



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

Facultad de Medicina



**Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**

**Psicopatología Infantil en Niños de 0 A 12 años que  
Asisten a un Centro de Salud Mental**

Tesis que para obtener el diploma como Especialista en Psiquiatría

presenta:

**DRA ROSA AMELIA JUÁREZ GONZÁLEZ**

TUTORA: M EN C. VIRGINIA BARRAGÁN PÉREZ

MÉXICO, D. F.

AGOSTO 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

1. Marco teórico.....	1
2. Pregunta de investigación .....	18
3. Justificación.....	18
4. Objetivo.....	19
5. Metodología.....	20
6. Resultados.....	21
7. Discusión.....	25
8. Conclusiones .....	27
9. Referencias.....	29

## **1. Marco teórico**

### **Desarrollo infantil**

El desarrollo humano se ha estudiado desde diferentes ángulos y teorías. Debido a que cada investigador ha puesto énfasis en un área determinada, se han propuesto varias teorías de cómo el ser humano va adquiriendo ciertas capacidades cognitivas y psíquicas para lograr un adecuado crecimiento. Esto no se puede desarticular de lo ambiental pues se considera que los seres humanos son entidades bio-psico-sociales (Kaplan, 2000).

Partir de la premisa de que el ser humano es un ser bio-psico-social implica asumir que desde el momento de la gestación inicia el desarrollo. Así debe existir un ambiente intrauterino estable una buena salud de la madre, alimentación adecuada y tranquilidad emocional, lo cual favorecerá un apropiado crecimiento fetal y un buen vínculo madre-hijo (Dolto, 1986). Si el nacimiento se realiza sin ninguna complicación el bebé iniciará su desarrollo cognitivo y psíquico que paulatinamente favorecerá que se integre a su núcleo familiar y social. (Kaplan, 2000)

En este sentido, para poder entender la psicopatología infantil se hace necesario tener una idea general del desarrollo humano. Para ello se mencionan a continuación aspectos importantes de algunas de las teorías al respecto.

#### **Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget**

Piaget (citado por Meece, 2000), fue un psicólogo que dedicó varios años de su vida a la investigación de niños. Él postuló la Teoría del desarrollo cognoscitivo. Piaget “pensaba que los niños construyen activamente el conocimiento del ambiente usando lo que ya saben e interpretando nuevos hechos y objetos” (Meece, 2000). Centrando su investigación en cómo adquieren el conocimiento al ir desarrollándose, cómo los niños pensaban los problemas y cómo los solucionarían, propuso cómo se realizaban cambios cognitivos en el niño para razonar sobre su mundo. (Meece, 2000)

En la teoría piagetiana el desarrollo se divide en cuatro etapas, cada una de ellas circunscrita a ciertos rangos de edad, (mismos que pueden variar según el individuo y la cultura); además de que se considera que los cambios adquiridos en cada etapa no se pierden, sino que hay un avance progresivo de pensamientos cualitativamente diferentes que implican transformaciones radicales de cómo se organiza el conocimiento. (Meece, 2000).

A continuación se presenta la definición de algunos conceptos propuestos por Piaget (citado por Meece, 2000) que son necesarios para entender el desarrollo.

**Esquemas:** Son las acciones físicas, de operaciones mentales, de conceptos o teorías con los que organizamos y adquirimos información sobre el mundo. Estos pueden ser nuevos esquemas o se pueden reorganizar y diferenciar los ya existentes.

**Organización:** Es una predisposición innata en todas las especies que permite integrar los patrones físicos simples o esquemas mentales a sistemas más complejos.

**Adaptación.** Todos los organismos nacen con la capacidad de ajustar sus estructuras mentales o conducta a las exigencias del ambiente.

**Asimilación:** Es un proceso en el que se modifica o transformar la información nueva para incorporarla a la ya existente. Cuando es compatible con lo que ya se conoce, se alcanza un estado de equilibrio. Todas las partes de la información encajan perfectamente entre sí. Cuando no es así habrá que cambiar la forma de pensar o hacer algo para adaptarla.

**Acomodación:** Modificar los esquemas actuales, se da cuando la información discrepa un poco con los esquemas.

De acuerdo con Piaget (1952), “los procesos de asimilación y de acomodación están estrechamente correlacionados y explican los cambios del conocimiento a lo largo de la vida”(citado por Meece, 2000).

### **Mecanismos del desarrollo.**

1. Maduración de las estructuras físicas heredadas.
2. Experiencias físicas con el ambiente.
3. Transmisión social de información y de conocimientos.
4. Equilibrio. Esto es innovador de la teoría de Piaget y se refiere a la tendencia innata de los seres humanos a mantener en equilibrio sus estructuras cognitivas, porque los estados de desequilibrio son tan desagradables que hay un impulso a modificar las estructuras cognitivas para lograr el equilibrio. Con ello se alcanza un nivel superior de funcionamiento mental.

## **Etapas del desarrollo**

### **Etapa sensoriomotora (del nacimiento a los 2 años).**

El niño adquiere en esta etapa dos competencias básicas que son consideradas las estructuras básicas del pensamiento simbólico y de la inteligencia humana: la conducta orientada a metas y la permanencia objetual

#### **1) La conducta orientada a metas**

Está consiste en que el lactante pasará de un conducta refleja a acciones orientadas a una meta. Nace con capacidades como succionar , asir , llorar y mover su cuerpo, esto favorece que poco a poco investigue su mundo a través de experiencias corporales , después irá incorporando las experiencias apartir también de sensaciones placenteras. Poco a poco éstas se volverán acciones propositivas o intencionales, que Piaget llama reacciones circulares.

El niño prueba ahora formas de alcanzar metas. Cuando no logra resolver un problema con los esquemas actuales (observar, alcanzar y asir) busca entonces construir nuevas formas de solucionar. Lo sigue haciendo en forma de ensayo y error mucho tiempo más pero ya parte de la representación mental de la secuencia de acciones y de las metas. (Meece, 2000)

#### **2) La permanencia de los objetos.**

Se refiere a la capacidad del niño de saber que las cosas siguen aunque no las vea o toque. El niño es capaz de buscar cosas con sus recursos de observar, gatear y alcanzar. En esta etapa influyen las representaciones mentales en el desarrollo intelectual de manera más importante que las actividades sensoriomotoras(Meece2000).

### **Etapa preoperacional (de 2 a 7 años).**

Aquí empieza la capacidad de pensar en objetos, hechos o personas ausentes. Este es el comienzo de la etapa preoperacional. Se caracteriza por una mayor habilidad para emplear símbolos gestos, palabras, números e imágenes representando las cosas reales del entorno. Se puede pensar y comportarse en formas que antes no eran posibles, utiliza las palabras, preparar juegos, ideas, dibujos (Meece, 2000).

Algunas de las funciones que se logran en esta etapa del desarrollo son:

### 1. Pensamiento representacional o semiótico

Cuando se tiene la capacidad de usar una palabra para referirse a un objeto real que no está presente.

. El niño empieza a representarse el mundo a través de pinturas o imágenes mentales (Meece, 2000)

### 2. Conceptos numéricos

Se empiezan a utilizar los números como herramienta del pensamiento, "Piaget sostuvo que los niños no adquieren un concepto verdadero del número antes de la etapa de las operaciones concretas, cuando comienzan a entender las relaciones seriales y jerárquicas" (Meece, 2000),

### 3. Teorías intuitivas.

En esta etapa el niño empieza a formular teorías sobre la mente, el preescolar puede recordar cuanto ve y oye. Entre los 8 y 10 años se adquiere un conocimiento metacognoscitivo "pensar el pensamiento ". En esta etapa hay tres limitaciones importantes en el pensamiento:

- a. Egocentrismo: Es una tendencia de percibir , entender e interpretar el mundo a partir del yo
- b. Centralización: se fija la atención en un solo aspecto del estímulo y se ignoran el resto de las características.
- c. Rígido: Se refiere a que el pensamiento no se flexibiliza, hay dificultades para poder entender cómo se transforman las cosas. Sólo se puede pensar en un antes y después.

### **Etapa de las operaciones concretas (de 7 a 11 años).**

El niño empieza a utilizar las operaciones mentales y la lógica para reflexionar sobre los hechos. Aquí el pensamiento es más flexible, entiende que las operaciones pueden invertirse o negarse mentalmente, el pensamiento parece menos centralizado y egocéntrico puede fijarse simultáneamente en varias características del estímulo. No se concentra ya en estados estáticos, hace inferencias respecto a la naturaleza de las transformaciones, no basa más sus juicios en las apariencias de las cosas.

**Algunos procesos de esta etapa son:**

**- Seriación**

Capacidad de ordenar los objetos en progresión lógica, se aprende la regla lógica de la transitividad (un elemento se relaciona con uno y ese con un tercero)

**- Clasificación**

Se introduce orden en el ambiente al agrupar las cosas y las ideas a partir de elementos comunes.

**- Conservación**

Conservación consiste en entender que un objeto permanece igual a pesar de los cambios superficiales de su forma o de su aspecto físico.

**Etapas de las operaciones formales 11 a 12 años en adelante.**

Lograda la capacidad de resolver problemas como los de seriación, clasificación y conservación, comienza a formarse un sistema coherente de lógica formal. Al finalizar esta etapa se logran las herramientas cognitivas que permiten solucionar muchos tipos de problemas de lógica, comprender las relaciones conceptuales entre operaciones matemáticas, ordenar y clasificar los conjuntos de conocimientos (citado Meece, 2000).

En la etapa de las operaciones formales el pensamiento hace la transición de lo real a lo posible (Flavell, 1985). Aquí se logra el pensamiento en forma abstracta y reflexiva.

**Lógica proposicional**

Capacidad de extraer una inferencia lógica a partir de la relación entre dos afirmaciones o premisas (citado Meece, 2000).

**Razonamiento científico.**

Aquí se formulan hipótesis, se comparan con los hechos y se excluye las que resulten falsas. Piaget dio el nombre de pensamiento hipotético-deductivo a la capacidad de generar y probar hipótesis en una forma lógica y sistemática. (Citado por Meece, 2000).



**Razonamiento combinatorio.**

**Capacidad de pensar en causas múltiples. (Meece, 2000)**

**Razonamiento sobre las probabilidades y las proporciones.**

**Poder hacer conjeturas con respecto a probabilidad y proporción. (Meece, 2000)**

### **Teoría del desarrollo psicosexual de Freud**

Otro de los teóricos que ha aportado datos útiles para entender el desarrollo es Freud (1932), con su teoría sobre la sexualidad infantil, que de manera muy general postula que la psique humana va estructurándose a partir de estímulos que libidinizan el cuerpo infantil. Freud también establece etapas dividiendo el desarrollo en las fases: oral, anal, edípica y de latencia, mismas que abarcan desde el nacimiento hasta los doce años. (Freud, 1932).

Freud define zonas erógenas como aquellas en las cuáles el estímulo libidinal será más intenso y que varían dependiendo de la etapa. Estos cambios, dice Freud (1932) son los que favorecen que se alcancen ciertas habilidades útiles para la independencia y desarrollo del niño.

#### **Fase oral**

En esta etapa se considera a la boca, como la zona erógena. Es con la que el niño inicia su contacto con el mundo. Freud (1932) refiere que todo inicia con la función fisiológica del hambre, el bebé demanda del medio ser satisfechas esa necesidad a la que responde la madre satisfaciéndola e inicia ahí la primera experiencia de satisfacción. Freud (1932) refiere que a partir de ahí el niño no hará las cosas en forma refleja paulatinamente se complejiza la demanda según la respuesta del exterior y la edad, pues después habrá una búsqueda de repetir lo que al niño le agrada. No plantea propiamente retrocesos, pero menciona fijaciones donde al aparecer algo traumático que sucede en la vida del niño puede hacer que esa etapa no sea adecuadamente desarrollada y dará en etapas posteriores características a la personalidad.

El bebé inicia su relación con el mundo a partir de un lenguaje no verbal, el cuál es recibido por un otro (la madre) que empáticamente advierte su necesidad fisiológica, misma que debe ser satisfecha adecuadamente dando inicio a una relación simbiótica madre-hijo, donde el bebé depende absolutamente de ella y ella enamorada de su bebé, se encargará, de cubrir todas sus necesidades, poniendo al servicio del niño su propia psique para que este se sostenga y así paulatinamente se calme poco a poco a sí mismo y se diferencie de ella, pudiendo entonces empezar la autonomía con la marcha que se espera al final de esta etapa. Además de la incorporación del lenguaje, pues el bebé puede identificar sus necesidades, saber cómo satisfacerlas y pedir las con movimientos o palabras simples. Por ejemplo tiene hambre y pide leche con la certeza que su necesidad será satisfecha. (Winnicott, 1960)

### **Fase anal**

Se caracteriza por logros motores del bebé que empieza a caminar y domina progresivamente las cosas que le rodean. Explora incansablemente y se encuentra un estado de fascinación y enamoramiento con el mundo. El grado de maduración del sistema nervioso central que se alcanzan y la sensibilidad propioceptiva en esta fase, permite al niño el “Voluntario”, que representa para él un gran descubrimiento, que se potencializa por su uso. (Freud 1932)

En esta fase práctica el control voluntario de los músculos, logra el control de esfínteres que parece ser utilizado para practicar la separación utilizando los logros recién adquiridos. Camina activamente lo que hace que la madre desaparezca de la vista, camina fuera o se tapa con una cobija y luego él la “hace reaparecer”, destapándose o regresando a la habitación donde está la madre mostrando un júbilo ante el dominio de lo que lo puede traumar. (Freud, 1932)

Desde el punto de vista neurológico y psicológico se ha alcanzado cierta madurez que permite un control muscular voluntario, por lo que el niño puede practicar activamente el aprendizaje, puede iniciar la educación, pues antes el aprendizaje es un condicionamiento.

Aparecen la primeras palabras y hay mejor manejo de la autonomía e individualización. Aparece el “No” como autonomía y el “Si “ como pasividad.

Al final de esta etapa de separación –individualización se tiene la formación de la capacidad de mantener nítidamente la representación mental de los objetos externos. Esta capacidad llamada constancia objetal, implica que el niño puede evocar la imagen de su madre cuando no está presente, es decir, el niño capta la existencia de los objetos aunque no los vea .Para la aparición de la constancia objetal, el Yo requiere de la función de memoria, y para la utilización de ésta, el aparato psicológico requiere noción de tiempo y espacio. (Freud, 1932)

A partir de las vicisitudes de la separación e individualización que determinará la calidad de la relación simbiótica, el niño desarrolla la confianza de que a pesar del peligro de la separación, sus necesidades afectivas van a ser satisfechas, ya que va a ser aceptado .Se siente aceptado, tal y como es.

Erikson (1933) llama a esta actitud de sentirse aceptado y esperar que las necesidades van a ser satisfechas “confianza básica “. (Kaplan, 2000)

### **Fase Edípica**

El niño a los tres años ya ha adquirido un gran equipo psicológico (capacidades cognoscitivas, manejo de sus impulsos, manejo de la ansiedad, control muscular voluntario, etc.), por lo tanto hay una percepción nítida de sí mismo , la representación mental de la madre y la representación mental del padre como su figura más importante en su esfera mental, es ahí que se establece en su vida mental el triángulo Yo-mamá –papá con todo el conjunto de relaciones afectos de amor y odio coexistentes. Rivalidad y resentimiento hacia la madre por lo que ésta interfiere en el acercamiento hacia el padre, al mismo tiempo habrá resentimiento hacia el padre por lo que éste interfiere con sus deseos de acercamiento y ternura con la madre.

A esta edad las funciones de síntesis e integración hacen difícil la coexistencia de impulsos contradictorios hacia el padre y hacia la madre. Es necesario utilizar mecanismos de defensa que aparecen en etapas anteriores en este caso la proyección el niño “siente “ que la hostilidad proviene de otra persona ( el padre o la madre ) y siendo difícil de manejar se utiliza también el desplazamiento estando en otro objeto exterior,;: perros , gatos , insectos u otros objetos que se fantasean disponibles según la cultura. (Cameron Norman , 1996)

En esta etapa su atención alcanza a los genitales y se moviliza hacia ellos,. El varón “se da cuenta “de las erecciones de su pene que siempre ha tenido; ahora se preocupa y hace preguntas al respecto. Freud (1932) describió el “complejo de Edipo “ que se caracteriza precisamente por la atracción fundamental que el niño siente por el padre del sexo opuesto y la hostilidad hacia el padre del mismo sexo. Si esta etapa se resuelve satisfactoriamente, el infante logrará sentirse tranquilo con respecto a su cuerpo y sensaciones corporales propias de la excitación y placer sexual que produce la auto exploración y reconocimiento de sí mismo.

Es en esta etapa también empezará la socialización generalmente por su entrada al preescolar, el infante se diferencia de los otros y complementa su individualidad y aceptación en el mundo social. Generalmente adaptándose satisfactoriamente a la relación con los otros, puede seguir las reglas y normas sociales de convivencia, su curiosidad por el mundo se hace más compleja pregunta sobre lo que no sabe y busca respuesta a lo que le da curiosidad o no entiende. Es la época del ¿porque? , es aquí donde el ambiente familiar será complementado por la escuela apoyará su deseo de conocimiento y enriquecerá así el pensamiento.

### **Fase de latencia**

La etapa de Latencia descrita por Freud (1905) inicia a los 6 años y se extenderá hasta los 12 años, en términos generales los niños tienen ya consolidadas herramientas motoras, con las que son más ágiles y sus movimientos psicomotores finos y gruesos han adquirido más habilidades. Son diestros para jugar y coordinar los juegos y tienen habilidades para dibujar y pintar, esto coincide con el ingreso a la enseñanza básica y por tanto la posibilidad de la adquisición de la lector escritura.

Se consolidará la convivencia con seres de su misma edad, que son iguales en derechos y deberes. Podrá ser capaz de compartir, seguir indicaciones, espera turnos. Resolverá diferencias con la guía de profesores o padres, se consolidarán los mecanismos de autorregulación de emociones e impulsos. Será capaz de participar en actividades de grupo , seguir reglas sociales de convivencia, lo cual influye decisivamente en el proceso de socialización,

Las exigencias del aprendizaje escolar estimulan poderosamente el desarrollo de funciones cognitivas: percepción, memoria, razonamiento. El niño juega, estudia y desarrolla sentimientos de deber, respecto al derecho ajeno, amor propio etc.

Se desarrolla el pensamiento lógico, controlando la imaginación desbordante que impera en la etapa anterior. El niño se vuelve más objetivo, siendo ya capaz de ver la realidad, tal como esta es y no como se la imaginaba. Hay temporalidad en sus acciones y puede advertir paulatinamente las consecuencias de sus actos, se desarrolla su capacidad de juicio.

La sexualidad es sumergida en el inconsciente, porque una fuerza proveniente del Yo lo sumerge y desaparece del campo de lo consciente. Si el niño aprendió a sublimar, dirige toda su atención e interés a actividades productivas, aprende cosas nuevas, adquiere habilidades que enriquecen inmensamente su aparato psicológico (su yo) y a la vez deriva gran placer en el ejercicio de estas nuevas habilidades.

La sexualidad estará reprimida hasta la pubertad. Con el desencadenamiento de la máquina endócrina empezara la adolescencia etapa de una nueva individualización que lleva al sujeto a la síntesis e integración de su propia identidad y que es preámbulo de la vida adulta.

#### Teoría de la personalidad de Winnicott

Otro aspecto a considerar es el ambiente Winnicott (1958) será quien plantea que algo necesario para el desarrollo del niño es la presencia de un cuidador, generalmente la madre, será quien proporcione al infante un ambiente "suficientemente bueno." (Winnicott, 1960). Refiere que es necesario el sostén que la madre proporciona al menor desde edades tempranas como por ejemplo detectar las necesidades fisiológicas, e ir resolviéndolas paulatinamente, favorece que el menor pueda ir adquiriendo herramientas de tipo cognitivo o psíquico mientras sus necesidades son satisfechas adecuadamente. La madre hace una lectura de lo que el niño necesita, interpreta el lenguaje no verbal del menor, va poco a poco nombrando los malestares y solucionándolos, esto que el ambiente proporciona hace que el niño vaya adentrándose al mundo primero en una diada simbiótica necesaria para poder confiar en la posibilidad de exploración para luego paulatinamente diferenciándose de la madre y poder con las propias herramientas introducirse al mundo social, Winnicott (1960) hace hincapié sobre lo que el cuidado materno realiza introduciendo al menor al mundo y que éste lo haga adecuadamente favorece que el niño se pueda desenvolver posteriormente en el mundo social.

Winnicott (1960) refiere que hay etapas necesarias desde la dependencia absoluta, luego relativa y finalmente la independencia. Este proceso permite que el individuo alcance una autonomía y una capacidad para estar solo.

Sin embargo asegura, “el individuo sano no queda aislado, sino que se relaciona con el ambiente de un modo tal que puede decirse que él y su medio son interdependientes “(Winnicott, 1963).

Winnicott (1958) también menciona al igual que los otros autores que las etapas del desarrollo suceden en forma paulatina. Empiezan prácticamente del nacimiento hasta la edad adulta. Winnicott centra su trabajo en las primeras etapas del desarrollo, considera también que es necesario adquirir herramientas cognitivas y psíquicas.

## **1.2. Psicopatología infantil**

Para poder entender la psicopatología infantil debemos partir de su definición.

La psicopatología es una rama del conocimiento que sistematiza, selecciona, diferencia, describe y clasifica, la forma y el contenido de los fenómenos mentales que constituyen las experiencias anormales, sus signos y síntomas. Por lo tanto la psicopatología infantil estudia los problemas psicológicos que pueden aparecer en la infancia y la adolescencia, esto no debe ser considerado como una extensión de la psicopatología del adulto pues el niño, no es un adulto en miniatura, sino un niño que presenta alteraciones peculiares de cada etapa (Reyes Pérez 2010).

La psicopatología evolutiva del desarrollo considera que los problemas conductuales y emocionales, se deben considerar sobre la base en que el niño es un individuo en desarrollo constante, tiene cambios conductuales y cognitivos que se producen en función de su maduración física y su desarrollo psicológico (Citado Lemos Giráldez, 2001)

Entre los objetivos de la psicopatología están la descripción, observación y evaluación de la conducta anormal, investigar causas y factores mantenedores y productores de la conducta anormal.

Esto está definido en función de la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas, que sean percibidas por el entorno como disruptiva y/o irracional, que molesta a los demás, que sea molesta para sí mismo, conductas no adaptativas, o violar las normas éticas no escritas. Es importante considerar para poderlos señalar fuera de normal el trinomio conducta -contexto –edad. (Iñiguez Palomares, 2010)

En el caso de los niños es necesario tener conocimiento del desarrollo emocional del niño y de sus antecedentes biológicos, sin hacer a un lado la dinámica familiar y las características personales de los padres, pero tomando en cuenta los momentos históricos y sociales en los cuales cada niño se desenvuelve.

### **1.3. Clasificación de la CIE10**

Unos de los elementos que han favorecido el estudio de la psicopatología infantil es la clasificación internacional CIE10. A continuación se presenta la clasificación de los rubros generales

**F06 Otros trastornos mentales debido a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática.**

**F20- F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes**

**F30-F39 Trastornos del ánimo o afectivos**

**F 40-F49Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos**

**F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto**

**F70-F79 Retraso mental**

**F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico**

**F90-F99 Trastornos del comportamiento de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia**

**G 00-G99Enfermedades del sistema nervioso**

**L00-L99 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo**

R00-R99 Síntomas, signos y anomalías clínicas y de laboratorio no clasificado en otra parte

Z00-Z99 Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud

#### **1.4. Epidemiología**

Se han hecho desde hace varios años diversos trabajos que han estudiado a la psicopatología infantil, que arrojan datos epidemiológicos significativos. Estos describen las características de la población como rangos de edad, distribución por sexo y también reportan la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población infantil

Hay obstáculos que han enfrentado, entre los que destacan:

Que la población infantil generalmente llega a consulta por los padres o enviados por la institución escolar lo que puede favorecer que no acudan por iniciativa propia a consulta.

La comorbilidad es importante.

El ambiente social y familiar juega un importante papel en la exacerbación de los síntomas.

Hay trabajos que se han realizado desde hace varios años en los que se han obtenido datos de la prevalencia de algunas patologías. Entre ellos destacan los hechos en Inglaterra donde se menciona que hay una mayor prevalencia en trastornos de ansiedad y depresión (Rutter y cols, 1970).

Rivas Terán y Cols realizaron en 1995 un estudio en España que describe datos sociodemográficos como la edad, sexo y clase social. Se hizo una evaluación del clima familiar y sistema disciplinario. El estudio se realizó en cinco centros de enseñanza de la ciudad de Santander, dos públicos y tres privados y participaron varios niveles escolares. Se realizaron entrevistas a los niños, a sus padres y profesores (Rivas Terán y cols, 1995).

Encontrándose una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y conducta según las distintas fuentes en un 11.4% del total. De ese 14.48% son varones y 8.12% mujeres.



La prevalencia de los síntomas de ansiedad, con base en la valoración de los padres ha sido de 8% de los cuales 7.9% fueron varones y 8.1% de mujeres. Para profesores fue de 21.2%, siendo 17.3% varones y 24.8% mujeres, por último la estimación de los niños fue de 22.9% y su distribución por sexo 21.5% en varones y 24.4% en mujeres (Rivas Terán y cols, 1995).

El 9% de los padres reportan síntomas depresivos de los cuales 8,9%, en varones y 9.1% en mujeres. La evaluación de los profesores es de 26,5% en varones 27.9% y mujeres 25.2%. Con respecto a los niños el 8% depresión moderada de ellos 6.07% varones y 10.15% en mujeres

Respecto a los síntomas de alteración de la conducta para lo que los padres dijeron correspondió a un 7,1% del total, de ellos varones 5.1% y 9.1% mujeres, para los profesores fue de un 21.2% del total, fueron 20.3% en varones y 22,0% en mujeres, los reportado en los niños fue 16.3% del total, de este porcentaje varones 20.1% y mujeres 12.2%.( Rivas Terán y cols, 1995).

En España Aláez Fernández y cols realizaron un estudio longitudinal de prevalencia entre 1990 y 1996. El estudio incluyó a 404 sujetos de 0-18 años de edad, que asistían a la consulta de la una unidad de Psicología de CIS de Hortaleza.

De esta población el 65.6 % eran varones y 34.4% mujeres la media de edad 9.77 años. Todos fueron referidos de un centro de atención primaria , de equipos de orientación educativa, servicios sociales municipales y de otros programas del propio centro municipal de salud. (Aláez Fdez y cols, 2000).

En este estudio la mayor prevalencia fue de los trastornos de conducta con 23% (con un porcentaje 15.4% en los 6- 9 años). En segundo lugar los trastornos depresivos 14.6 % (en la población de 0-5 años 17.3%),, los trastornos de ansiedad 13.3% (en los 6 – 9 años fue de 13.3%), los trastornos específicos del desarrollo 12.7% (aquí fue un 22.1% en 6-9 años). (Aláez Fdez y cols, 2000).

En el 2010 López Soler realizó un estudio en Murcia España, con 300 menores, de los cuales 207 fueron niños y 93 niñas en un rango de edad 6 a 12 años; todos fueron derivados durante un año a la Unidad de Psicología Clínica Infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, por las diferentes unidades y especialidades pediátricas hospitalarias e interconsulta de atención primaria de cualquier zona de Murcia. (López Soler ,2010)

Fueron evaluados por profesionistas especializados y los padres dieron el consentimiento para usar los datos con fines de investigación.

Se aplicaron una serie de pruebas psicológicas específicas, en función de las hipótesis diagnósticas elaboradas a partir de la hoja de consulta del especialista y de la información dada por los padres. Se encontraron trastornos afectivos en 32% (niños 35.3%, niñas 24.7%), trastornos de ansiedad en 53.7% (55.6% niños y 49.5% niñas) y quejas somáticas en 28.7% (niños 26.1% y 34.4% niñas). (López Soler ,2010)

En 1993 Caraveo y Cols realizaron un estudio en México indirecto, se realizó a partir de la Encuesta Nacional de Salud Mental. Este se aplicó a población abierta y de ahí se aplicó un cuestionario a los adultos sobre los síntomas en los niños. Obtuvieron síntomas en diferentes rangos de edad. ( Caraveo y cols,1993)

Los siguientes porcentajes fueron según los síntomas, siendo el mayor porcentaje para lenguaje anormal en 15.6% a los 3 años, el síntoma de lentitud para aprender fue de 14.8% en el rango de edad 6-12 años, miedoso, nervioso 19.3% en 10 – 12 años , encopresis , enuresis 14.35 % en los 3 años .( Caraveo y cols ,1993)

En el rango de edad entre 3 a 5 años, fueron 2.3% varones y mujeres 11.6%, entre los 6 a 9 años el 32.0% varones y mujeres 17.7% y en el rango de 10 a 12 años, el 25.7% varones y mujeres 22.9% .El porcentaje total fue 20.7 % total que corresponde al rango de edad de 3 a 12 años, de estos 22.6% varones y mujeres 18.2%.( Caraveo y cols, 1993)

En el 2009 Hernández Chávez en México realizó un trabajo en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro” con madres deprimidas y niños que presentaban trastornos psiquiátricos. Ahí se encontró que había un porcentaje de patología en los niños mayor en los siguientes trastornos: Trastorno de la actividad y la atención de 54%. Trastornos generalizados del desarrollo 19% y trastornos depresivos de 8%, cabe destacar que estos padecimientos estaban asociados a la presencia de trastornos depresivos en la madre y que la mayoría de los niños tenían problemas conductuales (Hernández Chávez, 2009)

En el 2001 Morales Uribe en el Instituto Nacional de Pediatría de la ciudad de México, realizó otro estudio donde los porcentajes de acuerdo al sexo fueron en varones de 53,96% y mujeres de 46%. Todos estos pacientes que asistían a tratamientos en el hospital con una edad promedio de 8.72 años. (Morales Uribe, 2001). Además, se encontró que había un 13.31 % de trastorno de conducta, 13.31%, trastornos de eliminación y 12% y trastornos afectivos donde se incluían ansiedad y depresión (Morales Uribe, 2001).

**México en conjunto con la OMS realizó un estudio de evaluación de los servicios de la salud mental en el país. La atención de la salud mental es considerada como un prioridad debido al impacto económico y en la productividad. (IESM-OMS,2011)**

**En tal estudio se informa de todos los servicios de salud y lugares donde se ofrece atención hospitalaria y /o ambulatoria, recursos financieros y humanos, así como porcentajes de población atendida.**

**En México existen 544 establecimientos ambulatorios de salud mental de los cuales el 3% está destinado a niños (as) y adolescentes.**

**En estos centros fueron atendidos 56% mujeres y 44% hombres incluyendo adultos, niños y adolescentes. Y el 27% fueron niños y adolescentes. Los principales diagnósticos fueron trastornos afectivos con un 28%, trastornos neuróticos 25% y otros 26% (en éstos se engloban epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retraso mental y desórdenes psicológicos del desarrollo. (IESM-OMS, 2011)**

## **2.Pregunta de investigación**

**¿Cuál es la frecuencia de psicopatología infantil en niños de 0 a 12 años que asisten a un centro de salud mental?**

## **3.Justificación**

**México enfrenta retos importantes con respecto a la salud mental, pues partiendo de los datos del Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México hay carencias importantes en todas las áreas. Tanto de atención como de prevención en el caso de la población general.**

**Un alto porcentaje de recursos financieros se destina a unidades hospitalarias dando así una prioridad a la prevención secundaria y terciaria. Las unidades ambulatorias son pocas y su distribución geográfica es mayor en las grandes urbes, lo que hace más desproporcional la atención para la cantidad de habitantes en el país.**

**Otro dato significativo es que de éstas la mayoría atiende a adultos y la atención infantil es reducida debido a la escases de unidades. Esto puede ser un factor que impide el diagnóstico oportuno de psicopatología en niños y adolescentes. Lo que puede favorecer la cronicidad en la edad adulta, lo que inevitablemente repercutirá en la funcionalidad.**

Los estudios epidemiológicos mencionan, que hay porcentajes importantes de psicopatología infantil, que es alta en varones y que las edades promedio se encuentran en la etapa escolar.

Hay un amplio campo de investigación, pues son escasos los estudios realizados en México y de lo poco que se encontró se enfoca en exploraciones de patologías específicas.

De ahí que se hace necesario poder contar con más información de la epidemiología de la psicopatología infantil en México. Pues aunque el trabajo de Caraveo (1993) es útil no fue tan específico.

Considerando lo anterior, se propone el siguiente trabajo donde se pueda saber la frecuencia de psicopatología infantil en usuarios que asisten a un centro de salud mental perteneciente al sistema de salud. Se tomaron datos sociodemográficos como la edad, sexo, institución de referencia y datos de residencia además de diagnósticos iniciales y actuales.

Esto proporciona información de la frecuencia de la psicopatología infantil y los datos sociodemográficos las características de la población. Pues hay poca información al respecto y está puede ser útil para plantearnos intervenciones preventivas y de tratamiento más eficaces.

#### **4.Objetivo general**

Conocer la frecuencia de psicopatología infantil en niños de 0 a 12 años que asisten a un centro de salud mental

#### **Objetivos específicos**

Conocer qué entidades delegacionales o estatales refieren a pacientes al centro de salud mental

Identificar qué instituciones son las que refieren a pacientes al centro de salud mental

Analizar si existen diferencias entre el diagnóstico inicial y el registrado al momento del estudio

## 5. Metodología

### *Tipo de estudio*

Transversal, porque la información se extrajo de la revisión de expedientes.

### *Población de estudio*

Pacientes de consulta externa cuyas edades fluctuaron entre los 0 y 12 años.

### *Criterios de inclusión*

**Pacientes con registro de expediente**

**Expedientes con datos de identificación, diagnóstico (inicial y actual)**

**Expedientes que ingresaron en 2010 y 2014**

### *Criterios de eliminación*

Expedientes sin los datos completos

### *Variables*

#### **Indicadores sociodemográficos**

Se tomó el registro de edad, sexo, institución de referencia y datos de residencia.

#### **Diagnóstico de psicopatología**

Definición conceptual: La **psicopatología** una rama del conocimiento que **sistematiza , selecciona , diferencia , describe y clasifica, la forma y el contenido de los fenómenos mentales que constituyen las experiencias anormales , sus signos y síntomas (Reyes Pérez 2010).**

Definición operacional: Se tomaron los diagnósticos registrados en el expediente clínico, mismos que estaban basados en la CIE10.

### *Procedimiento*

Para poder acceder a los expedientes, como primer paso se revisaron las bases de datos para poder identificar los números de expedientes correspondientes a niños de 0 a 12 años de edad.

Una vez identificados, se solicitó al servicio de archivo clínico el acceso a los

expedientes identificados en el paso anterior.

La revisión de expedientes consistió en extraer los datos de interés y vaciarlos en una base de datos diseñada *ex profeso*.

## 6 .RESULTADOS

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Se obtuvo información de un total de 327 expedientes; 72.6% correspondieron a información de hombres y 27.4% a mujeres, La media de edad fue de 7.7 (DE 2.3) años (ver tabla 1).

Del total de población atendida, 52.62% no contaba con algún tipo de seguridad social. Cabe señalar que 1.85% de los pacientes atendidos llegaron de la consulta privada.

		Tabla 1. Datos sociodemográficos (N=327)			
		General	Hombres	Mujeres	
Edad	Media	7.7	7.8	7.5	
	ED	2.3	2.3	2.3	
			%	%	
Sexo			72.6	27.4	
Origen	Álvaro Obregón	27.16	28.03	24.71	
	Azcapotzalco	2.16	2.51	1.18	
	Benito Juárez	2.47	2.09	3.53	
	Coyoacán	8.33	5.86	15.29	
	Cuauhtémoc	0.93	1.26	0.00	
	Iztapalapa	Cuajimalpa	2.16	2.51	1.18
		Gustavo A. Madero	0.62	0.84	0.00
		Iztacalco	1.23	0.84	2.35
		Iztapalapa	8.02	7.95	8.24
		Magdalena Contreras	20.99	19.25	25.88
		Miguel Hidalgo	0.31	0.42	0.00
		Milpa Alta	0.31	0.42	0.00
		Tlahuác	1.85	2.09	1.18
		Tlalpán	12.65	13.81	9.41
		Venustiano Carranza	1.85	2.09	1.18
		Xochimilco	3.09	4.18	0.00
		Estado de México	5.86	5.86	5.88
Referencia		Escuela CAPP / USAER	2.45	2.48	2.38
		Escuela	55.52	58.68	46.43
		Casa Hogar	0.31	0.41	
	CAVI / UAVIF	0.31	0.41		
	INCH	1.84	2.48		
	Centro de salud	2.76	2.89	2.38	
	CISAME	0.61	0.41	1.19	
	Clínica de la conducta	0.61	0.83		
	DIF	2.15	1.24	4.76	
	Servicios Hospitalarios de				
	Pediatría	2.45	2.48	2.38	
	Pediatras	1.23	1.65		
	Área de Salud mental	0.31		1.19	
Iniciativa del padre / madre	29.45	26.03	39.29		
Seguridad social	Seguridad social (IMSS / ISSSTE)	21.85	22.08	21.18	
	Secretaría de Salud (gratuidad)	23.69	23.33	24.71	

/ Hospital Naval / INP / Seguro Popular)			
Consulta privada (Hospital Ángeles)	1.85	1.67	2.35
Ninguna	52.62	52.92	51.76

La mayoría de los pacientes atendidos residían en la delegación Álvaro obregón (27.16%) seguidos de Magdalena Contreras (20.9%) y Tlalpan (12.65%).

Al analizar la dependencia que refirió a los pacientes se encontró que en primer lugar se ubicó la escuela (55.52%). El segundo lugar lo ocupó la iniciativa de los padres con 29.45%.

Para dar respuesta al objetivo general de: *Conocer la frecuencia de psicopatología infantil en niños de 0 a 12 años que asisten a un centro de salud mental, se determinó el porcentaje por tipo de patología (ver tabla 2).*

Tabla 2. Distribución por diagnóstico

DIAGNOSTICOS	Dx INICIAL		Dx FINAL	
	F	%	F	%
<b>TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS</b>				
TRASTONO DEL HUMOR (AFECTIVO) ORGANICO F06.3	33	7.8	16	3.79
OTRO TRASTONO MENTAL DEBIDO A LESION O DISFUNCION C.F06.9	1	0.2	1	0.24
<b>TRASTORNOS PSICOTICOS</b>				
ESQUIZOFRENIA SIN ESPECIFICACION F29	3	0.7	2	0.47
<b>TRASTORNOS DEL HUMOR AFECTIVOS</b>				
EPISODIO DEPRESIVO LEVE F32.0	2	0.5	0	0
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO F32.1	6	1.4	1	0.24
EPISODIO DEPRESIVO GRAVE C/SINTOMAS PSICOTICOS F32.3	0	0	0	0
DISTIMIA F34.1	13	3.1	8	1.9
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE (EDGRAVE ) F33.3	1	0.2	1	0.24
<b>TRASTORNOS NEUROTICOS</b>				
FOBIAS SOCIALES F40.1	0	0	0	0
TRASTONOS DE ANSIEDAD FOBICAS SIN ESPECIFICACION F40.9	1	0.2	5	1.18
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA F41.1	56	13.3	1	0.24
TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO F41.2	10	2.4	51	12.09
OTRO TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD F41.3	8	1.9	4	0.95
OTRO TRASTORNO DE ANSIEDAD ESPECIFICADO F41.8	1	0.2	19	4.5
TRASTONO OBESIVO COMPULSIVO F42	1	0.2	1	0.24
REACCION A ESTRÉS AGUDO F43.0	17	4	9	2.13
TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMATICO F43.1	5	1.2	6	1.42
TRASTONO DE ADAPATACION F43.2	16	3.8	7	1.66
<b>TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO ASOCIADO A DISFUNCIONES F.</b>				
TRASTORNO NO ORGANICOS DEL SUEÑO F52	0	0	0	0
<b>TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO ADULTO</b>				
CELPTOMANIA F63.2	2	0.5	2	0.47
TRICOTILOMANIA F63.3	7	1.7	2	0.47
TRASTORNO DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE IMPULSOS SIN ESPECIFICACION F63.9	1	0.2	45	10.66
<b>RETRASO MENTAL</b>				
RETRASO MENTAL LEVE F70	61	14.5	0	0
RETRASO MENTAL MODERADO F71	1	0.2	0	0
RETRASO MENTAL SIN ESPECIFICACION F79	2	0.5	31	7.35
COEFICIENTE LIMITROFE R 41.8	5	1.2	2	0.47
<b>TRASTORNOS DE DESARROLLO PSICOLOGICO</b>				
TRASTORNOS ESPEDIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE F80	60	14.2	5	1.18
TRASTORNO ESPECIFICO DE LAPRONUNCIACION F80.0	14	3.3	1	0.24
TRASTORNO DE LA EXPRESION DEL LENGUAJE F80.1	2	0.5	0	0

TRASTORNO DE LA COMPRESION DEL LENGUAJE F80.2	0	0	1	0.24
OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABL A Y EL LENGUAJE F80.8	0	0	0	0
TRASTORNO ESPECIFICO DE LA LECTURA F81.0	1	0.2	0	0
TRASTORNO ESPECIFICO DE LA ORTOGRAFIA F81.1	0	0	0	0
TRASTORNO ESPECIFICO DEL CALCULO F81.2	0	0	0	0
TRASTORNO MIXTO DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR F81.3	139	32.9	130	30.81
OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR F81.8	1	0.2	1	0.24
TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR F82	1	0.2	7	1.66
TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO MIXTO F83	17	4	3	0.71
AUTISMO INFANTIL F84.0	0	0	0	0
SINDROME DE ASPERGER F84.5	0	0	0	0
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO SIN ESPECIFICACION F84.9	5	1.2	2	0.47
<b>TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL INF Y</b>				
TRASTORNO DE LA ACTIVIDAD Y LA ATENCION F90.0	143	33.9	2	0.47
TRASTORNO HIPERCINETICO DISOCIAL F90.1	0	0	109	25.83
OTROS TRASTORNOS HIPERCINETICOS F90.8	7	1.7	2	0.47
TRASTORNO HIPERCINETICO SIN ESPECIFICACION F90.9	1	0.2	0	0
TRASTORNO DISOCIAL LIMITADO AL CONTEXTO FAMILIAR F91.0	0	0	0	0
TRASTORNO DISOCIAL EN NIÑOS SOCIALIZADOS F91.2	5	1.2	2	0.47
TRASTORNO DISOCIAL DESAFIANTE Y OPOSICIONISTA F91.3	6	1.4	4	0.95
OTROS TRASTORNOS DISOCIALES F91.8	2	0.5	1	0.24
TRASTORNO DISOCIAL DEPRESIVO F92.0	5	1.2	2	0.47
OTROS TRASTORNOS DISOCIALES Y DE LAS EMOCIONES MIXTOS F92.8	1	0.2	1	0.24
TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACION DE LA INFANCIA F93.0	7	1.7	1	0.24
TRASTORNO DE ANSIEDAD FOBICA DE LA INFANCIA F93.1	1	0.2	2	0.47
TRASTORNOS DE HIPERSENSIBILIDAD SOCIAL DE LA INFANCIA F 93.2	1	0.2	4	0.95
TRASTORNO DE RIVALIDAD ENTRE HERMANOS F93.3	2	0.5	1	0.24
OTROS TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES EN LA INFANCIA F93.8	9	2.1	2	0.47
TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES EN LA INFANCIA SIN ESPECIFICACION F93.9	3	0.7	8	1.9
TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO SOCIAL DE COMIENZO EN LA INFANCIA Y LA A F94	3	0.7	3	0.71
ENURESIS NO ORGANICA F98.0	13	3.1	2	0.47
ENCOPRESIS NO ORGANICA F98.1	6	1.4	35	8.29
OTROS TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO EN LA INF Y A ESPEC, F98.8	4	0.9	1	0.24
TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y COMP DE COMIENZO INFANCIA Y A SIN ESPECIFICACION F98.9	41	9.7	1	0.24
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO</b>				
EPILEPSIA G40	25	5.9	0	0
ATAQUE DE "GRAN MAL " NO ESPECIFICADOS (CON O SIN PEQUEÑO MAL )G40.6	0	0	0	0
"PEQUEÑO MAL ", NO ESPECIFICADO , SIN ATAQUES DE GRAN MAL G40.7	0	0	0	0
MIGRAÑA G43	1	0.2	3	0.71
<b>ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO</b>				
DERMATITIS ATOPICA L20	1	0.2	1	0.24
<b>MALFORMACIONES CONGENITAS YA ANOMALIAS CROMOSOMICAS</b>				
MICROCEFALIA Q02	2	0.5	6	1.42
SINDROME DE DOWN Q90	1	0.2	2	0.47
<b>SIGNOS Y SINTOMAS ANORMALIDADES CLINICAS Y DE LABORATORIO NO CLASIFICADOS</b>				
RESULTADOS ANORMALES EN ESTUDIOS FUNCIONALES DEL SNC R 94.0	11	2.6	0	0
<b>PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL</b>				
DIFICULTADES CON LA ADAPTACION CULTURAL Z60.3	1	0.2	0	0
OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIAL Z60.8	2	0.5	1	0.24
PROBLEMAS RELACIONADOS CON ABUSO SEXUAL DECLARADO POR EL NIÑO Z61.4	3	0.7	1	0.24
SUPERVISION Y CONYRROL INADECUADO DE LOS PADRES Z62.0	1	0.2	5	1.18
SOBREPROTECCION DE LOS PADRES Z62.1	0	0	4	0.95
ABANDONO EMOCIONAL DEL NIÑO Z62.4	1	0.2	1	0.24
OTROS PROBLEMAS ESPECIFICOS DE LA CRIANZA Z 62.8	1	0.2	4	0.95
PROBLEMAS EN RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA Z63.0	9	2.1	3	0.71



PROBLEMAS RELACIONADOS CON PADRES O FAMILIA POLITICA Z63.1	6	1.4	5	1.18
SOPORTE FAMILIAR INADECUADO Z63.2	5	1.2	64	15.17
AUSCENCIA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA Z63.3	6	1.4	1	0.24
DESAPARICION O MUERTE DE MIEMBRO DE LA FAMILIA Z63.4	6	1.4	1	0.24
RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO Z63.5	20	4.7	10	2.37
OTROS HECHOS ESTRESANTES DE LA VIDA DIARIA QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR Z63.7	1	0.2	0	0
OTROS PROBLEMAS ESPECIFICOS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE APOYO PRIMARIO Z63.8	83	19.7	0	0
ANTECEDENTES DE TRASTORNOS MENTALES O DE CONDUCTA Z81.8	2	0.5	0	0

Del análisis realizado se desprende que en lo que respecta al diagnóstico inicial, el que tuvo mayor frecuencia de casos fue F90.0 Trastorno de la actividad y la atención (33.9%) seguido de F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar (32.9%); Z63.8 Otros problemas específicos relacionados con el grupo de apoyo primario (19.7%); F70. Retraso mental leve (14.5%); F80 Trastornos específicos de desarrollo del habla y del lenguaje (14.2), y finalmente F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (13.3%).

En lo relativo al diagnóstico actual, obtuvo la mayor frecuencia el F81.3 Trastorno mixto del aprendizaje (30.81%), seguido de F90.1 Trastorno hiperactivo disocial (25.83%); Z63.2 Soporte familiar inadecuado (15.17%), F41.2 Trastorno mixto ansioso depresivo (12.09%); y finalmente F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de impulsos sin especificación (10.06%)

En cuanto al objetivo de analizar si existen diferencias entre el diagnóstico inicial y el registrado al momento del estudio, se encontró que dentro de los trastornos neuróticos, mientras que el diagnóstico inicial más frecuente fue el F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada, en el diagnóstico actual fue F41.2. Trastorno mixto ansioso depresivo.

En el rubro de trastornos de desarrollo psicológico, el diagnóstico de inicio fue F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar (32.9%) y se mantuvo en el diagnóstico actual con 30.81%.

En los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia, el más frecuente de inicio fue F90.0 Trastorno de la actividad y la atención (33.9%) y el final fue F90.1 Trastorno hiperactivo disocial (25.83%).

En los problemas relacionados con el ambiente social, predominó de inicio el Z63.8 Otros problemas específicos relacionados con el grupo de apoyo primario (19.7%), y al final fue el Z63.2 Soporte familiar inadecuado (15.17%).

## 7. Discusión

En la población de este estudio el diagnóstico inicial que mayor porcentaje se obtuvo en los niños fue el de Trastorno de la actividad y la atención (F90.0), con un porcentaje de 33.9%, Este porcentaje es similar al reportado Hernández Chávez (2009) quien encontró un 54% de niños en México. Aunque este estudio dio datos precisos con respecto al diagnóstico fue realizado a madres de pacientes niños del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro” y no hay registro de edades. Nos son útiles pues el porcentaje reportado es alto con respecto a la entidad mencionada en el país. Pues en los estudios de España por Rivas Terán (1995) y Aláez Fernández (2000) se considera como diagnóstico los trastornos conductuales no especifican que sea el Trastorno de la actividad y la atención aunque corresponde a trastornos del comportamiento.

Otro diagnóstico inicial significativo fue el Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar (F81.3) con 32.9% con respecto a los estudios anteriores no se encuentra como diagnóstico cuantificado. Una posibilidad de que esto se explique es que no hay alteraciones en esta área en los niños evaluados o que no evaluó este trastorno. En tercer lugar encontramos Otros problemas específicos relacionados con el grupo de apoyo primario (Z63.8) con 19.7% este diagnóstico no es mencionado como tal en estudios previos aunque en España tanto Rivas Terán (1995), Aláez Fernández (2000) y López Soler (2010) mencionan los problemas ambientales y familiares importantes de considerar como factores causales o potencializadores de patología.

En México Hernández Chávez (2009) en el estudio que realiza comparando la presencia de psicopatología infantil en madres deprimidas comprueba la relación directa entre la presencia de psicopatología infantil y la psicopatología de las madres, por lo que podemos plantear la hipótesis de que en esta población hay relación significativa entre la presencia de patología familiar y psicopatología infantil.

Los trastornos de ansiedad generalizada (F41.1) al inicio fue de 13.3%. En España Aláez Fernández (2000) también encontró un porcentaje similar de 13.3% en niños de 6 a 9 años, López Soler (2010) también en España encontró 53.7% y el refiere que 55.6% fueron niños y 49.5% niñas de ese porcentaje. En México Morales Uribe (2001) reporta 12% aunque incluye ansiedad y depresión. Estos datos confirman a este diagnóstico como uno de los importantes, es posible tal discrepancia en los estudios por la diferencias en la población y otro dato que destaca es que en México no fue un diagnóstico específico, no se precisa si fueron entidades mixtas es decir Trastornos ansiosos depresivos, solo que incluyen ambas entidades.

En el trabajo de Hernández Chávez (2009) el trastorno de ansiedad tiene porcentajes de 3.5% en los niños. Por último los trastornos específicos del desarrollo del habla y lenguaje (F80) con un porcentaje de 14.2% y retraso mental leve con 14.5% fueron los que se encontraron al inicio los cuales no son señalados como significativos en los estudios previos, esto puede ser explicado por el lugar y tipo de población donde se realizaron los estudios. En México Hernández Chávez (2009) reporta un 7% para retraso mental y nada para Trastornos específicos del desarrollo del habla y lenguaje. Es posible que esto se deba a que en esta unidad la población que asiste esta desde edades prescolares y es donde se detecta con más frecuencia los problemas de lenguaje.

Con respecto a los diagnósticos actuales la mayor frecuencia se obtuvo en el Trastorno de mixto del aprendizaje escolar con un 30.81% esto tuvo poca variación del inicial, dato que se podría explicar desde varios ángulos si consideramos que son las escuela quienes envían a la mayor parte de los usuarios a atención en un porcentaje de 55.52% y una media de edad de 7.7 años podremos suponer que estos síntomas son más fácil de detectar en el ambiente escolar por lo profesores , pues otro dato que no puede hacerlo suponer es que un diagnóstico actual importante fue el Soporte familiar inadecuado(Z63.2) con un 15.17% de ahí que se puede explicar porque son los profesores quienes detectan los síntomas

Otro dato importante es que en el diagnóstico actual se tuvo un porcentaje mayor en Trastorno hiperactivo disocial( F90.1) en un 25.83% un diagnóstico que aunque también corresponde a trastornos del comportamiento podríamos decir que muestra un problema más grave, que además puede ser relacionado con la violencia , dificultades para poner límites y reglas en la familia , poca supervisión de los padres algunas de las características de un inadecuado soporte familiar. En cuanto al Trastorno de los hábitos de control de impulsos sin especificación tiene un porcentaje de 10.06% esta entidad también puede relacionarse a un soporte familiar inadecuado que puede favorecer una dificultad para el control de impulsos y síntomas conductuales.

El porcentaje de los trastornos de ansiedad generalizada del inicio disminuyó significativamente y apareció el trastorno ansioso depresivo (F41.2) con un 12.09%. Esto podría explicarse por que al lograr la remisión de los síntomas ansiosos con el tratamiento, se hacen evidentes los síntomas depresivos. Que generalmente se encuentra en porcentajes importantes como lo menciona Alánez Fernández (2000) en España con un 14.6% y Hernández Chávez (2009) en México lo reporta con un 8%.

Los datos sociodemográficos que se encontraron con respecto al porcentaje por sexo fue:72.4% de varones y 27.4% de mujeres. Esto coincide con los estudios previamente por Rivas Terán en España donde encontraron mayor porcentaje en

varones con 52.06% y mujeres con 47.93%. En España, Aláez Fernández reporta 65.6% de población masculina y 34.4% femenina y Caraveo en México en 1993 encontró 22.6% de varones y 18.2% de mujeres, Morales Uribe (2001) en México encontró 53.96% en varones y 46% en mujeres. Los datos obtenidos no fueron distintos predominan los varones.

Datos referentes a la institución como: de donde son referidos los pacientes y lugar de residencia son significativos. Del primero son las escuelas que tiene un porcentaje de 55.52%, los principales lugares donde se detectan síntomas que además en este caso se relacionan en forma directa con el trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar donde se encontraron los porcentajes más altos en el diagnóstico de inicio y actual.

Otro dato importante es la residencia que corresponde a delegaciones aledañas a la ubicación de la unidad. Siendo la más alta Álvaro Obregón con un 27.16%, Magdalena Contreras con un 20.9% sitio donde está la unidad y finalmente Tlalpan con un 12.65% está última tiene un unidad de atención a niños de tipo hospitalario. Estos resultados podrían explicarse por qué la unidad es ambulatoria y cuenta con servicios de psiquiatría, psicología y psicopedagogía.

## 8. Conclusiones

El objetivo general de este estudio fue: Conocer la frecuencia de psicopatología infantil en niños de 0 a 12 años que asisten a un centro de salud mental, con respecto a este objetivo podemos concluir que el diagnóstico que más se presentó en la población estudiada fue Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar al inicio y final y el Trastorno de la actividad y la atención al inicio y el trastorno hiperactivo disocial como actual.

Con respecto a los objetivos específicos, se planteó: **Conocer qué entidades delegacionales o estatales refieren a pacientes al centro de salud mental y se encontró que fue la delegación Álvaro Obregón le sigue Magdalena Contreras y finalmente Tlalpan en orden de frecuencia.**

**Otro objetivo específico fue: Identificar qué instituciones son las que refieren a pacientes al centro de salud mental y lo que se puede concluir es que son la escuela la que envían en mayor porcentaje a los usuarios al servicio.**

**Finalmente otro objetivo específico fue: Analizar si existen diferencias entre el diagnóstico inicial y el registrado al momento del estudio en este caso se**

puede concluir que si hay diferencias significativas principalmente en el diagnóstico de Trastorno de la actividad y la atención que tenía un porcentaje alto al inicio y en el actual disminuyo para que fuera el Trastorno Hiperactivo desocial el que predomina.

Con respecto al diagnóstico de otros problemas específicos relacionados con el grupo de apoyo primario, fue en un porcentaje significativo al inicio y en el actual fue el de Soporte familiar inadecuado, con respecto a Trastorno de ansiedad generalizada fue mayor al inicio y en el actual fue Trastorno ansioso depresivo el mayor porcentaje.

Otros diagnósticos significativos al inicio como retraso mental leve y Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, no aparecieron en el diagnóstico actual y en porcentajes altos se registraron el de trastorno de los hábitos y del control de impulsos sin especificación.

## 9. Referencias

1. Aláez, F. M., Martínez, A. R., Rodríguez, S. C. (2000) Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes ,su relación con la edad y género. *Psicothema*, 12:(4), 525-532.
2. Berenzon, S., Saavreda, S. N., Medina –Mora, M., Aparicio, V., Morris, J. (2011) Informe sobre el sistema de salud mental en México (IESM-OMS). Secretaría de Salud, Organización panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud: 1-53.
3. Camero, N. (1996) Desarrollo y psicopatología de la personalidad. Trillas, 44 a 94.
4. Caraveo, A. J., Medina –Mora M., Tapia, C. R., Rascón, G. M., Gómez E. M., Villatoro, V. J. (1993) Trastornos Psiquiátricos en Niños de la República Mexicana. Resultados de una encuesta de Hogares . *Psiquiatría*, 3: 137-151.
5. Caraveo, A. J., Medina –Mora, M., Villatoro, J., López, L. E., Martínez, V. A. (1995) Detención de problemas de salud mental en la infancia . *Salud Pública de México*, 37: 446-451.
6. Dolto, F. (1986) La imagen inconciente del cuerpo. Paidós: 17 a 29.
7. Freud, S. (1905) Obras Completas: Tres ensayos de teoría sexual: 157 a 188
8. Hernández, C. M. (2009) Depresión materna y psicopatología en niños y adolescentes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Tesis en especialidad de Psiquiatría infantil y de la adolescencia: 1-31
9. Iñiguez, P. M. (2010) Criterios de normalidad, definición de psicopatología infantil, clasificación y causas biológicas de los problemas psicopatológicos de la infancia. SlideShare.net: 1-12
10. Kaplan, i. H., Sandok, J. B. (2000) Sinopsis de Psiquiatría: 158 a 172: 1284 a 1293.
11. López Soler Concepción; Alcántara M, Fernández V, Castro M, López Piña J. Características y prevalencia de los problemas de ansiedad , depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años , mediante el CBCL. *Anales de psicología*: 2010; 26(2): 325-334

12. Lemos Giráldez , Serafín. La psicopatología de la infancia y de la adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. Papeles del psicólogo:2003;24(85):19 a 28
13. Meece, J.Desarrollo del niño y del adolescente. Teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget. Compendio para educadores ,SEP:2000:101-127
14. Morales Uribe Maria Elena. Detección de psicopatología en población pediátrica de consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría. Tesis de especialidad en psiquiatría: 2001: 1-32
- 15.Organización Mundial de la Salud Ginebra. Decima Revisión de la Clasificación Internacional de las Efermedades(CIE 10): Trastornos Mentales y del comportamiento :1994: 47 a 59 y 357 a 379
16. Reyes Pérez Joel F. La investigación psicopatológica: Consideración general y conceptos. Monografías. Com- Psicología:2010: 1-2
17. Rivas Terán Mariví,Vázquez Barquero, J y Pérez Alvarez ,M. Alteraciones psicopatológicas en la infancia: El niño en E:G:B.Psicothema:1995;7(3):513-526
18. Winnicott W. Donald. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador : Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Paidós:1993: 36 a 46 y 47 a 72