamiento y el nerviosismo, sí llaman la atención de los adultos⁵⁹.

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 afectivos⁵⁹.

MINI ENTREVISTA INTERNACIONAL NEUROPSIQUIÁTRICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (MINI-KID)⁶⁰

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^{61, 62}. 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 esquizofrenia⁶³⁻⁶⁵. 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

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-IV⁶¹. Se usó en esta investigación para construir la variable de criterio, de manera categórica.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A pesar de una gran variación en las tasas de prevalencia, se estima que al menos un 12% de los niños y adolescentes padecen trastornos psiquiátricos importantes, y que al menos la mitad de ellos se consideran seriamente incapacitados o alterados a causa de su trastorno psiquiátrico. Un informe de la OMS en el 2001 estima que aproximadamente el 5-15% de la población infantil presenta trastornos psicológicos que afectan gravemente a la vida social del niño³⁵. Sin embargo como quedó expuesto anteriormente no se cuentan con datos de frecuencia de trastornos psiquiátricos en población mexicana menor de 12 años.

Debido a lo anterior se plantea:

¿Cuál es la frecuencia y tipo de trastornos psiquiátricos en población de niños de 9 años a 11 años, en escuelas primarias de la zona Poniente de la Ciudad de México?

IV. JUSTIFICACIÓN

La ausencia de datos epidemiológicos fiables relativos a los trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes en el mundo en desarrollo está bien documentada en la literatura científica y se confirmó por la encuesta ATLAS¹⁴. En los países de ingresos altos solo 8 de 20 países reportan algún tipo de datos de la encuesta epidemiológica. Sólo 1 de cada 16 países de bajos ingresos informan de la disponibilidad de dichos datos¹⁴.

Los trastornos psiquiátricos constituyen un gran reto y una prioridad para la salud pública moderna, debido a que están entre las causas más importantes de morbilidad en atención primaria^{1,2} y producen una considerable discapacidad^{3,4}. Igualmente, por definición, son entidades clínicas de larga evolución, de inicio generalmente en la adolescencia o adultez temprana^{5,6}, con remisiones y recurrencias que ocasionan un gran impacto en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral del individuo⁷. Esto, en conjunto, representa un alto costo para los sistemas nacionales de salud⁸⁻¹⁰

Debido a lo anterior se considera de vital importancia la identificación de trastornos psiquiátricos en la infancia, ya que se ha visto que una detección y tratamiento oportuno puede tener implicaciones de pronóstico y la calidad de vida del paciente

en la edad adulta. Aunado a que solo una minoría de las personas que requieren atención relacionada con la salud mental la reciben, a pesar del sufrimiento que los trastornos causan, la discapacidad que generan y el impacto emocional y económico que tienen en la familia y en la comunidad. A esta situación debe agregarse que generalmente los trastornos psiquiátricos afectan en mayor grado a las personas de los estratos socioeconómicos más bajos, para quienes los servicios son más escasos.

Sin embargo, la identificación de la presencia de alguno de los trastornos psiquiátricos no es equivalente directamente para hacer un diagnóstico, sino para establecer una sospecha. La intención es que en tales casos se corrobore la existencia de un trastorno que afecte el desarrollo normal de los niños y adolescentes. Para ello es necesario establecer el grado de interferencia que dichas manifestaciones tienen en el desempeño personal, familiar, social y escolar de los menores para entonces tomar una decisión. En este sentido, el presente estudio pretendió ayudar a la detección y valoración clínica de estas manifestaciones, a fin de si se considera pertinente, solicitar una derivación con el especialista, o bien, su asesoría para el manejo del paciente.

V. HIPÓTESIS.

La frecuencia y tipos de trastornos psiquiátricos en niños de 9 años a 11 años en una zona escolar de la Ciudad de México son semejantes a lo reportado por la literatura mexicana e internacional.

VI. OBJETIVOS.

A. GENERAL.

- a. Identificar la frecuencia y tipo de psicopatología, así como describir las características demográficas asociadas en niños de 9 años a 11 años en 3 escuelas primarias públicas en una zona escolar al poniente de la Ciudad de México.

B. ESPECÍFICOS.

- a. Describir las características sociodemográficas de los niños de 9 a 11 años en una zona escolar 222 al poniente de la Ciudad de México.
- b. Identificar la frecuencia y tipo de trastornos psiquiátricos en niños a través de una entrevista diagnóstica estructurada.
- c. Identificar trastornos de eliminación, del lenguaje y del aprendizaje a través de un listado de síntomas.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

A. TIPO DE ESTUDIO.

Estudio exploratorio, transversal, descriptivo y de correlación.

B. MUESTRA.

La población de niños y niñas de 9 años a 11 años que acuden a escuelas primarias de una zona escolar en la Ciudad de México y que cumplieron los siguientes criterios.

C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

a. Criterios de inclusión.

1. Todo niño (a) de entre 9 años a 13 años de edad que se encuentre inscrito de 1º a 6º grado en las escuelas primarias de la zona poniente de la Ciudad de México.

2. Que el padre, madre o tutor del niño (a) haya aceptado participar en el estudio y que haya firmado el Consentimiento Informado.

3. Que el niño (a), haya otorgado el asentimiento de participar en el estudio y firmado el documento para participar en el estudio.

b. Criterios de exclusión.

1. Que el padre, madre o tutor del niño (a) se haya negado a participar en el estudio.
2. Que el niño (a), se haya negado a participar en el estudio.

c. Criterios de eliminación

1. Que no se haya concluido la aplicación de la entrevista MINI-KID.
 - i. Retiro voluntario del estudio
 - ii. No comprensión de las preguntas
2. Que no concluya la aplicación del listado de síntomas de trastornos de eliminación, lenguaje y/o aprendizaje

D. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL.

Niñas y niños de 9 años a 11 años que se encuentren estudiando en las escuelas primarias ubicadas en la zona escolar poniente ubicada en la Ciudad de México.

E. VARIABLES DE ESTUDIO.

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Tipo | Medición |
|---------------------------------------|---|--|--|---|
| Edad | 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 | 9-11 años |
| Sexo | Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujeres y hombres | a) Masculino b) Femenino | Nominal Dicotómica | Femenino /Masculino |
| Escolaridad del menor | Años cursados y aprobados en el establecimiento educacional. | a) Primer año de primaria b) Segundo año de primaria c) Tercer año de primaria d) Cuarto año de primaria e) Quinto año de primaria f) Sexto año de primaria | Intervalar | (años de estudio) |
| Psicopatología | 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 b) Listado de patologías que incluyen los trastornos de eliminación, lenguaje y aprendizaje | Independiente Categorica Nominal | Minikid Listado de síntomas de trastornos de eliminación, lenguaje y aprendizaje |
| Características de la vivienda | Proporción de viviendas según tipos de viviendas particulares habitadas | a) Propia b) Rentada c) Compartida con familiares | Nominal Dicotómica | Sí/No |
| Con quien vive el menor | Habitar juntamente con otra u otras personas | a) Papá b) Mamá c) Hermanos d) Abuelos e) Tíos f) Otros | Nominal Dicotómica | Sí/No |

| | | | | |
|---|--|---|--------------------|---|
| Escolaridad de las personas con las que habita | Años cursados y aprobados en el establecimiento educacional. | Máximo grado de estudios | Nominal Categórica | a) Sin escolaridad b) Primaria c) Secundaria d) Bachillerato e) Licenciatura f) Posgrado |
| Cuidador primario | Persona que puede ser familiar o no del alumno, mantiene contacto humano más estrecho con ellos | Persona que cuida al menor y lo atiende en sus necesidades básicas fuera del ámbito escolar | Nominal Categórica | a) Papá b) Mamá c) Hermanos d) Abuelos e) Tíos f) Otros |
| Escolaridad del cuidador primario | Años cursados y aprobados en el establecimiento educacional. | Máximo grado de estudios | Nominal Categórica | g) Sin escolaridad h) Primaria i) Secundaria j) Bachillerato k) Licenciatura l) Posgrado |
| Seguridad social | Protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica. | Tipo de servicio médico al cual se tiene derecho | Nominal Categórica | a) IMSS b) ISSSTE c) Seguro popular d) Gratuidad e) SEDENA f) Seguro privado |
| Antecedentes de consumo de sustancias en familiares | Información sobre el consumo previo o actual de sustancias psicoactivas de los familiares cercanos. | Consumo actual o pasado de tabaco, etanol u otras sustancias en familiares cercanos. | Nominal Dicotómica | Sí/No |
| Antecedentes de trastornos psiquiátricos en familiares | Información sobre trastornos psiquiátricos actuales o previos en los familiares cercanos. | Trastorno psiquiátrico actual o previo en los familiares cercanos. | Nominal Categórica | Sí/No |
| Atención médica psiqui | Información sobre trastorno psiquiátrico actual o previo en el alumno. | Trastorno psiquiátrico actual o previo en el alumno. | Nominal Dicotómica | Sí/No |

F. PROCEDIMIENTO

1. El presente estudio es derivado del macroproyecto “Detección de psicopatología y derivación a atención de escolares en escuelas primarias públicas cuya investigadora principal es la Dra. Silvia Ortiz León. Con número de Registro. I13-01-0915 con fecha de aprobación por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan. N. Navarro” el 11 de noviembre de 2015.
2. La aprobación de este estudio “Detección de psicopatología y derivación a atención de escolares de 9 a 11 años en escuelas primarias públicas fue emitido por el Comité de Investigación y de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” con número de registro I13-01-0915-Td (Anexo 1).
3. Previo acuerdo y en coordinación con las autoridades escolares de primarias de la Zona 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 psiquiátricos que se presentan en la población infantil. Esta plática fue coordinada por el personal docente e impartida por los co-investigadores del macroproyecto y se realizó en días hábiles.
4. Se les realizó una 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 (Anexo 2) por la madre, padre o tutor, así como la Cédula para la recolección de datos sociodemográficos (Anexo 4).
5. Se realizó un listado de los menores cuyos padres aceptaron participar en este estudio. Se citaron en grupos para la aplicación de instrumentos de evaluación.

6. En la cita programada para el menor acompañado de padre, madre o tutor, se le entregó el documento de asentimiento informado para su firma (Anexo 3).
7. Se aplicó por un clínico entrenado en una sesión de aproximadamente 1 hora, la entrevista diagnóstica estructurada MINI-KID en versión electrónica (2000), así como el listado de síntomas para trastornos de eliminación, del lenguaje y del aprendizaje en una entrevista clínica psiquiátrica, realizando la entrevista en forma individual pero con presencia del responsable del menor.
8. Se realizó el vaciado de la información en una base de datos elaborada por la investigadora principal y se realizó el análisis estadístico.

G. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Actividad | Meses 2015-2016 | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------|--------|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-------|-------|-----|-----|
| | Julio | Agosto | Sep | Oct | Nov | Dic | Enero | Feb | Marzo | Abril | May | Jun |
| Elaboración de Protocolo | ■ | | | | | | | | | | | |
| Aprobación por Comités | | | | ■ | | | | | | | | |
| Recolección de la muestra | | | | | | | ■ | | | | | |
| Análisis de resultados | | | | | | | | | | ■ | | |
| Elaboración de informe final | | | | | | | | | | | ■ | |
| Entrega de resultados | | | | | | | | | | | ■ | ■ |

H. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

- a. **Cédula de recolección de datos sociodemográficos. (Anexo 4).** Instrumento creado por la investigadora principal 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 habita, números de hermanos, escolaridad de los padres,

ocupación de los padres, uso de servicios de salud 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 la investigadora principal, la solicitud de los datos sobre el uso de servicios y de antecedentes heredofamiliares psiquiátricos, ya que este dato se ha considerado de valor predictivo en cuanto a la presencia de psicopatología⁵³.

b. **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 y adolescentes. Está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10⁶¹⁻⁶². 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 esquizofrenia⁶³⁻⁶⁵. En la presente investigación la MINI-KID se usó para construir la variable de criterio, de manera categórica.

c. **Listado de síntomas para trastornos de eliminación, del lenguaje y del aprendizaje. (Anexo 6).** Se realizó un listado de síntomas de los trastornos de eliminación, del aprendizaje y del lenguaje en base a los criterios diagnósticos del DSM-IV⁶¹. Se usó en esta investigación para construir la variable de criterio de manera categórica.

I. ANALISIS ESTADISTICO.

SPSS versión 23. Se utilizará estadística descriptiva frecuencia.

J. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La información será obtenida por los investigadores con el manejo de confidencialidad de la información de los participantes lo cual queda asentado en los documentos de consentimiento y asentimiento informado (Anexos 3 y 4). Este tipo de estudio emplea el riesgo de datos a través de procedimientos comunes como entrevistas diagnósticas que corresponde al 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 Helsinki. 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.

Cuando se identificó psicopatología, se referiría a atención al menor (de acuerdo a severidad a los diferentes niveles de atención), mediante hoja de referencia, la cual se entregó en sobre cerrado al padre o tutor, indicándole la institución y dirección a dónde acudir.

Al final del estudio se realizó una retroalimentación con las autoridades de la zona de escuelas primarias al poniente de la Ciudad de México.

VIII. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

El presente estudio forma parte de un macroproyecto en donde se incluyen todos los alumnos inscritos de 1º a 6º en 3 escuelas primarias públicas en la zona poniente de la Ciudad de México. El total de alumnos inscritos en las tres escuelas es de 1352, sin embargo, de acuerdo a los procedimientos del estudio solo aceptaron participar en el presente estudio 463 padres de familia. De todos ellos, asistieron 256 alumnos a las entrevistas acompañados de su padre, madre o tutor legal, sin embargo se eliminó un sujeto por negarse a la firma del asentimiento informado, quedando una muestra incluida de 255 niños. Del total de la muestra, 12 niños tenían cinco años,

132 alumnos están entre los 6 a 8 años y 111 alumnos cumplían con la edad de 9 a 11 años, que es la muestra analizada en el presente estudio.

De los alumnos comprendidos entre la edad de 9 a 11 años, se encontró un 51 del género femenino (45.9%) y 60 alumnos masculinos (54.1%), (Tabla 1).

En cuestión de las personas con las que viven los menores, 13 niños (11.71%) viven solo un uno de los padres, 46 (41.44%) con ambos padres, con la familia extendida y ambos padres ocupan el 27.93% y solo uno de los padres y familia extendida el 17.12%. Solo se encontró 2 niños que vivían sin los padres y que estaban al cuidado exclusivo de la familia extensa (Tabla 1).

En relación a la presencia de hermanos en la familia, se encuentra que 35.14% tiene al menos un hermano, 33.33% dos hermanos y el 19.82% cuenta con tres o más hermanos, y solo 11.71% se consideró como hijo único (Tabla 1).

Con respecto a la escolaridad de los padres, predomina la educación secundaria entre ambos padres con un 46.8% y 40.5% respectivamente, solo una pequeña proporción tenían estudios de nivel licenciatura con un 3.6% y 1.8% (Tabla 1).

Concerniente a la ocupación de la madre, se observa predominantemente ocupación en el ámbito del hogar con un 57.7% y un 38.7% con alguna actividad económica. En cuanto a la ocupación del padre predominantemente fue desarrollando alguna actividad laboral en el 69.4%, 33 padres se desconoció la ocupación y solo el 0.9% se reconoció como ocupación en el hogar (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

| Edad y género de los alumnos entrevistados | | | | |
|---|-----------|--------------|-----------|--------------|
| N=111 | | | | |
| | Femenino | | Masculino | |
| | n= | % | n= | % |
| 9 años | 22 | 19.8% | 17 | 15.3% |
| 10 años | 13 | 11.7% | 22 | 19.8% |
| 11 años | 16 | 14.4% | 21 | 18.9% |
| TOTAL | 51 | 45.9% | 60 | 54.1% |
| Situación de alojamiento | | | | |
| | n= | | % | |
| <i>Niño vive sólo uno de los padres</i> | 13 | | 11.71% | |
| <i>Ambos padres</i> | 46 | | 41.44% | |
| <i>Ambos padres y Familia extendida</i> | 31 | | 27.93% | |
| <i>Uno de los padres y Familia Extendida</i> | 19 | | 17.12% | |
| <i>Sólo Familia Extendida</i> | 2 | | 1.80% | |
| Número de niños en la familia | | | | |
| <i>Un niño</i> | 13 | | 11.71% | |
| <i>Dos</i> | 39 | | 35.14% | |
| <i>Tres</i> | 37 | | 33.33% | |
| <i>Cuatro o más</i> | 22 | | 19.82% | |
| Escolaridad de los padres | | | | |
| | Madre | | Padre | |
| | n= | % | n= | % |
| <i>Se desconoce</i> | 5 | 4.5% | 32 | 28.8% |
| <i>Primaria</i> | 19 | 17.1% | 13 | 11.7% |
| <i>Secundaria</i> | 52 | 46.8% | 45 | 40.5% |
| <i>Media Superior</i> | 31 | 27.9% | 19 | 17.1% |
| <i>Licenciatura</i> | 4 | 3.6% | 2 | 1.8% |
| Ocupación de los padres | | | | |
| | Madre | | Padre | |
| | n= | % | n= | % |
| <i>Se desconoce</i> | 4 | 3.6% | 33 | 29.7% |
| <i>Empleado</i> | 36 | 32.4% | 74 | 66.7% |
| <i>Hogar</i> | 64 | 57.7% | 1 | 0.9% |
| <i>Negocio propio</i> | 7 | 6.3% | 3 | 2.7% |

El tipo de seguridad social predominante fue los otorgados por el gobierno del Distrito Federal a través del Seguro Popular con un 46.85%, seguido de IMSS con 32.43%, ISSSTE con 7.21% (Tabla 2).

En la situación de la vivienda predominantemente se encuentra que se comparte con la familia extensa en un 47.75%, rentada en 15.32% y hasta un 36.94% manifestaron contar con vivienda propia (Tabla 2).

Tabla 2. Seguridad social y características de la vivienda

| Servicio de Salud | | |
|---------------------------------------|----|--------|
| | n= | % |
| <i>IMSS</i> | 36 | 32.43% |
| <i>ISSSTE</i> | 8 | 7.21% |
| <i>Seguro Popular</i> | 52 | 46.85% |
| <i>Gratuidad</i> | 8 | 7.21% |
| <i>Sector Privado</i> | 2 | 1.8% |
| <i>No tiene el servicio</i> | 5 | 4.5% |
| Características de vivienda | | |
| <i>Vivienda propia</i> | 41 | 36.94% |
| <i>Rentada</i> | 17 | 15.32% |
| <i>Compartida con familia extensa</i> | 53 | 47.75% |

En la presente muestra se observó que el cuidado de los menores predominantemente es por la madre hasta en el 66.7%, seguido de los abuelos con un 12.6%, ambos padres en 9.9%, y otros familiares como hermanos, tíos u otros en el 9.9% (Tabla 3).

La escolaridad del cuidador primario del alumno fue secundaria en el 46.8%, seguida de la media superior en 27% y de primaria en el 22.5%. Solo el 1.8% de los cuidadores contaban con un nivel de licenciatura y en igual proporción se desconoció la escolaridad del cuidador (Tabla 3).

Tabla 3. Características del cuidador primario del alumno

| Cuidador primario del alumno | | |
|-------------------------------------|----|-------|
| | n= | % |
| <i>Padre</i> | 1 | 0.9% |
| <i>Madre</i> | 74 | 66.7% |
| <i>Ambos Padres</i> | 11 | 9.9% |
| <i>Abuelos</i> | 14 | 12.6% |
| <i>Hermanos</i> | 3 | 2.7% |
| <i>Tíos</i> | 5 | 4.5% |
| <i>Otros</i> | 3 | 2.7% |
| Escolaridad del cuidador | | |
| <i>Se desconoce</i> | 2 | 1.8% |
| <i>Primaria</i> | 25 | 22.5% |
| <i>Secundaria</i> | 52 | 46.8% |
| <i>Media Superior</i> | 30 | 27.0% |
| <i>Licenciatura</i> | 2 | 1.8% |

ANTECEDENTES DE PSICOPATOLOGÍA EN LA FAMILIA

En relación sobre el consumo actual o pasado de sustancias psicoactivas tanto legales como ilícitas, se encontró que la sustancia con mayor frecuencia de consumo fue el tabaco en el padre con 36%, seguida por otros familiares en el 17.1% y la madre con un 13.5%. Mientras que el consumo de etanol el padre resaltó con un 27%, seguido por otros familiares en el 9.9% y la madre solo con el 2.7%. Para el consumo de sustancias ilícitas se identificó consumo primordialmente en tíos con 5.4%, seguido por 1.8% por padre y 1.8 por otros familiares (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencias uso actual o pasado de sustancias psicoactivas en familiares

| | Tabaquismo | | Etanol | | Otras sustancias | |
|-------------------------|-------------------|-------|---------------|-------|-------------------------|------|
| | n= | % | n= | % | n= | % |
| Familiar | | | | | | |
| <i>Padre</i> | 40 | 36.0% | 30 | 27.0% | 2 | 1.8% |
| <i>Madre</i> | 15 | 13.5% | 3 | 2.7% | - | - |
| <i>Hermanos</i> | 3 | 2.7% | 1 | 0.9% | - | - |
| <i>Primos</i> | 2 | 1.8% | 2 | 1.8% | 1 | 0.9% |
| <i>Tíos</i> | 6 | 5.4% | 8 | 7.2% | 6 | 5.4% |
| <i>Otros familiares</i> | 19 | 17.1% | 11 | 9.9% | 2 | 1.8% |

Los antecedentes heredofamiliares psiquiátricos de reportó que los problemas conductuales predominan en hermanos con un 7.27%, seguido con 3.64% tanto para los primos como para los tíos. Los conflictos con la ley fueron reportados en los tíos en 4.5% seguido por padre, hermanos, primos y otros familiares en solo 0.9% cada uno.

Los trastornos psiquiátricos como depresión registro en otros familiares con un 10.8%, mientras que en la madre correspondió un 8.1% y para el padre 1.8%. Los tíos reportaron una frecuencia de 4.5% solo seguido tras los hermanos en un 3.6%.

La ansiedad fue reportada en menor proporción, sin embargo nuevamente ocupó la mayor frecuencia otros familiares con un 4.5%, seguido por otros familiares en rangos de 1.8 a 2.7%. Otros trastornos se identificaron en 4.5% del total, con una predominancia nuevamente en los tíos con un 2.7%, seguido de otros familiares y hermanos en el 1.8% (Tabla 5).

Tabla 5. Frecuencias de antecedentes de problemas conductuales o psiquiátricos en familiares

| | Conducta | | Ley | | Depresión | | Ansiedad | | Otros Trastornos | |
|-----------------|----------|-------|-----|------|-----------|-------|----------|------|------------------|------|
| | n= | % | n= | % | n= | % | n= | % | n= | % |
| <i>Padre</i> | 0 | 0 | 1 | 0.9% | 2 | 1.8% | 2 | 1.8% | 0 | 0 |
| <i>Madre</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 8.1% | 3 | 2.7% | 1 | 0.9% |
| <i>Hermanos</i> | 8 | 7.27% | 1 | 0.9% | 4 | 3.6% | 2 | 1.8% | 2 | 1.8% |
| <i>Primos</i> | 4 | 3.64% | 1 | 0.9% | 1 | 0.9% | 0 | 0 | 1 | 0.9% |
| <i>Tíos</i> | 4 | 3.64% | 5 | 4.5% | 5 | 4.5% | 3 | 2.7% | 3 | 2.7% |
| <i>Otros</i> | 1 | 0.9% | 1 | 0.9% | 12 | 10.8% | 5 | 4.5% | 2 | 1.8% |

FRECUENCIAS DE PSICOPATOLOGÍA

Se registró que de los 111 alumnos evaluados, solo 11 (9.9%) refirieron estar recibiendo algún tipo de atención médica psicológica o psiquiátrica, pero solo 8 alumnos (7.27%) conocía el diagnóstico por el cual era tratado. De estos el 4.5% correspondía a trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 2.7% a trastorno de ansiedad generalizada.

De los 111 alumnos que se integraron a este estudio, solo 26 (23.42%), no cumplieron para ningún trastorno psiquiátrico. Cuando solo se considera la entrevista diagnóstica estructurada como único instrumento, esto aumenta a 33 alumnos sin patología

(29.72%), lo que nos lleva a que al menos el 70% de la población contemplada entre 9 a 11 años cuenta con al menos un diagnóstico psiquiátrico. La media del número de diagnósticos presentes en los niños fue de 2.36 (DE± 2.39). Cuando se clasifica de acuerdo al instrumento empleado, se reporta con el MINI-KID una media de 2.03 diagnósticos (DE ± 2.04), los trastornos de eliminación presentan la media de 0.06 (DE ±0.24), los trastornos del lenguaje reportan una media de 0.06 (DE± 0.34) y los trastornos del aprendizaje se encontró una media de 0.47 (DE ± 0.82).

De acuerdo a los resultados diagnósticos de la entrevista diagnóstica estructurada MINI-KID, el diagnóstico con mayor frecuencia fue el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con 44 alumnos (36.64%), seguido del trastorno negativista y desafiante con un 27.03% y las fobias específicas con un 21.62%. En menor proporción se encontró el trastorno por ansiedad de separación en 17.12%, Agorafobia en el 13.51 % y el trastorno de ansiedad generalizada con un 10.81%. La sintomatología afectiva se ubicó detrás de los trastornos de ansiedad, con el trastorno depresivo mayor en 11 alumnos (9.91%) y la distimia con 8.11% (Tabla 6).

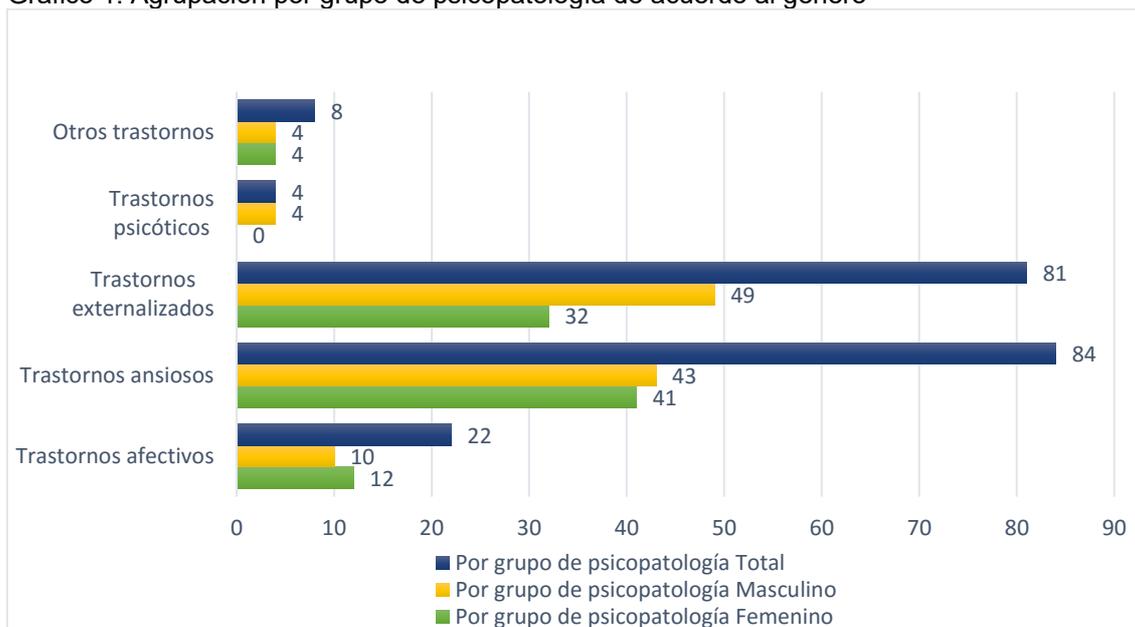
Cuando se concentran por grupo de psicopatología, se observa una mayor proporción de trastornos externalizados en el sexo masculino (44.14% vs 28.82% respectivamente). Asimismo, los trastornos ansiosos se presentaron con mayor frecuencia en varones (38.73% vs 36.96% en mujeres); los trastornos afectivos en cambio se encontró mayor frecuencia en mujeres con 10.81% comparado con los varones en el 9.01% (Tabla 6).

El riesgo suicida se reportó en 29 sujetos (26.13%), a diferencia de otros trastornos como Abuso/dependencia de etanol u otras sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, que no se reportaron casos.

Tabla 6. Frecuencias de las categorías del MINI-KID diagnosticadas a los niños que participaron en el estudio

| | Femenino | | Masculino | | Total | |
|--|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Por categoría diagnóstica | | | | | | |
| <i>Trastorno depresivo mayor</i> | 7 | 6.31% | 4 | 3.60% | 11 | 9.91% |
| <i>Riesgo de suicidio</i> | 16 | 14.41% | 13 | 11.71% | 29 | 26.13% |
| <i>Trastorno distímico</i> | 4 | 3.60% | 5 | 4.50% | 9 | 8.11% |
| <i>Trastorno bipolar</i> | 1 | 0.90% | 1 | 0.90% | 2 | 1.80% |
| <i>Trastorno de angustia</i> | 2 | 1.80% | 1 | 0.90% | 3 | 2.70% |
| <i>Agorafobia</i> | 11 | 9.91% | 4 | 3.60% | 15 | 13.51% |
| <i>Trastorno de ansiedad de separación</i> | 10 | 9.01% | 9 | 8.11% | 19 | 17.12% |
| <i>Fobia Social</i> | 4 | 3.60% | 4 | 3.60% | 8 | 7.21% |
| <i>Fobia específica</i> | 10 | 9.01% | 14 | 12.61% | 24 | 21.62% |
| <i>Trastorno obsesivo compulsivo</i> | 0 | 0 | 1 | 0.90% | 1 | 0.90% |
| <i>Trastorno por estrés postraumático</i> | 1 | 0.90% | 1 | 0.90% | 2 | 1.80% |
| <i>Abuso/dependencia de etanol</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Abuso/dependencia de sustancias</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Trastorno de tics</i> | 1 | 0.90% | 3 | 2.70% | 4 | 3.60% |
| <i>TDAH</i> | 18 | 16.22% | 26 | 23.42% | 44 | 39.64% |
| <i>Trastorno disocial</i> | 1 | 0.90% | 6 | 5.41% | 7 | 6.31% |
| <i>Trastorno negativista desafiante</i> | 13 | 11.71% | 17 | 15.32% | 30 | 27.03% |
| <i>Trastornos psicóticos</i> | 0 | 0 | 4 | 3.60% | 4 | 3.60% |
| <i>Anorexia nervosa</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Bulimia nervosa</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Trastorno de ansiedad generalizada</i> | 3 | 2.70% | 9 | 8.11% | 12 | 10.81% |
| <i>Trastornos adaptativos</i> | 3 | 2.70% | 1 | 0.90% | 4 | 3.60% |
| Por grupo de psicopatología | | | | | | |
| <i>Trastornos afectivos</i> | 12 | 10.81% | 10 | 9.01% | 22 | 19.82% |
| <i>Trastornos ansiosos</i> | 41 | 36.96% | 43 | 38.73% | 84 | 75.67% |
| <i>Trastornos externalizados</i> | 32 | 28.82% | 49 | 44.14% | 81 | 72.97% |
| <i>Trastorno por consumo de sustancias</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Trastornos psicóticos</i> | 0 | 0 | 4 | 3.60% | 4 | 3.60% |
| <i>Otros trastornos</i> | 4 | 3.60% | 4 | 3.60% | 8 | 7.21% |

Gráfico 1. Agrupación por grupo de psicopatología de acuerdo al género



Los datos reportados en el listado de síntomas de acuerdo a criterios del DSM-IV en los trastornos del lenguaje solo se encontró 0.9% de trastorno del lenguaje expresivo y 0.9% de Tartamudeo, mientras que lo más frecuente fue el trastorno fonológico en el 4.5% (Tabla 7).

En lo que respecta a los trastornos del aprendizaje, se encontró una mayor frecuencia en los trastornos del cálculo en el sexo femenino (11.7% vs 10.8% en varones) siendo este el trastorno más prevalente del aprendizaje con un total de 25 sujetos (22.5%). En segundo lugar, se ubicó el trastorno de la Escritura con 14.4% total (sexo femenino 8.1% vs 6.3% sexo masculino). El trastorno de la lectura se encontró casi en la misma proporción en ambos géneros con un total de 9.9% (Tabla 7).

Los trastornos de eliminación se encontraron en pocos alumnos, encontrando la enuresis en el 4.5% de la muestra total y la Encopresis exclusivamente en el sexo masculino con el 1.8% (Tabla 7).

Tabla 7. Frecuencias de los trastornos de lenguaje, eliminación y aprendizaje de acuerdo al listado de síntomas del DSM-IV.

| | Femenino | | Masculino | | Total | |
|---|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | n= | % | n= | % | N= | % |
| Trastorno del Lenguaje | | | | | | |
| <i>Trastorno del Lenguaje Expresivo</i> | 0 | 0 | 1 | 0.9% | 1 | 0.9% |
| <i>Trastorno Fonológico</i> | 3 | 2.7% | 2 | 1.8% | 5 | 4.5% |
| <i>Tartamudeo</i> | 0 | 0 | 1 | 0.9% | 1 | 0.9% |
| Trastornos del aprendizaje | | | | | | |
| <i>Trastorno de Lectura</i> | 6 | 5.4% | 5 | 4.5% | 11 | 9.9% |
| <i>Trastorno del Cálculo</i> | 13 | 11.7% | 12 | 10.8% | 25 | 22.5% |
| <i>Trastorno de la Escritura</i> | 9 | 8.1% | 7 | 6.3% | 16 | 14.4% |
| Trastornos de eliminación | | | | | | |
| <i>Enuresis</i> | 3 | 2.7% | 2 | 1.8% | 5 | 4.5% |
| <i>Encopresis</i> | 0 | 0 | 2 | 1.8% | 2 | 1.8% |

IX. DISCUSIÓN

El presente trabajo resalta la necesidad de tener prevalencias de los trastornos psiquiátricos en población abierta e infantil para poder hacer una planeación de estrategias y considerar las necesidades del servicio de salud mental en esta población. Esto debido a la alta frecuencia de trastornos psiquiátricos que se encontró en una población escolar.

Durante el presente estudio se observó la aceptación de los padres para participar solo correspondió al 34.24% (n=453) del universo total (N=1352), y de los que consintieron su colaboración concluyeron el 55% de los alumnos, solo con una deserción de un participante por negarse a la firma del asentimiento. La muestra contemplada para este estudio fue el 23.97% de los participantes originalmente contemplados (n=463), con una tasa de respuesta de los padres del 43%.

En relación a la frecuencia de los diagnósticos que se obtuvieron por el MINI-KID, se encuentra en nuestra muestra cifras mayores a las reportadas en la literatura internacional, dado que el trastorno de ansiedad de separación se encontró en el 17.12% de los alumnos, mientras que en la literatura mundial se han encontrado prevalencias para cualquier trastorno de ansiedad en el 6.5%³⁴. Los trastornos afectivos se encontró el 9.9% de trastorno depresivo mayor y de 8.11% para distimia cuando igualmente otros estudios encuentran una prevalencia del 2.6%³⁴. Además

de ubicar a los trastornos de conducta en un rango menor al hallado en este estudio ya que fueron los de más alta frecuencia como el TDAH en el 39.64%, mientras que en otros reportes lo estiman en el 3.4%³⁴. Estas variaciones pueden deberse al instrumento empleado para la evaluación comparado con los reportes internacionales, asimismo hay que considerar que para el presente estudio se empleó una muestra escolar, lo que no se puede suponer representativa de nuestra población, ya que no se hizo un cálculo de muestra probabilística. Cuando se comparan los resultados obtenidos con estudios en México pero en población de 12 a 17 años⁵⁷, se obtienen cifras similares a las reportadas ya que encuentran 29.8% los trastornos de ansiedad, el 7.2% en los trastornos del ánimo y el 15.3% en trastornos por control de impulsos donde integran el TDAH, trastorno de conducta y trastorno negativista desafiante. En ese mismo estudio, encuentran que el trastorno más frecuente fueron las fobias específicas que en nuestro estudio ocupó el segundo lugar en frecuencia con el 21.62%, solo detrás de los trastornos externalizados, que también concuerda con los datos de la ENEP 2011 donde las fobias ocupan el primer lugar en prevalencia de trastornos psiquiátricos en adultos⁷⁰.

Los resultados de 2 alumnos que reportaron trastorno bipolar, deberían tomarse con reserva pese a que se consideran dentro del rango de prevalencia mundial del 2.1%, esto debido a que mucho del comportamiento de trastornos externalizados podría simular un trastorno afectivo tipo bipolar, por lo que estos alumnos ameritarían una evaluación más detallada, por lo que se decidió eliminar del grupo de trastornos afectivos.

La prevalencia de enuresis va decreciendo con la edad. Así algunos estudios reportan un 7% alrededor de los 5 años de edad. Sin embargo, estas tasas de prevalencia varían dependiendo de la población estudiada y la tolerancia de los síntomas en las diferentes culturas y grupos socioeconómicos⁷¹. Para la Encopresis igualmente va disminuyendo su incidencia con el progreso de la edad del niño, así encontramos que entre los 7 y 8 años la frecuencia es del 1.5% en niños y de 0.5% en niñas⁷¹. En nuestra muestra se encontró una frecuencia para enuresis del 4.5% y de Encopresis exclusivamente en el sexo masculino con el 1.8%. Sin embargo en estos alumnos no se había realizado una evaluación médica de este problema, por lo que no se podría descartar que existieran causas médicas primarias que expliquen esta frecuencia.

La prevalencia de trastornos del lenguaje sin alteraciones neurológicas ni genéticas es de aproximadamente de 2-3%, en lo que respecta a nuestra muestra encontramos

una frecuencia de hasta 4.5% de trastorno fonológico que en proporción a estos parámetros^{72, 73}.

Los trastornos del aprendizaje se han reportado aproximadamente en el 5% en la infancia⁷³, aunque en nuestra muestra se encontró hasta una frecuencia el trastorno del cálculo con el 22.5%. Aunque estos datos habría que tomarlos con reserva ya que se realizó solo un chequeo del listado de síntomas de acuerdo a los criterios del DSM-IV, sin realizar una prueba estandarizada por lo que se sugiere tomar este dato con reserva.

En las últimas décadas, las sociedades occidentales contemporáneas han experimentado cambios de diferentes dimensiones tanto en lo económico, social y cultural. La familia como institución básica de reproducción social ha sido parte de estas transformaciones⁶⁶. Esto puede observarse en que las familias nucleares (que se componen de jefe, cónyuge e hijos, o jefe e hijos) representa el 53.15% que contrasta con la información de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, en la que encontró una prevalencia de 68.6%. Mientras que para los hogares familiares extensos (hogar nuclear al que se agregan otros parientes o no pacientes) se encontró en esta muestra 45.05% mientras que ENADID reportó el 31.3%⁶⁷.

La escolaridad de los padres se encontró en esta muestra con un predominio de escolaridad Secundaria con el 46.8% para las madres y de 40.5% para los padres, lo que ubica en mayor escolaridad a estos padres en comparación con los datos de la ENADID en los que solo se encontró el 20.2% para mujeres y 25.7% para los padres. En esa misma encuesta el porcentaje mayor lo ubico la escolaridad primaria tanto para hombres como para mujeres (32.5% vs 37.1% respectivamente)⁶⁷.

Las condiciones de actividad económica y de ocupación de la jefa(e), así como del resto de los integrantes del hogar, están estrechamente relacionadas con las condiciones socioeconómicas del grupo familiar completo, ya que el jefe del hogar no es siempre el principal sostén económico. Adicionalmente, la precariedad de las condiciones laborales obliga a que el sostenimiento de los hogares sea una responsabilidad compartida entre dos o más de los miembros del hogar que se encuentran en edad de trabajar, primordialmente los padres. Según datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) al tercer trimestre de 2015, del total de hogares los padres eran activos económicamente en el 85%, mientras que las mujeres desarrollaban una actividad económica en el 53.4%. En nuestra muestra

destaca que la principal actividad de las madres es en el ámbito del hogar con un 57.7%, teniendo una actividad económica solo en el 39.7%. Respecto a los padres activos económicamente se encontró en un 69.4%, desconociendo si se desempeñaba alguna actividad laboral en el 29.7% y solo el 0.9% de los jefes de familia masculino se dedicada al hogar, por lo que todavía se observa que el sostén económico de la familia reside primordialmente en la figura masculina⁶⁸.

La frecuencia de consumo de sustancias ilícitas en familiares de los alumnos entrevistados se encontró en un 9.9% global, que es mucho mayor a lo reportado en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 de 2.8% en adultos mayores de 18 años⁶⁹. En el uso actual o pasado de tabaco, se encontró una alta frecuencia en el padre con el 36%, seguido por la madre con un 13.5%. Estos datos son congruentes a los reportados en la ENA 2011, donde se reportó una prevalencia global de 23.6%, con una mayoría en los varones con el 34.6% y las mujeres con el 13.5%⁶⁹.

Para el consumo de etanol, el consumo por el padre fue de 27%, reportando las madres solo un 2.7%. Contrastan estos datos encontrados en nuestra muestra con la ENA 2011, donde se reporta que la población adulta hasta el 77.1% ha consumido alcohol alguna vez en la vida, y la prevalencia de consumo en el último año fue de 55.7%. Esto puede deberse a que solo se interrogó si se consumía esta sustancia, no especificando tiempo, cantidad, ni temporalidad, lo que posiblemente contribuyó a un sesgo⁶⁹.

En los datos reportados con respecto a la depresión se encontró primordialmente en las madres con un 8.1% mientras que los trastornos de ansiedad se reportaron en el 2.7%. Esto es mucho menor a lo encontrado en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2011 donde encuentran una frecuencia del 14.3% para los trastornos de ansiedad y de 9.1% para los trastornos afectivos⁷⁰.

X. CONCLUSIONES

- El 76.58% de la muestra reportó al menos un trastorno psiquiátrico, por lo que el 23.42% no reportó ningún trastorno psiquiátrico
- Los trastornos externalizados ocupan el primer lugar de frecuencia con el 39.64% para TDAH y el 27.03% en el trastorno negativista desafiante.
- En los trastornos internalizados predominaron los trastornos de ansiedad,

principalmente la fobia específica con un 21.62%, seguido del trastorno de ansiedad de separación con el 17.12%, y para el trastorno de ansiedad generalizada se presentó en el 10.81%. Los trastornos afectivos se encontraron en tercer lugar como dimensión diagnóstica, encontrándose el 9.9% para el trastorno depresivo mayor y el 8.11% para el trastorno distímico.

- En los trastornos del lenguaje como grupo se reportó el 6.3%. Los trastornos de eliminación en el 6.3%, y los trastornos del aprendizaje en el 46.84%; sin embargo estos últimos ameritan una evaluación a detalle con instrumentos estandarizados y más específicos para una evaluación más minuciosa.
- De la muestra escolar de 111 niños entre los 9 a 11 años, el 45.9% correspondía al sexo femenino y el 54.1% al masculino. De esta muestra el 98.2% vivían con al menos uno de los padres, y en el 88.29% tenían por lo menos un hermano.
- El 95.5% de la muestra contaba con algún servicio de seguridad social, de este el que mayor frecuencia se empleó, fue el del seguro popular y gratuidad.
- Las madres mexicanas, en esta muestra, siguen siendo las cuidadoras primarias de los niños de esta muestra en el 66.7%, pese a que gran parte desempeñan alguna actividad laboral.
- El consumo de etanol y tabaco en familiares de primer grado fue alto, hasta del 36% predominantemente en el padre, seguido de otros familiares en segundo grado.
- De los 111 alumnos encuestados, solo el 9.9% manifestaron estar acudiendo a un servicio de salud mental, pese a que el 70.28% cuenta con al menos un diagnóstico de acuerdo a los instrumentos empleados.

LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Entre las limitaciones se encuentra el tipo y tamaño de la muestra, debido a que solo se empleó una población escolar de una zona determinada de la Ciudad de México, lo que puede ocasionar sesgos por el tipo de población estudiada, ya que no puede considerarse una muestra representativa de la población de esta área; esto también debido a que pueden existir factores económicos, sociales, familiares que influyan en la ausencia o no de psicopatología, así como la gravedad y el acceso a los servicios de salud. Asimismo aunque el instrumento empleado para la entrevista (MINI-KID), ha demostrado confiabilidad, sensibilidad y validez interevaluador; se ha observado

que en otros estudios pueden variar sus resultados en comparación con otros instrumentos de entrevista diagnóstica. Sin embargo se necesitan mejores instrumentos para disminuir los sesgos.

En la evaluación de los trastornos de eliminación, aprendizaje y lenguaje se empleó el listado de síntomas de acuerdo al DSM-IV, por lo que solo es una estimación de la problemática que vive en este momento esa población, y se requiere una valoración estandarizada y específica para determinar si existe o no el trastorno de aprendizaje y la gravedad del mismo.

En las fortalezas de este estudio, se destaca a la población que contempla, revisando un muestreo de participantes entre 9 a 11 años en un ambiente escolar, y que evalúa parámetros sociodemográficos y antecedentes heredofamiliares de una zona urbana en la Ciudad de México. Este planteamiento no ha sido estudiado mediante esta metodología. Además de que la aplicación de los instrumentos fue primordialmente por personal de salud mental especializado en psiquiatría infantil y de la adolescencia. Otra fortaleza es que el método del estudio es replicable factiblemente y otorga gran cantidad de información en investigación, por lo que puede ser llevado a cabo por otros equipos de investigación, aunque cabe resaltar la necesidad del trabajo interinstitucional.

Otra fortaleza de índole social, es que es un estudio donde se reportan frecuencias en edades de 9 a 11 años en una población escolar en un medio urbano, lo que nos puede dar un panorama sobre los retos que enfrenta la salud pública y las necesidades de los servicios de atención de salud mental para esta población. Esto nos da una aproximación en el conocimiento del estatus de los diagnósticos psiquiátricos en población abierta, lo que nos vale como un antecedente para futuras investigaciones.

REFERENCIAS.

1. Kastrup MC, Ramos AB. Global mental health. Dan Med Bull. 2007;54(1):42-3.
2. Saraceno B. The WHO World Health Report 2001 on mental health. Epidemiol Psichiatr Soc. 2002;11(2):83-7.
3. World Bank. World Development Indicators 2003. Washington, DC: The World Bank; 2003.

4. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005;15(4):357-76.
5. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12 – month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51(1):8-19.
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. Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, Keller MB. Chronicity, relapse, and illness—course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depress Anxiety.* 2003;17(3): 173-9.
8. Vos T, Mathers C, Herrman H, Harvey C, Gureje O, Bui D, et al. The burden of mental disorders in Victoria, 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36(2): 53-62.
9. Ustün TB. The global burden of mental disorders. *Am J Public Health.* 1999;89(9): 1315-8.
10. López AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet.* 2006;367(9524):1747-57.
11. Belfer M. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problema across the globe. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008; 49(3) : 226–236.
12. Costello J. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2005; 44: 10, 972-86.
13. Jensen P, Hoagwood K, Petti T. Outcomes of mental health care for children and adolescents. II: Literature review and application of a comprehensive model. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35 (8): 1064-77.

14. World Health Organization. Atlas Child and Adolescent Mental Health Resources Global Concerns: Implications for the Future. World Health Organization, Geneva. 2005.
15. Ford T, Hamilton H, Seltzer H, et al. Predictors of service use for mental health problems among British schoolchildren. *Child & Adolescent Mental Health* 2008; 13 (1): 32-40.
16. Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule W. Attainment and adjustment in two geographical areas: I. The prevalence of psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 1975;126:493-509.
17. Garralda ME, Bailey D. Child and family factors associated with referral to child psychiatrics. *Br J Psychiatry* 1988;153:81-89.
18. Weisz JR, Weiss B. Studying the “referability” of child clinical problems. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:266-273.
19. Ollendick TH, Yang B, King NJ, Dong Q, Akande A. Fears in American, Australian, Chinese, and Nigerian children and adolescents: A cross-cultural study. *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37:213-220.
20. Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, & Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences. I: A 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol.* 1998: 107, 128–140.
21. Scott S, Knapp M, Henderson J. Financial cost of social exclusion: Follow-up study of anti-social children into adulthood. *BMJ.* 2001: 322, 191–195
22. Romeo R, Byford S, Knapp M. Annotation: Economic evaluations of child and adolescent mental health interventions: A systematic review. *J Child Psychol Psychiatry.* 2005: 46, 919–930.
23. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadulla M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry.* 1998;155, 493–498.
24. Knapp M, Scott S, Davis J. The cost of antisocial behavior in younger children. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2000;4, 457–473.
25. Egger HL, Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: Stomachaches, musculoskeletal pains, and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38, 852–860.

26. Byford S, Harrington R, Torgerson D, Kerfoot M, Dyer E, et al. Cost-effectiveness analysis of a home-based social work intervention for children and adolescents who have deliberately poisoned themselves. Results of a randomized control study. *Br J Psychiatry*. 1999;154, 156–162
27. Knapp M, McCrone P, Fombonne E, Beecham J, Wostear G. The Maudsley long-term followup of child and adolescent depression: 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. *Br J Psychiatry*. 1999;180, 19–23.
28. Leibson CL, Long KH. Economic implications of attention-deficit hyperactivity disorder for healthcare systems. *Pharmacoeconomics*. 2003;21, 1239–1262.
29. Szatmari P. Editorial. More than counting milestones in child and adolescent psychiatric epidemiology. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2009; 48 (4): 353-355.
30. Christie K A, Burke J D, Regier D A, et al. Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *Am J. Psychiatry* 1988; 145: 971-5.
31. Burke K C, Burke J D, Regier D A, et al. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch. Gen. Psychiatry* 1990; 47: 511-8.
32. Rutter M. Epidemiological approaches to developmental Psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:486-495.
33. Hofstra MB, der Ende JV, Verhulst FC. Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: A 14-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(7):850-858.
34. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*, 2009;11: 7–20.
35. World health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization, 2001.
36. Alyahri A, Goodman R. The prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among 7–10 year old Yemeni school-children. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43:224-230.

37. Mullick MS, Goodman R. The prevalence of psychiatric disorders among 5–10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh: an exploratory study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40:663–671
38. Goodman R, Slobodskaya H, Knyazev G. Russian child mental health— a cross-sectional study of prevalence and risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2005;14:28–33
39. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(10):1203-1211.
40. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(8):837-844.
41. Green H, McGinnity A, Meltzer H, Ford T, Goodman R. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. Newport, UK: Office for National Statistics; 2005.
42. Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics* 2010;125(1):75-81.
43. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(4):372-380.
44. Murray CJ, López AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard University Press; 1996.
45. Canino G, Shrout P, Rubio-Stipec M, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 85-93.
46. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. The prevalence of Child psychiatric disorders in South East Brazil. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 727-34.
47. De la Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. IV: desórdenes

- psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2004; 42 (4): 259-72.
48. Earls F. Epidemiology and child psychiatry: future prospects. *Compr Psychiatry*. 1982;23:75-84.
49. Brauner CB, Stephens CB. Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: challenges and recommendations. *Public Health Rep*. 2006;121:303-310.
50. Fergusson DM, Horwood LJ. The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35:287-296.
51. Goodman SH, Hoven CW, Narrow WE, et al. Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: the National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33:162-173.
52. Buka SL, Monuteaux M, Earls F. The epidemiology of child and adolescent mental disorders. In: Tsuang MT, Tohen M, eds. *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. 2nd ed. New York, NY: John Wiley and Sons Inc; 2002:629-655.
53. Merikangas KR, Avenevoli S. Epidemiology of mood and anxiety disorders in children and adolescents. In: Tsung MT, Tohen M, eds. *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, 2nd Edition. New York, NY: Wiley-Liss; 2002:657-704
54. Parry-Langdon N, Clements A, Fletcher D, Goodman R. *Three Years On: Survey Of the Development and Emotional Well-Being of Children and Young People*. Newport, UK: Office for National Statistics; 2008.
55. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Encuesta Intercensal EIC 2015*. Base de datos. México, 2016
56. Benjet C, Borges G, Medina-Mora Me, Fleizbautista C, Zambrano J: La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica Mex*. 2004;46(5):417-424.
57. 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* 2008; 50 (4): 386-95.
58. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M E, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2009;31:155-163
59. 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.
60. 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.
61. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revised, Plus (DSM IV- TR, Plus, CD Rom Version). Washington DC: Author; 2000.
62. Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992
63. 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.
64. 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.
65. Barragán-Pérez E, De La Peña-Olvera F, Ortiz-León S, Ruiz-García M, Hernández-Aguilar J, Palacios-Cruz L, Et Al. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2007; 64: 326-343.
66. CEPAL, "Hacia un perfil de la familia actual en Latinoamérica y El Caribe" en *Cambios en el perfil de las familias: la experiencia regional*, Santiago de Chile, CEPAL, 1993, pp. 17-65.

67. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014. Base de datos. México, INEGI
68. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Tercer Trimestre). Base de datos. México, INEGI.
69. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública. (2012c). Encuesta Nacional de Adicciones 2011
70. Medina ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16.
71. Reiner W: Pharmacotherapy in the management of voiding and storage disorders, including enuresis and Encopresis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:491-498.
72. Narbona J. El lenguaje del niño y sus perturbaciones. In Fejerman N, Fernández-Álvarez E, eds. *Neurología pediátrica*. 2 ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1997. p. 683-93.
73. Peralta MF, Narbona J. Retrasos del desarrollo verbal y problemas de aprendizaje escolar: estudio longitudinal. *Bordón* 1991; 43: 285-98.
74. Lagae L. Learning Disabilities: Definitions, Epidemiology, Diagnosis and Intervention Strategies. *Pediatr Clin N Am* 2008; 55: 1259-1268.

ANEXO 1



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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/954/0516
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: **Detección de psicopatología y derivación a atención de escolares de 10 a 13 años en escuelas primarias públicas**
No. Registro: **II3-01-0915-Td**
Tesis de: **Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente.**
Tesis de: **Carmen Torres Mata**

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

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad de México, a _____ de _____ de 2016.

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".

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

El procedimiento inicia con una reunión con los padres que tengan hijos en la 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 esta 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 esta 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 código de letras y números, 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 hij@ requiera atención especializada, se le entregará un documento para acudir a una institución específica. La información se entregará en sobre cerrado y debidamente rotulado con la dirección a donde acudir, en el momento de la entrega del sobre, estará a su disposición el investigador que entrevisto 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 del investigador que recaba.

Nombre y firma de testigo.

Nombre y firma de investigador testigo.

ANEXO 3

ASENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad de México, a _____ de _____ de 2016.

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 esta 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, porque 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 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 que te hemos explicado. La información que nos digas, se registrará usando solo letras y números, por tanto, serán **anónimas**, quedando resguardado tú 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 ó puedes dirigirte a la Dra. Armida Granados Rojas, responsable del proyecto 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.

Puedes retirarte del estudio en cualquier momento sin que esto te perjudique a ti, ó a tu mamá, papá 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

Nombre y firma del niño@

Nombre y firma del investigador que recaba.

Nombre y firma de testigo.

Nombre y firma de investigador testigo.

ANEXO 4

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? _____

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

También está disponible gratuito a través del "Medical Outcome Systems, Inc" en 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

| | MÓDULO | PERIODO EXPLORADO | CUMPLE LOS CRITERIOS | DSM IV | CIE 10 |
|--------------|---|----------------------|-------------------------|--------|--------|
| W.I | Enuresis | 12 meses | | 307.6 | F 98.0 |
| W.II | Encopresis | 12 meses | | 307.7 | F 98.1 |
| X.I | T. del lenguaje expresivo | 12 meses | | 315.31 | F 80.1 |
| X.II | T. mixto del lenguaje receptivo- expresivo | 12 meses | | 315.31 | F 80.2 |
| X.III | T. fonológico | 12 meses | | 315.39 | F 80.0 |
| X.IV | Tartamudeo | 12 meses | | 307.01 | F 98.5 |
| Y.I | T. lectura | 12 meses | | 315.00 | F 81.0 |
| Y.II | T. del cálculo | 12 meses | | 315.1 | F 81.2 |
| Y.III | T. expresión escrita | 12 meses | | 315.2 | F 81.8 |

ANEXO 7

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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

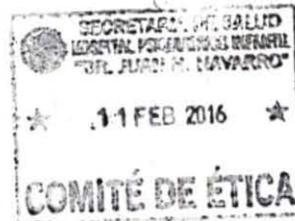
Por medio de la presente le comunico que la última revisión realizada a los documentos de consentimiento y asentimiento pertenecientes al proyecto "**Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 a 13 años en escuelas primarias públicas**", cumplen con los requisitos normativos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

