

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Salud Mental del Niño, del Adolescente y de la
Familia



CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA, 2015

Tesis presentada por la bachiller:
Núñez Ocola, Anika María

Para optar el Grado Académico de:
**Maestro en Salud Mental del Niño, del
Adolescente y de la Familia**

Asesor:
Mgter. Anchante Hernández, Elva

**Arequipa - Perú
2018**

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

Expediente : 15019081
Bachiller : Nuñez Ocola Anika María
Maestría : Salud Mental del Niño, del Adolescente y de la Familia
Proyecto : Características Demográficas y Clínicas de los Niños y Adolescentes Atendidos en Consulta Externa de Siquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2015.

En concordancia con lo dispuesto por la dirección de la Escuela de Postgrado se ha procedido a revisar desde una perspectiva metodológica el proyecto de tesis presentado, señalando las siguientes observaciones:

- a. En la redacción del enunciado en vez de población "infanto juvenil" usar "los niños y adolescentes".
- b. La línea de investigación deberá ser "salud mental".
- c. Arreglar las llamadas en el texto dentro del tema antecedentes investigativo.

Subsanada las observaciones procede, sin necesidad de nuevo dictamen el desarrollo del proyecto conducente al borrador de tesis.

Arequipa, 24 de junio del 2015

Dra. Teresa Chocano Rosas
Docente de la Escuela de Postgrado

Dr. José Alvarado Aco
Docente de la Escuela de Postgrado

Dra. Elva Anchante Hernández
Docente de la Escuela de Postgrado



“Dedicado a mi esposo Juan Jesús y a nuestro hijo Fernando Oliver, por su amor, comprensión y apoyo incondicional; a mis padres Cesar Núñez Lira y Olinda Ocola de Núñez, por su ejemplo de vida y sabios consejos para la superación y perseverancia, a mi hermano Cesar Núñez Ocola por enseñarme el camino hacia el éxito.”

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.



*La verdadera felicidad no se logra a través
de la propia gratificación sino a través de la
fidelidad a un propósito que valga la pena.*

Helen Keller

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
Capítulo I	
RESULTADOS	3
Capítulo II	
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	47
Capítulo III	
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	64
PROPUESTA	66
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS.....	74
Anexo N° 1	
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	75
Anexo N° 2	
REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES (HIS)	77
Anexo N° 3	
PROYECTO DE TESIS	79

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer las características demográficas y clínicas de los niños y adolescentes atendidos en Consulta Externa de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa durante el 2015. Se estudiaron todos los casos que cumplieron criterios de selección y se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

Se incluyeron 263 casos, el 49,43% varones y 50,57% mujeres; la edad de los pacientes se distribuyó en menores de 12 años en 8,37% y de 12 a más años en 91,63% del total. La mayoría eran procedentes de la provincia de Arequipa (85,17%). El 53,61% de casos eran continuadores en el servicio, 28,52% eran nuevos usuarios y 17,87% eran reingresos. Las consultas más frecuentes fueron por trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio en la infancia y la adolescencia (23,95%), seguidas de trastornos neuróticos (20,15%), por esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (17,87%) y trastornos afectivos (12,93%); en menor proporción hubo atenciones por trastornos de la personalidad (6,46%), trastornos por consumo de sustancias o trastornos del comportamiento por disfunción fisiológica (6,08% cada una), retraso mental (3,80%) o Trastornos Mentales orgánicos (1,90%) y en dos casos por trastornos del desarrollo psicológico (0,76%). Se encontraron ciertos patrones de trastornos predominantes en varones como el consumo de sustancias, los trastornos psicóticos, e incluso trastornos neuróticos, mientras que en mujeres lo hacen los trastornos asociados a disfunción fisiológica (bulimia y otros), trastornos de la personalidad y trastornos afectivos. La mayoría se diagnostica en la adolescencia, mientras que en niños predomina la consulta por trastornos de la actividad y la atención.

Se concluye que la atención ambulatoria de niños y adolescentes en el servicio de Psiquiatría es variada y requiere apoyo en el seguimiento de los casos.

PALABRAS CLAVE: trastornos psiquiátricos – niños – adolescentes – consulta ambulatoria.

ABSTRACT

This research aimed to know the demographic and clinical characteristics of children and adolescents treated in outpatient psychiatry Regional Hospital Honorio Delgado of Arequipa during the 2015 features all cases that met the selection criteria and results are shown by statistics were studied descriptive.

263 cases, 49.43% 50.57% men and women were included; the age of patients was distributed in less than 12 years at 8.37% and 12 more years at 91.63% of the total. Most were from the province of Arequipa (85.17%). The 53.61% of cases were followers in the service, were 28.52% and 17.87% new users were readmissions. The most frequent consultations were for disorders of childhood and adolescence (23,95%), followed by neurotic disorders (20.15%) and schizophrenia and other psychotic disorders (17.87%) and affective disorders (12,93 %); to a lesser extent there was attention for personality disorders (6.46%), substance use disorders or behavioral disorders by physiological dysfunction (6.08% each), mental retardation (3.80%) or organic mental disorders (1.90%) and in two cases by disorders of psychological development (0.76%). certain patterns prevalent disorders in men and substance abuse, psychotic disorders, and even neurotic disorders were found, while women had disorders associated with physiological dysfunction (bulimia and others), personality disorders and affective disorders. Most are diagnosed in adolescence, whereas in children predominates disorders consultation activity and attention.

It is concluded that outpatient care of children and adolescents in the service of Psychiatry is varied and requires support in tracking cases.

KEY WORDS: psychiatric disorders - children - teenagers – outpatient care.

INTRODUCCIÓN

La Psiquiatría del Niño y el Adolescente es una rama de la Psiquiatría, relativamente reciente, y un campo de conocimiento con una progresiva demanda de atención médica por parte de niños y jóvenes.

Se estima que una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padece algún problema de desarrollo emocional o de conducta, y que uno de cada ocho tiene en la actualidad un trastorno mental. Hasta hace poco tiempo, se negaba que los niños sufrieran Trastornos Mentales, o se minimizaba su importancia. Actualmente se cuenta con suficientes evidencias que demuestran la existencia de relación y continuidad entre los Trastornos Mentales infantiles y los de la vida adulta.

Se detecta, por tanto, un importante potencial de mejora en la concienciación sobre la magnitud y la gravedad de los problemas causados por los Trastornos Mentales en niños y adolescentes, tanto en la toma de decisiones políticas, como en aquellas tomadas por profesionales de la salud y la sociedad en general.

La actuación en el ámbito de la Salud Mental de los niños y jóvenes es crítica y de gran relevancia para conseguir un desarrollo normal de estos pacientes. Además existe un importante número de casos de niños y jóvenes con problemas que pese a no cumplir con los criterios diagnósticos de un trastorno mental son fuente de sufrimiento. La carencia de diagnóstico y tratamiento de los problemas de Salud Mental de los niños y adolescentes condiciona seriamente su futuro, teniendo serias consecuencias negativas, como la disminución de las oportunidades educativas y profesionales, además de suponer un sufrimiento elevado para familiares y cuidadores y una carga económica y social para la familia y la sociedad.

A diferencia de los estudios que usan muestras comunitarias, que informan de la demanda potencial, los que utilizan muestras clínicas nos dan información sobre la demanda real que se produce en los servicios en un período determinado de tiempo. Este tipo de trabajos son escasos en nuestro medio, aumentado el interés en la psicopatología del niño y adolescente a partir del desarrollo de los Servicios Públicos que atienden a este sector.

La presente investigación se enfoca de manera particular en los factores demográficos y clínico de la población infanto juvenil que acude a los consultorios externos de psiquiatría del Hospital Regional Honorio delgado, siendo muy importante contar con datos epidemiológicos que sirvan como base para el diseño, creación e implementación de servicios especializados que resuelvan la creciente demanda de los problemas de Salud Mental de esta población en una etapa de desarrollo vital tan vulnerable.

Se presenta en el capítulo uno los resultados de la investigación; luego se realiza la discusión de los hallazgos, seguido de las conclusiones a las que se arribó con la investigación.







CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA DURANTE EL 2015 SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO

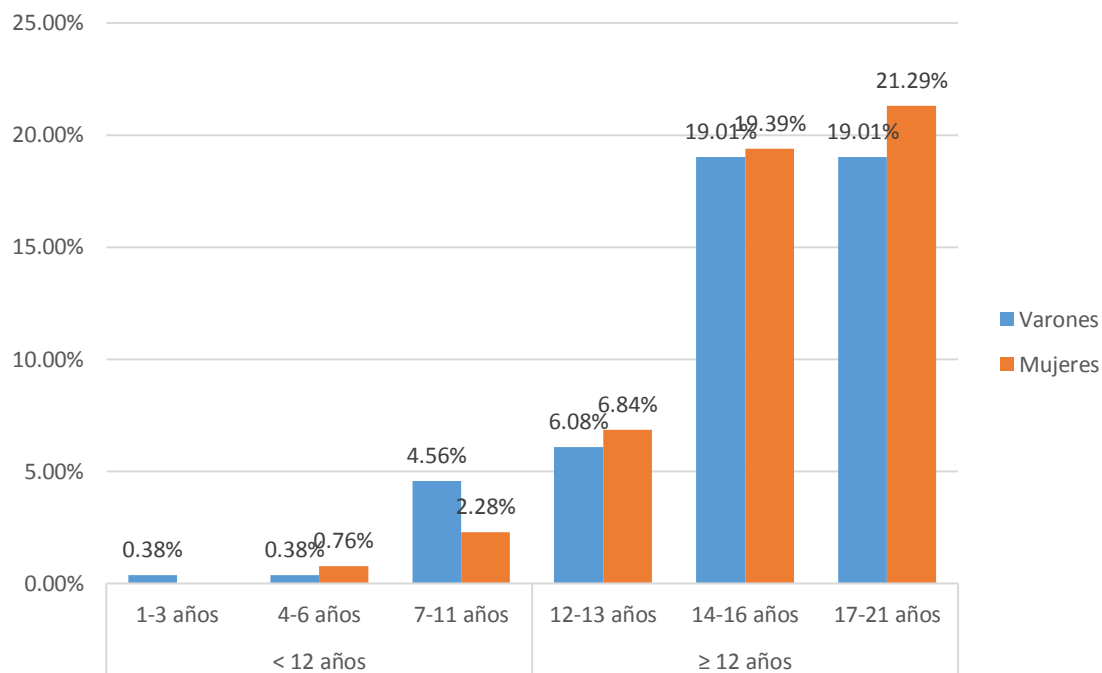
Grupo	Edad	Masculino		Femenino		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
< 12 años	1-3 años	1	0,38%	0	0,00%	1	0,38%
	4-6 años	1	0,38%	2	0,76%	3	1,14%
	7-11 años	12	4,56%	6	2,28%	18	6,84%
≥ 12 años	12-13 años	16	6,08%	18	6,84%	34	12,93%
	14-16 años	50	19,01%	51	19,39%	101	38,40%
	17-21 años	50	19,01%	56	21,29%	106	40,30%
Total		130	49,43%	133	50,57%	263	100,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La mayoría de los pacientes eran mayores de 12 años, con edades de 17 a 21 años (40.3%) y de 14 a 16 años (38.4%).

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA DURANTE EL 2015 SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO



Edad promedio \pm D. estándar (mín. – máx.)

- Masculino: 15,18 \pm 3,08 años (3 – 19 años)
- Femenino: 15,44 \pm 2,52 años (6 – 18 años)
- Total: 15,32 \pm 2,81 años (3 – 19 años)

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

TABLA 2

FRECUENCIA DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
EN PSIQUIATRÍA DURANTE EL 2015

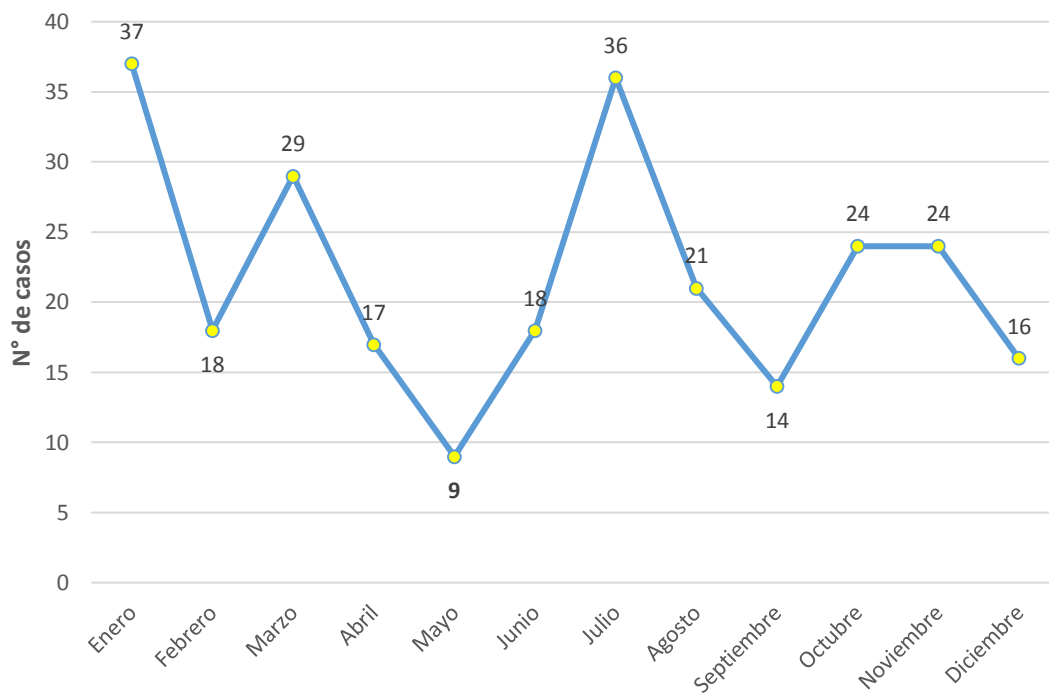
Mes	N°	%
Enero	37	14,07%
Febrero	18	6,84%
Marzo	29	11,03%
Abril	17	6,46%
Mayo	9	3,42%
Junio	18	6,84%
Julio	36	13,69%
Agosto	21	7,98%
Septiembre	14	5,32%
Octubre	24	9,13%
Noviembre	24	9,13%
Diciembre	16	6,08%
Total	263	100,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La mayor frecuencia de atención se vio en los meses de enero (14,07%), julio (13,69%) y marzo (11,03%).

GRÁFICO 2

FRECUENCIA DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
EN PSIQUIATRÍA DURANTE EL 2015



FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA DURANTE EL 2015 SEGÚN DISTRITO DE PROCEDENCIA

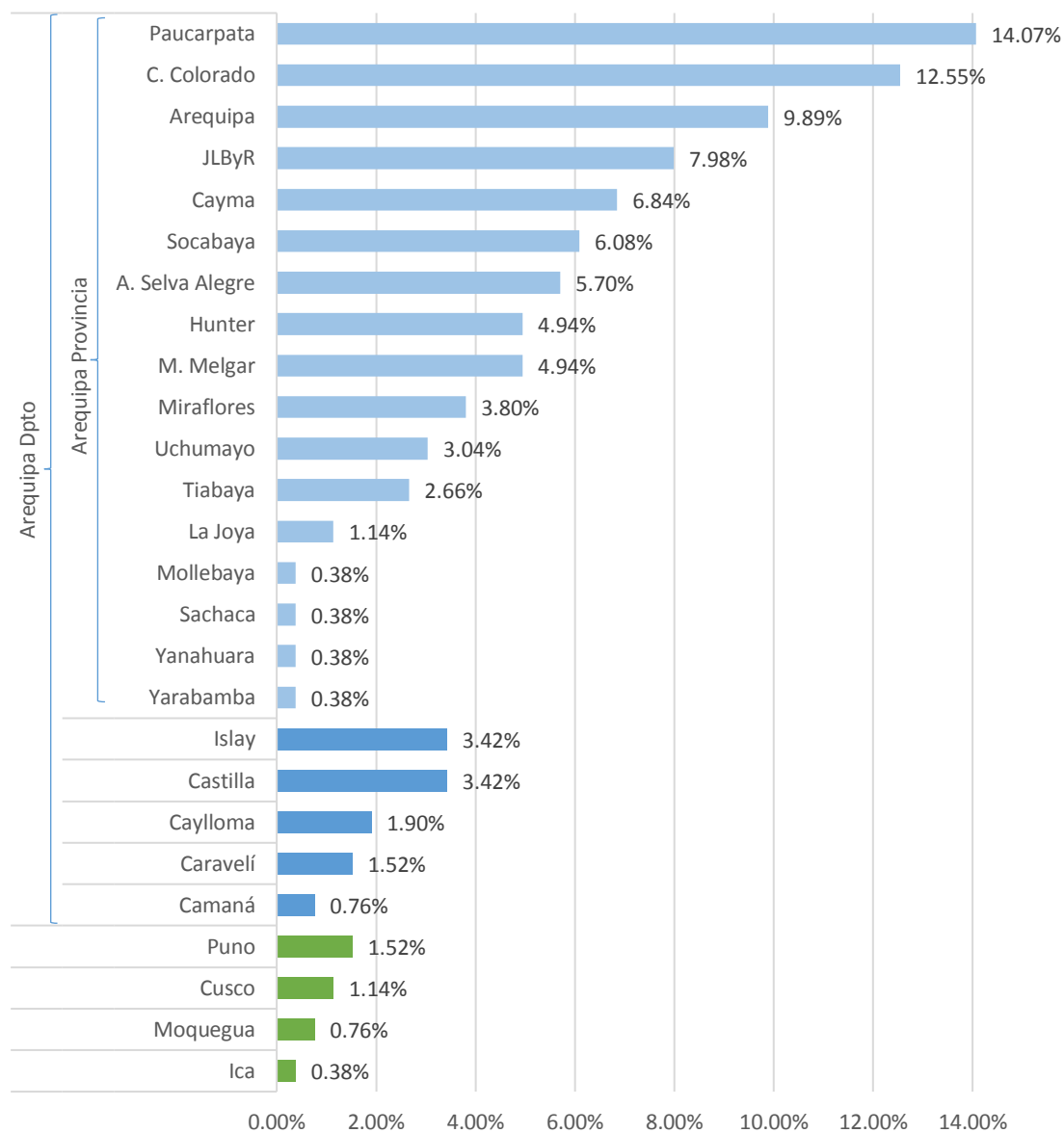
Departamento	Provincia	Distrito	N°	%	
Arequipa (n = 253; 96,20%)	Arequipa (n = 224; 85,17%)	Paucarpata	37	14,07%	
		C. Colorado	33	12,55%	
		Arequipa	26	9,89%	
		José L. Bustamante	21	7,98%	
		Cayma	18	6,84%	
		Socabaya	16	6,08%	
		A. Selva Alegre	15	5,70%	
		Hunter	13	4,94%	
		M. Melgar	13	4,94%	
		Miraflores	10	3,80%	
		Uchumayo	8	3,04%	
		Tiabaya	7	2,66%	
		La Joya	3	1,14%	
		Mollebaya	1	0,38%	
		Sachaca	1	0,38%	
		Yanahuara	1	0,38%	
		Yarabamba	1	0,38%	
		Islay		9	3,42%
		Castilla		9	3,42%
		Caylloma		5	1,90%
		Caravelí		4	1,52%
		Camaná		2	0,76%
Puno		4	1,52%		
Cusco		3	1,14%		
Moquegua		2	0,76%		
Ica		1	0,38%		
Total			263	100,0%	

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

Los pacientes evaluados eran procedentes sobre todo de los distritos de Paucarpata (14,07%), Cerro Colorado (12,55%) y Arequipa (9,89%).

GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA DURANTE EL 2015 SEGÚN DISTRITO DE PROCEDENCIA



FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora



TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS POR CONSULTA
EXTERNA DE PSIQUIATRÍA DURANTE EL 2015 SEGÚN TIPO DE USUARIO

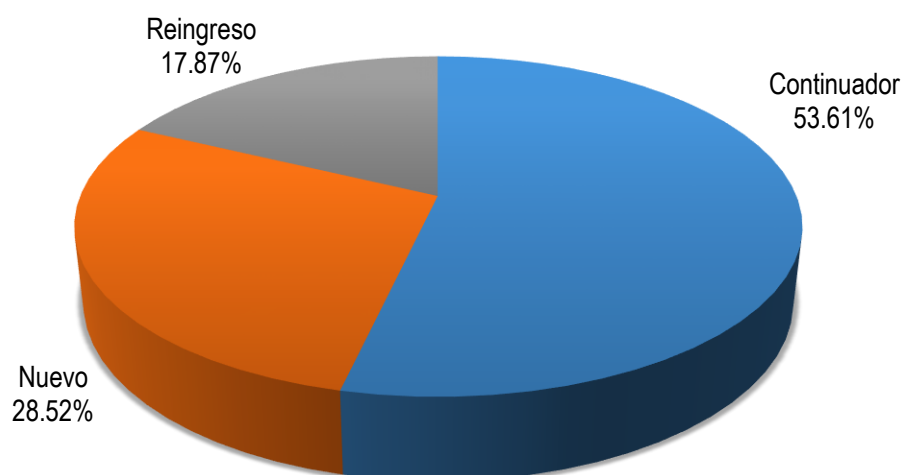
Tipo	N°	%
Continuador	141	53,61%
Nuevo	75	28,52%
Reingreso	47	17,87%
Total	263	100,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La mayoría de los casos de niños y adolescentes correspondían a pacientes continuadores en consulta externa (53.61%).

GRÁFICO 4

DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA DURANTE EL 2015 SEGÚN TIPO DE USUARIO



FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora



TABLA 5

DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN FRECUENCIA DE
TRASTORNO MENTAL

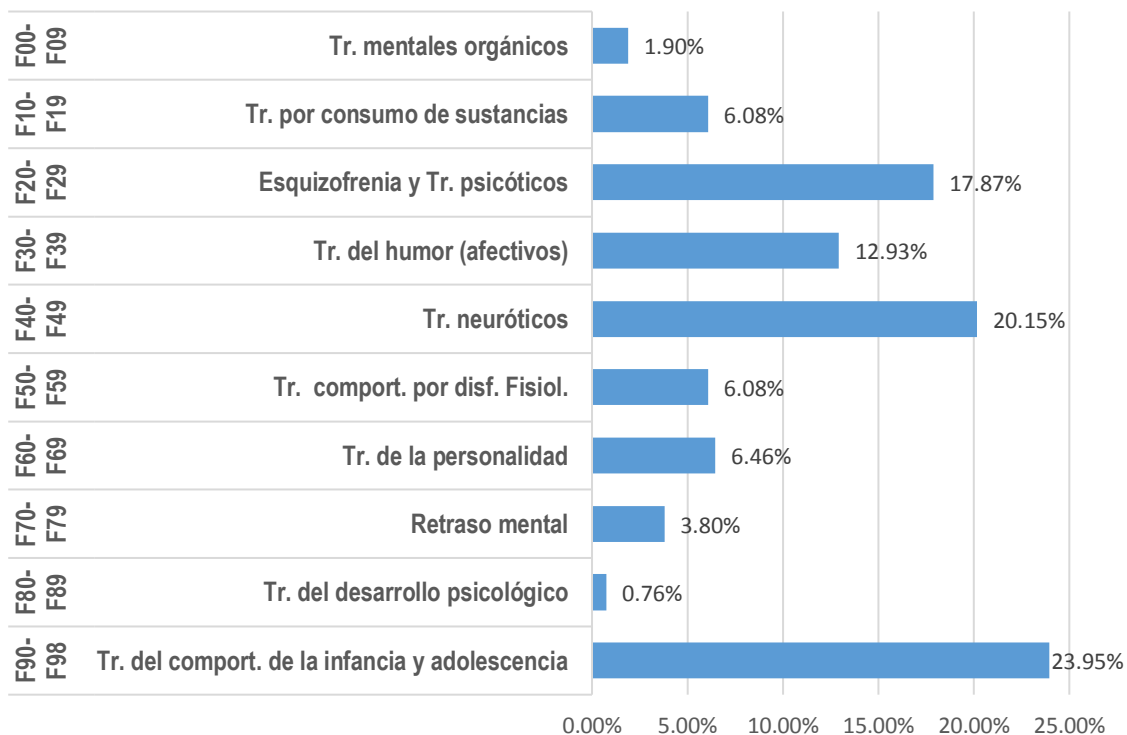
Trastorno	N°	%
Tr. mentales orgánicos	5	1,90%
Tr. por consumo de sustancias	16	6,08%
Esquizofrenia y Tr. Psicóticos	47	17,87%
Tr. del humor (afectivos)	34	12,93%
Tr. Neuróticos	53	20,15%
Tr. Comport. por disf fisiológica	16	6,08%
Tr. de la personalidad	17	6,46%
Retraso mental	10	3,80%
Tr. del desarrollo psicológico	2	0,76%
Tr. del Comport. inicio infancia y adolescencia.	63	23,95%
TOTAL	263	100,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

Los trastornos del comportamiento de inicio en la infancia y en la adolescencia (23,95%) y trastornos neuróticos (20.15%) las patologías más frecuentes en niños y adolescentes.

GRAFICO 5

**DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN FRECUENCIA DE
TRASTORNO MENTAL**



FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

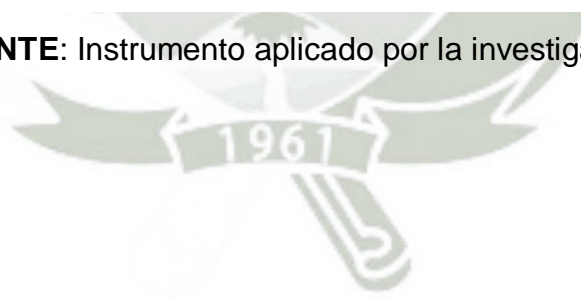


TABLA 6

**DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN FRECUENCIA DE
TRASTORNO MENTAL Y GÉNERO**

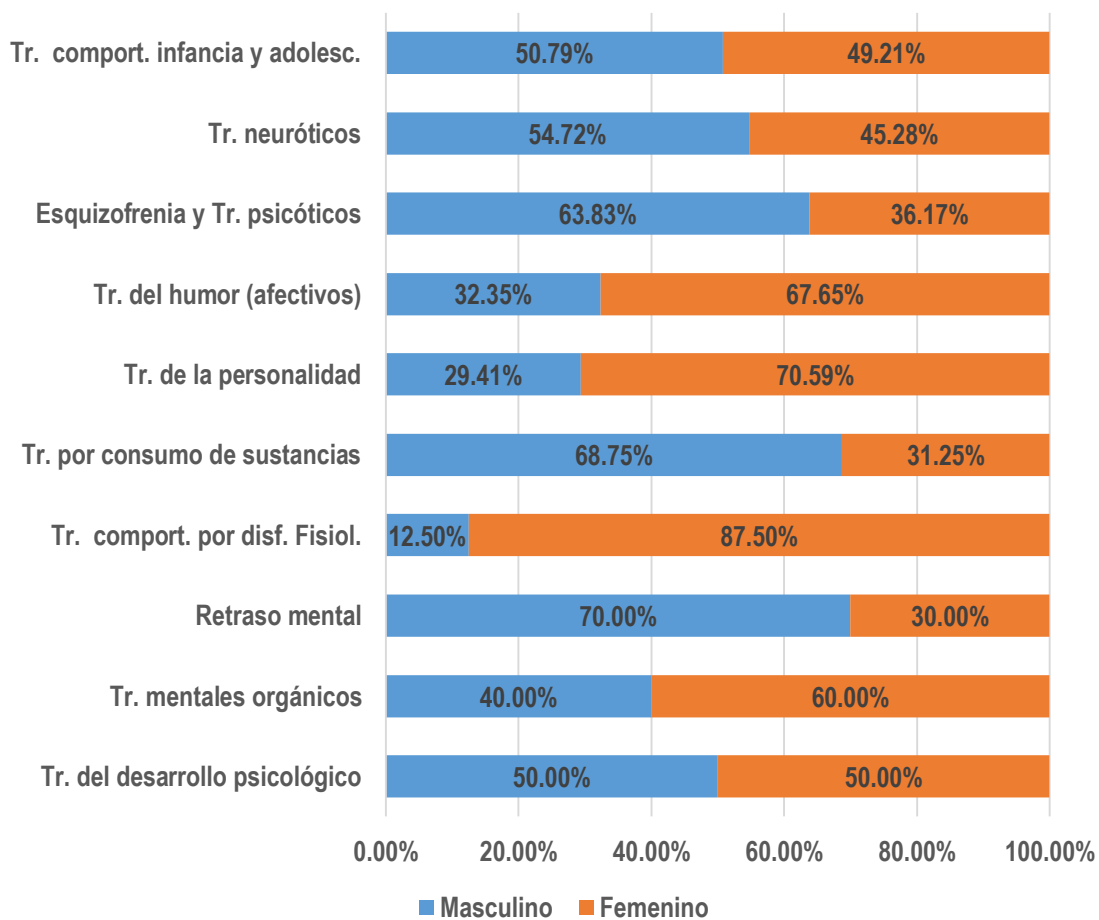
TRASTORNO	Total		Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tr. del Comport. inicio infancia y adolescencia.	63	23,95%	32	50,79%	31	49,21%
Tr. neuróticos	53	20,15%	29	54,72%	24	45,28%
Esquizofrenia y Tr. psicóticos	47	17,87%	30	63,83%	17	36,17%
Tr. del humor (afectivos)	34	12,93%	11	32,35%	23	67,65%
Tr. de la personalidad	17	6,46%	5	29,41%	12	70,59%
Tr. por consumo de sustancias	16	6,08%	11	68,75%	5	31,25%
Tr. Comport. por disf fisiológica	16	6,08%	2	12,50%	14	87,50%
Retraso mental	10	3,80%	7	70,00%	3	30,00%
Tr. mentales orgánicos	5	1,90%	2	40,00%	3	60,00%
Tr. del desarrollo psicológico	2	0,76%	1	50,00%	1	50,00%
TOTAL	263	100,00%	130	49,43%	133	50,57%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

En cuanto a la distribución por sexos de los trastornos mentales fue en mujeres (49,43%) y en hombres (49,43%).

GRÁFICO 6

**DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN FRECUENCIA DE
TRASTORNO MENTAL Y GÉNERO**



FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

TABLA 7

**DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN FRECUENCIA DE
TRASTORNO MENTAL Y GRUPO DE EDAD**

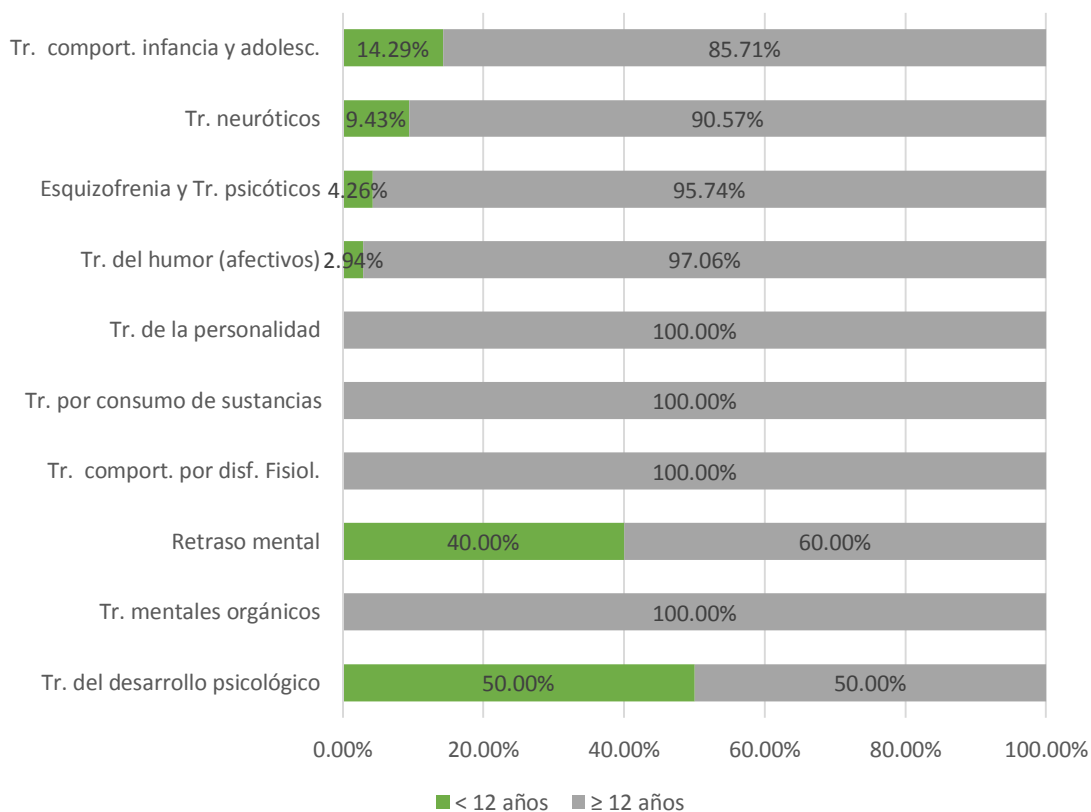
TRASTORNO	Total		< 12 años		≥ 12 años	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tr. del Comport. inicio infancia y adolescencia.	63	23,95%	9	14,29%	54	85,71%
Tr. neuróticos	53	20,15%	5	9,43%	48	90,57%
Esquizofrenia y Tr. Psicóticos	47	17,87%	2	4,26%	45	95,74%
Tr. del humor (afectivos)	34	12,93%	1	2,94%	33	97,06%
Tr. de la personalidad	17	6,46%	0	0,00%	17	100,0%
Tr. por consumo de sustancias	16	6,08%	0	0,00%	16	100,0%
Tr. Comportam. por disf fisiológica	16	6,08%	0	0,00%	16	100,0%
Retraso mental	10	3,80%	4	40,00%	6	60,00%
Tr. mentales orgánicos	5	1,90%	0	0,00%	5	100,0%
Tr. del desarrollo psicológico	2	0,76%	1	50,00%	1	50,00%
TOTAL	263	100,00%	22	8,37%	241	91,63%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La distribución de los trastornos mentales según edad fue más frecuente en los pacientes mayores de 12 años.

GRÁFICO 7

**DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN FRECUENCIA DE
TRASTORNO MENTAL Y GRUPO DE EDAD**



FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

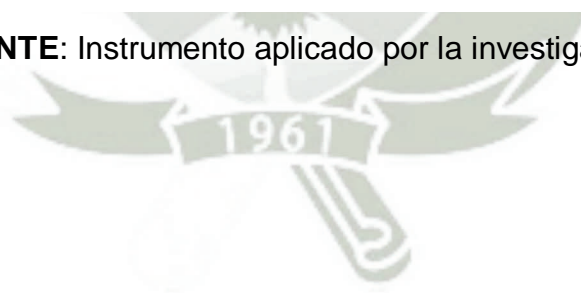


TABLA 8 A

PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA SEGÚN GÉNERO

Código	TRASTORNO	Total		Masculino		Femenino	
		N°	%	N°	%	N°	%
F90-F98	<i>Tr. del Comport. y emociones inicio infancia y adolescencia</i>	63	23,95%	32	50,79%	31	49,21%
F90.0	<i>Tr. de la actividad y de la atención.</i>	3	1,14%	3	100,00%	0	0,00%
F91.1	<i>Tr. disocial en niños no socializados.</i>	5	1,90%	5	100,00%	0	0,00%
F91.9	<i>Tr. disocial sin especificación.</i>	53	20,15%	22	41,51%	31	58,49%
F93.9	<i>Tr. de las emociones sin especificación.</i>	1	0,38%	1	100,00%	0	0,00%
F94.0	<i>Mutismo selectivo.</i>	1	0,38%	1	100,0%	0	0,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La prevalencia del trastorno del comportamiento y de las emociones de inicio en la infancia y la adolescencia fue equiparable entre varones (50,57%) y mujeres (49,21%).

TABLA 8 B

**PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA SEGÚN EDAD**

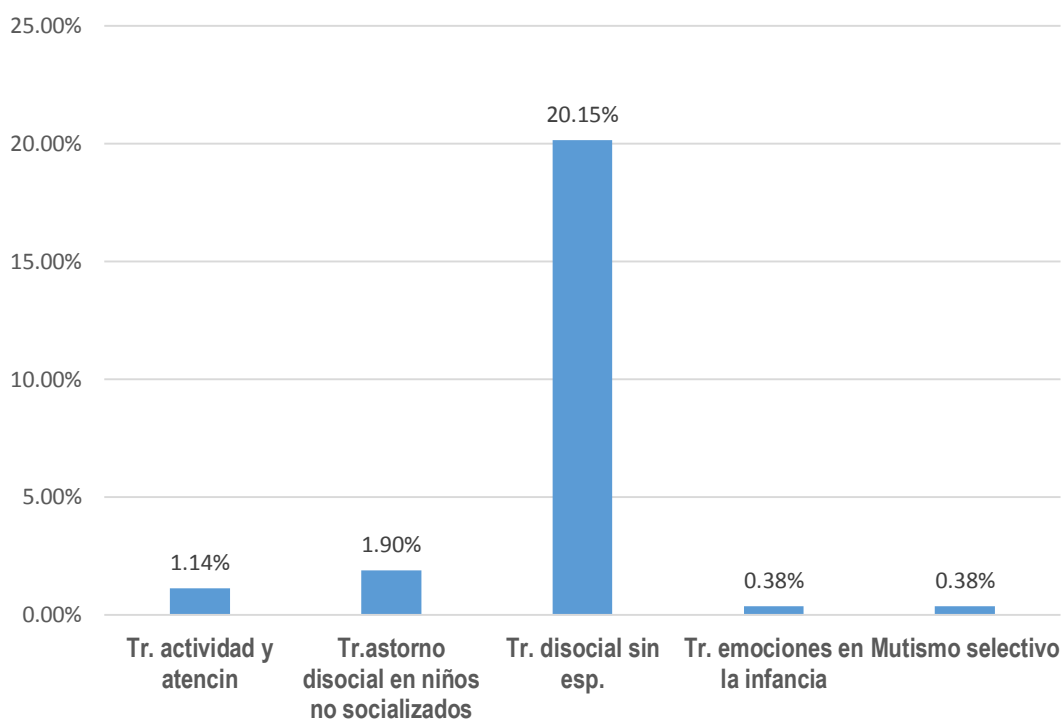
Código	TRASTORNO	Total		< 12 años		≥ 12 años	
		N°	%	N°	%	N°	%
F90-F98	<i>Tr. del Comport. y emociones inicio infancia y adolescencia</i>	63	23,95%	9	14,29%	54	85,71%
F90.0	<i>Tr. de la actividad y de la atención.</i>	3	1,14%	2	66,67%	1	33,33%
F91.1	<i>Tr. disocial en niños no socializados.</i>	5	1,90%	0	0,00%	5	100,00%
F91.9	<i>Tr. disocial sin especificación.</i>	53	20,15%	7	13,21%	46	86,79%
F93.9	<i>Tr. de las emociones sin especificación.</i>	1	0,38%	0	0,00%	1	100,00%
F94.0	<i>Mutismo selectivo.</i>	1	0,38%	0	0,00%	1	100,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

El trastorno del comportamiento y de las emociones de inicio en la infancia y la adolescencia fue más prevalente en pacientes mayores de 12 años (85,71%).

GRÁFICO 8

PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES DEL COMPORTAMIENTO Y DE
LAS EMOCIONES DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA



FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

TABLA 9 A

PRINCIPALES TRASTORNOS NEURÓTICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
SEGÚN GÉNERO

Código	TRASTORNO	Total		Masculino		Femenino	
		N°	%	N°	%	N°	%
F40-F49	Tr. neuróticos, secundarios	53	20,15%	29	54,72%	24	45,28%
F41.0	Tr. de pánico	1	0,38%	0	0,00%	1	100,00%
F41.1	Tr. de ansiedad generalizada.	1	0,38%	1	100,00%	0	0,00%
F41.2	Tr. mixto ansioso-depresivo.	12	4,56%	8	66,67%	4	33,33%
F41.9	Tr. de ansiedad sin especificación.	9	3,42%	2	22,22%	7	77,78%
F42.9	Tr. obsesivo-compulsivo sin especificación.	20	7,60%	14	70,00%	6	30,00%
F43.1	Tr. de estrés post-traumático.	2	0,76%	1	50,00%	1	50,00%
F43.2	Tr. de adaptación.	8	3,04%	3	37,50%	5	62,50%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

Los trastornos neuróticos fueron más prevalentes en el sexo masculino (54,72%).

Cuadro 9 B

**PRINCIPALES TRASTORNOS NEURÓTICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
SEGÚN EDAD**

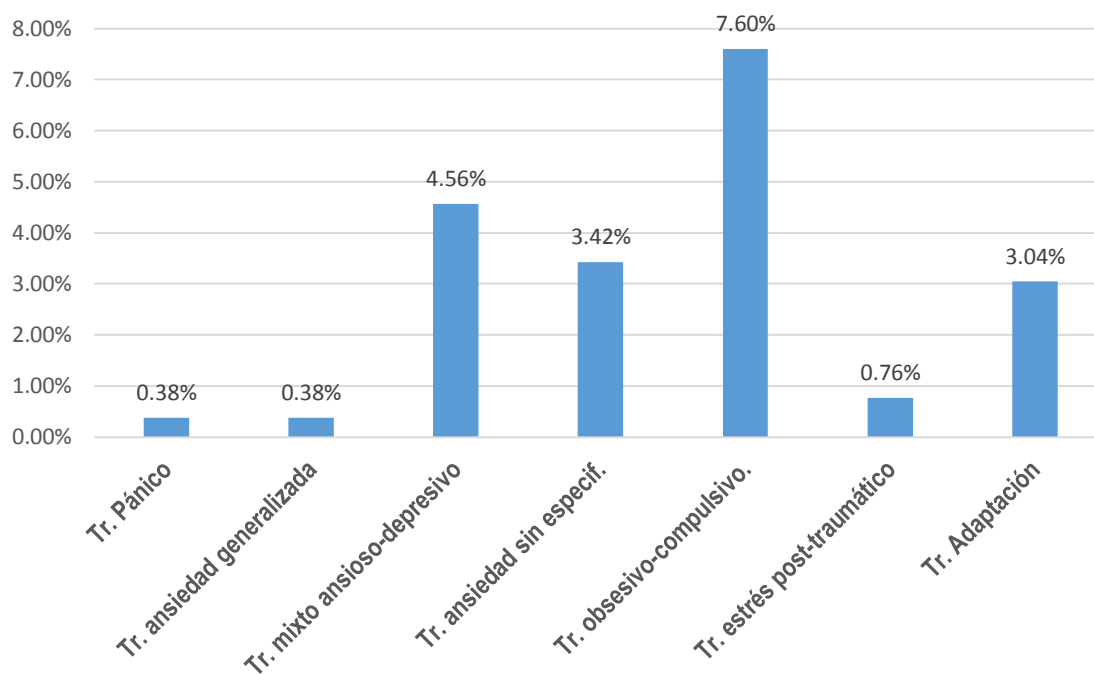
Código	TRASTORNO	Total		< 12 años		≥ 12 años	
		N°	%	N°	%	N°	%
F40-F49	Tr. neuróticos, secundarios	53	20,15%	5	9,43%	48	90,57%
F41.0	Tr. de pánico	1	0,38%	0	0,00%	1	100,00%
F41.1	Tr. de ansiedad generalizada.	1	0,38%	0	0,00%	1	100,00%
F41.2	Tr. mixto ansioso-depresivo.	12	4,56%	2	16,67%	10	83,33%
F41.9	Tr. de ansiedad sin especificación.	9	3,42%	3	33,33%	6	66,67%
F42.9	Tr. obsesivo-compulsivo sin especificación.	20	7,60%	0	0,00%	20	100,00%
F43.1	Tr. de estrés post-traumático.	2	0,76%	0	0,00%	2	100,00%
F43.2	Tr. de adaptación.	8	3,04%	0	0,00%	8	100,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

Los trastornos neuróticos fueron más prevalentes en pacientes mayores de 12 años (90,57%). Siendo las patologías más frecuentes el trastorno obsesivo compulsivo (7,60%), trastorno mixto ansioso depresivo (4,56%) y el trastorno de ansiedad (3,42%).

Cuadro 9

PRINCIPALES TRASTORNOS NEURÓTICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES



FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora



TABLA 10 A

**ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES PRINCIPALES TIPOS SEGÚN GÉNERO**

Código	Trastorno	Total		Masculino		Femenino	
		N°	%	N°	%	N°	%
F20-F29	Esquizofrenia y otros tr. Psicóticos.	47	17,87%	30	63,83%	17	36,17%
F20.0	Esquizofrenia paranoide.	24	9,13%	16	66,67%	8	33,33%
F21	Tr. esquizotípico.	1	0,38%	0	0,00%	1	100,0%
F23.3	Otro Tr. psicótico agudo.	1	0,38%	1	100,00%	0	0,00%
F25.9	Tr. esquizoafectivo.	2	0,76%	1	50,00%	1	50,00%
F28	Otros Tr. psicóticos no orgánicos.	19	7,22%	12	63,16%	7	36,84%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos fue más prevalente en el sexo masculino (63,83%).

TABLA 10 B

**ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES PRINCIPALES TIPOS SEGÚN EDAD**

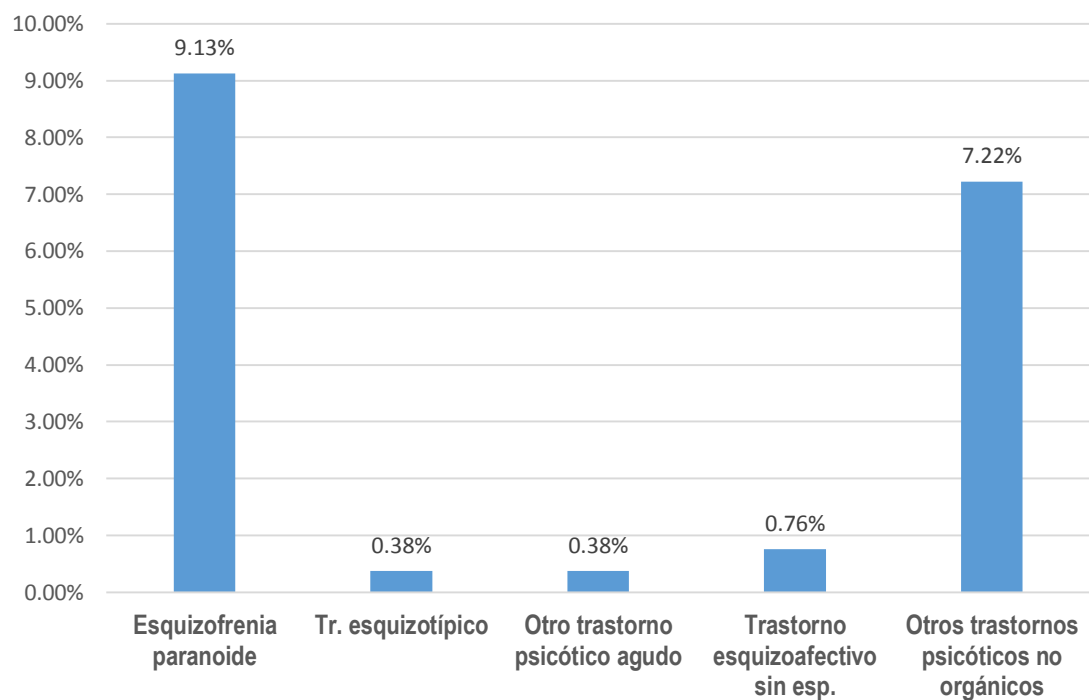
Código	Trastorno	Total		< 12 años		≥ 12 años	
		N°	%	N°	%	N°	%
F20-F29	Esquizofrenia y otros tr.	47	17,87%	2	4,26%	45	95,74%
F20.0	Esquizofrenia paranoide.	24	9,13%	1	4,17%	23	95,83%
F21	Tr. esquizotípico.	1	0,38%	0	0,00%	1	100,00%
F23.3	Otro Tr. psicótico agudo.	1	0,38%	0	0,00%	1	100,00%
F25.9	Tr. esquizoafectivo.	2	0,76%	0	0,00%	2	100,00%
F28	Otros Tr. psicóticos no orgánicos.	19	7,22%	1	5,26%	18	94,74%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos fue más prevalente en pacientes mayores de 12 años (95,74%). Dentro de este grupo se encontró a la esquizofrenia (9,13%) y otros trastornos psicóticos no orgánicos (7,22%) como las patologías más frecuentes.

GRÁFICO 10

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES PRINCIPALES TIPOS



FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

TABLA 11 A

PRINCIPALES TRASTORNOS DEL HUMOR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
SEGÚN GÉNERO

Código	Trastorno	Total		Masculino		Femenino	
		N°	%	N°	%	N°	%
F30-F39	Tr. del humor (afectivos)	34	12,93%	11	32,35%	23	67,65%
F32.2	Epi. depresivo grave sin sínt. psicóticos.	7	2,66%	4	57,14%	3	42,86%
F32.9	Episodio depresivo sin especificación.	3	1,14%	2	66,67%	1	33,33%
F34.1	Distimia.	24	9,13%	5	20,83%	19	79,17%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

Los trastornos del humor fueron más prevalentes en mujeres (67,65%).

TABLA 11 B

PRINCIPALES TRASTORNOS DEL HUMOR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
SEGÚN EDAD

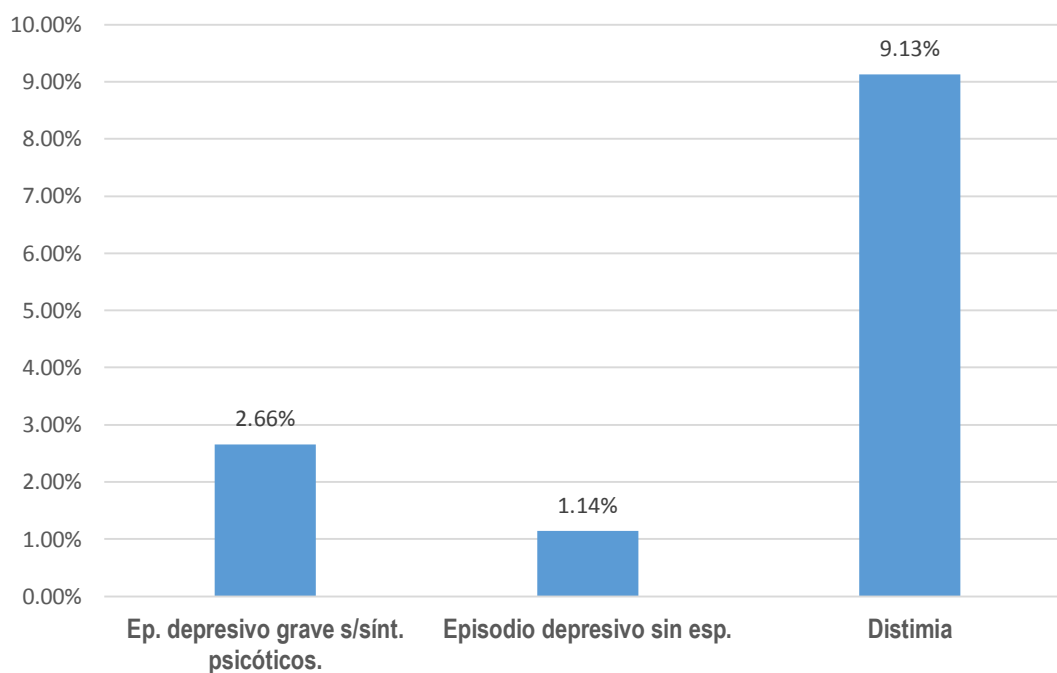
Código	Trastorno	Total		< 12 años		≥ 12 años	
		N°	%	N°	%	N°	%
F30-F39	Tr. del humor (afectivos)	34	12,93%	1	2,94%	33	97,06%
F32.2	Epi. depresivo grave sin sínt. psicóticos.	7	2,66%	1	14,29%	6	85,71%
F32.9	Episodio depresivo sin especificación.	3	1,14%	0	0,00%	3	100,00%
F34.1	Distimia.	24	9,13%	0	0,00%	24	100,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

Los trastornos del humor fueron más prevalentes en pacientes mayores de 12 años (97,06%). La distimia (9,13%) fue la patología mas frecuente.

GRÁFICO 11

PRINCIPALES TRASTORNOS DEL HUMOR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES



FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora



TABLA 12 A

**PRINCIPALES TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES
TARDÍOS SEGÚN GÉNERO**

Código	Trastorno	Total		Masculino		Femenino	
		N°	%	N°	%	N°	%
F60-F69	Tr. de la personalidad	17	6,46%	5	29,41%	12	70,59%
<i>F60.2</i>	<i>Tr. disocial de la personalidad.</i>	4	1,52%	4	100,00%	0	0,00%
<i>F60.3</i>	<i>Tr. de inestabilidad emocional</i>	9	3,42%	0	0,00%	9	100,00%
<i>F69</i>	<i>Tr. de la personalidad sin especificación.</i>	4	1,52%	1	25,00%	3	75,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

Los trastornos de la personalidad en adolescentes tardíos fueron más prevalentes en el sexo femenino (70,59%).

TABLA 12 B

PRINCIPALES TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES
TARDÍOS SEGÚN EDAD

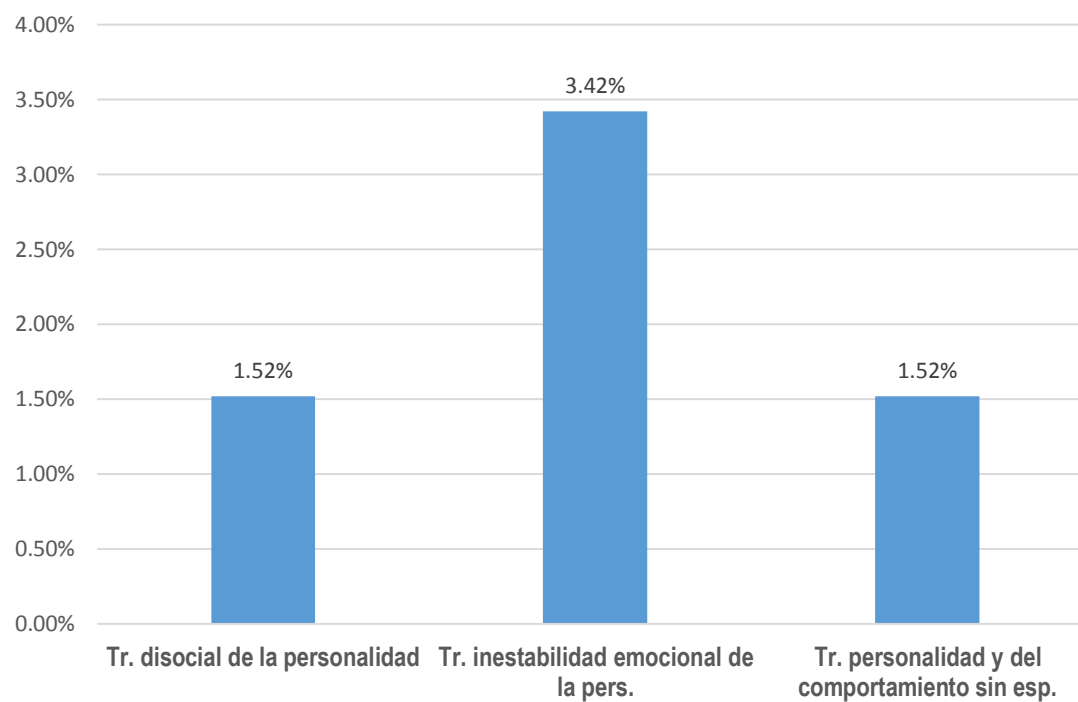
Código	Trastorno	Total		< 17 años		≥ 17 años	
		N°	%	N°	%	N°	%
F60-F69	Tr. de la personalidad	17	6,46%	0	0,00%	17	100,00%
F60.2	Tr. disocial de la personalidad.	4	1,52%	0	0,00%	4	100,00%
F60.3	Tr. de inestabilidad emocional	9	3,42%	0	0,00%	9	100,00%
F69	Tr. de la personalidad sin especificación.	4	1,52%	0	0,00%	4	100,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

Los trastornos de la personalidad en adolescentes tardíos fueron más prevalentes en pacientes mayores de 17 años (100%). El trastorno de inestabilidad emocional (3,42%) fue la patología más frecuente.

GRÁFICO 12

PRINCIPALES TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES
TARDIOS



FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

TABLA 13 A

PRINCIPALES TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES SEGÚN GÉNERO

Código	Trastorno	Total		Masculino		Femenino	
		N°	%	N°	%	N°	%
F10-F19	Tr. Por consumo de sustancias.	16	6,08%	11	68,75%	5	31,25%
F10.1	Uso nocivo alcohol	3	1,14%	0	0,00%	3	100,00%
F10.2	Síndrome de dependencia alcohol	2	0,76%	1	50,00%	1	50,00%
F12.1	Uso nocivo de cannabis	3	1,14%	3	100,00%	0	0,00%
F12.2	Síndrome de dependencia cannabis	4	1,52%	3	75,00%	1	25,00%
F19.1	Uso nocivo de internet	1	0,38%	1	100,00%	0	0,00%
F19.2	Múltiples drogas	3	1,14%	3	100,00%	0	0,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

Los trastornos por consumo de sustancias en niños y adolescentes fueron más prevalentes en varones (68,75%).

TABLA 13 B

PRINCIPALES TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN EDAD

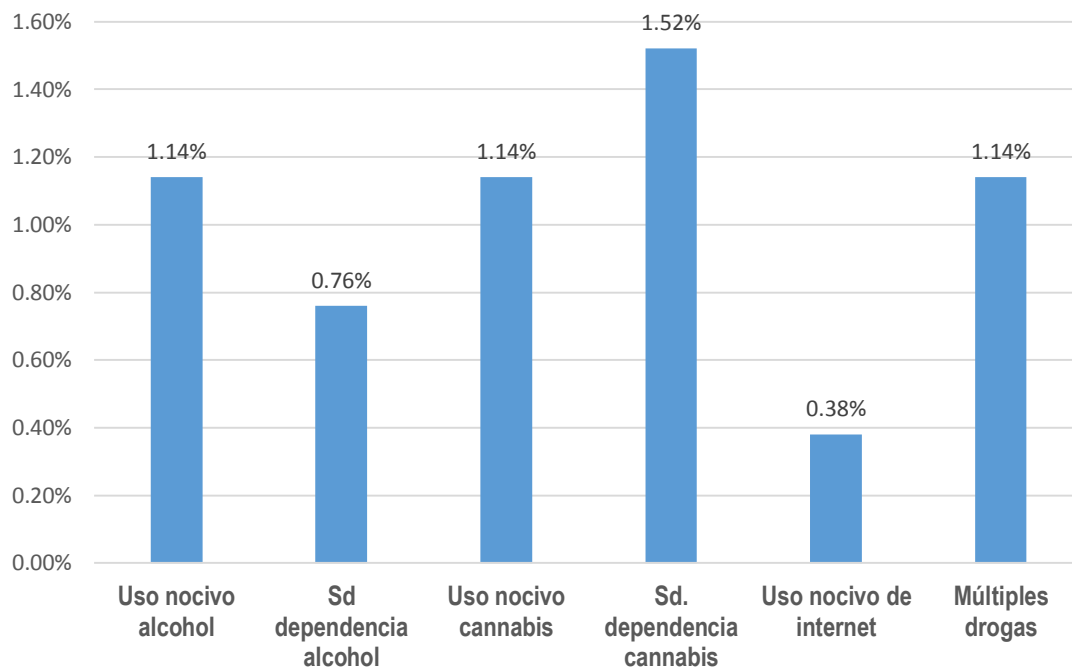
Código	Trastorno	Total		< 12 años		≥ 12 años	
		N°	%	N°	%	N°	%
F10-F19	Tr. Por consumo de sustancias.	16	6,08%	0	0,00%	16	100,0%
F10.1	Uso nocivo alcohol	3	1,14%	0	0,00%	3	100,00%
F10.2	Síndrome de dependencia alcohol	2	0,76%	0	0,00%	2	100,00%
F12.1	Uso nocivo de cannabis	3	1,14%	0	0,00%	3	100,00%
F12.2	Síndrome de dependencia cannabis	4	1,52%	0	0,00%	4	100,00%
F19.1	Uso nocivo de internet	1	0,38%	0	0,00%	1	100,00%
F19.2	Múltiples drogas	3	1,14%	0	0,00%	3	100,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

Los trastornos por consumo de sustancias en niños y adolescentes fueron más prevalentes en pacientes mayores de 12 años (100%). El síndrome de dependencia a cannabis (1,52%) fue la patología más frecuente.

GRÁFICO 13

PRINCIPALES TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES



FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

TABLA 14 A

**PRINCIPALES TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO POR DISFUNCIÓN
FISIOLÓGICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN GÉNERO**

Código	Trastorno	Total		Masculino		Femenino	
		N°	%	N°	%	N°	%
F50-F59	Tr. del comport. por disfunción fisiológica.	16	6,08%	2	12,50%	14	87,50%
<i>F50.3</i>	<i>Bulimia nerviosa atípica.</i>	6	2,28%	1	16,67%	5	83,33%
<i>F50.9</i>	<i>Tr. de la conducta alimentaria sin especificación.</i>	10	3,80%	1	10,00%	9	90,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

Los trastornos del comportamiento por disfunción fisiológica en niños y adolescentes fueron más prevalentes en mujeres (87,50%).

TABLA 14 B

**PRINCIPALES TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO POR DISFUNCIÓN
FISIOLÓGICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN EDAD**

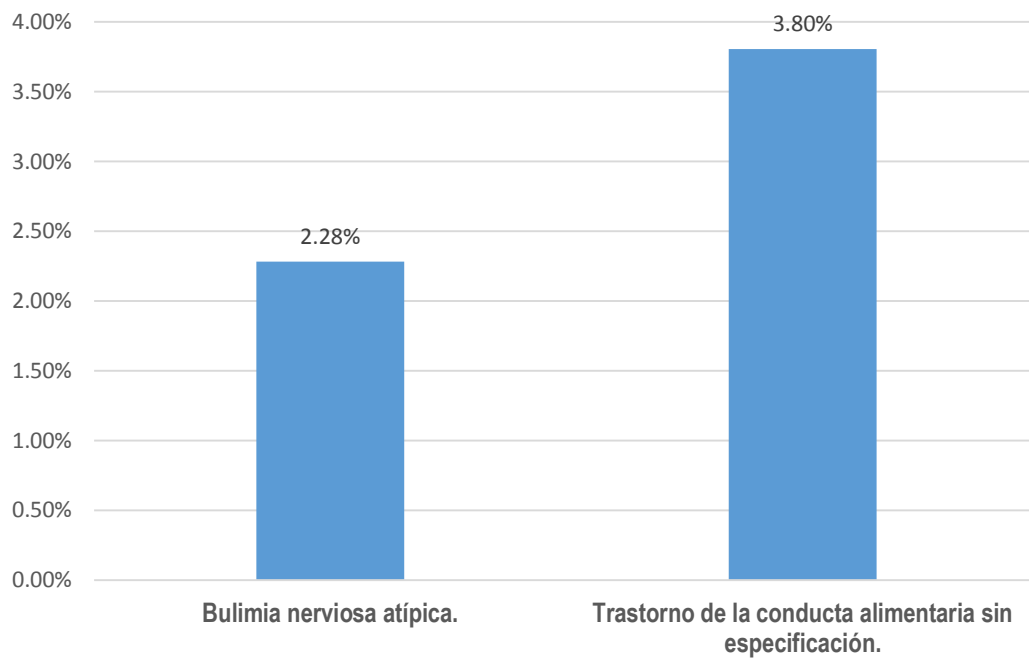
Código	Trastorno	Total		< 12 años		≥ 12 años	
		N°	%	N°	%	N°	%
F50-F59	Tr. del comport. por disfunción fisiológica.	16	6,08%	0	0,00%	16	100,0%
<i>F50.3</i>	<i>Bulimia nerviosa atípica.</i>	6	2,28%	0	0,00%	6	100,0%
<i>F50.9</i>	<i>Tr. de la conducta alimentaria sin especificación.</i>	10	3,80%	0	0,00%	10	100,0%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

Los trastornos del comportamiento por disfunción fisiológica en niños y adolescentes fueron más prevalentes en pacientes mayores de 12 años (100%). Siendo el trastorno de la conducta alimentaria sin especificación (3,80%) el más frecuente.

GRÁFICO 14

PRINCIPALES TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO POR DISFUNCIÓN
FISIOLÓGICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES



FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

TABLA 15 A

OTROS TIPOS DE TRASTORNOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN
GÉNERO

Código	Trastorno	Total		Masculino		Femenino	
		N°	%	N°	%	N°	%
F70-F79	Retraso mental.	10	3,80%	7	70,00%	3	30,00%
<i>F79</i>	<i>Retraso mental sin especific.</i>	10	3,80%	7	70,00%	3	30,00%
F00-F09	Tr. mentales orgánicos.	5	1,90%	2	40,00%	3	60,00%
<i>F09</i>	<i>Tr. mental orgánico sin especific.</i>	5	1,90%	2	40,00%	3	60,00%
F80-F89	Tr. del desarrollo psicológico.	2	0,76%	1	50,00%	1	50,00%
<i>F80.9</i>	<i>Tr. del desarrollo del habla.</i>	2	0,76%	1	50,00%	1	50,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

Los otros tipos de trastornos en niños y adolescentes fueron más prevalentes en varones (70,00%).

TABLA 15 B

OTROS TIPOS DE TRASTORNOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN
EDAD

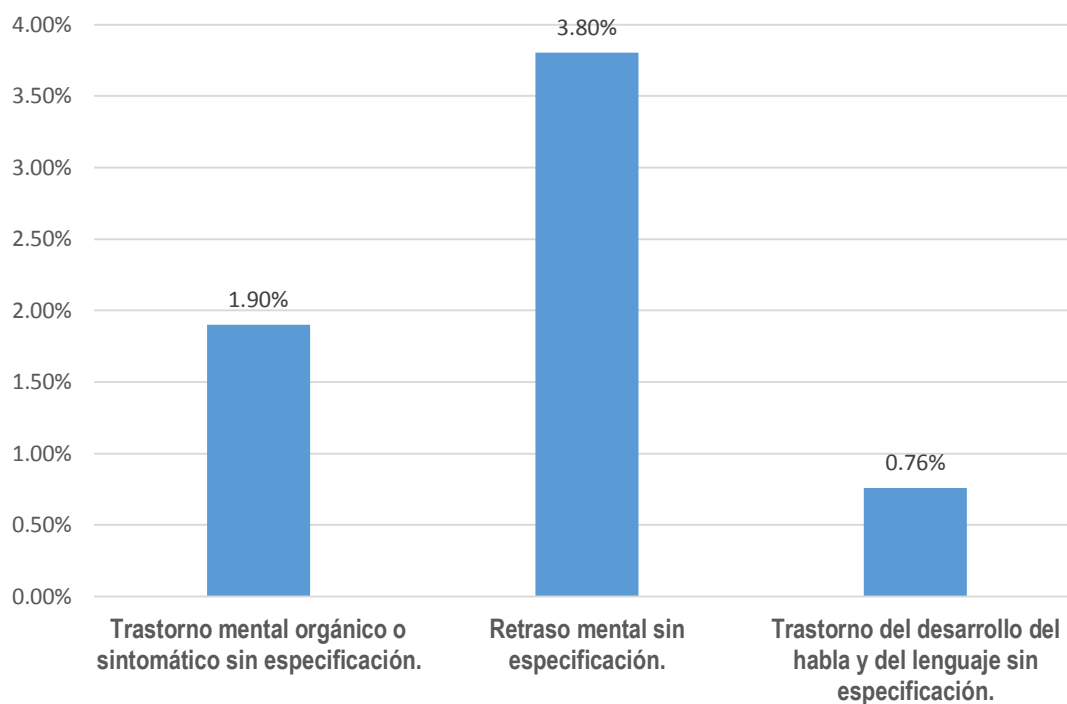
Código	Trastorno	Total		< 12 años		≥ 12 años	
		N°	%	N°	%	N°	%
F70-F79	Retraso mental.	10	3,80%	4	40,00%	6	60,00%
<i>F79</i>	<i>Retraso mental sin especific.</i>	10	3,80%	4	40,00%	6	60,00%
F00-F09	Tr. mentales orgánicos.	5	1,90%	0	0,00%	5	100,00%
<i>F09</i>	<i>Tr. mental orgánico sin especific.</i>	5	1,90%	0	0,00%	5	100,00%
F80-F89	Tr. del desarrollo psicológico.	2	0,76%	1	50,00%	1	50,00%
<i>F80.9</i>	<i>Tr. del desarrollo del habla.</i>	2	0,76%	1	50,00%	1	50,00%

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

Los otros tipos de trastornos en niños y adolescentes fueron más prevalentes en pacientes mayores de 12 años. El Retraso mental (3,80%) fue la patología más frecuente.

GRÁFICO 15

OTROS TIPOS DE TRASTORNOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES



FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora



n°	Mes	distrito	edad	Cat edad	Sexo	Tipo usuario	Dx1	Tipo Dx1	Dx 2	Tipo Dx2	Dx3	Tipo Dx3
1	marzo	orcopampa	22 > 12 años	12-13 años	Mas	Nuevo	mutismo electivo F94.0	Definitivo				
2	marzo	tiabaya	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	esquizofrenia paranoide F20.0	Reiterativo				
3	marzo	uchumayo	17 > 12 años	17-21 años	Mas	Reingreso	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo				
4	marzo	cercado	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	trastorno asociado de la personalidad f60.2	Reiterativo				
5	marzo	cercado	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de multiples dro	Reiterativo	trastorno asociado de la personalidad f60.2	Reiterativo		
6	marzo	paucarpata	13 > 12 años	12-13 años	Fem	Continuador	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado F42.9	Definitivo				
7	marzo	hunter	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	bulimia nerviosa F50.3	Reiterativo	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo		
8	marzo	socabaya	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastorno de la personalidad emocionalmente inestable f60.3	Reiterativo				
9	marzo	hunter	14 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo				
10	marzo	apilao	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	otros trastornos psicoticos no organicos F28.x	Reiterativo				
11	marzo	mariano melgar	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado F42.9	Reiterativo				
12	marzo	cercado	14 > 12 años	14-16 años	Fem	Reingreso	trastorno mental organico o sintomatico sin especificacion f09.x	Reiterativo				
13	marzo	paucarpata	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo				
14	marzo	cayma	15 > 12 años	15-16 años	Mas	Continuador	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo				
15	marzo	tiabaya	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	esquizofrenia paranoide F20.0	Reiterativo				
16	marzo	cc	17 > 12 años	17-21 años	Mas	Nuevo	bulimia nerviosa F50.3	Definitivo	trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	Definitivo		
17	marzo	mm	10 > 12 años	7-11 años	Mas	Nuevo	trastorno mixto de ansiedad y depresion F41.2	Definitivo				
18	marzo	paucarpata	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Reingreso	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo	trastornos mentales y del comportamiento debidos al u	Reiterativo		
19	marzo	jl	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastorno de la personalidad emocionalmente inestable f60.3	Reiterativo				
20	marzo	espinar	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Nuevo	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado F42.9	Definitivo				
21	marzo	cc	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Nuevo	distimia F34.1	Definitivo	trastorno somatomorfo no especificado F45.9	Definitivo		
22	marzo	uchumayo	13 > 12 años	12-13 años	Mas	Continuador	trastorno mixto de ansiedad y depresion F41.2	Reiterativo	trastorno de la ingestion de alimentos, no especificado	Reiterativo		
23	marzo	miraflores	15 > 12 años	14-16 años	Fem	Reingreso	distimia F34.1	Definitivo				
24	marzo	jl	12 > 12 años	12-13 años	Fem	Continuador	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo	trastorno mixto de ansiedad y depresion F41.2	Definitivo		
25	marzo	camana	9 < 12 años	7-11 años	Fem	Nuevo	otros trastornos especificos del desarrollo del habla y del lenguaje sin esp	Probable	trastorno de ansiedad no especificado F41.9	Definitivo		
26	marzo	cc	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Reingreso	distimia F34.1	Definitivo				
27	marzo	cayma	9 < 12 años	7-11 años	Fem	Nuevo	trastorno de conducta no especificado F91.9	Definitivo	episodio depresivo, no especificado F32.9	Definitivo		
28	marzo	jl	12 > 12 años	12-13 años	Fem	Reingreso	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo	trastorno mixto de ansiedad y depresion F41.2	Reiterativo		
29	marzo	jl	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Nuevo	trastornos de adaptacion F43.2	Probable				
30	mayo	majes	17 > 12 años	17-21 años	Mas	Reingreso	episodio depresivo grave sin sintomas psicoticos F3.2	Definitivo				
31	mayo	cercado	9 < 12 años	7-11 años	Mas	Nuevo	esquizofrenia paranoide F20.0	Definitivo				
32	mayo	jl	15 > 12 años	14-16 años	Mas	Nuevo	trastornos de adaptacion F43.2	Probable				
33	mayo	cercado	9 < 12 años	7-11 años	Mas	Reingreso	trastorno de conducta no especificado F91.9	Probable				
34	mayo	socabaya	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Nuevo	trastornos de adaptacion F43.2	Probable				
35	mayo	paucarpata	13 > 12 años	12-13 años	Fem	Reingreso	trastorno de la ingestion de alimentos, no especificado F50.9	Reiterativo	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo		
36	mayo	paucarpata	13 > 12 años	12-13 años	Fem	Reingreso	trastorno de la ingestion de alimentos, no especificado F50.9	Reiterativo	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo		
37	mayo	cayma	15 > 12 años	14-16 años	Mas	Nuevo	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo	trastornos mentales y del comportamiento debidos al	Probable		
38	mayo	cc	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Reingreso	distimia F34.1	Reiterativo				
39	abril	cayma	12 > 12 años	12-13 años	Mas	Nuevo	trastorno de conducta no especificado F91.9	Definitivo	trastornos mentales y del comportamiento debidos al	Definitivo	distimia F34.1	Definitivo
40	abril	mm	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Nuevo	trastornos de adaptacion F43.2	Definitivo				
41	abril	cc	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	distimia F34.1	Reiterativo				
42	abril	jl	14 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo				
43	abril	miraflores	14 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	retraso mental, no especificado, deterioro del comportamiento de grad	Reiterativo				
44	abril	castilla	13 > 12 años	12-13 años	Mas	Continuador	otros trastornos psicoticos no organicos F28.x	Probable	mutismo electivo F94.0	Reiterativo		
45	abril	jl	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Nuevo	trastorno mixto de ansiedad y depresion F41.2	Definitivo				
46	abril	pedregal	15 > 12 años	14-16 años	Mas	Nuevo	otros trastornos psicoticos no organicos F28.x	Probable				
47	abril	cercado	15 > 12 años	14-16 años	Fem	Reingreso	distimia F34.1	Reiterativo	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo		
48	abril	mollendo	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo				
49	enero	paucarpata	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo				
50	abril	miraflores	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado F42.9	Reiterativo				
51	abril	juliaca	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastorno de panico F41.0	Reiterativo				
52	abril	cc	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Reingreso	trastorno de ansiedad no especificado F41.9	Probable				
53	abril	hunter	12 > 12 años	12-13 años	Mas	Continuador	retraso mental, no especificado, deterioro del comportamiento de grad	Reiterativo				
54	abril	majes	11 < 12 años	7-11 años	Mas	Continuador	trastorno de ansiedad no especificado F41.9	Reiterativo				
55	abril	juliaca	9 < 12 años	7-11 años	Mas	Continuador	retraso mental, no especificado, deterioro del comportamiento de grad	Reiterativo				
56	enero	cayma	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Nuevo	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado F42.9	Definitivo				
57	enero	miraflores	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Nuevo	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado F42.9	Definitivo				
58	enero	socabaya	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Reingreso	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo	problemas relacionados con la ruptura familiar por sepe	Reiterativo		
59	enero	chala	15 > 12 años	14-16 años	Fem	Reingreso	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo				
60	enero	paucarpata	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Reingreso	esquizofrenia paranoide F20.0	Reiterativo				
61	enero	paucarpata	13 > 12 años	12-13 años	Fem	Reingreso	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado F42.9	Reiterativo				
62	enero	socabaya	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Reingreso	trastorno esquizoactivo, no especificado F25.9	Reiterativo				
63	enero	socabaya	14 > 12 años	14-16 años	Fem	Reingreso	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo	problemas relacionados con la ruptura familiar por sepe	Reiterativo		
64	enero	cuzco	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Reingreso	esquizofrenia paranoide F20.0	Reiterativo				
65	enero	socabaya	17 > 12 años	17-21 años	Mas	Reingreso	distimia F34.1	Reiterativo				
66	enero	paucarpata	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Nuevo	episodio depresivo, no especificado F32.9	Reiterativo	problemas relacionados con la ruptura familiar por sepe	Reiterativo		
67	enero	juliaca	9 < 12 años	7-11 años	Mas	Reingreso	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo				
68	enero	cc	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Reingreso	trastorno de la personalidad emocionalmente inestable f60.3	Reiterativo				
69	enero	cayma	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Reingreso	esquizofrenia paranoide F20.0	Reiterativo				
70	enero	cercado	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Reingreso	trastorno asociado de la personalidad f60.2	Reiterativo	trastornos mentales y del comportamiento debido al u	Reiterativo		
71	enero	cercado	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Reingreso	trastorno asociado de la personalidad f60.2	Reiterativo	trastornos mentales y del comportamiento debido al u	Reiterativo		
72	enero	jl	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Reingreso	trastorno de la personalidad emocionalmente inestable f60.3	Reiterativo				
73	enero	jl	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Reingreso	trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de multipl	Reiterativo				
74	enero	uchumayo	13 > 12 años	12-13 años	Mas	Nuevo	trastorno de la ingestion de alimentos, no especificado F50.9	Probable				
75	enero	jl	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Reingreso	trastorno de la ingestion de alimentos, no especificado F50.9	Reiterativo				
76	enero	cercado	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Reingreso	trastorno mixto de ansiedad y depresion F41.2	Reiterativo				
77	enero	cercado	17 > 12 años	17-21 años	Mas	Reingreso	trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cannabinoide	Reiterativo				
78	enero	paucarpata	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Reingreso	distimia F34.1	Reiterativo				
79	enero	uchumayo	13 > 12 años	12-13 años	Mas	Continuador	trastorno mixto de ansiedad y depresion F41.2	Reiterativo	trastorno de la ingestion de alimentos, no especificado	Reiterativo		
80	enero	cercado	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Nuevo	trastorno de conducta no especificado F91.9	Definitivo	trastorno mixto de ansiedad y depresion F41.2	Definitivo		
81	enero	cercado	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastorno mixto de ansiedad y depresion F41.2	Reiterativo				
82	enero	asa	15 > 12 años	14-16 años	Mas	Reingreso	trastorno mental organico o sintomatico sin especificacion f09.x	Reiterativo	retraso mental, no especificado, deterioro del compo	Reiterativo		
83	enero	asa	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Reingreso	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado F42.9	Reiterativo				
84	enero	cercado	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastornos de adaptacion F43.2	Reiterativo				
85	enero	uchumayo	13 > 12 años	12-13 años	Mas	Reingreso	trastorno de estres posttraumatico F43.1	Definitivo				
86	enero	jl	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Nuevo	trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, uso n	Definitivo				
87	enero	cercado	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Nuevo	trastorno de conducta no especificado F91.9	Definitivo				
88	enero	paucarpata	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Nuevo	trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de multiples dro	Definitivo				
89	enero	uchumayo	13 > 12 años	12-13 años	Mas	Nuevo	trastorno mixto de ansiedad y depresion F41.2	Definitivo				
90	enero	cercado	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Nuevo	trastorno de conducta no especificado F91.9	Definitivo				
91	enero	asa	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Nuevo	trastorno de conducta no especificado F91.9	Definitivo				
92	enero	cercado	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Nuevo	trastorno de la ingestion de alimentos, no especificado F50.9	Definitivo				
93	octubre	jl	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cannabinoide	Reiterativo	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo		
94	octubre	jl	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	trastorno de conducta no especificado F91.9	Reiterativo				
95	octubre	cc	15 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	otros trastornos psicoticos no organicos F28.x	Definitivo				
96	octubre	paucarpata	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	esquizofrenia paranoide F20.0</					

131	abril	mm	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Reingreso	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado f42.9	Reiterativo	episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos f3.2	Reiterativo
132	mayo	cayma	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	esquizofrenia paranoide f20.0	Reiterativo		
133	junio	cc	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Reingreso	trastorno de conducta no especificado f91.9	Reiterativo		
134	julio	jl	17 > 21 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastorno de la personalidad emocionalmente inestable f60.3	Reiterativo		
135	agosto	juliaca	10 > 12 años	7-11 años	Mas	Continuador	retraso mental, no especificado, deterioro del comportamiento de grado	Reiterativo		
136	septiembre	cayma	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	esquizofrenia paranoide f20.0	Reiterativo		
137	octubre	cc	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastornos de adaptación f43.2	Reiterativo		
138	noviembre	mollendo	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastorno de conducta no especificado f91.9	Reiterativo		
139	diciembre	cercaido	12 > 12 años	12-13 años	Mas	Continuador	trastorno de conducta no especificado f91.9	Reiterativo		
140	enero	cercaido	8 > 12 años	7-11 años	Mas	Continuador	trastorno de conducta no especificado f91.9	Reiterativo		
141	febrero	paucarpata	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastorno esquizotípico f21.x	Reiterativo		
142	marzo	caylloma	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	otros trastornos psicóticos no orgánicos f28.x	Reiterativo	esquizofrenia paranoide f20.0	Reiterativo
143	abril	asa	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, sindr	Definitivo		
144	mayo	cc	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Reingreso	esquizofrenia paranoide f20.0	Reiterativo		
145	junio	dian valdivia	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Nuevo	otros trastornos psicóticos no orgánicos f28.x	Definitivo		
146	julio	puno	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	esquizofrenia paranoide f20.0	Reiterativo		
147	agosto	asa	6 > 12 años	4-6 años	Fem	Nuevo	trastorno de conducta no especificado f91.9	Probable		
148	septiembre	paucarpata	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Nuevo	trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, uso n	Probable		
149	octubre	cc	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	distimia f34.1	Reiterativo		
150	noviembre	socabaya	14 > 12 años	14-16 años	Fem	Reingreso	trastorno de conducta no especificado f91.9	Probable		
151	diciembre	cayma	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos f3.2	Definitivo		
152	enero	tiabaya	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	otros trastornos psicóticos no orgánicos f28.x	Reiterativo		
153	febrero	miraflores	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado f42.9	Definitivo		
154	marzo	sachaca	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado f42.9	Definitivo		
155	abril	asa	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	trastorno de conducta no especificado f91.9	Definitivo	trastornos mentales y del comportamiento debido al us	Definitivo
156	mayo	cucho	17 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	episodio depresivo, no especificado f32.9	Definitivo		
157	junio	cc	15 > 12 años	14-16 años	Mas	Nuevo	episodio depresivo, no especificado f32.9	Definitivo		
158	julio	mm	12 > 12 años	12-13 años	Fem	Nuevo	trastorno de ansiedad no especificado f41.9	Definitivo		
159	agosto	mm	12 > 12 años	12-13 años	Fem	Continuador	trastorno de ansiedad no especificado f41.9	Definitivo		
160	septiembre	paucarpata	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	trastorno de conducta no especificado f91.9	Reiterativo	distimia f34.1	problemas ri Reiterativo
161	octubre	mm	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado f42.9	Reiterativo		
162	noviembre	asa	15 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	trastorno de conducta insoportable f91.1	Definitivo		
163	diciembre	cc	15 > 12 años	14-16 años	Mas	Nuevo	trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cannabinoide	Definitivo	trastorno de conducta insoportable f91.1	Definitivo
164	enero	asa	15 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	trastorno de conducta insoportable f91.1	Reiterativo		
165	febrero	paucarpata	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	esquizofrenia paranoide f20.0	Reiterativo		
166	marzo	cc	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastorno de la personalidad emocionalmente inestable f60.3	Reiterativo		
167	abril	chala	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	trastorno de conducta no especificado f91.9	Reiterativo		
168	mayo	hunter	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Nuevo	bulimia nerviosa f50.3	Definitivo		
169	junio	jl	15 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	trastorno de conducta no especificado f91.9	Definitivo	trastornos de la personalidad y del comportamiento, no	Definitivo
170	julio	yanahuara	14 > 12 años	14-16 años	Fem	Nuevo	trastorno de conducta no especificado f91.9	Definitivo		
171	agosto	mm	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado f42.9	Reiterativo		
172	septiembre	socabaya	14 > 12 años	14-16 años	Fem	Nuevo	episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos f3.2	Definitivo	enuresis no orgánica f98	Definitivo
173	octubre	tiabaya	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	esquizofrenia paranoide f20.0	Reiterativo		
174	noviembre	cayma	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Nuevo	trastorno de conducta no especificado f91.9	Definitivo		
175	diciembre	cercaido	17 > 12 años	17-21 años	Mas	Nuevo	trastorno de conducta no especificado f91.1	Definitivo		
176	enero	aploa	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	otros trastornos psicóticos no orgánicos f28.x	Definitivo	trastorno mental organico o sintomatico sin especifica	Definitivo
177	febrero	paucarpata	19 > 12 años	17-21 años	Mas	Nuevo	distimia f34.1	Definitivo	trastorno de estres posttraumatico f43.1	Definitivo
178	marzo	chala	15 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	trastorno de conducta no especificado f91.9	Reiterativo		
179	abril	paucarpata	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Nuevo	distimia f34.1	Definitivo	trastorno de conducta no especificado f91.9	Definitivo
180	mayo	paucarpata	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado f42.9	Definitivo	problemas ri Definitivo	
181	junio	chala	14 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos f3.2	Reiterativo	enuresis no orgánica f98	Reiterativo
182	julio	mm	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Nuevo	trastorno de la personalidad emocionalmente inestable f60.3	Definitivo		
183	agosto	hunter	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, uso n	Definitivo		
184	septiembre	jl	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Nuevo	trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cannabinoide	Definitivo	trastornos mentales y del comportamiento debido al us	Definitivo
185	octubre	paucarpata	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado f50.9	Reiterativo		
186	noviembre	cc	15 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	trastorno de conducta no especificado f91.9	Reiterativo		
187	diciembre	asa	17 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	esquizofrenia paranoide f20.0	Reiterativo		
188	enero	asa	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	retraso mental, no especificado, deterioro del comportamiento de grado	Reiterativo	otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cereb	Reiterativo
189	febrero	cercaido	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	trastorno de conducta no especificado f91.9	Reiterativo		
190	marzo	miraflores	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	trastorno obsesivo compulsivo, no especificado f42.9	Reiterativo		
191	abril	cc	15 > 12 años	12-13 años	Fem	Nuevo	trastorno mixto de ansiedad y depresión f41.2	Probable	trastorno de conducta no especificado f91.9	Probable
192	mayo	hunter	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastorno mental organico o sintomatico sin especificacion f09.x	Definitivo		
193	junio	chala	15 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado f50.9	Reiterativo		
194	julio	moquegua	12 > 12 años	12-13 años	Fem	Continuador	trastorno de ansiedad no especificado f41.9	Reiterativo		
195	agosto	pukina	15 > 12 años	14-16 años	Fem	Nuevo	retraso mental, no especificado, deterioro del comportamiento de grado	Definitivo	trastorno mixto de ansiedad y depresión f41.2	Definitivo
196	septiembre	paucarpata	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia f93.9	Reiterativo		
197	octubre	cc	7 > 11 años	7-11 años	Mas	Nuevo	perturbación de la actividad y de la atención f90.0	Definitivo	trastorno de las emociones de comienzo habitual en la	Definitivo
198	noviembre	paucarpata	14 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	distimia f34.1	Definitivo	trastorno de conducta no especificado f91.9	Definitivo
199	diciembre	paucarpata	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastorno esquizoafectivo no especificado f25.9	Probable		
200	enero	cayma	10 > 12 años	7-11 años	Fem	Continuador	trastorno de conducta no especificado f91.9	Reiterativo		
201	febrero	asa	17 > 12 años	17-21 años	Fem	Nuevo	trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado f50.9	Definitivo	trastorno de la personalidad emocionalmente inestab	Probable
202	marzo	cc	14 > 12 años	14-16 años	Fem	Nuevo	trastorno de estres posttraumatico f43.1	Definitivo	distimia f34.1	Definitivo
203	abril	asa	16 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	trastorno de la personalidad emocionalmente inestable f60.3	Reiterativo	otros trastornos psicóticos no orgánicos f28.x	Reiterativo
204	mayo	cc	12 > 12 años	12-13 años	Mas	Nuevo	episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos f3.2	Definitivo	problemas relacionados con la ruptura familiar por sepe	Definitivo
205	junio	cercaido	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	otro trastorno psicótico agudo, con predominio de ideas delirantes f23.3	Reiterativo		
206	julio	socabaya	5 > 12 años	4-6 años	Mas	Nuevo	trastorno de conducta no especificado f91.9	Definitivo	problemas relacionados con la ruptura familiar por sepe	Definitivo
207	agosto	paucarpata	15 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cannabinoide	Reiterativo		
208	septiembre	islay	15 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cannabinoide	Reiterativo		
209	octubre	hunter	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Nuevo	trastorno de la personalidad emocionalmente inestable f60.3	Probable	otros trastornos específicos del desarrollo del habla y d	Reiterativo
210	noviembre	hunter	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Nuevo	trastorno de ansiedad generalizada f41.1	Probable		
211	diciembre	cc	14 > 12 años	14-16 años	Mas	Nuevo	otros trastornos psicóticos no orgánicos f28.x	Definitivo	episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos f3.2	Definitivo
212	enero	cc	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Nuevo	trastornos de la personalidad y del comportamiento, no especificado f69.x	Reiterativo	distimia f34.1	Reiterativo
213	febrero	paucarpata	14 > 12 años	14-16 años	Fem	Nuevo	trastornos de la personalidad y del comportamiento, no especificado f69.x	Definitivo	distimia f34.1	Definitivo
214	marzo	hunter	6 > 12 años	4-6 años	Fem	Nuevo	trastorno de ansiedad no especificado f41.9	Definitivo	sonambulismo f51.3	Definitivo
215	abril	socabaya	15 > 12 años	14-16 años	Fem	Nuevo	distimia f34.1	Definitivo	trastorno de conducta no especificado f91.9	Definitivo
216	mayo	mm	12 > 12 años	12-13 años	Fem	Continuador	trastorno de ansiedad no especificado f41.9	Probable	trastorno de ansiedad no especificado f41.9	Probable
217	junio	mollabaya	14 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	perturbación de la actividad y de la atención f90.0	Reiterativo		
218	julio	cayma	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	otros trastornos psicóticos no orgánicos f28.x	Reiterativo		
219	agosto	joya	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	distimia f34.1	Reiterativo		
220	septiembre	socabaya	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	trastornos de la personalidad y del comportamiento, no especificado f69.x	Reiterativo		
221	octubre	pedregal	12 > 12 años	12-13 años	Mas	Nuevo	otros trastornos psicóticos no orgánicos f28.x	Probable		
222	noviembre	uchumayo	12 > 12 años	12-13 años	Mas	Nuevo	trastorno de conducta no especificado f91.9	Definitivo		
223	diciembre	cc	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	distimia f34.1	Definitivo		
224	enero	cercaido	7 > 12 años	7-11 años	Mas	Continuador	trastorno de conducta no especificado f91.9	Reiterativo		
225	febrero	pedregal	12 > 12 años	12-13 años	Fem	Continuador	esquizofrenia paranoide f20.0	Reiterativo		
226	marzo	asa	16 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	retraso mental, no especificado, deterioro del comportamiento de grado	Reiterativo		
227	abril	hunter	7 > 12 años	7-11 años	Mas	Continuador	perturbación de la actividad y de la atención f90.0	Reiterativo		
228	mayo	hunter	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Continuador	esquizofrenia paranoide f20.0	Reiterativo		
229	junio	cayma	18 > 12 años	17-21 años	Fem	Nuevo	trastorno mixto de ansiedad y depresión f41.2	Definitivo		
230	julio	socabaya	18 > 12 años	17-21 años	Mas	Continuador	trastornos de adaptación f43.2	Reiterativo	trastornos de la personalidad y del comportamiento, no	Reiterativo
231	agosto	paucarpata	15 > 12 años	14-16 años	Mas	Continuador	otros trastornos psicóticos no orgánicos f28.x	Reiterativo		
232	septiembre	paucarpata	14 > 12 años	14-16 años	Fem	Continuador	distimia f34.1	Reiterativo		
233	octubre	asa	14 > 12 años	14-16 años	Fem	Nuevo	trastorno de conducta no especificado f91.9	Definitivo	problemas relacionados con la ruptura familiar por sepe	Definitivo
234	noviembre	uchumayo	14 > 12 años	14-16 años	Mas	Reingreso	trastorno de conducta no			



Capítulo II

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se realizó el presente estudio con la finalidad de conocer las características demográficas y clínicas de los niños y adolescentes atendidos en Consulta Externa de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa durante el 2015. Se realizó esta investigación para conocer la cantidad y el porcentaje de pacientes niños y adolescentes que son atendidos en Consulta Externa de psiquiatría, las características de la población infanto juvenil que acude a la Consulta Externa de psiquiatría como: edad, género y procedencia, así también describir la frecuencia de los diagnósticos clínicos según el cie 10 en este grupo poblacional; todo ello para justificar la creación de un área especializada de psiquiatría infanto-juvenil y poder prevenir, diagnosticar oportunamente y recuperar o rehabilitar adecuadamente a esta población tan vulnerable según su etapa de desarrollo, disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familiar y la sociedad.

Para realizar el estudio se revisaron los registros de atención de pacientes en edad pediátrica y adolescentes atendidos en la Consulta Externa de psiquiatría en el periodo de estudio. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

En el **Cuadro y Gráfico 1** se muestra la distribución de los 263 niños y adolescentes atendidos por Consulta Externa de Psiquiatría en el periodo de estudio; el 49,43% de casos fueron varones y 50,57% mujeres; la edad de los pacientes se distribuyó en menores de 12 años en 8,37% y de 12 a más años en 91,63% del total. Los niños tuvieron entre 1 a 3 años (primera infancia) en 0,38%, de 4 a 6 años (preescolar) en 1,14% y de 7 a 11 años (escolar) en 6,48%, mientras que entre los adolescentes el 12,93% tuvo de 12 a 13 años (adolescencia

temprana), 38,40% tuvo de 14 a 16 años (adolescencia intermedia) y 40,30% tuvo entre 17 y 21 años (adolescencia tardía). La edad promedio de los varones fue de $15,18 \pm 3,08$ años y de las mujeres fue de $15,32 \pm 2,81$ años.

En este estudio no se aprecia una diferencia en cuanto al género en la distribución de los Trastornos Mentales infanto juveniles pero si un relación directa con la edad, dado que el 91.63% de los casos se encuentra comprendidos en la población adolescente con edades mayores de 12 años, siendo este el periodo de turbulencias biopsicosociales sin equivalente en la historia del ser humano, que puede inducir a diagnosticar cuadros clínicos a la vez neuróticos, psicóticos o psicopáticos.... (Chartier, 1997).

En el grafico 1 también podemos calcular la edad promedio de los usuarios que fue de $15,32 \pm 2,81$ años (3 – 19 años), siendo 15,18 para los varones y 15,44 para las mujeres, coincidiendo ambos con la etapa adolescencia intermedia.

La perspectiva evolutiva de la psicopatología presupone que, durante el desarrollo, se van integrando más los sistemas cognitivo, afectivo, social y biológico del niño y del adolescente, permitiendo así que diversos mecanismos de vulnerabilidad o de protección actúen de forma sinérgica en el desarrollo de un trastorno.

En el **Cuadro y Gráfico 2** se muestra la frecuencia de atenciones de niños y adolescentes en el año 2015; se produjeron picos de atenciones en los meses de enero, julio y marzo; que coinciden con los periodos de vacaciones académicas o el inicio de clases, donde acuden por su propia cuenta o derivados por sus tutores al tener matriculas condicionadas, o bien por otros especialistas para la evaluación, tipificación y tratamiento de los Trastornos Mentales que manifestaron sus sintomatología durante el semestre que le precede.

Siendo Enero, el mes con la tasa más alta, que coincide con el inicio del verano, donde se evidencia la relación entre el clima y la prevalencia de psicopatología. Esquirol (1938) señaló en 1820 el verano como la época del año en que aumentaban las enfermedades mentales. En el presente siglo, tanto Huntington (1915), como Slater (1938) y Myers & Davies (1978), coinciden en afirmar que el estío es la estación en que se produce la tasa máxima de ingresos psiquiátricos.

La procedencia de los pacientes niños y adolescentes se muestra en el **Cuadro y Gráfico 3**; el 96,20% de pacientes procedió del departamento de Arequipa, con pocos casos de Puno (1,52%), Cusco (1,14%), Moquegua e Ica. En el departamento de Arequipa, la mayoría eran de la provincia de Arequipa (85,17%), seguido de Islay y Castilla (3,42% cada una), y en menor proporción de Caylloma, Caravelí o Camaná. Entre los distritos de Arequipa, la mayoría de consultas provinieron de Paucarpata (14,07%), de Cerro Colorado (12,55%), del cercado (9,89%), José Luis Bustamante (7,98%), Cayma (6,84%) o Socabaya (6,08%) entre otros.

Lo cual coincide con el desarrollo urbano y económico de nuestra provincia, siendo los distritos de Cercado, José I. Bustamante y Rivero, Paucarpata, Hunter y Cerro Colorado los de mayor densidad poblacional y desarrollo socioeconómico, según los últimos datos del INEI en la encuesta del año 2010.

En el **Cuadro y Gráfico 4** se muestra la distribución de los pacientes según el tipo de usuario; el 53,61% de casos eran continuadores en el servicio, 28,52% eran nuevos usuarios y 17,87% eran reingresos.

El porcentaje de paciente continuadores, reflejaría indirectamente una buena tasa de adherencia al tratamiento, considerando que el incumplimiento terapéutico es

un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología. Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. Arch Intern Med. 2007; 167:540-550)

El **Cuadro y Gráfico 5** muestran la frecuencia de trastornos de la Salud Mental en niños y adolescentes atendidos durante el 2015; las consultas más frecuentes fueron por trastornos del comportamiento y las emociones de inicio en la Infancia y la adolescencia (23,95%), seguidas de trastornos neuróticos (20,15%) y por esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (17,87%) y trastornos afectivos (12,93%); en menor proporción hubo atenciones por trastornos de la personalidad (6,46%), trastornos por consumo de sustancias o trastornos del comportamiento por disfunción fisiológica (6,08% cada una), retraso mental (3,80%) o Trastornos Mentales orgánicos (1,90%) y en dos casos por trastornos del desarrollo psicológico (0,76%).

En el Estudio de Puerto Rico 2004 Canino y cols, midió la prevalencia en el último año de trastornos psiquiátricos en niños de 4 a 17 años, en una muestra probabilística según nivel socioeconómico; entrevistaron a 1.886 díadas niño/cuidador mediante la entrevista DISC-IV en español, efectuada cara a cara por legos capacitados, encontraron una prevalencia de trastornos psiquiátricos específicos 6.9%, a la cabeza el trastorno de déficit de atención e hiperactividad con 3.7%, seguido del trastorno oposicionista desafiante 3.4 %, el trastorno de

ansiedad 2.9 %, la depresión 1.7%, el trastorno de conducta 1.3% y el abuso de drogas 0.4%.

Según la edad de comienzo de los trastornos psiquiátricos (WHO 2005) los Retrasos del desarrollo, el Autismo y otros Trastornos generalizados del desarrollo se manifiestan desde los primeros meses de vida. Los problemas de comportamiento desde los dos años, los síntomas de ansiedad desde los 4-5 años o incluso antes, el consumo de sustancias desde los 11-12 años, la esquizofrenia con características similares a la del adulto desde los 14-15 años y la depresión desde los 5-6 años.

Según género (**Cuadro y Gráfico 6**), en varones fue más frecuente el consumo de sustancias (68,75%), la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (63,83%) y el retraso mental (70%), mientras que en mujeres fueron más frecuentes los trastornos del comportamiento por disfunción fisiológica (87,50%), los trastornos de la personalidad (70,59%), los trastornos afectivos (67,65%) y los Trastornos Mentales orgánicos (60%). Los demás trastornos fueron bastante semejantes entre varones y mujeres.

Links (1983), Pedreira et al. (1992), Jalenques y Couder (1993), Bragado et al. (1995), Del Barrio (1996), Rivas, Vázquez y Pérez (1995), y Taboada, Ezpeleta, y De la Osa (1998) han analizado también la relación entre género y diagnóstico. La mayoría coinciden en encontrar asociación entre ambas variables, con mayor prevalencia de depresión y ansiedad en las mujeres y de trastornos de conducta en los varones.

La American Psychological Association publicó un estudio que vincula el diagnóstico de determinadas enfermedades mentales con el sexo de cada

individuo. Así, la investigación establece que las mujeres son más propensas a padecer trastornos como la depresión o la ansiedad, más relacionados con la interiorización de emociones, mientras que los hombres tienden más a sufrir trastornos antisociales y a abusar de sustancias. Los autores del estudio han analizado datos recogidos en los años 2001 y 2002 por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, a través de encuestas realizadas a más de 43.000 estadounidenses mayores de 18 años.

Al comparar los diferentes Trastornos Mentales entre los niños (<12 años) y los adolescentes (de 12 años a más) (**Cuadro y Gráfico 7**), se aprecia que la mayoría de trastornos ocurren en la adolescencia (91,63%) y 8,37% de los que acuden a consulta son niños. Los trastornos más frecuentes en adolescentes fueron los Trastornos Mentales orgánicos, el trastorno por consumo de sustancias, los trastornos del comportamiento por disfunción fisiológica, y los trastornos de la personalidad, exclusivamente en este grupo, y fueron predominantes la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (95,74% en adolescentes, 4,26% en niños), los trastornos afectivos (97,06% en adolescentes, 2,94% en niños), los trastornos neuróticos (90,57% en adolescentes, 9,43% en niños), y los trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio en la infancia y adolescencia, de los cuales 85,71% fueron adolescentes y 14,29% niños; el 60% de casos de retraso mental fueron en adolescentes y 40% en niños, y la mitad de casos con trastornos del desarrollo psicológico fueron niños o adolescentes.

El estudio de Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género publicado por Máximo Aláez Fernández, Rosario Martínez-Arias y Carlos Rodríguez-Sutil* Ayuntamiento de Madrid, Universidad

Complutense de Madrid-Psicothema ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2000. Vol. 12, nº 4, pp. 525-532; si atendemos a la diferencia entre varones/mujeres por grupos de edad, encontramos que los trastornos de conducta son más prevalentes en los varones en las edades 0-5 y 6-9 años, para pasar a un equilibrio varones/mujeres a partir de los 10 años; en los de ansiedad tienen mayor prevalencia las mujeres, excepto entre los 10- 13 años, en que los varones presentan una prevalencia superior; en los trastornos específicos del desarrollo, los varones presentan mayor prevalencia entre 0-5 y 14-18 años, siendo ésta equilibrada en la edad intermedia 6-13 años; en los de eliminación, de la actividad y la atención, y de rivalidad entre hermanos la prevalencia es mayor para los varones en todas las edades; y en los depresivos, de reacción a estrés agudo, y de alimentación, es mayor la prevalencia en las mujeres en todos los grupos de edad.

A continuación, se muestran los tipos de trastorno por cada categoría diagnóstica del CIE-10 por orden de frecuencia y según género y edad.

En el **Cuadro y Gráfico 8** se muestran los trastornos propios de la infancia y adolescencia, que fueron las causas más comunes de consulta; entre ellos, el más frecuente fue el trastorno disocial sin especificación (20,15%), seguido de los trastornos disociales de niños no socializados (1,90%), seguido de trastornos de la actividad y la atención (1,14%), y luego casos individuales de trastornos de las emociones o mutismo selectivo (0,38% cada uno). El trastorno disocial fue semejante entre varones (41,51%) y mujeres (58,49%), y el trastorno de la atención y actividad y los otros trastornos fueron propios de varones, y en su gran mayoría fueron diagnosticados en la adolescencia, a excepción del trastorno de actividad y atención, en cuyo caso dos terceras partes son tratados en niños.

El trastorno disocial según los estudios muestra tasas de prevalencia de entre 1-10%, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (proporción hombres/mujeres: 4/1), contraste con los resultado del estudio que no se observa diferencia según el género.

El trastorno de la trastorno de actividad y atención tiene su máxima prevalencia entre los 6-9 años y es más frecuente en niños que en niñas, aunque varía según subtipo. Niños: niñas en subtipo hiperactivo-impulsivo 4:1; subtipo inatento 2:1; en nuestro estudio encontramos que las 2/3 de los pacientes con TDAH corresponde a niños menores de 12 años.

En el **Cuadro y Gráfico 9** se muestran los trastornos neuróticos, que constituyeron un 20,15% del total, según género y edad. Los trastornos neuróticos más frecuentemente diagnosticados fueron el trastorno obsesivo-compulsivo (7,60%), los trastornos ansioso depresivos (4,56%), el trastorno de ansiedad (3,42%) y los trastornos de adaptación (3,04), y en menor proporción trastorno de estrés postraumático (0,76%) con casos individuales de trastorno de pánico y de ansiedad generalizada (0,38% cada uno). El 70% de casos con trastorno obsesivo compulsivo fueron varones y 30% mujeres, similar al 66,67% de casos de trastorno ansioso-depresivo en varones (33,33% en mujeres), mientras que el trastorno de adaptación se vio más en mujeres (6250%) que en varones (37,50%), y la gran mayoría de ellos se presentó en la adolescencia, con un 33,33% de casos de ansiedad y 16,67% de trastorno ansioso-depresivo en niños.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en los niños oscila de 9-21 %, la ansiedad por separación afecta al 3-5% de los niños y al 2-4% de los adolescentes y la ansiedad generalizada al 4% (McGee et al., 1992). Se cree que el trastorno de

angustia afectaría al 0.8% y las fobias específicas al 1,5-3% aproximadamente (Mardomingo, 1994^a, 1994b).

La distribución de los trastornos de ansiedad por sexos todavía no se conoce con exactitud, parece que la fobia social se manifiesta más en los varones y las fobias simples y la agorafobia en las chicas. La edad modifica también las tasas de prevalencia, de manera que las fobias simples predominan en las niñas durante la infancia y a partir de la adolescencia afectan por igual a ambos sexos con una ratio de 1/1.

En relación al trastorno obsesivo compulsivo se sabe que aproximadamente la mitad de los casos se inicia antes de los 15 años, con un pico de sintomatología clínica a los 10 años (Leonard et al., 1993), y un predominio de los varones (ratio 4/1-2 varones/hembras). Esto indica que el TOC comienza antes en los hombres que en las mujeres, lo que contrasta positivamente con los resultados del estudio.

Los tipos de trastornos tipo esquizofrenia en niños y adolescentes se muestran en el **Cuadro y Gráfico 10**; el más frecuente fue la esquizofrenia paranoide (9,13% del total), y de ellos el 66,67% se diagnosticó en varones y 95,83% en la adolescencia. Le siguen otros trastornos psicóticos no especificados en 7,22%, también propios de la adolescencia (94,74%) aunque predominantemente en mujeres (63,16%). Otros trastornos fueron menos frecuentes, como los trastornos esquizoafectivos (0,76%, todos ellos en varones adolescentes), un trastorno esquizotípico (0,38%, una mujer adolescente), y un episodio psicótico agudo (un varón adolescente).

La esquizofrenia de inicio en infancia-adolescencia se define como aquella forma grave de esquizofrenia que inicia inusualmente antes de los 13 años y usualmente después de los 7, con un pronóstico grave.

La prevalencia en menores de 13 años está debajo del 0,2%, con una incidencia del 1,4-2/10.000. La proporción entre sexos es 2 chicos por cada chica.

El comienzo típico es en la adolescencia tardía o adultez temprana (15 a 30 años), con una prevalencia a lo largo de la vida del 1%. La edad media de comienzo en niños son los 8,6 años y de diagnóstico los 10,6; como se observa en nuestro estudio una mayor frecuencia de esquizofrenia en adolescentes y varones.

Los trastornos del humor o afectivos ocuparon el 12,93%, y sus formas principales fueron la distimia (9,13%), el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (2,66%) y el episodio depresivo sin especificación (1,14%); la distimia es más frecuente en mujeres (79,17%), todas ellas adolescentes, mientras que los episodios depresivos fueron más frecuentes en varones (66,67% de los episodios depresivos sin especificación, en adolescentes, y 57,14% de episodios depresivos sin síntomas psicóticos, la mayoría [85,71%] en adolescentes) (**Cuadro y Gráfico 11**).

Los trastornos depresivos en niños y adolescentes son un grupo heterogéneo de trastornos que se diagnostican cada vez con más frecuencia y con importantes diferencias en relación con la patología adulta.

Los trastornos depresivos aumentan con la edad. La incidencia acumulada de trastornos depresivos a los 18 años es del 20%. Las tasas según edad serían: hasta el 0,3% en preescolares; del 1 al 2 % en niños (ratio por sexos 1:1); del 5 a más del

15 % en adolescentes (ratio 2 chicas: 1 chico). En niños es más frecuente el trastorno distímico que la depresión mayor (en torno al 2,5%); ocurre lo contrario en adolescentes; en el estudio encontramos que los trastornos depresivos son más frecuentes en las adolescentes mujeres, sobretodo la distimia.

En el **Cuadro y Gráfico 12**, se muestran los tipos de trastornos de personalidad (6,46% de total de casos). El 3,42% fueron por inestabilidad emocional, todas mujeres adolescentes tardías; en 1,52% se trató de trastorno disocial de la personalidad en varones adolescentes tardíos, y 1,52% de trastornos de la personalidad sin especificación (75% en mujeres, todos adolescentes tardíos).

Los Trastornos de la Personalidad (TP) se caracterizan por un patrón desadaptativo de comportamiento persistente y profundamente arraigado, que se manifiesta de manera inflexible como una modalidad estable de respuesta frente a las situaciones sociales y personales que acontece.

Aunque se suelen iniciar en la infancia o adolescencia, el diagnóstico no debe hacerse nunca antes de los 18 años, ya que es a partir de entonces cuando podemos empezar a hablar de una estructura de personalidad permanente. Sólo existe una excepción: el trastorno antisocial o disocial, que se puede diagnosticar a partir de los 14 años.

Se estima que su prevalencia oscila entre un 0,2% y un 1,8% de la población general. De ellos el 76% son mujeres, lo que supone una proporción de 3:1.

En cuanto al trastorno disocial de la personalidad, llamado también psicopatía, sociopatía o trastorno antisocial. El individuo con un trastorno antisocial destaca por su incapacidad para adaptarse a normas, presentando conductas de rebelión,

violencia y delincuencia, esta conducta se explica, en parte, por su frialdad afectiva y su falta de empatía hacia los demás.

En cuanto al sexo, es más frecuente en hombres (3%) que en mujeres (1%) y desde el punto de vista sociodemográfico, presenta una mayor prevalencia en medio urbano y en individuos de estrato socioeconómico bajo

Entre los trastornos por consumo de sustancias (**Cuadro y Gráfico 13**), la mayoría fueron por síndrome de dependencia de marihuana (4/16 casos, 25%) y ocurrieron en 75% en varones y el 25% restante en mujeres; los demás motivos de consulta en este grupo fueron el uso nocivo de alcohol, de marihuana o de múltiples drogas (1/16 cada uno, 6,25% del grupo), del alcohol entre las mujeres y de marihuana y otras drogas entre varones; solo hubieron dos casos de dependencia al alcohol (0,76% del total, 2/16 en el grupo [12,5%]) y ocurrieron uno en un varón y el otro en una mujer. Todos ocurrieron en la edad de la adolescencia.

Aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años. El consumo nocivo de alcohol entre los adolescentes preocupa cada vez más a muchos países, ya que reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, y es una de las principales causas de lesiones, violencia y muertes prematuras. Además, puede provocar problemas de salud en una etapa posterior de la vida e influir en la esperanza de vida.

Los principales estudios realizados para población adolescente y joven entre los años 2000 y 2003 indican que hay un incremento en el consumo de drogas, especialmente de alcohol, cannabis y metanfetaminas. Cabe aclarar que el índice general de consumo se mantiene estable a partir del 2001, sobre todo el

relacionado con la cocaína. Actualmente las prevalencias de consumo de alcohol y tabaco presentan valores similares en hombres y mujeres. Asimismo, los estudios establecen que el inicio temprano del consumo de tabaco o alcohol, principalmente antes de los 13 años, incrementa mucho las probabilidades de consumir otras drogas, lo cual es preocupante ya que la bibliografía muestra que la edad de inicio del consumo de estas sustancias es cada vez menor.

El consumo de cannabis está muy extendido. La prevalencia anual de consumo de esta droga en la población de 15-64 años fue del 11,2% en 2005.

Una encuesta aplicada a alumnos de 23 colegios nacionales de la región Arequipa, reveló que varios de ellos consumen alcohol o tabaco desde los siete años. En el Perú, el consumo de drogas es cada vez más frecuente en menores de edad. Las últimas estadísticas del 2015 del Ministerio de Educación, a través del programa de Desarrollo y Vida sin Drogas (Devida), revelan que el 23% de estudiantes de secundaria, a nivel nacional se han drogado alguna vez en su vida.

Según la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA), el éxtasis y la marihuana son las drogas más consumidas por los jóvenes en las playas limeñas en este verano 2016.

Según el reporte estadístico sobre Consumo de Drogas en el Perú – 2015 la prevalencia de año de drogas legales e ilegales en población general de 12 a 65 años muestra una disminución del consumo de drogas legales como el alcohol, que se presenta con una marcada tendencia a la baja a lo largo de estos 12 años.

La Red de información de Demanda de tratamiento por Abuso o Dependencia de sustancias psicoactivas RIDET, en su último análisis (2012) permitió apreciar con claridad que la sustancia que genera los mayores daños sanitarios en el país es el alcohol, seguida por la marihuana. En relación a la edad de inicio,

aproximadamente las dos terceras partes de consultantes a los módulos de adicciones, se inician en el consumo entre los 11 y los 17 años, este inicio temprano, guarda relación con la presencia actual de consumo problemático.

En el **Cuadro y Gráfico 14** se muestran los trastornos del comportamiento por disfunción fisiológica, que ocuparon un 6,08% del total. El 3,80% de casos fueron por trastornos inespecíficos, mientras que 2,80% del total fueron por bulimia; en ambos predominan las mujeres, (87,50% del total de este grupo), y todos ocurren en la adolescencia.

Aproximadamente un 3% de las mujeres jóvenes presenta un TCA y hasta el 6% de esta población si incluimos las formas incompletas del trastorno.

La prevalencia de TCA que se refleja en varios estudios realizados en adolescentes es de 0.3-0.4% para la anorexia nerviosa, la de la bulimia nerviosa entre 0.7-0.8%, y la de los TCA no especificados se sitúa en el 2.8-12.6%

La prevalencia de AN es del 0,5-3,7% en mujeres y del 0,2% en varones, para la BN su prevalencia es del 1-1,5% en mujeres y 0,1-0,5% en varones

Finalmente, los otros tipos de trastornos atendidos en Consulta Externa en niños y adolescentes fueron el retraso mental (70% en varones, 40% en la etapa de la niñez), seguido de Trastornos Mentales orgánicos (1,90%, en adolescentes y 60% de ellos mujeres) y dos casos de trastorno fonológico, un niño varón y una mujer adolescente.

El retraso mental se trata de un síndrome de comportamiento heterogéneo, caracterizado por un deterioro en el nivel intelectual y de adaptación de una

persona. El RM afecta aproximadamente el 1 y 3% de la población en países desarrollados. Alrededor del 85% de las personas con RM suelen tener un RM leve, y el resto un RM profundo, moderado y severo. Los niveles de prevalencia varían dentro de los diferentes grupos de edad, siendo el grupo mayor en la edad escolar. En todos los niveles de RM se observa una preponderancia del sexo masculino (60%), con una relación de masculinidad es de 1.5 a 1.

Algunas enfermedades, fármacos y tóxicos han demostrado de forma clara su potencialidad para inducir Trastornos Mentales. No se conoce bien la incidencia y prevalencia de los Trastornos Mentales orgánicos, aunque parece muy importante

En un niño, adolescente, o adulto joven frente a un TEC, tumor cerebral, infección o intoxicación, son frecuentes las manifestaciones de tipo delirium o estados confusionales, con somnolencia e irritabilidad. Los daños irreversibles, moderados o leves tienden a causar trastornos de conducta y déficit cognoscitivos circunscritos más que una demencia o síndrome amnésico

En el trastorno fonológico el niño muestra una anomalía en la emisión del sonido al reemplazar un sonido por otro u omitir sonidos que forman parte de las palabras. La prevalencia variable del 0.5% al llegar la fase media o tardía de la adolescencia. De dos a tres veces más frecuente en el sexo masculino.



Capítulo III

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

Primera. Se atendió un total de 22 niños (8,37%) y 241 adolescentes (91,63%) en Consulta Externa de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, sobre todo en los meses de enero y julio, la mayoría procedentes de la provincia de Arequipa y más de la mitad de ellos continuadores en el servicio.

Segunda. Los cuadros clínicos de niños y adolescentes atendidos en Consulta Externa de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa son Trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio en la Infancia y la adolescencia (23,95%), Trastornos Neuróticos (20,15%), Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos (17,87%) y Trastornos Afectivos (12,93%); en menor proporción hubo atenciones por Trastornos de la Personalidad (6,46%), Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas o Trastornos de la Conducta Alimentaria (6,08% cada una) ente otros.

SUGERENCIAS

- 1) Se recomienda capacitar a los profesionales que brindan atención Consulta Externa (Psiquiatras y Psicólogos) en Psiquiatría Infanto Juvenil, a fin de detectar oportunamente y en etapas iniciales los Trastornos Mentales en este grupo etario, para un oportuno tratamiento y así mejorar el pronóstico de los pacientes. También debería darse facilidades para realizar las pasantías en centros de Salud Mental Especializados en Niños y Adolescentes y promover la Especialización de los profesionales interesados en la Salud Mental Infanto-Juvenil.
- 2) Estandarizar el registro de los datos en el HIS para homogenizar los datos y diagnósticos clínicos, así como uniformizar el registro de diagnósticos de los Trastornos Mentales, con el código CIE 10, para poder llevar un control cuantitativo más exacto y realizar futuras investigaciones.
- 3) Realizar un estudio costo beneficio y costo efectividad, de la utilidad del consultorio especializado en Psiquiatría Infanto-juvenil en el manejo, diagnóstico precoz y valor pronóstico de las enfermedades mentales en los principales hospitales de la macro región sur.



PROPUESTA

Según los resultados arrojados en la investigación, encontramos que en la Consulta Externa de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa se atendió un total 263 niños y adolescentes, siendo los 8,37% pacientes menores de 12 años y 91,63% mayores de 12 años. Los meses de enero y julio fueron los picos de mayor atención para esta población con valores de 14.07% y 13.69% respectivamente. La mayoría de pacientes procedentes de la provincia de Arequipa, la tasa de incidencia de los trastornos mentales fue de 28.52% en el servicio de psiquiatría y según la condición de ingreso más de la mitad de los pacientes fueron continuadores para el servicio.

Los resultados muestran la demanda clínica de atención infantojuvenil por lo que proponemos la creación de un área especializada para la atención integral de estos pacientes.

Introducción

Las acciones a realizar sería coordinar de las jefaturas de Psiquiatría y Psicología, Neuropediatría, y Medicina Física y Rehabilitación, con la finalidad de potenciar la calidad del servicio, oferta y la accesibilidad de los pacientes niños y adolescentes que buscan atención por problemas de salud física o mental en el hospital regional Honorio Delgado.

Objetivos:

1. Capacitar a los diferentes profesionales de la salud que brinda atención a la población infanto juvenil en el hospital regional Honorio Delgado sobre temas en Salud Mental a fin que reconozcan y deriven oportunamente a los probables casos.
2. Mejorar la accesibilidad de los pacientes niños y adolescentes a la consulta externa, ampliando el número de atenciones los días sábados y aperturando el turno de tarde en dichos servicios.
3. Promover la Salud Mental infanto juvenil a través de charlas o videos psicoeducativos para los pacientes y familiares que asisten a consulta externa de dichos servicios.

Acciones de coordinación:

- Dirección del Hospital Medica y Administrativa.
- jefaturas de Psiquiatría y Psicología
- jefatura de Neuropediatría
- jefatura de Medicina Física y Rehabilitación
- jefatura de Estadística.

Acciones operacionalizacion:

- Creación de la Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil
- Agregarla al organigrama del Servicio de Psiquiatría
- Desarrollar un proyecto de inversión para la infraestructura, implementación y equipamiento de la unidad.

Tiempo de ejecución

Febrero a julio del 2017.

Cronograma de actividades

Actividad	feb	mar	abr	may	jun	jul	lugar	responsable
Acciones de coordinación	X	X					HRHD	Médico
Creación de la Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil			X	X	X	X	HRHD	Personal administrativo y asistencial
Agregar al organigrama del Servicio de Psiquiatría				X	X		HRHD	Médico jefe de servicio
desarrollo del proyecto de inversión					X	X	GRSA	Médico
Evaluación de resultados						X	HRHD-GRSA	Personal administrativo y asistencial

HRHD: HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO

GRSA: GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

Recursos humanos:

Personal asistencial:

Médico, psicólogo, rehabilitadores, enfermeras, técnicas de enfermería.

Personal administrativo:

Directores, gerentes, administradores, secretarias, técnicos administrativos.

Recursos materiales:

Computadora

Material de escritorio

Equipos audiovisuales

Mobiliario

Evaluación:

Se realizara al finalizar el primer semestre.





BIBLIOGRAFÍA

- 1) Cátedra de Psiquiatría Infantil Fundación Alicia Koplowitz. Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad Complutense de Madrid. 2014.
- 2) Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Editorial Panamericana. S.A. 2010.
- 3) Cesar Soutullo Esperon. Guía Esencial de Psicofarmacología del Niño y del Adolescente. Editorial Panamericana. S.A. 2011.
- 4) Yolanda Torres de Galvis. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental en Medellín 2011-2012 ISBN: 978-958-8674-15-5. 2012.
- 5) Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas ISBN 92 4 356201 0 (Clasificación NLM: WA 540.1) ISSN 1020-6760. Organización Mundial de la Salud 2001.
- 6) Benjet C. Los Trastornos Mentales en Niños y Adolescentes en América Latina y el Caribe. Epidemiología de las Enfermedades Mentales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: 2008.
- 7) Atlas Child and Adolescent Mental Health Resources. Global Concerns: Implications for the Future. World Health Organization, Geneva, 2005.
- 8) 124. a Reunión del Consejo Ejecutivo, Organización Mundial de la Salud. VIH y Salud Mental., Ginebra, enero 2009.
- 9) A National Action Agenda. US Department of Health and Human Services; US Department of Education; US Department of Justice. Washington (DC). Children's Mental Health. US Department of Health and Human Services; 2000.
- 10) Hedberg VA, Bracken AC, Stashwick CA. Long-term consequences of adolescent health behaviors: implications for adolescent health services. Adolesc Med. 1999 Feb.
- 11) Perales A, Sogi C, Sánchez, Salas RE. Salud Mental en Población urbano-marginal de Lima. Monografía de Investigación N°2. INSM HD-HN. Lima: DIMERSA. 1995.

- 12) Perales A, Sogi C. Conductas violentas en adolescentes: Identificación de factores de riesgo para diseño de Programa Preventivo. Monografía de Investigación N°3. INSM HDHN. Lima: DIMERSA. 1995.
- 13) Perales A, Sogi C, Salas RE. Salud Mental en Adolescentes del distrito de Magdalena. Monografía de Investigación N°4. INSM HD-HN. Lima: DIMERSA. 1996.
- 14) Benjamín Vicente, Sandra Saldivia, Flora de la Barra, Roberto Melipillán, Mario Valdivia y Robert Kohn, Salud Mental infanto-juvenil en Chile y Brechas de Atención Sanitarias. 2012.
- 15) Calderón H. Trastornos Mentales y por Uso de Sustancias en el Departamento de Caldas. In: Salud, editor. España: Dirección Territorial de Salud de Caldas; 2005.
- 16) Rodríguez JJ, Khon R. y Aguilar S. Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y del Caribe. Washington: OPS 2009.
- 17) Alberto Perales, Cecilia Sogi, Ricardo Morales. Salud Mental en Adolescentes de la provincia Delicias Departamento de Trujillo. Vol. 62, N° 4 – 2001-301. ISSN 1025 – 5583. Vol. 62, N° 4 – 2001. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2001.
- 18) Perales, A., & Sogi, C. Conductas Violentas en Adolescentes: Identificación de Factores de Riesgo para diseño de Programa Preventivo. Monografía de Investigación N° 3 INSM "HD-HN". Lima, DIMERSA, 1995.
- 19) Benedet, M.J. Fundamento teórico y metodológico de la neuropsicología cognitiva. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2002.
- 20) Barry S, Baird G, Lascelles K, Buntun P, Hedderly T. Neurodevelopmental movement disorders - an update on childhood motor stereotypies. Dev Med Child Neurol. 2011 Nov.





FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS SOCIODEMO GRÁFICOS	Edad	<ul style="list-style-type: none"> - 1-3 años (a) - 4-6 años (b) - 7-11 años (c) - 12-13 años (d) - 14-16 años (e) - 17-21 años (f)
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino (F) - Masculino(M)
	Lugar de procedencia	<ul style="list-style-type: none"> - Arequipa (A) - Puno.....(P) - Cuzco (C) - Moquegua (M) - Otros (O) - Distrito.....
DATOS CLÍNICOS	Condición de ingreso	<ul style="list-style-type: none"> - Nuevo (N) - Continuador (C) - Reingreso (R)
	Diagnóstico motivo de la consulta (CIE10)	<ul style="list-style-type: none"> - Tr. del comportamiento y de las emociones de inicio en la infancia y adolescencia (1) - Tr. neuróticos (2) - Esquizofrenia y Tr. psicóticos (3) - Tr. del humor (4) - Tr. de la personalidad (5) - Tr. por consumo de sustancias (6) - Tr. Comportam. por disf fisiológica (7) - Retraso mental (8) - Tr. mentales orgánicos (9) - Tr. del desarrollo psicológico (10)



Registro Diario de Atención y Otras Actividades (HIS)

N° FORMATO		MINISTERIO DE SALUD										1 TURNO		
CÓD. DEL ESTADÍSTICO		OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA										MAÑANA TARDE		
Registro Diario de Atención y Otras Actividades														
2 FECHA		3			4				5					
MES	AÑO	DPTO	PROV	DIST	ESTAB	SERVICIO				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				
6	7	8		9	10	11	12	13				14	15	16
DÍA	H.C./FICHA FAMILIAR	DISTRITO PROCED.		EDAD	SEXO	ESTAB	SERV.	DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE LA CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD				TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIG
1					M	N	N					P	D	R
					F	C	C					P	D	R
					F	R	R					P	D	R
2					M	N	N					P	D	R
					F	C	C					P	D	R
					F	R	R					P	D	R
3					M	N	N					P	D	R
					F	C	C					P	D	R
					F	R	R					P	D	R
4					M	N	N					P	D	R
					F	C	C					P	D	R
					F	R	R					P	D	R
5					M	N	N					P	D	R
					F	C	C					P	D	R
					F	R	R					P	D	R
6					M	N	N					P	D	R
					F	C	C					P	D	R
					F	R	R					P	D	R
7					M	N	N					P	D	R
					F	C	C					P	D	R
					F	R	R					P	D	R
8					M	N	N					P	D	R
					F	C	C					P	D	R
					F	R	R					P	D	R
9					M	N	N					P	D	R
					F	C	C					P	D	R
					F	R	R					P	D	R
10					M	N	N					P	D	R
					F	C	C					P	D	R
					F	R	R					P	D	R
11					M	N	N					P	D	R
					F	C	C					P	D	R
					F	R	R					P	D	R
12					M	N	N					P	D	R
					F	C	C					P	D	R
					F	R	R					P	D	R

ÍTEM 10 SEXO: M - MASCULINO; F - FEMENINO ÍTEM 11 (ESTAB) Y 12 (SERV) : N - NUEVO; C - CONTINUADOR; R - REINGRESANTE
 ÍTEM 14 (TIPO DE DIAGNÓSTICO) : P - PRESUNTIVO; D - DEFINITIVO; R - REPETIDO
 LA HOJA DEBE SER LLENADA INTEGRAMENTE POR EL PRESTADOR DE SALUD. LOS RECUADROS SOMBRADOS SERÁN DE USO DEL ESTADÍSTICO.



Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Salud Mental del Niño, del Adolescente y de la
Familia



CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA, 2015

Proyecto de Tesis presentado por la bachiller:
Núñez Ocola, Anika María

Para optar el Grado Académico de:
**Maestro en Salud Mental del Niño, del
Adolescente y de la Familia**

Asesor:
Mgter. Anchante Hernández, Elva

**Arequipa - Perú
2017**

I. PREAMBULO

La Psiquiatría del Niño y el Adolescente es una rama de la Psiquiatría, relativamente reciente, y un campo de conocimiento con una progresiva demanda de atención médica por parte de niños y jóvenes.

Se estima que una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padece algún problema de desarrollo emocional o de conducta, y que uno de cada ocho tiene en la actualidad un trastorno mental. Hasta hace poco tiempo, se negaba que los niños sufrieran Trastornos Mentales, o se minimizaba su importancia. Actualmente se cuenta con suficientes evidencias que demuestran la existencia de relación y continuidad entre los Trastornos Mentales infantiles y los de la vida adulta.

Se detecta, por tanto, un importante potencial de mejora en la concienciación sobre la magnitud y la gravedad de los problemas causados por los Trastornos Mentales en niños y adolescentes, tanto en la toma de decisiones políticas, como en aquellas tomadas por profesionales de la salud y la sociedad en general.

La actuación en el ámbito de la Salud Mental de los niños y jóvenes es crítica y de gran relevancia para conseguir un desarrollo normal de estos pacientes. Además existe un importante número de casos de niños y jóvenes con problemas que pese a no cumplir con los criterios diagnósticos de un trastorno mental son fuente de sufrimiento. La carencia de diagnóstico y tratamiento de los problemas de Salud Mental de los niños y adolescentes condiciona seriamente su futuro, teniendo serias consecuencias negativas, como la disminución de las oportunidades educativas y profesionales, además de suponer un sufrimiento elevado para familiares y cuidadores y una carga económica y social para la familia y la sociedad.

La presente investigación se enfoca de manera particular en los factores demográficos y clínicos de la Población Infanto Juvenil que acude a los Consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, siendo muy importante contar con datos epidemiológicos que sirvan como

base para el diseño, creación e implementación de Servicios Especializados que resuelvan la creciente demanda de los problemas de Salud Mental de esta población en una etapa de desarrollo vital tan vulnerable.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema

a) **Enunciado del Problema**

Características Demográficas y Clínicas de los Niños y Adolescentes atendidos en Consulta Externa de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa-2015.

b) **Descripción del Problema**

Campo, área y línea de acción

- Campo: ciencias de la salud
- Área: Salud Mental Infanto Juvenil
- Línea: Consulta Ambulatoria Psiquiátrica

Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADOR	SUBINDICADOR	ESCALA
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: Son el conjunto de características biológicas, socioculturales y económicas que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.	Edad	1-3 años: primera infancia 4-6 años: preescolar/infancia 7-11 años: escolar/niño 12-13 años: adolescencia temprana 14-16 años: adolescencia intermedia 17-21 años: adolescencia tardía	Razón
	Sexo	Masculino (M) Femenino (F)	Nominal
	Lugar de procedencia	Arequipa Puno Cuzco Moquegua Otros	Nominal
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Son el conjunto de síntomas y signos presentes en la población sujeta a estudio, que configuran un cuadro clínico específico de una enfermedad que afecta la salud física o mental, codificadas mediante la 10 ed. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Tr. del comportamiento y de las emociones de inicio en la infancia y adolescencia. - Tr. neuróticos - Esquizofrenia y Tr. psicóticos - Tr. del humor (afectivos) - Tr. de la personalidad - Tr. por consumo de sustancias - Tr. Comportam. por disfisiológica - Retraso mental - Tr. mentales orgánicos - Tr. del desarrollo psicológico 	Nominal
	Condición de ingreso al servicio	Nuevo (N): Si la persona por primera vez en su vida acude a solicitar atención en el servicio. Continuator (C): Si la persona acude por segunda o más	Nominal

		<p>veces en el año a atenderse al servicio.</p> <p>Reingreso (R): Si la persona acude por primera vez en el año al servicio, pero ya ha sido atendida en el servicio en años anteriores.</p>	
--	--	---	--

Interrogantes de investigación

- ¿Cuáles son las Características Demográficas de los niños y adolescentes atendidos en Consulta Externa de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, en el año 2015?
- ¿Cuáles son las Características Clínicas de los niños y adolescentes atendidos en Consulta Externa de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, en el año 2015?

Tipo y Nivel de Investigación

1. Según el nivel de investigación se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal

c) **Justificación del Problema**

La mitad de todos los trastornos de Salud Mental en la edad adulta empiezan a manifestarse a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectan ni son tratados.

Aproximadamente la mitad de los Trastornos Mentales aparecen por primera vez antes de los 14 años. Más del 70% de todos los Trastornos Mentales comienzan antes de los 18 años.

Aproximadamente el 20% de los niños a nivel mundial (independientemente de la cultura o región) presentan Trastornos Mentales. No obstante, las regiones con mayor porcentaje de población menor de 19 años son las que presentan menor volumen de recursos en Salud Mental.

La depresión, caracterizada por una tristeza y una pérdida de interés mantenidos en el tiempo, está clasificada como la causa más importante de discapacidad en el mundo.

Una media de 800.000 personas se suicidan anualmente (los Trastornos Mentales son una de las principales causas de suicidio), dándose el mayor volumen en países con ingresos medios o bajos. La edad media de estas personas se sitúa principalmente entre los 15 y los 44 años.

Los Trastornos Mentales son considerados uno de los factores de riesgo relevantes tanto de enfermedades transmisibles como no transmisibles.

El estigma de los Trastornos Mentales y la discriminación de los enfermos mentales provocan la resistencia de los pacientes a recibir tratamiento médico especializado. Los niveles de estigma son mayores en las regiones y países con un nivel de educación más elevado.

Existe una elevada incidencia de denuncias por violaciones de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos, entre las que destacan la coerción física, la reclusión y la privación de las necesidades básicas y la intimidad. Esto es debido, principalmente, a que sólo un número limitado de países cuentan con un marco legal que regule la situación de este colectivo.

Existen grandes diferencias en cuanto a la distribución de recursos (principalmente recursos humanos) dedicados a la Salud Mental a nivel internacional. La falta de perfiles profesionales específicos, tales como psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales, supone en numerosas ocasiones una barrera importante para ofrecer un tratamiento y atención en los países más desfavorecidos (generalmente, de menores ingresos).

La presente investigación tiene como objetivo conocer las Características Demográficas y Clínicas de la población de niños y adolescentes atendidos en Consulta Externa de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, durante el año 2015

Además de satisfacer la motivación personal de realizar una investigación en el área de la Psiquiatría Infanto Juvenil, logrando una importante contribución académica al campo de la Salud Mental, y por el desarrollo del proyecto en el área de Postgrado en Medicina, cumplimos con las políticas de investigación de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

2.- Marco Conceptual

La Salud Mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe: Epidemiología de las Enfermedades Mentales en América Latina y el Caribe, Corina Benjet, 2009. Demostró sistemáticamente a nivel mundial que los Trastornos Mentales y del comportamiento afectan entre 10,0% y 15,0% de los niños, las niñas y los adolescentes. Con una variación entre los países de 8% a 45% en algunos, (con una prevalencia mediana de 25%) y de 8% a 57% en otros *Las investigaciones epidemiológicas locales realizadas, las cuales no representan a América Latina y el Caribe en su totalidad, estiman que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos infantiles de la Región se ubica en el promedio mundial y debajo de algunos países desarrollados.**

*Esto indica que existen algunos factores protectores en la cultura latinoamericana y caribeña, tales como mayores redes de apoyo social debido a familias extendidas y de varias generaciones, así como un mayor valor cultural del colectivismo, que potencialmente protegen contra ciertas adversidades o aumentan la resiliencia.***

En América Latina y el Caribe, según algunos estudios seleccionados, la prevalencia de punto, en el momento de la investigación, para cualquier trastorno variaba de 12,7% a 15,0%(6).

*Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y El Caribe, Rodríguez et al., 2009 (p.72).

** Aplicaciones clínicas y de servicio de la teoría de la resiliencia con referencia en particular a los adolescentes. Adolescencia Latinoamericana Steinhauer P.D. 2001 (p.239).

*Estas son las primeras manifestaciones de afecciones que, en ocasiones, van a durar toda la vida adulta y brindan una oportunidad única para intervenir de manera temprana y eficaz.** La brecha de tratamiento en la niñez y la adolescencia es aún mayor que en los adultos (7).

Los Trastornos Mentales, el abuso de sustancias y la violencia contra las mujeres, los niños y niñas son factores de riesgo para contraer el VIH/ sida (6). Un informe reciente de la OMS señaló que la prevalencia de Trastornos Mentales en pacientes con VIH/sida es significativamente superior si se compara con la población general (8).

*La Salud Mental es un componente crítico de la salud general de los niños y adolescentes. Fomentar su salud social y emocional como parte de desarrollo sano debe ser una prioridad**.* La promoción de la Salud Mental y el tratamiento de desórdenes mentales del niño y el adolescente, deben ser metas importantes de la salud pública (9). El informe de la OMS sobre Recursos de Salud Mental para Niños y Adolescentes puso de relieve la falta de servicios de Salud Mental apropiados para este grupo poblacional, a pesar de que la mayoría de los países son signatarios de la Convención sobre los Derechos del Niño. Los programas bien estructurados de promoción y prevención en el campo de la Salud Mental son escasos o no han recibido suficiente atención en la Región y no siempre están bien articulados con otros sectores de pertinencia particular, como por ejemplo el educativo (7).

*Las experiencias en la niñez tienen un importante impacto en la salud de las personas a través de la vida, las experiencias de la adolescencia se encuentran fuertemente asociadas al estado de salud muchos años después.**

*Estudios previos de Salud Mental en poblaciones urbanas y urbano-marginales de Lima señalaron diversos problemas en el grupo adolescente, tales como: elevados niveles de estrés, síntomas ansiosos y depresivos, propensión hacia conductas violentas, así como otros síntomas de malestar psicosocial ***

* Sugerencias para lograr una buena formación en valores familiares desde la adolescencia Dulanto E., 2000 (p.277).

** Salud Mental Infante juvenil: Prioridad de la Humanidad. Desarrollo emocional y psicológico normal de la Niñez y la adolescencia. Yover Lapo, Gisela Ch. 2010 (p.152).

Salud Mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. Benjamín Vicente, Sandra Saldivia, Flora de la Barra y Robert Kohn, 2012.

Enfatizaron la creciente necesidad de volver a evaluar los servicios de Salud Mental que se brindan a los niños y adolescentes. Determinando la prevalencia de trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de la población infanto juvenil de Chile y las brechas de atención sanitarias. Se evaluó una muestra de 1558 niños y adolescentes (51% varones). Cincuenta y tres por ciento de la muestra eran niños de 4 a 11 años y el resto eran adolescentes de 12 a 18 años. La tasa de prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico sin deterioro fue del 38,3% (33,5% para los varones y 43,3% para las niñas). La tasa de prevalencia fue mayor entre los niños y en los adolescentes (42,9% y 33,2%, respectivamente). Un tercio de los participantes que recibieron un diagnóstico buscó algún tipo de asistencia. Casi una cuarta parte de los que utilizan los servicios, no tenía un diagnóstico psiquiátrico en el último año. La comorbilidad fue encontrada en el 27% de los que tienen un trastorno, pero sólo el 7% tenía tres o más diagnósticos.*

Los resultados demuestran que más de un tercio de la población infanto juvenil en Chile presenta algún trastorno psiquiátrico en un período de 12 meses. En general, la presencia de patología se asocia a la disfunción familiar, al antecedente de psicopatología en la familia y no vivir con ambos padres, tanto en el análisis bivariado como multivariado y la comorbilidad es un hallazgo en más de 25% de los casos.**

En conclusiones la prevalencia de trastornos psiquiátricos en Chile es alta entre los niños y adolescentes La mayoría de los niños y adolescentes con diagnóstico no reciben atención y hay una brecha asistencial de 66,6% para cualquier tipo de trastorno que sube al 85% cuando se considera sólo el sistema sanitario formal (14).

* Desarrollo del cerebro basado en la experiencia temprana y su efecto en la salud, el aprendizaje y la conducta. J. Fraser Mustard. 2005 (p.179).

** Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos Vol. 62, N°4 – 2001(p.16).

Trastornos Mentales por uso de sustancias en el departamento de Caldas. Calderón Ocampo, Jorge Hernán y Castaño Ramírez, 2010. Estimaron la prevalencia de alguna vez en la vida de los trastornos del comportamiento, el trastorno depresivo y la prevalencia actual del riesgo de suicidio en las personas entre los 7 y 18 años. Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y transversal. Participaron 617 niños y adolescentes, cuya edad estuvo comprendida entre los 7 y 18. Todos los entrevistados domiciliados en el departamento de Caldas, no institucionalizados, procedentes de las áreas urbana y rural, seleccionados mediante un muestreo aleatorio por conglomerados multietápico a nivel departamental. Se hizo una entrevista cara a cara por estudiantes de medicina que tenían conocimientos en el diagnóstico de los Trastornos Mentales basados en los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV. Para el desarrollo de la investigación se utilizó un instrumento que medía variables sociodemográficas, la entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) y el cuestionario del APGAR familiar.

La prevalencia de vida para los trastornos del comportamiento en los niños y adolescentes fue de 8,7%, para los trastornos depresivos de 13,3% y prevalencia de año para el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales de 2,3%. Los Trastornos Mentales más frecuentes fueron los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. La prevalencia de año para abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales fue de 5,4%. El alcohol fue la sustancia que se asoció con mayor frecuencia al abuso/dependencia con una prevalencia de 4,7%. Las sustancias ilegales asociadas con más frecuencia al abuso/dependencia fueron la marihuana y la cocaína (15).

*En la adolescencia la morbilidad mental está caracterizada por el hecho que no coincide la madurez mental correspondiente con la madurez fisiológica de la esencia sexual configurada.**

* Salud y bienestar del adolescente. Síntomas y frecuentes. Diana Pasqualini. O.P.S., 2010 (P.608).

Salud Mental en adolescentes de la provincia Delicias departamento de Trujillo. Alberto Perales, Cecilia Sogi, Ricardo Morales, 2001. Examinaron la Salud Mental de 77 adolescentes de 12-18 años. Encuestando a los adolescentes en sus hogares, con una muestra seleccionada aleatoriamente de dos sectores de las Delicias: 32 de Taquila (área rural) y 43 de la Zona Norte (área en proceso de urbanización), Distrito de Moche, Trujillo. Evidenciaron problemas relacionados con uso/abuso de sustancias, fundamentalmente alcohol, mayor en los adolescentes de Taquila; y, síntomas de distrés y depresión, además de menor soporte familiar y social, en los de la Zona Norte, con diferencias estadísticamente significativas. Concluyeron que las macrovariables dependientes del proceso de urbanización de la población podrían estar actuando como estresores vinculados a tales dificultades (17).

Conductas violentas en adolescentes: identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. Alberto Perales, Cecilia Sogi y Ricardo Morales, 1995. Estudiaron las conductas violentas de los adolescentes como: conductas violentas bajo efectos del alcohol; las de características antisociales; y, la violencia intencional definida por ideación/conducta auto o heterorientada. Revelando como variables asociadas a las conductas en mención las siguientes: tendencia antisocial, presencia de amigo consumidor de sustancias, sexo masculino, bajo nivel de educación de la madre, percepción de mala salud, nivel socioeconómico bajo y medio-bajo, presencia de una relación de pareja, edad entre los 15-17, pertenencia a una familia desintegrada y residencia en una vivienda con alta densidad habitacional (18)

Prevalencia de los Trastornos Mentales en la Infancia y Adolescencia

En diversos estudios comunitarios llevados a cabo en diferentes países y contextos socioculturales se ha estimado que la prevalencia global de los Trastornos Mentales en niños y adolescentes ronda el 20%. En el Perú no se cuenta con estudios epidemiológicos en este grupo etario para conocer la prevalencia de los Trastornos Mentales. Gómez Beneyto, en el estudio epidemiológico realizado en 1994 con una muestra de 1.127 niños y adolescentes de 8, 11, y 15 años, calculo una prevalencia total de 21.7% para cualquier trastornos. La prevalencia calculada para Trastornos Mentales graves fue de un 4.4%. Estos datos concuerdan con los hallados recientemente en diferentes poblaciones, pudiendo afirmarse que la tasa de “cualquier trastorno mental” en la población infanto-juvenil se sitúa uniformemente entre el 15 y 20%, con cifras menores cuanto más estrictos sean los criterios de repercusión funcional.

En muestras de niños seleccionadas en consultas pediátricas de atención primaria en varios países, las tasas rondan entre el 20 y 29%. Se calcula que apenas el 10-22% de estos casos fueron reconocidos por los pediatras, de lo cual se deduce que la inmensa mayoría de los niños afectados de un trastorno mental diagnosticable no llega a recibir atención especializada. Otro de los ámbitos donde el trastorno psiquiátrico se hace más patente, el escolar, apenas deriva niños a los centros de Salud Mental. En estados unidos, solo la mitad de los niños con trastornos psiquiátricos son atendidos en centros de Salud Mental. Las cifras británicas siguen un patrón similar. No obstante, la mayoría de las encuestas recientes indican que los niños y adolescentes con trastornos graves si reciben atención sanitaria. Esta infrutilización de los servicios de Salud Mental nos debe llevar a reflexionar, además, acerca de los trastornos subumbral: niños que no llegan a cumplir criterios de trastorno psiquiátrico mayor, pero tienen síntomas, sufren y podrían beneficiarse de una intervención que en la gran mayoría de los casos no se está realizando. Otra de las que podríamos llamar “subpoblaciones olvidadas” dentro de la psiquiatría infantil y adolescentes son los preescolares. En estos el reconocimiento (y tratamiento) de la patología psiquiátrica es virtualmente inexistente, salvo en el caso de los trastornos generalizados del desarrollo.

Los trastornos de ansiedad son la dolencia psiquiátrica más frecuente en niños y adolescentes, seguida por el TDAH, trastornos del humor y trastornos por abuso de sustancias. A continuación pasamos a analizar aspectos de varios trastornos específicos (3).

Principales Trastornos Mentales en la Infancia y Adolescencia.

1.-Trastornos del Humor

(a) Trastorno Bipolar o Enfermedad Bipolar (BP)

El trastorno bipolar (BP) es una patología psiquiátrica crónica, cuyo inicio en la mayoría de los casos se sitúa en la adolescencia o primeros años de la vida adulta. La prevalencia del el trastorno bipolar en adultos según el DSM V, es del 0,4 al 1,6% para el trastorno bipolar tipo I, siendo igual para ambos sexos y razas, y del 0.5% para el trastorno bipolar II, siendo este más prevalente en mujeres. Determinar la prevalencia de otros trastornos incluidos dentro del llamado “espectro bipolar” (distimia, depresión menor o depresión recurrente asociadas a síntomas hipomaniacos o manía)) es más complicado. En un estudio realizado en 2003, Akiskal y Judd examinaron los datos del estudio Epidemiologic Catchment Área, encontrando que el 0,8% de la población estudiada había experimentado un episodio de manía, al menos, en una ocasión y un 0,5%, un episodio de hipomanía. Si se incluyen casos en los que no se satisfacen todos los criterios diagnósticos o la intensidad de los mismos es menor, los autores llegaron a una cifra de una 5,1%, adicional de la población, lo cual supone que un 6,4% del total de la población podría incluirse dentro del espectro bipolar.

Existe en la actualidad un interés creciente en la estimación de la edad de inicio del trastorno bipolar. Un estudio realizado por la Depression And Bipolar Support Alliance en Estados Unidos demostró que un 59% de los sujetos diagnosticados de trastorno bipolar, los primeros signos de enfermedad se detectaron en la adolescencia, habiendo sido en general un primer episodio depresivo. A los 20 años, un 13% ya había sido hospitalizado por este motivo. A nivel europeo, un estudio realizado en 12 países (Reino Unido, Francia, Italia, Países Bajos, España, Portugal, Finlandia, Austria, Suecia, Rusia y Hungría) demostró que el 33.1% de

los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, reconocía haber padecido su primer episodio antes de los 20 años.

Pese a estos resultados, la prevalencia del trastorno bipolar en la infancia y adolescencia ha sido poco estudiada; en muchos casos se produce un diagnóstico erróneo o falta de diagnóstico del trastorno bipolar en la infancia. Esto se debe a que el trastorno bipolar en la infancia, en muchos casos, no es un proceso episódico, con frecuentes ciclaciones rápidas y estados mixtos. Además, estos pacientes presentan con frecuencia otros trastornos comórbidos, como el TDAH, TND, trastorno de ansiedad o trastornos de conducta. El diagnóstico diferencial que probablemente presenta más problemas es el TDAH, debido a que con frecuencia se produce entre ambos un solapamiento de síntomas; en cambio, la manía puede distinguirse por la aparición de síntomas, como euforia y grandiosidad.

En un estudio realizado en España con una muestra de 714 niños se estableció una prevalencia del 27% de trastornos del humor y del 4% de BP. El tiempo medio transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico fue de 4,4 años. La mayoría de los pacientes tenía diagnósticos previos de depresión (55%), TDAH (44%), TND (40%), TC (12%), ansiedad (32%), trastornos psicóticos (20%) y trastornos por abuso de sustancias (20%).

Existe una diferencia notable entre la prevalencia del BP en la infancia y adolescencia en Estados Unidos y en Europa. Los estudios epidemiológicos estadounidenses señalan que la prevalencia de BP hasta los 18 años de 1,4% y una prevalencia de formas subsindrómicas de BP.

Estas cifras de prevalencia son controvertidas, ya que mientras la prevalencia del trastorno bipolar en adultos en Estados Unidos y Europa no es muy dispar, si lo son en cambio las referidas al BP en la infancia, mientras que es un hecho admitido el inicio en muchos casos del Bp en esta época de la vida (3).

(b) Depresión

Según los estudios realizados en diversos países, la prevalencia de depresión mayor en la población infantil y adolescentes estaría en torno al 4%, oscilando entre el 0,2% y el 17%. La prevalencia de la distimia sería claramente inferior, mientras

que la de síndromes subdepresivos o depresión menor es mayor en ambos géneros y en todos los grupos de edad.

En cuanto a la prevalencia por sexos, mientras que en el pre adolescencia no se han encontrado claras diferencias, durante y después de la adolescencia es mayor en las mujeres, y así se mantiene durante la edad adulta. Según la raza, los estudios, recientes realizados en estados unidos han establecido una prevalencia de depresión menor en afroamericanos que en latinos o caucásicos.

La aparición de un episodio de un episodio depresivo en la infancia o la adolescencia está asociada con un mayor riesgo de recurrencia en la edad adulta; diversos estudios longitudinales demuestran que un 40%-70% de los adolescentes que han padecido depresión sufren un episodio mayor en la edad adulta.

Se han estudiado posibles mecanismos que expliquen el vínculo entre la depresión en etapas tempranas y en la edad adulta. Se ha observado que la historia familiar de trastornos del ánimo y del desarrollo con circunstancias vitales adversas tiene un peso importante en la continuidad o recurrencia de los síntomas, y que hoy tienen riesgo de padecer un episodio depresivo los hijos de padres deprimidos.

2. Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son la patología psiquiátrica más prevalente tanto en la edad adulta como en la adolescencia. La prevalencia global de los trastornos de ansiedad oscila entre el 8,3% y 27% (dependiendo del grado de afectación considerado como referencia). Las formas más comunes en la infancia son el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia o ansiedad social.

En el extremo opuesto se encuentran el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de pánico, que son mucho menos frecuentes en niños menores de 12 años. Son más frecuentes en niñas, mientras que la edad de aparición de los primeros síntomas es similar en ambos sexos (en torno a los 8 años).

Es común la coexistencia entre los trastornos de ansiedad y otros trastornos durante la infancia y la adolescencia, como trastornos del ánimo, de conducta, trastornos alimentarios y por abuso de sustancias. Es también frecuente la coexistencia de varios trastornos de ansiedad de forma simultánea, principalmente,

el trastorno de ansiedad generalizada, de ansiedad social y de ansiedad de separación. Aproximadamente, un 60%, de los niños diagnosticados de ansiedad cumplen criterios de dos de estos tres trastornos y el 30% cumplen criterios de los tres.

Pese a que, en algunos casos, los síntomas remiten durante la adolescencia, el curso más habitual es hacia la cronicidad, aunque con fluctuaciones, y el desarrollo de trastornos de ansiedad o del ánimo en la edad adulta (3).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en los niños oscila del 9 al 21%. La ansiedad por separación afecta al 3-5% de los niños y al 2-4% de los adolescentes y la ansiedad generalizada al 4% (Mc Gee et al., 1992).

Las tasas de prevalencia de otros trastornos de ansiedad estudiados fundamentalmente en el adulto, aún no están claramente establecidas en los niños. Se cree que el trastorno de angustia afectaría al 0.8% y las fobias específicas al 1,5-3% aproximadamente (, 1994a Mardomingo, 1994b).

La distribución de los trastornos de ansiedad por sexos todavía no se conoce con exactitud. Parece que la fobia social se manifiesta más en varones y las fobias simples y la agorafobia en las mujeres. La ansiedad por separación, el trastorno de angustia sin agorafobia y la ansiedad generalizada afectan por igual a ambos sexos. La edad modifica también las tasas de prevalencia, de manera que las fobias simples predominan en las niñas durante la infancia y a partir de la adolescencia afectan por igual a ambos sexos con una ratio de 1/1.

El nivel socioeconómico es otro factor que influye en la prevalencia de estos trastornos (las tasas más altas se producen en las clases más desfavorecidas). Asimismo, la exposición a un medio violento es otra variable que incrementa su prevalencia en los niños, ya que actúa como un claro factor de riesgo.

Puede decirse, en resumen que la incidencia y prevalencia de los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes aún no está claramente establecida. No obstante, son los trastornos y la sintomatología psiquiátrica más frecuente en la adolescencia, por encima de las depresiones y de los trastornos de conducta, lo cual indica la enorme importancia de su estudio (2).

3.-Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en edad escolar, que afecta al 2-12% de la población pediátrica en todo el mundo, con una prevalencia media del 5-8%(3).

Esta prevalencia varía según:

- Los criterios diagnósticos empleados: CIE 10 versus DSM V
- Método de evaluación clínica: entrevista clínica o cuestionario auto aplicado
- Tipo de muestra: comunitaria o clínica
- Edad media de la muestra: escolares o adolescentes
- Fuente de información: padres y/o profesores.

La prevalencia no depende de la cultura o nacionalidad, ya que la validez del diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad es transcultural. La prevalencia media está en torno al 5-8%.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se da y se diagnostica más en varones, relación niño: niña de 4:1; aunque existe un infra diagnóstico en niñas.

La prevalencia es máxima en la edad escolar, especialmente entre los 6 y los 9 años de edad (2).

Los estudios recientes han establecido una prevalencia para el TDAH de entre un 3-6% para una población menor de 19 años, sujeta a variabilidad geográfica.

En cuanto a sus subtipos, la prevalencia oscila entre un 5% para el subtipo combinado, 1,5% para el subtipo hiperactivo y un porcentaje menor para el subtipo inatento, en torno, al 1%. En general, se diagnostica con más frecuencia en varones. En estados unidos, la frecuencia de diagnostica es del 10% en varones y del 4% en mujeres. El subtipo hiperactivo es más frecuente en varones con una proporción de 1:3, mientras que el subtipo inatento parece ser más prevalente en mujeres.

Las cifras de casos de TDAH diagnosticados y tratados han ido en aumento de forma progresiva tanto en Estados Unidos como en Europa desde los años setenta.

Pese a ello, según la guía NICE del 2005, solo 3 niños de cada 1.000 reciben tratamiento con estimulantes en el reino unido, siendo estas cifras aún menores en el resto de los países de la Unión Europea. En cambio, en Estados Unidos, un 3% de la población de edad escolar es diagnosticada y tratada.

Numerosos estudios han demostrado que la coexistencia de TDAH y TND es frecuente. Los estudios de seguimiento han demostrado también que la presencia de TDAH puede ser un factor predictivo del desarrollo posterior de conducta antisocial, pero no al contrario. También se reconoce a través de estos estudios que la presencia de psicopatología en la edad adulta, principalmente, trastorno antisocial de la personalidad y abuso de sustancias, es más frecuente en individuos diagnosticados previamente de TDAH. Esto puede ocurrir incluso si el TDAH en la infancia no cursa de forma simultánea con un TND (3).

4. Trastorno Negativista-Desafiante y Trastorno de Conducta

La prevalencia media global de los trastornos de conducta se ha establecido según diversos estudios en un 6% en 12 meses, pudiendo oscilar entre 5% y un 14%.

En el Reino Unido, la prevalencia del trastorno oposicionista-desafiante es de un 2,3% y la de otros trastornos de conducta, de 1,5%, mientras que en Estados Unidos es del 2,8%-5,5% para el TND y de 2%-3,32% para otros trastornos de conducta.

Los trastornos de conducta son más prevalentes en varones que en mujeres, habiéndose establecido en algunos estudios una proporción de 3:1. En cambio, la diferencia en prevalencia por sexos en el TND es menos clara. Mientras que en algunos estudios mantiene que es mayor en varones otros dicen que las diferencias en prevalencia entre varones y mujeres no son significativas.

La edad de aparición del trastorno de conducta es un factor de predicción en la evolución del mismo; el inicio temprano se asocia a comportamientos más agresivos.

Como hemos comentado anteriormente, es frecuente la coexistencia de TDAH con los otros trastornos de conducta, principalmente, con el TND, así como con trastornos del ánimo y ansiedad. En los niños con diagnóstico de TDAH que

desarrollan un TND, el inicio de este último suele ocurrir a edades más tempranas (3).

5. Trastorno por Abuso de Sustancias

En varios estudios epidemiológicos se han comprobado que aunque una gran mayoría de los adolescentes han consumido en algún momento sustancias de abuso de forma recreativa, la evolución a abuso o dependencia de estas sustancias es muchos menos común.

Algunos estudios, realizados en la población adolescente de los estados unidos, sugieren una prevalencia medio de abuso de alcohol u otros tóxicos de un 5%, oscilando del 1% al 24%.

En general, se considera que el abuso o la dependencia de sustancias está influido por condicionantes genéticos, mientras que el uso recreativo estaría más relacionado con factores ambientales y sociales.

Se ha demostrado también que el diagnóstico previo de determinados Trastornos Mentales en la infancia y adolescencia supone un aumento de riesgo de consumir sustancias de abuso, principalmente, en trastornos de conducta como oposicionista-desafiante o TDAH. Durante bastante tiempo se ha considerado que el consumo de sustancias, como cannabis o alcohol, en pacientes con trastornos del ánimo se realizaba en muchas ocasiones como “auto tratamiento”, como una forma de aliviar la sintomatología, lo cual ha sido desmentido en estudios como el de Rey et al, en 2004. En cambio, existen estudios longitudinales en los que se demuestra que el consumo de tóxicos o alcohol se relaciona con la aparición de trastornos del ánimo y otro tipo de psicopatología. El comienzo temprano de abuso de cannabis es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de esquizofrenia en individuos vulnerables, y puede ser la etapa inicial del consumo posterior de otras sustancias.

6. Trastorno de la Conducta Alimentaria

Los TCA se definen como una mala regulación del comportamiento alimentario, caracterizado por trastornos cognitivos y alteraciones conductuales, asociados a la dieta, al peso y a la figura corporal, manifestándose clínicamente asociados a una psicopatología variada. Los datos epidemiológicos de los dos más frecuentes serían:

- **Anorexia nerviosa.** Se caracteriza por una pérdida ponderal inducida por el propio paciente, que le conduce a una malnutrición progresiva y rasgos psicopatológicos (distorsión de la imagen corporal y miedo a la obesidad). Cursan con síntomas obsesivos constituidos por cogniciones intrusivas relacionadas específicamente con la silueta, el cuerpo, el peso y los alimentos, además de muchas conductas alimentarias extravagantes acompañadas de un exceso de actividad física.
- **Bulimia nerviosa.** Consiste en ingerir grandes cantidades de alimentos en un breve periodo de tiempo, seguida de un intenso sentimiento de culpabilidad, lo cual con frecuencia induce a la realización de conductas purgativas o compensatorias.

La edad de inicio más frecuente de los trastornos de conducta alimentaria es 17 años. Suele ser entre 15-19 años para la anorexia nerviosa y 14-21 años para la bulimia nerviosa y otros TCA.

La prevalencia de TCA que se refleja en varios estudios realizados en España en adolescentes es de 0.3-0.4% para la anorexia nerviosa; la de la bulimia nerviosa, entre 0.7-0.8%, y la de los TCA no especificados se sitúa en el 2.8-12.6%(3).

7. Trastorno del Espectro Autista (TEA)

El espectro autista es un conjunto de síndromes del neurodesarrollo que comparten características similares, presente en unos y otros en mayor o menor intensidad. Considerando los diagnósticos globales de TEA, podríamos decir que su prevalencia es de aproximadamente 63.7/10.000 lo que convierte al TEA en uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes. Estos trastornos se pueden clasificar en:

- **Autismo.** Su prevalencia media es de 20.6/10.000
- **Síndrome de asperger.** Los estudios epidemiológicos realizados sobre el síndrome de Asperger son escasos, ya que hasta la publicación de la clasificación CIE 10 era considerado
- **TEA no especificado.** La prevalencia no está clara, pero se estima una prevalencia media de 37.1/10.000. tradicionalmente, este grupo ha sido menos estudiado, ya que al compartir síntomas de los otros síndromes del espectro, su diagnóstico no era extendido, sino que se catalogaba como cualquiera de los síndromes. En la actualidad se han comenzado a realizar estudios epidemiológicos a este respecto.
- **Trastorno desintegrativo.** Es un trastorno muy infrecuente, calculándose que se realiza un diagnóstico de trastorno desintegrativo por cada 103 casos de autismo (3).

8. Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos

La incidencia de la esquizofrenia es extremadamente infrecuente antes de los 10 años de edad, pero esta incidencia va aumentando de forma progresiva a lo largo de la adolescencia, teniendo su pico en el comienzo de la edad adulta.

No se dispone de cifras definitivas de incidencia y prevalencia de la esquizofrenia de inicio o adolescencia. En 1986, Gilbert et al. Calcularon la prevalencia específica de cada grupo de edad de diversos tipos de trastornos psicóticos. De todos los casos de psicosis estudiados, el 41% correspondían a esquizofrenia. La prevalencia de los trastornos psicóticos a los 13 años era de 0.9/10.000, aumentado a los 18 años hasta el 17.6/10.000.

En cuanto a la prevalencia por sexos, varios estudios han demostrado que no existen proporciones diferentes para varones y mujeres en cuanto a la esquizofrenia de inicio en la adolescencia. Llama la atención que, en la población general, la incidencia es mayor en varones con esquizofrenia de inicio en la edad adulta temprana.

Numerosos estudios de seguimiento, tanto prospectivos como retrospectivos, sugieren la existencia de ciertos signos, síntomas y comportamientos que podrían estar asociados con un mayor riesgo de esquizofrenia, tienen un CI más bajo con

más frecuencia, trastornos del pensamiento y menos capacidad social que los controles. No son patognomónicos y no pueden ser utilizados como factores predictivos.

En estudios recientes, llevados a cabo en reino unido, Suecia, nueva Zelanda y Finlandia, se ha evidenciado que en muchos casos los individuos con un diagnostico posterior de esquizofrenia se diferencian de los controles en una serie de marcadores del desarrollo alcanzados, niveles de funcionamiento cognitivo, rendimiento académico, sociabilidad y desarrollo motor y cognitivo.

9. Otros Trastornos de inicio en la Infancia

a. Trastorno de Estereotipias Motrices

Presencia de movimientos voluntarios repetitivos, estereotipados, sin función concreta, generalmente rítmicos y que no se deben a otro trastorno mental o neurológico.

Tipos:

No agresivos: balanceo cuerpo, cabeza; movimientos amanerados con manos o dedos.

Auto agresivos: cabezazos, bofetadas, morderse partes cuerpo, generalmente manos y labios.

Inicio de los 6 a 12 meses pero en el 80% de los caos desaparecen hacía los 4 años. Suelen acompañarse de retraso mental. Deben diferenciarse de otros movimientos anormales involuntarios, trastornos de la motilidad de origen orgánico, onicofagia y succión del pulgar, trastornos obsesivos, tics, tricotilomanía y estereotipias que forman parte de otro trastorno psiquiátrico más amplio como el trastorno generalizado del desarrollo.

Tratamiento: suele ser un trastorno auto limitado. Si persiste se usan técnicas conductuales (sobre corrección) y/o intervenciones tendentes a reducir ansiedad (19)

b. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje

El Trastorno Específico del Desarrollo del Lenguaje, se entiende como alteración en el desarrollo del lenguaje expresivo y/o receptivo en el contexto de un desarrollo normal de otros aspectos como el CI no verbal y la capacidad de autonomía. Dicha dificultad debe afectar e interferir en las actividades de la vida cotidiana y/o en los aprendizajes escolares.

Hoy día se admite que en la mayoría de la población el lenguaje se localiza en el hemisferio izquierdo, en menor porcentaje (8%) se localiza en el hemisferio derecho, y en el resto (5%) se distribuye en ambos hemisferios.

Algunas de las características clínicas más precisas de dicho trastorno, son las que nos propone Bishop (2006):

Criterios Diagnósticos:

- Nivel del lenguaje significativamente inferior al correspondiente a su edad y cociente intelectual (< p10 en un test de lenguaje)
- Cociente intelectual no verbal y aspectos no lingüísticos (autonomía, habilidades sociales) dentro de la normalidad.
- Las dificultades del lenguaje no se explican por pérdida auditiva, privación ambiental, anomalía del aparato fonatorio ni por retraso mental.

Síntomas habituales:

- Retraso en el inicio del lenguaje.
- Producción del habla anormal o inmadura, especialmente en preescolar.
- Uso de estructuras gramaticales simplificadas para su edad.
- Pobre vocabulario.
- Baja memoria verbal a corto plazo.

-Dificultad en la comprensión del lenguaje complejo (20).

c. Trastorno específico del desarrollo del habla

- Tartamudeo

Trastorno del habla caracterizada por la frecuente repetición o prolongación de sonidos, sílabas o palabras o por pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla. Puede ser tónico, con bloqueo, o clónico, con repetición explosiva de la primera sílaba.

Suele acompañarse de tics o muecas faciales.

- Debe hacerse diagnóstico diferencial con disritmias menores que son frecuentes en la infancia pero no afectan de manera importante al lenguaje.

En la etiopatogenia intervienen factores hereditarios, emocionales y de lateralidad. Requiere reeducación ortofónica y reducción de la ansiedad concomitante (20).

- Farfuleo

Ritmo rápido del habla con interrupciones en la fluidez, pero sin repeticiones ni interrupciones, que da lugar a dificultad en comprensión del habla. Habla errática y disrítica, con súbitos brotes espasmódicos.

Generalmente no solicitan tratamiento y, a veces, mejoran con ajustes a la reacción del entorno. Si no es así, el tratamiento es similar al de la tartamudez (20).

4 Objetivos

4.1 Objetivo general

Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes niños y adolescentes atendidos en Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa durante el año 2015.

4.2 Objetivos específicos

- Valorar la edad y género como factores sociodemográficos asociados a los Trastornos Mentales en niños y adolescentes atendidos en Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría.
- Estimar la edad promedio de los pacientes niños y adolescentes atendidos en Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría.
- Estimar la frecuencia de atención ambulatoria en Psiquiatría de niños y adolescentes durante los doce meses del año 2015.
- Valorar el lugar de procedencia como factor sociodemográfico asociado a los Trastornos Mentales en niños y adolescentes atendidos en Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría.
- Valorar la condición de ingreso al Servicio de Psiquiatría de los niños y adolescentes atendidos en Consulta Externa.
- Estimar la prevalencia de los Trastornos Mentales en niños y adolescentes atendidos en Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría.
- Estimar la prevalencia de los Trastornos Mentales en niños y adolescentes según edad y género en la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría.
- Estimar la prevalencia de los principales trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio en la infancia y la adolescencia según edad y género en la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría.
- Estimar la prevalencia de los principales trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos según edad y género en la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría.
- Estimar la prevalencia de los principales Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes según edad y género en la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría.

- Estimar la prevalencia de los principales Trastornos del humor (afectivos).según edad y género en la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría.
- Estimar la prevalencia de los principales Trastornos del humor (afectivos).según edad y género en la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría.
- Estimar la prevalencia de los principales Trastornos de la personalidad en adolescentes tardíos según edad y género en la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría.
- Estimar la prevalencia de los principales Trastornos Mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.según edad y género en la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría.
- Estimar la prevalencia de los principales Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.según edad y género en la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría.
- Estimar la prevalencia de otros trastornos en niños y adolescentes según edad y género en la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría.

5 Hipótesis

Dados los estudios epidemiológicos de los Trastornos Mentales en la Población Infante Juvenil.

Es probable que los de niños y adolescentes que acuden por Consultorio Externo de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio delgado tengan similares características sociodemográficas y clínicas.

III PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas e Instrumentos de verificación

a) **Técnica:** se empleara observación del Registro Diario de Atención y Otras Actividades (HIS) de la Consulta Externa de Psiquiatría.

b) **Instrumento:** se empleara una ficha de recolección de datos.

c) Estructura del instrumento

Variables	Indicadores	Estructura del instrumento
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	CULTURAL	
	• Edad	1
	• Sexo	2
	GEOGRÁFICA	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	• Procedencia	3
	CLÍNICA	4, 4.1,4.2,4.3
	• Condición de ingreso al servicio - Nuevo - Continuador - Reingreso	
	• Diagnostico motivo de la consulta.	5

2. Campo de Verificación

- **Ubicación Espacial:** La presente investigación se realizara en el área de Consulta Externa de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, ubicado en la avenida Alcides Carrión 505, Arequipa, el cual fue inaugurado en el año 1976.
- **Ubicación Temporal:** El horizonte temporal del estudio está referido entre enero y diciembre del 2015.
- **Fuentes de estudio:** Documentos de gestión de Consulta Externa del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, MINSA: Registro Diario de Atención y Otras Actividades (HIS)
- **Unidades de estudio:** la población a estudiar estará constituida por 263 niños y adolescentes que acudieron a Consulta Externa por Psiquiatría inscritos en el Registro Diario de Atención y Otras Actividades (HIS)

Criterios de inclusión

Datos de pacientes inscritos correctamente en el Registro Diario de Atención y Otras Actividades (HIS) de la Consulta Externa de Psiquiatría durante el año 2015.

Criterios de exclusión

Datos de pacientes que tengan errores en la inscripción o falta de algún dato que se requiera para el estudio.

- **Estrategia de recolección de datos**
 - **Organización:** Se realizaran las coordinaciones con la dirección del Hospital, con la Jefatura de Estadística, la Jefatura del Departamento de Medicina y con la Jefatura del Servicio de Psiquiatría para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se revisaron Documentos de gestión de Consulta Externa del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, MINSA: Registro Diario de Atención y Otras Actividades (HIS).

Una vez concluida la recolección de datos, estos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

- **Recursos**

Humanos

- Investigador
- Asesor

Materiales

- De escritorio
- Fichas de datos
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos y bases de datos

Financieros

- Autofinanciado

- **Validación del Instrumento**

Se trata de un instrumento cualitativo para recoger información, fue validado por un experto en la materia, docente de la Escuela de Postgrado de la UCSM.

- **Criterios para Manejo de Resultados**

Estadística descriptiva: frecuencias absolutas y frecuencias relativas, medidas de tendencia central como media, mediana, moda y tablas de contingencia para ver la relación entre los indicadores. Los programas usados fueron el Excel 2016 con su complemento analítico y el SPSSv 22.0.

- **Cronograma de Trabajo**

Actividades	Junio 16				Jul-Dic 16				Enero 17			
	1	2	3	4					1	2	3	4
1. Elaboración del proyecto												
2. Desarrollo del proyecto												
- Recolección de datos												
- Sistematización												
- Conclusiones y sugerencias												
3. Informe final												

Fecha de inicio

01 de junio 2016



BIBLIOGRAFÍA

- 1) Cátedra de Psiquiatría Infantil Fundación Alicia Koplowitz. Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad Complutense de Madrid. 2014.
- 2) Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Editorial Panamericana. S.A. 2010.
- 3) Cesar Soutullo Esperon. Guía Esencial de Psicofarmacología del Niño y del Adolescente. Editorial Panamericana. S.A. 2011.
- 4) Yolanda Torres de Galvis. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental en Medellín 2011-2012 ISBN: 978-958-8674-15-5. 2012.
- 5) Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas ISBN 92 4 356201 0 (Clasificación NLM: WA 540.1) ISSN 1020-6760. Organización Mundial de la Salud 2001.
- 6) Benjet C. Los Trastornos Mentales en Niños y Adolescentes en América Latina y el Caribe. Epidemiología de las Enfermedades Mentales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: 2008.
- 7) Atlas Child and Adolescent Mental Health Resources. Global Concerns: Implications for the Future. World Health Organization, Geneva, 2005.
- 8) 124. a Reunión del Consejo Ejecutivo, Organización Mundial de la Salud. VIH y Salud Mental., Ginebra, enero 2009.
- 9) A National Action Agenda. US Department of Health and Human Services; US Department of Education; US Department of Justice. Washington (DC). Children's Mental Health. US Department of Health and Human Services; 2000.
- 10) Hedberg VA, Bracken AC, Stashwick CA. Long-term consequences of adolescent health behaviors: implications for adolescent health services. Adolesc Med. 1999 Feb.
- 11) Perales A, Sogi C, Sánchez, Salas RE. Salud Mental en Población urbano-marginal de Lima. Monografía de Investigación N°2. INSM HD-HN. Lima: DIMERSA. 1995.

- 12) Perales A, Sogi C. Conductas violentas en adolescentes: Identificación de factores de riesgo para diseño de Programa Preventivo. Monografía de Investigación N°3. INSM HDHN. Lima: DIMERSA. 1995.
- 13) Perales A, Sogi C, Salas RE. Salud Mental en Adolescentes del distrito de Magdalena. Monografía de Investigación N°4. INSM HD-HN. Lima: DIMERSA. 1996.
- 14) Benjamín Vicente, Sandra Saldivia, Flora de la Barra, Roberto Melipillán, Mario Valdivia y Robert Kohn, Salud Mental infanto-juvenil en Chile y Brechas de Atención Sanitarias. 2012.
- 15) Calderón H. Trastornos Mentales y por Uso de Sustancias en el Departamento de Caldas. In: Salud, editor. España: Dirección Territorial de Salud de Caldas; 2005.
- 16) Rodríguez JJ, Khon R. y Aguilar S. Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y del Caribe. Washington: OPS 2009.
- 17) Alberto Perales, Cecilia Sogi, Ricardo Morales. Salud Mental en Adolescentes de la provincia Delicias Departamento de Trujillo. Vol. 62, N° 4 – 2001-301. ISSN 1025 – 5583. Vol. 62, N° 4 – 2001. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2001.
- 18) Perales, A., & Sogi, C. Conductas Violentas en Adolescentes: Identificación de Factores de Riesgo para diseño de Programa Preventivo. Monografía de Investigación N° 3 INSM "HD-HN". Lima, DIMERSA, 1995.
- 19) Benedet, M.J. Fundamento teórico y metodológico de la neuropsicología cognitiva. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2002.
- 20) Barry S, Baird G, Lascelles K, Bunton P, Hedderly T. Neurodevelopmental movement disorders - an update on childhood motor stereotypies. Dev Med Child Neurol. 2011 Nov.