

Caracterización de la población infantil consultante en el servicio de psiquiatría de niños y adolescentes del Hospital Psiquiátrico San Camilo durante el año 2014, Bucaramanga, Colombia.

**Adriana Marcela Porras. MD. Psiquiatra.**

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Psiquiatría Infantil.

Bogotá, marzo de 2015.

## **Página de Identificación**

**Institución:** Universidad El Bosque. Facultad de Medicina. Psiquiatría Infantil.

**Título de la investigación:** Caracterización de la población infantil consultante en el servicio de psiquiatría de niños y adolescentes del Hospital Psiquiátrico San Camilo durante el año 2014, Bucaramanga, Colombia.

**Línea de investigación:** Salud mental infantil, adolescencia, familia y comunidad del grupo Salud mental, Neurodesarrollo y Calidad de Vida. Universidad El Bosque.

**Institución participante:** Hospital Psiquiátrico San Camilo

**Tipo de investigación:** Investigación para optar por el grado de especialista en psiquiatría infantil.

**Investigador principal:** Adriana Marcela Porras. MD. Psiquiatra.

**Investigador asociado:** German Javier Daza Vargas

Asesor temático: Dr. Roberto Chaskel. Psiquiatra- Psiquiatra de niños y Adolesc.

Asesor metodológico: Dr. José Daniel Toledo. Psiquiatra y Epidemiólogo.

**Página de Aprobación:**

**Nota de Salvedad de Responsabilidad Institucional:**

La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

**Agradecimiento:**

**A mis profesores que son una guía , a mi familia y amigos quienes son mi motivación.**

**Guía de Contenido:**

Resumen .....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	10
Planteamiento del problema .....	10
Justificación.....	12
Antecedentes en el área de investigación .....	15
Evidencia actual .....	18
Objetivos .....	23
Metodología.....	24
Tipo y diseño general del estudio: .....	24
Variables de estudio: .....	24
Población: .....	25
Procedimiento para la recolección de información:.....	26
Consideraciones éticas.....	26
Análisis de los datos:.....	27
Resultados.....	27
Descripción de la población .....	27
Diagnósticos principales .....	31
1 - Trastornos de la atención y de la conducta .....	32
2- Trastorno del lenguaje y del aprendizaje.....	33

3 - Trastornos afectivos y ansiosos .....	34
4- Otros problemas conductuales o psicológicos .....	34
5- Trastornos del neurodesarrollo y retraso mental.....	35
6 - Trastornos relacionados con estrés y trauma.....	36
7- Otros problemas médicos.....	37
Diagnósticos por grupos de edad .....	38
Número de consultas .....	39
Discusión .....	41
Población.....	41
Diagnósticos .....	42
Trastornos de la atención y la conducta .....	45
Trastornos del lenguaje y el aprendizaje .....	46
Trastornos afectivos y ansiosos .....	48
Otros problemas conductuales o psicológicos .....	51
Trastornos de neuro desarrollo y retraso mental.....	52
Trastornos relacionados con estrés y trauma.....	54
Otros problemas médicos .....	56
Número de consultas .....	57
Conclusiones .....	57
Referencias.....	59

## Resumen

Estudios de epidemiología psiquiátrica han encontrado alrededor de un 20% de morbilidad en población infantil en todo el mundo. El objetivo de esta investigación fue hacer una caracterización de la población infantil que asistió a consulta externa en el servicio de niños y adolescentes del Hospital Psiquiátrico San Camilo (HSPC) durante el periodo transcurrido entre enero y diciembre del 2014.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y cuantitativo, mediante el uso de datos retrospectivos del sistema de historias clínicas del HSPC.

Se encontró que durante el 2014 se 3780 consultas de psiquiatría pediátrica y se atendió a un total de 1920 pacientes, 66,23% de sexo masculino. El promedio de edad fue de 10,44 años (IC95%: 10,29-10,58). El 56% de los pacientes eran pertenecientes al régimen contributivo. El número de consultas presentó una mediana de 1 con un rango intercuartil de 1 a 2.

Los diagnósticos fueron agrupados en categorías y el orden de frecuencia fue el siguiente: Trastornos de la atención y la conducta 38,86%, trastornos del lenguaje y el aprendizaje 16,61%, trastornos afectivos y ansiosos 12,08%, otros problemas conductuales o psicológicos 11,58%, trastornos de neuro desarrollo y retraso mental 10,47%, trastornos relacionados con estrés y trauma 6,02%; y otros problemas médicos 4,38%.

Se concluyó que las proporciones encontradas fueron diferentes a las esperadas según los estudios epidemiológicos. Sin embargo, al ser un centro de referencia especializado de tercer nivel, el servicio de psiquiatría infantil y del adolescente del HPSC atiende a una población con un perfil de necesidades especial.

*Palabras claves:* psiquiatría infantil, caracterización, población infantil, hospital psiquiátrico.

### **Abstract**

Diverse epidemiologic studies have found around 20% of psychopathology in children around the world. The objective of this research was to characterize the population of children consulting to the ambulatory service of pediatric psychiatry at the HSPC during the period between January and December of 2014.

An observational and descriptive study was performed using the data from the medical records registered at the hospital.

During the year 2014, 3780 consultations were completed, with a total of 1920 patients, 66, 23% male. The average age was 10,44 years (IC95%: 10,29-10,58). 56% of patients were subscribed to a health insurance. Mean number of consultations was 1.

The diagnoses were grouped in 7 main categories and their frequency was, in order: Attention and behavioral disorders 38,86%, language and learning disorders 16,61%, anxiety and mood disorders 12,08%, other behavioral or psychological disorders 11,58%, neurodevelopmental disorders and mental retardation 10,47%, stress and trauma related disorders 6,02%; and other medical issues 4,38%.

It was concluded that proportions found were different from those expected according to epidemiologic studies but, being an specialized referral tertiary center for psychiatric consultation, the ambulatory psychiatric service for children and adolescent of the HPSC, attends a selected population with special needs

*Keywords:* Child & adolescent psychiatry, characterization, children psychopathology, psychiatric consultation.

## **Introducción**

### *Planteamiento del problema*

Estudios de epidemiología psiquiátrica han encontrado alrededor de un 20% de morbilidad en población infantil en todo el mundo, con una variedad de trastornos neurológicos, cognitivos, conductuales y emocionales que tiende a distribuirse de forma relativamente estable en diferentes contextos. Sin embargo, se desconoce la frecuencia de estos problemas de salud y las características de la población consultante en Colombia y en particular en el departamento de Santander, lo que constituye el problema del presente estudio.

El propósito de la investigación es hacer una aproximación a la magnitud de este problema en el contexto colombiano, haciendo una caracterización de la población infantil que asiste a consulta externa en el servicio de niños y adolescentes del Hospital Psiquiátrico San Camilo (HSPC) durante el periodo transcurrido entre enero y diciembre del 2014.

El HPSC está ubicado en la ciudad de Bucaramanga, Santander, y es un centro especializado de salud mental de carácter público, que atiende a población de régimen subsidiado y contributivo proveniente del departamento y regiones aledañas del oriente

colombiano. Tiene 60 años de trayectoria (1953 - 2013) y el servicio de consulta ambulatoria de psiquiatría del niño y el adolescente lleva aproximadamente 20 años de funcionamiento.

El departamento de Santander cubre 30.537 km<sup>2</sup> con una población total de alrededor de 2 millones habitantes, de los cuales casi el 50% reside en la capital departamental, Bucaramanga y su zona metropolitana. Con el 27% de la población en edades escolares entre 5 y 17 años, que podrían beneficiarse de los servicios de psiquiatría infantil del hospital.

El objetivo de este estudio es conocer las características poblacionales y las principales psicopatologías en los menores que consultan al servicio de consulta externa de psiquiatría infantil y de adolescentes del HPSC, como una aproximación a la realidad de la salud mental de la región, que puede permitir a los servicios de salud prepararse de una forma más adecuada para las demandas de la población.

Se espera encontrar prevalencias similares a las encontradas alrededor del mundo. Con iguales resultados para los trastornos biológicos o somáticos, pero mayor prevalencia de trastornos relacionados con estresantes ambientales, tales como el trastorno de estrés postraumático resultado del conflicto armado.

Conocer la dimensión de algunos de los problemas en salud mental en el hospital permitirá diseñar estrategias e implementar programas con nuevos enfoques de atención primaria en salud mental, para mejorar las condiciones de salud integral e incrementar la calidad de vida de los ciudadanos. Esta información permitirá mejorar el acceso a los servicios de salud, el entrenamiento del personal y la planificación de políticas para garantizar los recursos que posibiliten un óptimo sistema de atención en salud mental al alcance de todos los habitantes.

### *Justificación*

La salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

Desde la perspectiva clínica, un trastorno mental es un síndrome o patrón comportamental o psicológico asociado a incomodidad o discapacidad, es decir que produce deterioro importante de la calidad de vida y el funcionamiento social, laboral, académico, familiar, interpersonal o de pareja del individuo.

Además, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la enfermedad entendida como la salida de un estado de bienestar físico o psicológico no afecta solo al individuo que la padece sino también a aquellos que lo rodean<sup>1</sup>.

La falta de una adecuada salud mental en las primeras etapas de la vida, puede llevar a trastornos mentales con consecuencias en el largo plazo<sup>2</sup>. En concordancia, la ley 1616 de 2013 define el componente promoción de la salud mental y la convivencia como el conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales orientadas a proveer oportunidades que permitan el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana, establecer relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos; para el logro del bien común, el desarrollo humano y social<sup>3</sup>.

Para comenzar, es importante conocer la prevalencia de los trastornos mentales más comunes, la frecuencia de consumo de sustancias, la calidad de vida esperada o deseada, las barreras de acceso a los servicios de salud mental y el contacto con violencia de la población. En Santander, Bucaramanga y Colombia, existe mayor vulnerabilidad por

condiciones medioambientales como son la violencia, la pobreza, el desplazamiento y las deficientes condiciones sanitarias y servicios de atención. Sin embargo, se desconoce la frecuencia de estos problemas de salud<sup>4</sup>.

Según la OMS, en general, un 20% de la población infantil y adolescente presenta trastornos mentales, dentro de los cuales se encuentran alteraciones de conducta durante la niñez que tienden a persistir en la adolescencia y adultez. La OPS refiere que, en América Latina y el Caribe, cerca de 17 millones de niños padecen trastornos psiquiátricos que requieren intervención sin que estos servicios se les presten. La OMS considera que tanto en los países industrializados como en vías de desarrollo, existe carencia de políticas adecuadas y suficientes, para atender a niños y adolescentes con trastornos emocionales y conductuales<sup>1,2</sup>.

Los servicios de atención primaria de todo el país deberían estar en capacidad de atender estos casos. Sin embargo, existen múltiples barreras para el adecuado diagnóstico y tratamiento de estas condiciones, como son el déficit de psiquiatras con formación, la falta de entrenamiento de los médicos generales y la ausencia de servicios especializados para niños y adolescentes; sumado a la precaria situación económica y a la pobre destinación de recursos del estado para una adecuada salud mental.

Es importante la situación de salud mental en niños por el déficit de una atención profesional adecuada; casi el diez por ciento de los niños hospitalizados se hallan en el hospital debido a un problema de salud mental, La mayoría de estos niños sufren de depresión, trastorno bipolar o psicosis. Desafortunadamente, hay muy pocos profesionales entrenados formalmente para tal atención especial.

Los trastornos mentales son un problema de salud pública, particularmente en los países en vía de desarrollo, y representan una importante carga de enfermedad, tanto en los individuos afectados como en la familia y la sociedad en general. Los trastornos

mentales son los problemas de salud con mayor carga global de enfermedad y discapacidad, con altos índices del total de años de vida perdidos ajustados por discapacidad y del total de años de vida con discapacidad; constituye aproximadamente el 7,4% de la carga medible a nivel mundial de la enfermedad.

El costo humano de los trastornos mentales se complica aún más por los efectos adversos colaterales en la salud y el bienestar social, como es la exposición a la estigmatización y violaciones de los derechos humanos, disminución de las oportunidades educativas y sociales, y la entrada en un ciclo pernicioso de marginación social y pobreza.

Los niños con trastornos psiquiátricos son más vulnerables que la población en general a tener limitaciones en el desarrollo cognitivo, social y emocional, con aumento de comorbilidades y de patología psiquiátrica en la adultez. Con dificultades para la integración social, deserción escolar, discriminación laboral y en general menor estatus socioeconómico. Por lo anterior, se considera de gran importancia evaluar y tratar las patologías que se presentan en la infancia y la adolescencia.

Según el plan nacional de salud mental para Colombia 2014 – 2021, tienen preferencia los programas orientados a la prevención y tratamiento del espectro de ansiedad y la depresión, por ser los más comunes, por la cronicidad y las recaídas en ambas condiciones, por el efecto que tienen en la calidad de vida, por la alta comorbilidad entre ellos y con otros problemas de salud, y por los costos que genera el no tratarlos<sup>5</sup>. La prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en población infantil puede encontrarse entre el 2,6% a 41,2%, y entre el 6,2% a 10,6%, respectivamente. Adicionalmente el porcentaje de comorbilidad entre ansiedad y depresión en los estudios epidemiológicos infantiles se sitúa entre el 30 y el 75%<sup>6</sup>.

Así mismo hasta un 10% de los niños padecen trastorno de déficit de atención e hiperactividad que puede persistir durante la adolescencia y la vida adulta hasta en el 50%. El déficit atencional se asocia con otros problemas ya sean emocionales, de conducta, lenguaje o bien aprendizaje. Al no recibir tratamiento oportuno, este diagnóstico puede evolucionar en un trastorno de comportamiento disocial, consumo de sustancias, criminalidad juvenil y trastorno de personalidad antisocial en la adultez.

Por tanto, desde la línea de investigación Salud mental infantil, adolescencia, familia y comunidad, que pertenece al grupo Salud mental, Neurodesarrollo y Calidad de Vida, se propone evaluar la frecuencia de alteraciones psiquiátricas en niños y adolescentes que acuden a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico San Camilo en un periodo de un año.

El conocimiento obtenido en este estudio será de gran interés para el área debido a que podría mejorar la prestación de los servicios de salud mental, evitar la cronificación de los trastornos y disminuir los costos generados al sistema de salud por años de vida perdidos por discapacidad mental.

Además, un estudio inicial descriptivo abre las puertas a nuevas investigaciones de tipo analítico, impulsando la investigación en el área y el uso de métodos cada vez más sofisticados, que nos llevarán en el futuro a identificar patrones, relaciones causales y asociaciones hasta hoy desconocidas. Lo anterior permitirá intervenir de forma más efectiva en la salud mental de los niños de la región.

#### *Antecedentes en el área de investigación*

El primer estudio sistemático de epidemiología en psiquiatría de niños y adolescentes fue realizado por Lapuse y Monk en Buffalo, Estados Unidos en 1958. Posteriormente realizó otro por Rutter en la isla Wight en 1970. Pero la metodología en esta época

tenía muchas limitaciones y no se contaba aún con instrumentos de evaluación estandarizados para el diagnóstico, ni técnicas computarizadas que permitieran recolectar y analizar datos de muestras muy grandes.

Posteriores estudios con métodos más sofisticados alrededor del mundo han mostrado concordancia en la prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infantil alrededor del mundo: Estudio de Ontario (Canadá, 1987) 18,1%; Estudio de Dunedin (Nueva Zelanda, 1987) 17,6%; Estudio de Puerto Rico (1987) 18%; Estudio de Nueva York (1987) 20,6%<sup>7</sup>.

En Latinoamérica se encuentran estudios realizados en Chile. Durante el año de 1994 se realizó un estudio en el servicio de salud general en niños y adolescentes; y se encontró una prevalencia de 22,3% de problemas de salud mental en esta población. En 1998 se realizó un estudio con población consultante de un hospital psiquiátrico en Santiago de Chile y se encontró en una población de 1020 niños que los primeros 10 diagnósticos atendidos fueron los que se muestran en su orden en la tabla 1:

Tabla 1. *Principales diagnósticos encontrados en estudio realizado en Chile en 1998.*

<b>Diagnósticos</b>	<b>Proporción</b>
Trastorno adaptativo	33%
Trastorno por déficit atencional	21,6%
Trastorno específico del aprendizaje y el habla	14,5%
Trastornos del desarrollo de la personalidad	12,5%
Trastornos de ansiedad	8%
Trastorno oposicional desafiante	7,6%
Trastornos cognitivos	6%

Trastornos de la eliminación	5,4%
Trastornos psicofisiológicos	5,3%
Conducta suicida	5,1%

Se encontró que la mayoría de los consultantes fueron varones a edades más tempranas, pero que en edades mayores de 12 a 16 años las consultas se igualan entre ambos sexos. Los trastornos de predominio masculino fueron: trastorno adaptativo, trastorno por déficit de atención, trastorno de personalidad y trastornos de conducta. Mientras que los de predominio femenino fueron: trastornos conversivos, trastornos psicofisiológicos y conductas suicidas. En todos los pacientes hubo un 46,7% de comorbilidad.

Según la distribución por grupos etarios se encontró que en el grupo preescolar los trastornos más prevalentes fueron los relacionados con la maduración del sistema nervioso y el proceso de individuación de los niños: trastornos adaptativos, déficit atencional, trastorno oposicionista desafiante y trastornos del lenguaje y el habla. En la edad escolar los más frecuentes fueron los relacionados con dificultad en la inserción escolar, por rendimiento o comportamiento: trastornos adaptativos, déficit atencional, trastornos específicos del aprendizaje o del habla, y trastornos de ansiedad. En la edad de transición prepuberal (10 – 11 años) disminuyeron las consultas por déficit atencional y trastornos del aprendizaje o el habla, sin embargo se hicieron más frecuentes los problemas receptivos y expresivos en el lenguaje escrito; también aumentan las consultas por trastornos del desarrollo de la personalidad, conducta oposicional desafiante, abuso sexual y conductas suicidas.

Finalmente en adolescentes las consultas más frecuentes son por trastornos adaptativos, trastornos de personalidad, conductas suicidas, consumo de sustancias,

trastornos alimenticios y trastornos psicofisiológicos principalmente en mujeres. El trastorno por déficit de atención continua manifestando síntomas durante la adolescencia y la adultez temprana, y el trastorno oposicional desafiante disminuye a medida que aumenta el diagnóstico de trastorno de la conducta disocial<sup>7</sup>.

### *Evidencia actual*

Estudios actuales realizados en diversos países, con métodos rigurosos, muestran una prevalencia de morbilidad total similar de alrededor de 20%. Además, aunque los motivos de consulta varíen de acuerdo al servicio, general o especializado y público o privado, las prevalencias a nivel poblacional encontradas en todo el mundo son similares y relativamente estables.

Las consideradas más relevantes en la población de niños y adolescentes son los trastornos del aprendizaje, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la depresión y el suicidio asociado, los trastornos de ansiedad, los trastornos generalizados del desarrollo, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), los trastornos asociados con el consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos de conducta y los trastornos psicóticos<sup>8</sup>.

Se considera según la APA<sup>9</sup>, que las prevalencias de las diferentes psicopatologías en la infancia son las que aparecen en la tabla 2 a continuación:

Tabla 2. *Prevalencia estimada de las diferentes patologías psiquiátricas en la infancia según la APA.*

<b>Diagnóstico</b>	<b>Prevalencia estimada</b>
Autismo	4 a 5 casos por 10.000 habitantes
trastornos del aprendizaje	10 a 15% de la población escolar

trastorno del lenguaje	3 a 5% expresivo 3% mixto 2 a 3% fonológico
TDAH,	3 a 5%
Trastorno negativista desafiante	6% con el doble de prevalencia en varones
Trastorno disocial	6 a 16% en varones y 2 a 9% en mujeres
TOC	0,3 a 1%
Depresión	2 a 4%
Trastorno bipolar	0,6%

Estas son cifras aproximadas resultantes de investigaciones llevadas a cabo principalmente en países del primer mundo. Se sabe que las prevalencias cambian según la población estudiada. Así, se encuentran datos y distribuciones diferentes en variados contextos.

Un estudio reciente realizado en África (Uganda) con niños y adolescentes entre los 3 y 19 años de edad de 420 familias, evaluó a 1587 individuos usando la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes (MINI KID)<sup>10</sup>. Se encontró que los trastornos de ansiedad son la forma de psicopatología más prevalente en la infancia y la adolescencia. Con una prevalencia de trastornos de ansiedad del 26,6%, con porcentajes mayores en mujeres (29.7%) que en hombres (23.1%). El trastorno más común entre ambos sexos fue la fobia específica (15.8%), trastorno de estrés postraumático (TEPT) (6.6%) y trastorno de ansiedad por separación (5.8%). Las fobias específicas y trastorno de ansiedad por separación fueron más comunes en menores de 5 años y el TEPT en los mayores entre 14 y 19 años.

Según datos del estudio nacional de salud mental en Colombia realizado en el 2003<sup>11</sup>, los trastornos de aparición más temprana en la población son los siguientes consignanados en la tabla 3 en orden de aparición:

Tabla 3. *Edades de aparición de los diferentes trastornos en la infancia según estudio de salud mental Colombia 2003.*

<b>Trastorno</b>	<b>Edad de Aparición</b>
Trastorno de atención	5 años
Fobia específica	7 años
Trastorno por ansiedad de separación	8 años
Trastorno disocial y trastorno negativista desafiante	10 años
Bulimia nerviosa	15 años
Trastornos de ansiedad (desde los 6 hasta los 24 años)	- Fobia específica: 7 años - Fobia social 14 años - Agorafobia: 16 años - Trastorno de angustia: 17 años - Ansiedad generalizada: 18 años - TEPT: 24 años
Trastornos del estado de ánimo	- Trastorno bipolar tipo I: 20 años - Depresión y trastorno bipolar tipo II: 24 años
Consumo de sustancias	18 a 26 años.

Un estudio descriptivo retrospectivo de caracterización realizado en Colombia a partir de la base de datos de los pacientes vistos en el Servicio de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, del Hospital de La Misericordia, en Bogotá, desde el enero hasta diciembre de 2005<sup>12</sup>, obtuvo en los primeros cinco lugares de consulta los diagnósticos que se encuentran en la tabla 4, a continuación:

Tabla 4. *Principales diagnósticos en el estudio de Acero & Vásquez, Colombia, 2007.*

<b>Lugar</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Porcentaje</b>
1.	TDAH	28,69%
2.	Trastornos de ansiedad	23%
3.	Retardo mental	14,85%
4.	Trastornos depresivos	13,47%
5.	Trastornos adaptativos	12,96%

El análisis de esta población mostró diferencias importantes con estudios previos, realizados en contextos no hospitalarios. Fue llamativa la presencia de prevalencias superiores del total de trastornos, situación que se explicó por el hecho de ser un centro de referencia y atención de patologías de mayor complejidad.

Se realizó otro estudio por psiquiatras de la Universidad del Rosario con el objetivo de caracterizar psiquiátrica y socialmente el intento suicida atendido en una clínica infantil de Bogotá, con una serie de 96 casos, de edad entre 11 y 18 años, atendidos por intento suicida en la Clínica Infantil de Colsubsidio del 1º de Enero de 2003 al 31 de diciembre de 2005. La información de variables sociodemográficas, familiares y clínicas se obtuvo de las historias clínicas. Fueron atendidos en Psiquiatría 86 casos<sup>13</sup>.

Se encontró que las mujeres constituyeron 81,4 %. La edad promedio fue 15,3 años y 70,9 % tenía máximo 16 años. El 63,1 % de familias tenían bajos ingresos. La intoxicación fue el método suicida del 96,9 %. El 38 % tuvo seguimiento ambulatorio máximo por 2 meses. Sólo 13,2 % requirió medicina antidepresiva o moduladora del afecto. El 87,9 % tenía estresantes familiares o escolares. El 83,5 % tenía problemas con los padres, y en 72,3 %, los padres tenían relación conflictiva. Eran primogénitos 46,5 %. Se encontraron 40 situaciones de maltrato. El 27,2 % tuvo intento suicida previo. Los trastornos adaptativos, la disfunción familiar y los trastornos del afecto fueron los principales diagnósticos psiquiátricos. El 37,6 % tenía problemas escolares, pérdida escolar o conflictos con los maestros. El sexo masculino se asoció con agresividad, consumo de sustancias, fracasos escolares o sentimentales y el femenino con ansiedad predominante y maltrato físico.

Se resalta la disminución de la edad, el exceso de representación femenina, la frecuencia alta de conflictos familiares o escolares y la asociación del sexo con perfiles específicos socioculturales, conductuales y emocionales. Las edades cercanas a 15 años concuerdan con la menor edad del suicida señalada en la literatura. Este hecho se ha explicado por alteración del balance bio-psico-social en la adolescencia; una pubertad más temprana y una dependencia social más duradera, causa estrés, tensiones y problemas en familias, colegios y sociedad.

De otro lado, el nivel escolar de los casos fue concordante con la edad. Las pérdidas de años escolares, y los conflictos con los maestros fueron frecuentes, la literatura los señala como desencadenantes de conducta suicida infantil. Los primogénitos podrían estar más presionados en el desbalance bio-psico-social descrito, sin embargo no se encontró mención de ello en la literatura revisada. Los detonantes familiares hallados concuerdan con los de suicidios femeninos de menores del Instituto Nacional de

Medicina Legal y Ciencias Forenses en 2003. Los diagnósticos psiquiátricos fueron similares en estudios españoles, especialmente la depresión y trastornos del afecto, así como la duración del seguimiento ambulatorio. Algunos casos mostraron la tendencia a repetir el intento suicida como si fuese FR para nuevos intentos.

En otro estudio de corte transversal, realizado en 538 estudiantes entre los 10-17 años en Chía Cundinamarca durante los años 2008 a 2010, se detectaron síntomas ansiosos o depresivos en el 40,5 % de la población estudiada (538); de los cuales el 28,3 % presentó síntomas sugestivos de ansiedad exclusivamente, con síntomas depresivos exclusivamente en 3,3 % y síntomas tanto de ansiedad, como de depresión en 8,9 %. Los síntomas ansiosos fueron más frecuentes en las mujeres y los síntomas depresivos y mixtos se presentaron con más frecuencia en hombres. Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos 6,9 % en hombres vs 5,4 % en mujeres, dato que no fue estadísticamente significativo<sup>14</sup>.

### *Objetivos*

#### Objetivo general

Caracterizar la población atendida y los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes que presentan los niños y adolescentes menores de 18 años atendidos en el Hospital Universitario San Camilo en el servicio de consulta externa de psiquiatría infantil y de adolescentes entre el periodo de enero a diciembre del 2014, Bucaramanga, Colombia.

#### Objetivos específicos

- a. Establecer las características de la población en cuanto a variables demográficas: edad, sexo, y tipo de vinculación a la seguridad social.

b. Determinar la frecuencia relativa de los trastornos más frecuentes en la infancia según la literatura: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ansiedad, depresión y trastornos de la conducta.

c. Determinar la frecuencia de otros trastornos menos comunes en esta población y establecer una comparación con lo reportado en la literatura en contextos diferentes.

## **Metodología**

### *Tipo y diseño general del estudio:*

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal y cuantitativo, ya que está orientado a conocer la frecuencia de psicopatología en una población específica en un momento específico en el tiempo, mediante el uso de datos retrospectivos del sistema de historias clínicas del Hospital Psiquiátrico San Camilo.

No se realizó manipulación experimental de variables, ni aleatorización de la muestra en grupos, ni tampoco seguimiento de una cohorte en el tiempo. Dado que el tema de investigación es de gran importancia para la salud mental de los niños y adolescentes; y que no existen estudios sobre el tema en el departamento de Santander, es pertinente comenzar la investigación en esta área con un estudio descriptivo exploratorio.

### *Variables de estudio:*

Las presentes son las variables que fueron observadas en la presente investigación:

- Características Demográficas: Edad, sexo, tipo de vinculación al sistema de salud, primera cita, cita control.

- Diagnósticos principales: Según la revisión de la literatura los trastornos psicopatológicos más prevalentes en niños y adolescentes:
  - a. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
  - b. Trastorno de ansiedad
  - c. Depresión
  - d. Trastorno de la conducta
  - e. Otros: Trastornos del desarrollo, trastornos del aprendizaje o del lenguaje, trastornos alimenticios, trastornos de la eliminación, TEPT, trastornos adaptativos, trastorno bipolar y esquizofrenia infantil.

Por lo tanto la cuantificación de la frecuencia relativa de aparición de todos estos diagnósticos fue el objetivo del presente estudio.

*Población:*

La población a estudiar fueron niños y adolescentes menores de 18 años atendidos en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico San Camilo (HPSC) en el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2014. Por lo tanto, los participantes fueron seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Edad inferior a los 18 años.

Criterios de exclusión:

- Ninguno.

*Procedimiento para la recolección de información:*

Por medio del sistema de Historias Clínicas del HPSC se realizó la búsqueda de pacientes menores de 18 años atendidos en el servicio durante el año 2014 y se analizaron todos los datos de esta población. Para lo anterior se contó con la aprobación de la dirección del hospital y con el apoyo técnico del departamento de información para la extracción y ordenamiento de estos datos.

*Consideraciones éticas*

Los autores consideran ausencia de conflictos bioéticos del estudio. Se utilizaron fuentes secundarias encontradas en bases de datos institucionales por lo cual no se expuso a los participantes a riesgos biológicos ni a consecuencias adversas pues no se realizó un estudio de intervención.

La información obtenida en la investigación fue guardada con reserva, y sujeta a la confidencialidad, los resultados son privados, acorde al manejo legal de la Historia Clínica Psiquiátrica. Los datos de identificación fueron mantenidos en secreto y sólo se extrajeron de la base de datos la información demográfica y los diagnósticos de los pacientes.

Ya que para este estudio no se necesitó de la participación directa de los individuos estudiados, no fue necesaria la firma del consentimiento informado. Según la resolución 8430 de 1993, artículo 16, párrafo primero: en caso de investigaciones sin riesgo el comité de ética de la institución investigadora podrá dispensar al investigador de la obtención del consentimiento informado<sup>15</sup>.

Se solicitó la aprobación en el comité de ética de investigación del Hospital Psiquiátrico San Camilo, quien considerando que por ser un estudio no intervencionista y dada la importancia clínica de la información obtenida, otorgó permiso para ejecutarse

el proyecto, siempre y cuando se respetaran los correspondientes derechos de autor y se guardara la reserva de la opinión del autor sobre los resultados obtenidos.

#### *Análisis de los datos:*

El banco de datos fue generado y analizado mediante el programa de historias clínicas del Hospital Psiquiátrico San Camilo.

Se realizó un análisis univariado, inicialmente se evaluó la distribución de las variables continuas mediante pruebas gráficas de normalidad, las variables continuas con distribución normal se le calculo el promedio como medida de tendencia central y el intervalo de confianza al 95% como medida de dispersión, a las variables continuas que no seguían una distribución normal se uso la mediana como medida de tendencia central y el índice intercuartil como medida de dispersión, a las variables categóricas se les calculo el promedio de cada una de sus categorías con su respectivo intervalo de confianza al 95%

Se realizó un análisis bivariado comparando la distribución de las variables continuas al estratificarlas por las variables discretas y se evaluó la significancia de la diferencia de las distribuciones mediante una prueba de kolmogorov-Smirnov, los promedios se compararon mediante pruebas de diferencia de medias, y las medianas mediante una prueba de Mann Withney.

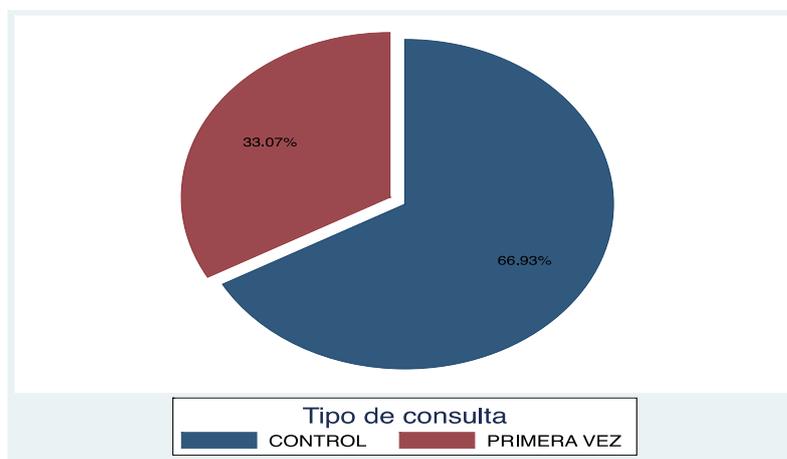
## **Resultados**

### *Descripción de la población*

Durante el 2014 se atendieron en el servicio de consulta externa del Hospital psiquiátrico San camilo de la ciudad de Bucaramanga 3780 consultas de psiquiatría

pediátrica de las cuales 2530 (66,93%) correspondían a consultas control y 1250 a consultas de primera vez (33,07%) (Gráfico 1).

Gráfico 1. *Distribución de la consulta por tipo de consulta*



A las variables edad y número de consultas (variables continuas) se les realizaron pruebas gráficas de normalidad y se encontró que la edad se distribuía de una manera aproximadamente normal por lo que se decidió utilizar el promedio como medida de tendencia central y el intervalo de confianza al 95% como medida de dispersión, el número de consultas no seguía una distribución normal por lo que se utilizó como medida de tendencia central la mediana y como medida de dispersión el rango intercuartil.

El número de pacientes atendidos durante el 2014 en la consulta de psiquiatría pediátrica en el hospital San Camilo fue de 1920 de los cuales 66,23% eran de sexo masculino, La descripción de la población estudiada estratificadas por sexo se pueden observar en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.5.**

Tabla 5. *Distribución de los pacientes atendidos por sexo.*

Sexo	N	%
Masculino	1274	66,23

<b>Femenino</b>	646	33,77
<b>Total</b>	1920	100

El promedio de edad en general fue de 10,44 años y los resultados de edad comparados por sexo se encuentran en la tabla 6 a continuación. El promedio de edad de consulta de los hombres (10,15 años) es menor que el de las mujeres (11,01 años) y esta diferencia de edad es estadísticamente significativa con una  $P < 0,0001$ .

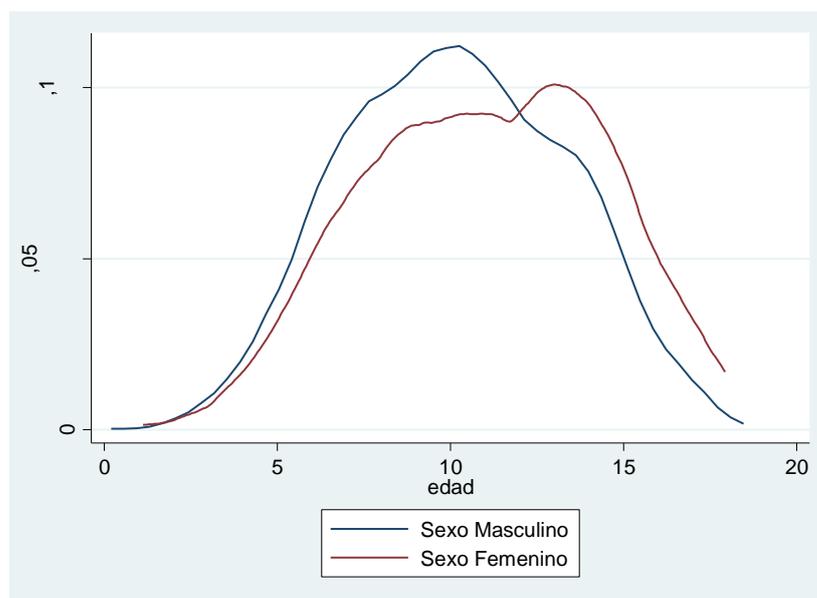
Tabla 6. *Promedio de edad para los pacientes general y por sexos.*

	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>		<b>General</b>	
<b>Edad</b>	<b>Promedio</b>	<b>IC95%</b>	<b>Promedio</b>	<b>IC95%</b>	<b>Promedio</b>	<b>IC95%</b>
<b>(años)</b>	10,15	9,97-10,31	11,01	10,75-11,28	10,44	10,29-10,58

Además de ser menor la edad de consulta de los hombres respecto a las mujeres la distribución de la edad es diferente dependiendo del sexo, en el

Gráfico 2. podemos observar que la consulta masculina inicia ligeramente antes y que alcanza su pico máximo alrededor de los 11 años mientras que en el sexo femenino alcanza su pico máximo alrededor de los 14 años, al realizar la prueba estadística de igualdad de distribuciones (Kolmogorov-Smirnov) encontramos una  $P < 0,0001$ .

**Gráfico 2.** *Distribución de la edad por sexo*



Según el tipo de aseguramiento en salud (Contributivo, subsidiado o particular) se encontró que la mayoría de los consultantes pertenecen al régimen contributivo, seguidos por el régimen subsidiado y solo una pequeña minoría de consultas particulares. Los resultados del régimen de afiliación a la seguridad social se muestran a continuación en el gráfico 3.

**Gráfico 3.** *Distribución de los pacientes por tipo de aseguramiento.*



Al evaluar cómo se comporta la edad de los pacientes en los diferentes regímenes de aseguramiento en salud encontramos que la edad de los participantes se comporta de

manera muy similar en los 3 grupos y al cruzar de manera sistemática las 3 distribuciones entre ellas ninguna P del test de Kolmogorov Smirnov fue significativa a un alfa del 0,05.

### *Diagnósticos principales*

La historia clínica del Hospital Psiquiátrico San Camilo utiliza los códigos de diagnóstico del sistema de clasificación internacional de enfermedades CIE-10. Se encontró como resultado un total de 1920 diagnósticos, que incluyen varias posibles especificaciones del mismo diagnóstico. Estos datos son de difícil manejo para su análisis y presentación, por lo tanto se decidió crear categorías más grandes para organizarlos.

Se dividieron en 7 grupos de diagnóstico: Trastornos de la atención y la conducta, trastornos del lenguaje y el aprendizaje, trastornos afectivos y ansiosos, otros problemas conductuales o psicológicos, trastornos de neuro desarrollo y retraso mental, trastornos relacionados con estrés y trauma; y otros problemas médicos.

El grupo diagnóstico más común fue el de trastornos de la atención y la conducta con el 38,85% de los casos (IC95% 36,67%-41,04), seguido por el grupo de trastornos del lenguaje y el aprendizaje con un 16,61% de los casos (IC95% 14,95-18,28), el grupo diagnóstico menos común fue el de otros problemas médicos con el 4,38% de los casos (IC95% 3,45-5,29). En la tabla 7 a continuación se muestran los resultados por grupos de diagnósticos.

Tabla 7. *Frecuencia de diagnósticos agrupados.*

	<b>Diagnósticos agrupados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>
1.	Trastornos de la atención y la conducta	746	38,86	36,67-41,03

2.	Trastornos del lenguaje y el aprendizaje	319	16,61	14,94-18,28
3.	Trastornos afectivos y ansiosos	232	12,08	10,62-13,54
4.	Otros problemas conductuales o psicológicos	222	11,58	10,14-13,41
5.	Trastornos de neuro desarrollo y retraso mental	201	10,47	9,09-11,83
6.	Trastornos relacionados con estrés y trauma	116	6,02	1,22-2,42
7.	Otros problemas médicos	84	4,38	3,45-5,29
<b>Total</b>		1920	100	

La construcción de las categorías de diagnósticos agrupados tiene como inconveniente que no permite identificar que trastornos en específico son los que más se encuentran en la consulta. Dada la dificultad que tienen las categorías diagnósticas se presentan los resultados por categoría.

### **1 - Trastornos de la atención y de la conducta**

Incluye trastorno por déficit de atención, hiperactividad, trastorno del control de impulsos, trastorno de movimientos (TICs), trastorno oposicionista desafiante y trastorno disocial.

Los diagnósticos más frecuentes dentro de esta categoría se encuentran a continuación en la tabla 8. Como se puede observar los diagnósticos más comunes de este subgrupo y de toda la muestra estudiada son los de déficit de atención e hiperactividad, seguido por los trastornos de la conducta social como trastorno oposicionista desafiante y trastorno disocial, y menos comunes los trastornos de control de impulsos o trastornos motores.

Tabla 8. *Frecuencia de diagnósticos para el grupo de trastornos de la atención y conducta.*

	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1. Trastornos de la atención y la conducta</b>	<b>746</b>	<b>38,86</b>
Déficit atencional	377	19,6
Hiperactividad	225	11,7
Trastorno de la conducta social	98	5,1
Trastorno del control de impulsos	36	1,9
Trastornos motores	10	0,5

## **2- Trastorno del lenguaje y del aprendizaje**

Incluye trastornos de desarrollo del habla, de la pronunciación, de la lectura, del deletreo, trastornos del lenguaje expresivo y receptivo, trastornos del desarrollo de las habilidades escolares, del cálculo y otros problemas relacionados con bajo rendimiento escolar.

En la tabla 9 se encuentran los resultados por diagnóstico en esta subcategoría. Se puede observar que dentro de este grupo se destacan los trastornos de aprendizaje, los trastornos del lenguaje expresivo y el bajo rendimiento escolar. Son menos comunes los trastornos fonológicos y del lenguaje receptivo.

Tabla 9. *Frecuencia de diagnósticos para el grupo de trastornos del lenguaje y del aprendizaje.*

	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>2. Trastornos del lenguaje y del aprendizaje</b>	<b>319</b>	<b>16,61</b>
Trastorno del aprendizaje	161	8,4

Trastorno del lenguaje expresivo	89	4,6
Bajo rendimiento escolar	42	2,2
Trastornos fonológicos	15	0,8
Trastorno del lenguaje receptivo	12	0,6

### 3 - Trastornos afectivos y ansiosos

Incluye episodios depresivos de gravedad leve, moderada y grave, así como otros trastornos depresivos; trastorno afectivo bipolar, trastorno mixto de ansiedad y depresión, trastornos de ansiedad como fobias específicas, fobia social, ansiedad de separación, ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo TOC.

A continuación, en la tabla 10 se puede observar el orden de los diagnósticos más frecuentes dentro de esta subcategoría. La depresión se encuentra en primer lugar con un 6% de todos los diagnósticos y la ansiedad le sigue con 4,7%. Son mucho menos comunes el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno bipolar.

Tabla 10. *Frecuencia de diagnósticos para el grupo de trastornos afectivos y ansiosos.*

	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>3. Trastornos afectivos y ansiosos</b>	<b>232</b>	<b>12,08</b>
Depresión	116	6,0
Ansiedad	90	4,7
TOC	13	0,7
Trastorno Bipolar	13	0,7

### 4- Otros problemas conductuales o psicológicos

Incluye trastornos de la eliminación, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del sueño, trastornos psicóticos, trastornos de somatización, trastornos adaptativos y otras alteraciones psicológicas.

En la tabla 11 se encuentran los resultados para esta categoría. Se observa que existe un gran número de consultas en donde el motivo de consulta es un síntoma aislado que no puede categorizarse en un diagnóstico específico porque no cumple con los criterios diagnósticos o porque falta mayor información, como ejemplos de estos síntomas pueden identificarse síntomas somátomorfos o conversivos aislados. Los otros diagnósticos que se encuentran en este grupo son en orden de frecuencia: trastornos de la alimentación, psicosis, trastornos de la eliminación y trastornos del sueño.

Tabla 11. *Frecuencia de diagnósticos para el grupo de otros problemas conductuales o psicológicos.*

	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>4. Otros problemas conductuales o psicológicos</b>	<b>222</b>	<b>11,58</b>
Trastornos de la alimentación	35	1,8
Psicosis	27	1,4
Trastornos de la eliminación	23	1,2
Trastornos del sueño	18	0,9
Otros síntomas aislados	119	6,2

## **5- Trastornos del neurodesarrollo y retraso mental**

Incluye trastorno generalizado del desarrollo, síndrome de Asperger, autismo, síndrome de Down y otros diagnósticos de retraso mental no especificados.

Los resultados para esta subcategoría se encuentran en la tabla 12. Los diagnósticos más comunes fueron retraso mental no especificado, leve/ moderado y trastorno generalizado del desarrollo. Fueron menos comunes el retraso mental grave/ profundo, síndrome de Asperger y Síndrome de Down.

Tabla 12. *Frecuencia de diagnósticos para el grupo de trastornos del neurodesarrollo y retraso mental.*

	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>5. Trastornos del neuro desarrollo y retraso mental</b>	<b>201</b>	<b>10,47</b>
Retraso mental no especificado	86	4,5
Retraso mental leve / moderado	44	2,3
Trastorno Generalizado del Desarrollo	40	2,1
Retraso mental grave / profundo	15	0,8
Síndrome de Asperger	10	0,5
Síndrome de Down	6	0,3

## **6 - Trastornos relacionados con estrés y trauma**

Incluye trastornos adaptativos, por estrés agudo, estrés postraumático, abuso sexual y maltrato.

Los resultados de esta categoría se pueden observar en la tabla 13. Los trastornos adaptativos fueron el diagnóstico más común en este grupo, seguido por el abuso sexual. Los menos comunes fueron, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo y maltrato.

Tabla 13. *Frecuencia de diagnósticos para el grupo de trastornos relacionados con estrés y trauma.*

	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>6. Trastornos relacionados con estrés y trauma</b>	<b>116</b>	<b>6,02</b>
Trastornos adaptativos	81	4,2
Abuso sexual	22	1,15
Trastorno de estrés pos- traumático	6	0,31
Trastorno de estrés agudo	4	0,21
Maltrato	3	0,16

## **7- Otros problemas médicos**

Otros motivos de consulta. Se encuentra: Anemia, desnutrición, enfermedades metabólicas, defectos visuales, epilepsia, cefalea, mialgias y trastornos neuromusculares (parálisis).

En la tabla 14 se observan los diagnósticos más comunes dentro de este grupo. Se observa que la epilepsia es una enfermedad que con frecuencia se remite al psiquiatra infantil, al igual que las atopias y las alteraciones nutricionales. Algunos trastornos metabólicos también son remitidos a esta especialidad y en unas pocas ocasiones, se encuentran también enfermedades infecciosas.

Tabla 14. *Frecuencia de diagnósticos para el grupo de otros problemas médicos.*

	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>7. Otros problemas médicos</b>	<b>84</b>	<b>4,38</b>
Epilepsia	27	1,4
Atopia	22	1,1
Alteración nutricional	19	1,0
Metabólicos/ Endocrinos	13	0,7
Infecciones	3	0,2

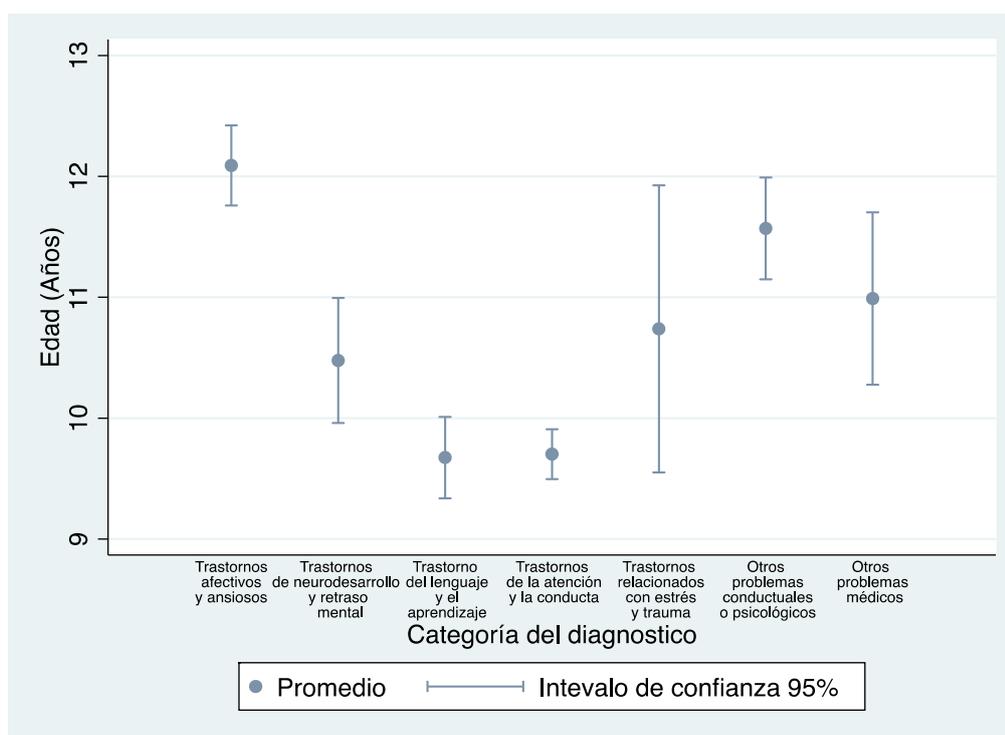
#### *Diagnósticos por grupos de edad*

En el gráfico 4 podemos observar que el grupo diagnóstico en el cual los pacientes tiene mayor promedio de edad es el grupo de trastornos afectivos y ansiosos con un promedio de 12,09 años (IC95%: 11,75-12,42) y la diferencia de edad de este grupo es

estadísticamente significativa respecto al promedio de edad de los demás grupos diagnósticos ( $P < 0,05$ ), excepto con el grupo de otros problemas conductuales y psicológicos con el cual la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Los grupos diagnósticos de los trastornos del lenguaje y de la atención se destacaron por tener los promedios de edad más bajos, 9,67 años (IC95% 9,33.10,01) para el grupo de trastornos del lenguaje y 9,70 años (IC95%) para el grupo de trastornos de la atención y la conducta, la diferencia de edad entre ellos no fue estadísticamente significativa, pero sí fue significativa la diferencia respecto al resto de grupos ( $P < 0,05$ ).

Gráfico 4. *Edad estratificada por categoría de diagnóstico*



#### *Número de consultas*

El número de consultas presentó una mediana de 1 con un rango intercuartil de 1 a 2.

Al comparar por sexo, la prueba no paramétrica de diferencia de medianas (Mann Whitney) tuvo una  $P$  de 0,47 por lo que se considera que no hay diferencia entre las

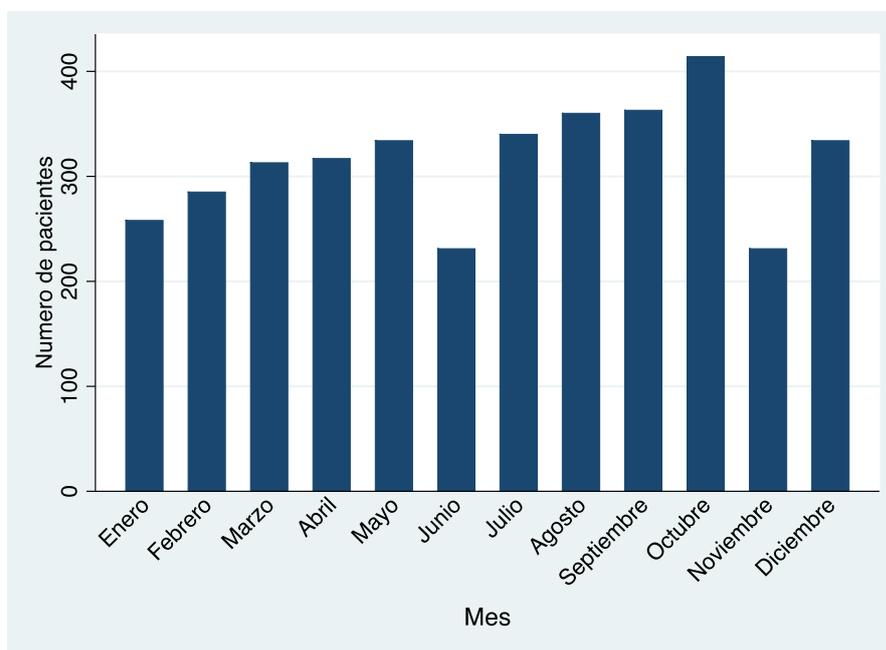
medianas, al comparar las distribuciones del número de consultas estratificadas por sexo observamos que tienen distribuciones muy similares y la prueba de Kolomogorov Smirnov tiene una P de 0,153.

Por aseguramiento, se encontró que independiente del régimen de aseguramiento predominó un bajo número de consultas por paciente, y ligeramente menos número de consultas en el régimen particular. El número de consultas no vario de manera importante (ni estadísticamente significativa ) entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado ( $p=0,140$ ), ni entre el régimen contributivo y los particulares( $P=0,441$ ), pero si vario de manera estadísticamente significativa entre el régimen particular y el régimen subsidiado( $P=0,043$ ) predominando en los 3 tipos de aseguramiento en salud una sola consulta por paciente

Los grupos diagnósticos que presentaron mayor seguimiento, hasta 6 a 8 consultas en el año fueron los trastornos de la atención y la conducta, trastornos de neuro desarrollo y retraso mental; y trastornos del lenguaje y el aprendizaje. Los grupos diagnósticos que tuvieron menos seguimiento fueron los trastornos relacionados con el estrés y trauma, otros problemas psicológicos, y otros problemas médicos. La mayoría de los casos solo recibieron un seguimiento de máximo 4 consultas.

Al evaluar el número de consultas por mes se encontró que, en promedio durante el año 2014 se atendieron 315,00 consultas (IC 95% 279,80-350,19) mensualmente, el mes en el que más consultas se atendieron fue en el mes de octubre (414 consultas) y los meses en que se atendieron menos consultas fue en los meses de noviembre y junio (231 consultas en cada mes), a pesar de esto la diferencia entre el número de consulta de los diferentes meses no fue estadísticamente significativa (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución de las consultas durante el año



## Discusión

### *Población*

Durante el año 2014 se atendieron en el Hospital Psiquiátrico San Camilo, un total de 3780 consultas de psiquiatría pediátrica. 2530(66,93%) correspondían a consultas control y 1250 a consultas de primera vez (33,07%). El número de pacientes atendidos fue de 1920 de los cuales 66% n= 1274 eran de sexo masculino y 34% n= 646 de sexo femenino. Este tipo de distribución por sexo, en el cual dos terceras partes son hombres, ya se había observado en otro estudio de caracterización publicado por Acero y Vásquez en el año 2007<sup>12</sup>.

El promedio de edad de consulta de los hombres (10,15 años) es menor que el de las mujeres (11,01 años) y esta diferencia de edad es estadísticamente significativa con una  $P < 0,0001$ . Esto también coincide con lo reportado en la literatura, que los hombres consultan a edades más tempranas que las mujeres.

En cuanto a los regímenes de aseguramiento, se encontró mayoría de pacientes del régimen contributivo (56%), seguido por el subsidiado (37%), y una minoría de pacientes quienes consultan particularmente (7%). Se esperaba una mayoría de pacientes del régimen subsidiado, siendo una institución de carácter público, sin embargo este resultado puede ser debido al tipo de convenios que el hospital tiene con diferentes aseguradoras el régimen contributivo.

### *Diagnósticos*

El grupo diagnóstico más común fue el de trastornos de la atención y la conducta con el 38,85% de los casos (IC95% 36,67%-41,04), seguido por el grupo de trastornos del lenguaje y el aprendizaje con un 16,61% de los casos (IC95% 14,95-18,28), el grupo diagnóstico menos común fue el de otros problemas médicos con el 4,38% de los casos (IC95% 3,45-5,29).

Al comparar con el estudio de Acero y Vásquez<sup>12</sup>, realizado dentro de la consulta especializada en un hospital de tercer nivel de referencia nacional se encuentran como principales patologías el TDAH, los trastornos de ansiedad, el retardo mental, los trastornos depresivos e intentos de suicidio y los trastornos adaptativos. La comparación entre los resultados de los dos estudios se encuentra en la tabla 15 a continuación:

Tabla 15. *Comparación de los resultados del presente estudio con el estudio de Acero y Vásquez, Bogotá, 2007.*

<b>Estudio San Camilo, 2014</b>		<b>Estudio Acero &amp; Vásquez, 2007</b>	
<b>Diagnósticos agrupados</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Porcentaje</b>
1. Trastornos de la atención y la conducta	38,86	1. TDAH	28,69

2.	Trastornos del lenguaje y el aprendizaje	16,61	2.	Trastornos de ansiedad	23
3.	Trastornos afectivos y ansiosos	12,08	3.	Retardo mental	14,85
4.	Otros problemas conductuales o psicológicos	11,58	4.	Trastornos depresivos	13,47
5.	Trastornos de neuro desarrollo y retraso mental	10,47	5.	Trastornos adaptativos	12,96
6.	Trastornos relacionados con estrés y trauma	6,02			
7.	Otros problemas médicos	4,38			

De forma similar, un estudio más reciente publicado en el 2014, fue realizado en la unidad de neuropsicología del Instituto Neurológico de Colombia (INDEC) Medellín<sup>16</sup>, con datos de 5747 pacientes menores de 18 años que consultaron, entre 2009 y 2012, en la unidad de neuropsicología. Se encontró que el 69,8% de los pacientes fueron hombres. Y los cinco principales diagnósticos CIE-10 de la población estudiada se enumeran a continuación en la tabla 16.

Tabla 16. Principales diagnósticos de estudio de Carvajal-Castrillon et al<sup>16</sup>, Medellín, 2014.

<b>Diagnóstico</b>	<b>Porcentaje</b>
Perturbación de la actividad y de la atención	39.3%
Retraso mental leve	7.7%
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	3.8%
Trastorno opositor desafiante	3.2%
Trastorno de ansiedad no especificado	2.5%

Existen dos limitantes de estos estudios, incluido el presente trabajo, que dificultan la comparación de sus resultados. Primero que todo, se basan en datos obtenidos de pacientes evaluados en un centro de atención terciaria y de referencia en pediatría, psiquiatría o neurología, por lo que se presume que sus datos no pueden ser comparados con la población general.

En segundo lugar, el uso de códigos o categorías diagnósticas varía para cada autor. En el estudio de Acero y Vásquez<sup>12</sup> se utilizaron códigos preestablecidos de acuerdo con los datos analizados de años anteriores, en donde se le asignó un código a los principales diagnósticos en orden de frecuencia. En el presente estudio, se organizaron grupos de diagnósticos por categoría, para facilitar el análisis e interpretación de los datos, sin embargo estas categorías fueron diseñadas según la necesidad y basado en los criterios diagnósticos de la APA (DSM-IV<sup>9</sup>, DSM -V<sup>17</sup>). El uso de categorías que agrupen múltiples diagnósticos introduce sin duda sesgos y dificulta el reconocimiento de los problemas específicos que constituyen los principales problemas de consulta.

Por otra parte, en el estudio de Carvajal-Castrillon et al<sup>16</sup>, realizado en la ciudad de Medellín, los autores prefirieron usar los diagnósticos en vez de intentar agruparlos. Se utilizaron los códigos diagnósticos de la clasificación internacional de enfermedades

CIE – 10, con el inconveniente de que hubo un 36.7%, correspondiente a 2107 niños, cuyos diagnósticos no pudieron ser clasificados dadas las dificultades con la codificación, incluida la gran cantidad de descripciones y diagnósticos no especificados.

Así, tanto el uso de categorías como de diagnósticos individuales imponen problemas técnicos y de validez para los diferentes estudios. Como una forma de compensar estas dificultades en el presente estudio, se presentaron los resultados por grupos de diagnóstico para conocer de manera más específica los problemas dentro de cada categoría en su orden de frecuencia, y a continuación se hará la discusión de cada una de las categorías y trastornos principales.

### **Trastornos de la atención y la conducta**

Esta categoría fue la más frecuente con un 38, 86% de la muestra. Dentro de la misma, el trastorno por déficit de atención y la hiperactividad constituyen el 31,3%. Otro 7% los trastornos de la conducta social, particularmente el trastorno oposicionista desafiante, y los trastornos del control de impulsos.

Este hallazgo se encuentra dentro de lo esperado ya que coincide en el primer lugar de los resultados de los otros estudios anteriormente mencionados<sup>12,16</sup> y además, los trastornos de la atención, del control de impulsos, del comportamiento oposicionista desafiante y disocial han ido en aumento en todo el mundo.

El déficit de atención con hiperactividad es el trastorno neuroconductual más común durante la infancia. Su prevalencia está descrita entre los 3 y 10%, y es por lo tanto una de las patologías más extensamente estudiadas. Este trastorno afecta a los niños entre los 3 y 7 años de edad pudiendo persistir durante la adolescencia y la vida adulta hasta en el 50%. Los niños que lo padecen usualmente presentan dificultades académicas

importantes, dificultades en las relaciones interpersonales ya sea con miembros de la familia o bien con sus pares, y una baja autoestima.

El déficit atencional se asocia con otros problemas ya sean emocionales, de conducta, lenguaje o bien aprendizaje. En el 15-20% se han diagnosticado los trastornos del humor, y un 20-25% han coexistido con los trastornos de ansiedad. Los niños con TDAH también pueden ser comórbidos con diagnósticos de trastornos del sueño, pérdida de memoria, y disminución de las habilidades motoras<sup>18,19</sup>. Si no es tratado oportunamente este trastorno se puede asociar con el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno de comportamiento disocial, consumo de sustancias, criminalidad juvenil y trastorno de personalidad antisocial en la adultez de allí la importancia de reconocer e intervenir este problema de precozmente.

Sin embargo, la gravedad de este trastorno es muy variable y muchos niños no requieren visitar al psiquiatra infantil, ni tomar medicación estimulante. Se deben reforzar las estrategias escolares y la terapia psicológica y ocupacional, como principal medio para combatir este tipo de comportamientos.

### **Trastornos del lenguaje y el aprendizaje**

El segundo grupo de diagnósticos en orden de frecuencia con un 16,61%, dentro de los cuales se destacan los trastornos del aprendizaje (8,4%), el trastorno del lenguaje expresivo (4,6%) y el bajo rendimiento escolar (2,2%).

Trastorno de Aprendizaje (TA) es un término genérico que hace referencia a un grupo heterogéneo de entidades que se manifiestan por dificultades en la lectura, escritura, razonamiento o habilidades matemáticas. Los TA han sido definidos por el Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ; ver tabla 17.

Tabla 17. *Diagnósticos de trastorno de aprendizaje según las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV.*

<b>CIE-10: Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar</b>	<b>DSM-IV: Trastornos específicos del aprendizaje</b>
• Trastorno específico de la lectura	• Trastorno de la lectura
• Trastorno específico de la ortografía	• Trastorno del cálculo
• Trastorno específico del cálculo	• Trastorno de la escritura
• Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar	• Trastorno de Aprendizaje no especificado
• Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar	
• Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación	

Aunque el TA puede ocurrir concomitantemente con otras condiciones discapacitantes, como la deficiencia sensorial y el retraso mental, o con influencias extrínsecas como la desventaja socio-cultural o una enseñanza insuficiente o inapropiada, el TA no es el resultado de estas condiciones o influencias<sup>20</sup>.

La prevalencia de los TA arroja cifras bien dispares en la literatura: se estima entre 5-20%. Del total de escolares con TA, el 80% tienen dificultades en la lectura, entre 3-10% y discalculia entre 3-6% de la población escolar <sup>21</sup>. Su principal comorbilidad está

entre los niños con TDAH, de estos el 15-25% tienen dificultades de aprendizaje y un 30-35% presentan además trastornos del lenguaje<sup>18</sup>.

En España, se estima que en sexto curso de educación primaria el 16% de los alumnos tiene un rendimiento bajo en lengua castellana y matemáticas y en el último curso de la ESO el 15 % tienen un rendimiento bajo en lengua castellana y el 17 % en matemáticas<sup>22</sup>.

La identificación de los TA en edades preescolares (0-6 años) continúa siendo extremadamente difícil y, por lo general, estos niños no se diagnostican hasta el segundo grado de educación primaria con 8-9 años. Estas dificultades se empiezan a sospechar en la escuela infantil o cuando empieza la educación primaria. En edad escolar se hacen más evidentes los trastornos del lenguaje expresivo o receptivo, y trastornos de habilidades escolares como las matemáticas<sup>21</sup>.

Estos niños requieren de una completa evaluación y rehabilitación neuropsicológica, con el fin de evitar pérdida de años escolares y deterioro en las habilidades. Se les debe evaluar el desarrollo psicomotor, nivel intelectual, sistema ejecutivo y atención, memoria, lenguaje, gnosias y praxias, lectoescritura y cálculo. Con esto se puede diagnosticar si se trata de un retraso intelectual, déficit de atención, trastorno específico del lenguaje o trastorno específico de las habilidades escolares.

Es necesario aumentar la capacidad de las escuelas de hacer detección temprana y ofrecer refuerzo escolar, aumentar la provisión de servicios de neuropsicología, así como terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos para la rehabilitación de estos niños.

### **Trastornos afectivos y ansiosos**

Aunque en la literatura se reporta que los trastornos afectivos y de ansiedad son los más prevalentes en la infancia, en este estudio se encontró en el tercer lugar con

12,08%, de los cuales un 6% equivale a depresión, 4,7% a ansiedad y 0,7% para trastorno obsesivo compulsivo y trastorno bipolar.

Los trastornos mentales se consideran un problema de salud en todo el mundo y 20% de los niños y adolescentes del planeta padecen alguna enfermedad mental. Los síntomas depresivos y ansiosos se han convertido en un problema de magnitud notoria y se calcula que para el año 2020 la depresión será la segunda dolencia más frecuente y la primera causa de ausentismo laboral y escolar en países desarrollados.

Hoy es una de las tres primeras causas de enfermedad y discapacidad entre los jóvenes de ambos sexos, según el reciente informe mundial sobre la salud adolescente Health for the World's Adolescents, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con datos de políticas sanitarias de 109 países. (OPS)<sup>23</sup>.

La prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en población infantil puede encontrarse entre el 2,6% y 41,2%, y entre el 6,2% y 10,6%, respectivamente, con una prevalencia de trastornos de ansiedad del 26,6%, depresión en niños de 0,4 a 2,5 % y depresión en adolescentes entre 0,7% y 6,1% <sup>24</sup>. Y el porcentaje de comorbilidad entre ansiedad y depresión en los estudios epidemiológicos infantiles se sitúa entre el 30 y el 75%<sup>6</sup>. Los trastornos depresivos en población en edad escolar se presentan con igual frecuencia en niñas y en niños, aunque se observa una mayor prevalencia en los estratos socioeconómicos bajos.

En este estudio, la depresión fue más frecuente que la ansiedad contrario a otros hallazgos en la literatura mundial y local<sup>10,14</sup>. Sin embargo, se encuentra una prevalencia inferior en los trastornos depresivos, con respecto a la encontrada en escolares en otro estudio reciente realizado en Bucaramanga ( 6% comparado con 9,2%)<sup>25</sup>.

Aunque la edad de aparición el trastorno depresivo mayor es posterior a otros trastornos que afectan el desarrollo o el aprendizaje, su presentación es cada vez más

temprana y tiene consecuencias muy importantes como disfunción familiar, escolar y conducta suicida. A corto plazo, los síntomas y los trastornos depresivos deterioran el rendimiento académico y las relaciones interpersonales, y a largo plazo se asocian en forma significativa con el consumo de sustancias y los trastornos de conducta. En los adolescentes causa gran malestar clínico y problemas interpersonales, ausentismo escolar y bajo rendimiento; también, aumenta el riesgo de abuso de sustancias, las conductas antisociales, las conductas riesgosas tanto sexuales como en la alimentación, los intentos suicidas y los suicidios<sup>26</sup>.

El suicidio es un problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo señaló como 1 de las 3 primeras causas de muerte en el mundo entre los 5 y 34 años de edad. El suicidio es la tercera causa de muerte en los adolescentes. Según la OMS, la depresión causa el 96% de los suicidios en el mundo<sup>27</sup>. Medicina Legal de Colombia alarmó por el aumento del 33% en suicidio de adolescentes. Adicionalmente, Observatorio de Salud Pública de Santander reportó en el 2011 una tasa de suicicio en niños y niñas de 5 a 14 años de 0,3 y 1,2 por 100.000 habitantes<sup>28</sup>.

Aunque Estados Unidos (EU) tuvo altas tasas de suicidio juvenil, éstas han disminuido desde los años 90. En España y Latinoamérica el fenómeno está en aumento. En los últimos años, en Bogotá y Colombia, el grupo de 16 a 30 años de edad ha ocupado el primer lugar en frecuencia de suicidios. En Colombia en 2003 murieron por suicidio 160 menores de edad. Los métodos suicidas preferidos fueron la intoxicación (31 %), arma de fuego (29%) y ahorcamiento (20 %).

La OMS, en el informe del 2001 sobre la carga global de las enfermedades, determinó que el trastorno depresivo mayor era la segunda causa más importante de América Latina y el Caribe en años de vida ajustados en función de la discapacidad. Los años de vida productiva perdidos por suicidio en 2003 fueron 64.343<sup>13</sup>.

Según el plan nacional de salud mental para Colombia 2014 – 2021, tienen preferencia los programas orientados a la prevención y tratamiento del espectro de ansiedad y la depresión, por el efecto que tienen en la calidad de vida, por la alta comorbilidad entre ellos y con otros problemas de salud, y por los costos que genera el no tratarlos<sup>5</sup>. La alternativa que se plantea es que estos problemas sean resueltos en niveles de complejidad más bajos con intervención psicológica, sin necesidad de remitir al psiquiatra infantil ni administrar terapia farmacológica.

Es posible que estos trastornos estén siendo subdiagnosticados, debido a la dificultad en la identificación de los síntomas en la población infantil. Los síntomas depresivos y ansiosos se pueden disimular como mal comportamiento, mal rendimiento escolar u otras alteraciones como el sueño, la alimentación o la eliminación<sup>26</sup>. Otra razón es que los padres no consideran estos trastornos motivos importantes de consulta, mientras que los problemas escolares, del desarrollo y del comportamiento sí lo son

### **Otros problemas conductuales o psicológicos**

Incluye trastornos de la eliminación, de la alimentación, del sueño, síntomas de trastorno mental no especificado, trastornos somatomorfos, síntomas conversivos y psicosis; así como, otras condiciones que pueden requerir atención del clínico según el DSM V como: problemas familiares, de crianza, del grupo de apoyo primario, educativos, ocupacionales, del hogar, económicos, y relacionados con problemas médicos<sup>17</sup>.

En la revisión de la literatura no se encuentra mucha información sobre estos motivos de consulta ya que su prevalencia es menor y generalmente si no se agrupan en una categoría no llegan a los primeros lugares de los motivos de consulta reportados en las investigaciones.

Estos problemas deben ser evaluados para especificar si se encuentran dentro de un síndrome que no ha sido bien diagnosticado. Su tratamiento es principalmente con psicoterapia, terapia familiar y psicoeducación. Excepto por la psicosis que requiere tratamiento farmacológico y seguimiento continuo de psiquiatría infantil.

### **Trastornos de neuro desarrollo y retraso mental**

Existe una gran demanda de servicios especializados para personas con discapacidad mental, por trastornos del desarrollo tales como síndrome generalizado del desarrollo, autismo, Asperger, y distintos grados de retraso mental, asociados o no a síndromes genéticos y trastornos orgánicos o psiquiátricos.

El retraso mental se define por la presencia de un desarrollo mental incompleto, detenido o deteriorado caracterizado por la carencia de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo. Las funciones cognoscitivas, lingüísticas, motrices y sociales, que contribuyen al nivel global de inteligencia se encuentran comprometidos<sup>29</sup>.

La tasa de prevalencia de retraso mental se ha estimado aproximadamente el u 1%. La prevalencia varía en los diferentes grupos de edad, siendo mayor en la etapa escolar y se observa predominio del sexo masculino en aproximadamente un 60% de los casos. En comparación a estudios extranjeros, se encuentra una mayor prevalencia de retardo mental en países en vías de desarrollo como Colombia (14,9% frente a 1%-3%)<sup>12</sup>.

El retraso mental no tiene una etiología única y muchos trastornos pueden originar este síndrome. La edad y el modo de inicio varían según la etiología e influyen en la gravedad del trastorno. Los retrasos más serios, especialmente cuando se asocian a un síndrome con fenotipo característico, tienden a reconocerse tempranamente, por ejemplo el síndrome de Down se diagnostica típicamente desde el nacimiento. Por el contrario retrasos leves y de otras causas suelen diagnosticarse mucho más tarde. No

todos los retrasos son de por vida y pueden ser consecuencia de una causa adquirida como por ejemplo una encefalitis.

La hipoxia perinatal es la causa más frecuente de discapacidad cognitiva. Es por esto que el tratamiento precoz de las enfermedades concomitantes del recién nacido prematuro pueden causar un impacto en el resultado final, disminuyendo la discapacidad motora y cognitiva. La segunda causa de retardo mental es la genética. La proporción de pacientes sin diagnóstico específico posiblemente podría disminuirse si el acceso de esta población a estudios de genética fuera mayor y los estudios pudieran ser cubiertos, en cualquiera de sus afiliaciones, por el sistema de salud del país<sup>30</sup>.

Los grados de retraso mental se estiman típicamente mediante exámenes de inteligencia estandarizados (Escala de inteligencia de Weschler) que pueden complementarse con escalas de evaluación de la capacidad de adaptación. Entre más grave la discapacidad mental, mayor es el grado de dependencia de los pacientes quienes requieren ayuda y supervisión constantes. De los afectados, el 85% presentan un retardo leve y los restantes se distribuyen en moderado, severo y profundo.

Los trastornos de comportamiento son el principal motivo de consulta asociado a retraso mental. En la medida que disminuye el coeficiente intelectual aumenta la prevalencia de trastornos del comportamiento y hasta el 50% de los pacientes con retraso mental severo tienen comportamientos impulsivos o agresivos. La ausencia de habilidades para la comunicación puede predisponer a comportamientos perturbadores y agresivos con la posibilidad de causar daño a otros o a sí mismos.

El tratamiento debe ser integral. A nivel farmacológico se pueden usar anticonvulsivos como el ácido valproico y la carbamacepina para el control de la irritabilidad y los cambios del estado de ánimo. Algunos antipsicóticos, sobre todo los atípicos, pueden ser útiles para manejar la agresividad, las conductas autolesivas y las

estereotipias. Estos tratamientos deben ser asociados a rehabilitación con terapia ocupacional, de lenguaje o física, de acuerdo con las necesidades. Igualmente, según las características clínicas, es recomendable realizar psicoterapia de tipo directivo y apoyo a las familias<sup>31</sup>.

### **Trastornos relacionados con estrés y trauma**

El trastorno de estrés postraumático se origina tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (atentado, asalto, secuestro, accidente, etc.), en el que conscientemente está en muy alto riesgo la vida de las personas. Otros criterios son: reexperimentación del suceso (flashbacks), conducta evitativa hacia estímulos que le recuerden el suceso, alteraciones cognitivas o emocionales asociadas, hiperreactividad a estímulos asociados al trauma, duración mayor a un mes de evolución de los síntomas y disfuncionalidad asociada en una o más áreas de funcionamiento<sup>9</sup>.

El DSM – V publicado en el 2013, ha creado la categoría de trastornos relacionados con estrés y traumas. Entre los cuales se encuentra el trastorno por estrés agudo, trastorno adaptativo, el trastorno de estrés postraumático y otros desordenes de la infancia como el trastorno reactivo del apego y el trastorno de disinhibición social.

Además para el estrés postraumático hace claridad dentro de los criterios que la exposición al evento traumático puede ser por experiencia directa, por observación o por conocimiento de que este evento le ocurrió a un familiar o amigo cercano. Y que en los niños la exposición del cuidador primario puede ser el desencadenante de un trastorno de estrés postraumático y la reexperimentación del suceso puede darse mediante interpretación en el juego, los sueños aterradores por su parte pueden no tener un contenido definido en los niños<sup>17</sup>.

Los efectos a largo plazo del TEPT en la infancia han sido estudiados, encontrando que este se relaciona con mayor prevalencia de una amplia gama de trastornos de salud en la edad adulta.

Diferentes autores confirman datos fisiopatológicos y neuropsicológicos sobre lesiones reversibles e irreversibles y sus consecuencias sobre el sistema nervioso central en áreas muy sensibles evolutivamente de la conducta y el desarrollo. Se ha relacionado el TEPT en niños con alteraciones del funcionamiento del lóbulo occipital<sup>32</sup>, del factor neurotrópico cerebral<sup>33</sup>, y del volumen cerebral total<sup>34</sup>.

Del mismo modo se han encontrado efectos adversos a nivel social: Charuvastra propone que la recuperación del TEPT depende de fenómenos sociales<sup>35</sup>, y otros autores han relacionado la experiencia de vivir con un TEPT en la infancia con mayor comorbilidad de Fobia social<sup>36</sup>.

Así mismo la experiencia de trauma en la niñez, con o sin sintomatología específica del TETP, han sido relacionados con mayor comorbilidad psiquiátrica en muchos otros trastornos, principalmente afectivos, pero también de la personalidad, las relaciones interpersonales e incluso psicosis<sup>37, 38</sup>.

Según cifras oficiales a nivel nacional y regional alrededor del 13% de la población tiene diagnóstico de TEPT, y un porcentaje aún mayor ha estado en contacto con conductas violentas como lesiones personales, homicidio, extorsión, accidentes de tránsito<sup>39</sup>. Teniendo en cuenta que la incidencia de eventos traumáticos es un fenómeno generalizado en la infancia y la niñez temprana, es importante investigar el papel de la exposición al trauma como un posible factor en la etiología de los problemas psicológicos y conductuales en los niños pequeños. Las experiencias traumáticas, la violencia en la familia y la situación sociopolítica de nuestro país, resultan en una

desregulación emocional que genera un riesgo acumulativo para el desarrollo de la primera infancia y del funcionamiento de los adultos a largo plazo.

En psiquiatría infantil se requiere tratar la enfermedad con un enfoque biopsicosocial. Sin embargo, siguen existiendo obstáculos importantes para el desarrollo, adaptación y difusión de forma empírica de tratamientos de apoyo para los niños y adolescentes expuestos al trauma<sup>40,41</sup>.

### **Otros problemas médicos**

En último lugar se encuentra el grupo de pacientes que consultan por síntomas psiquiátricos en enfermedades no mentales. En ocasiones, los síntomas emocionales y conductuales (ansiedad, depresión, agresividad) pueden ser manifestaciones directas de una enfermedad física crónica y/o de su tratamiento.

Síntomas inespecíficos o sistémicos como pérdida de peso, cambios en el apetito, problemas de sueño, astenia, dificultad para pensar, disminución de la libido, agitación psicomotriz, aprehensión, etc. pueden ser interpretados como ansiedad y trastornos del ánimo. Sin embargo hay que descartar primero enfermedades neurológicas, endocrinas, hematológicas, cardiorrespiratorias e infecciosas, así como reacciones medicamentosas.

Existen otras enfermedades que con frecuencia se confunden con depresión, como el hipotiroidismo, que puede manifestarse con síntomas similares, y la anemia, que suele producir cansancio, fatiga, somnolencia y falta de motivación<sup>26</sup>.

Se requiere que los médicos generales y los servicios de atención primaria en salud (APS) sepan identificar los problemas físicos de los pacientes y aumentar su capacidad resolutive para tratarlos sin necesidad de enviarlos a un nivel más alto de complejidad o remitirlos a una consulta especializada como psiquiatría infantil<sup>42</sup>.

Por otra parte, alteraciones en el estado de conciencia como el delirium obliga a descartar infección del sistema nervioso central, seguido de intoxicación medicamentosa

(analgésicos y esteroides). De ahí la importancia de descartar con un especialista la presencia de alguna enfermedad física<sup>43</sup>.

### *Número de consultas*

El número de consultas fue de 1 a 2 en promedio. No se encontró diferencia significativa por sexo, edad o diagnóstico. Según el tipo de aseguramiento se encontró significativamente menor número de consultas particulares.

Los grupos diagnósticos que presentaron mayor seguimiento fueron los trastornos de la atención y la conducta, trastornos de neuro desarrollo y retraso mental; y trastornos del lenguaje y el aprendizaje hasta 6 a 8 consultas en el año. Por el contrario, los trastornos relacionados con el estrés y trauma, otros problemas psicológicos, y otros problemas médicos tuvieron menos seguimiento, máximo 4 consultas.

En general, se observa una falta de seguimiento y control de los pacientes diagnosticados o remitidos a la institución lo que podría ameritar más investigación para establecer cuáles son las barreras que impiden el acceso a una atención continua y oportuna.

## **Conclusiones**

- Las proporciones encontradas fueron diferentes a las esperadas según los estudios epidemiológicos. Sin embargo, al ser un centro de referencia especializado de tercer nivel, el servicio de psiquiatría infantil y del adolescente del HPSC atiende a una población con un perfil de necesidades especial.
- El TDAH al igual que en otras investigaciones encabeza la lista con un tercio del total de la consulta. Los trastornos del lenguaje, del aprendizaje y del desempeño escolar constituyen el segundo lugar. Estos además son los trastornos que

aparecen más temprano en la vida y que se convierten en motivo de consulta cuando comienza la escolarización.

- Los trastornos afectivos y ansiosos fueron en conjunto el tercer motivo de consulta. La depresión fue más frecuente que los trastornos de ansiedad. Se plantea que estos síndromes pueden estar siendo subdiagnosticados o que no se consideran motivos importantes de consulta, mientras que los problemas escolares, del desarrollo y del comportamiento sí lo son.
- Otros trastornos psicológicos o del comportamiento como trastornos de la eliminación, de la alimentación o del sueño son el cuarto motivo de consulta. Estos trastornos requieren un estudio especial en cada caso para determinar el diagnóstico y dar orientación o tratamiento apropiado en cada caso.
- Los trastornos del neurodesarrollo y retraso mental son la quinta categoría en orden de consulta en el HPSC. Los trastornos del comportamiento asociados a retraso mental son el principal motivo de consulta y se requiere de herramientas de evaluación y rehabilitación integrales para este grupo de pacientes.
- Los trastornos relacionados por estrés y trauma fueron la sexta categoría, principalmente los trastornos adaptativos y el abuso sexual. Las consultas por trastorno por estrés postraumático fueron muy inferiores a lo esperado dada la situación de violencia actual de nuestro país, por lo que se evidencia la falta de una atención integral psiquiátrica a las víctimas y sus familias.
- Otros problemas médicos fueron los motivos de consulta menos frecuentes. Principalmente se trata de síntomas psiquiátricos relacionados con enfermedades físicas que no han sido bien diagnosticadas en niveles inferiores de complejidad o que requieren de la valoración del especialista para su manejo integral.

- El número de consultas fue bajo, con un promedio de entre 1 a 2 en el año. Falta continuidad en la atención y seguimiento a los casos diagnosticados o remitidos al HPSC, por lo que es importante investigar las posibles barreras que limitan la consulta.

### Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. 2001: 1-65.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre la Salud Mental Health: New Understanding, New Hope. Ginebra; 2001.
3. Congreso de la República de Colombia. Ley 1616 de 2013. Ley de Salud Mental.
4. Campo A. Estudio de Salud Mental del Departamento de Santander, Colombia. 2012.
5. Ministerio de la Protección social. Plan Nacional de Salud Mental, Colombia 2014 – 2021.
6. Romero K, Canals J, Hernández-Martínez C, Claustre M, Balladriga J, Viñas F, Domènech-Llaberia E. Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema* 2010. Vol. 22, nº 4, pp. 613-618.

7. Almonte C, García R. Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes. En: Almonte C, Montt ME, Correa A. Editores. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago, Chile: Editorial Mediterraneo; 2003. 144 – 170.
8. World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Geneva: World Health Organization; 2003.
9. American Psychiatric Association. DSM-IV- TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (Versión española). Barcelona: Masson; 2002.
10. Abbo C, Kinyanda E, Kizza R, Levin J, Ndyabangi S, Stein D. prevalence, comorbidity and predictors of anxiety disorders in children and adolescents in rural north-eastern Uganda. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2013, 7:21
11. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia. 2003
12. Acero AR, Vásquez R. Psiquiatría infantil en el hospital pediátrico. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2007; 36(3): 460 – 470.
13. Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago MM, Ayala-Aguilera JP. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *REVISTA DE SALUD PÚBLICA* 2007; 9 (2): 230 – 240.
14. Ospina-Ospina FC, Hinestrosa-Upegui MF, Paredes MC, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Rev. salud pública.* 2011; 13 (6): 908-920.
15. Ministerio de Salud, República de Colombia. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en:

[http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)

16. Carvajal-Castrillon J, Rueda MT, Restrepo A, Davila D, Garzon LD, Galeano LM, et al (2014). Caracterizacion clinica de ninos y adolescentes atendidos en una unidad de neuropsicologia de Medellin, Colombia. *CES Psicología*, 7(1), 48-57.
17. American Psychiatric Association. *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
18. Fajardo AM, Espinoza E. Trastorno deficitario de atención e hiperactividad. En: Espinoza E, ed. *Neuropediatría, tercera edición, capítulo 20*. Bogotá: ASCONI; 2007. P. 157 – 166.
19. Raishevich N, Jensen P. Attention-deficit hyperactivity disorder. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia, Pa.: W.B. Saunders Company; 2011: ch. 31.
20. Risueño A, Motta I. *Trastornos específicos del aprendizaje. Una mirada neuropsicológica*. Buenos Aires: Bonum, 2005.
21. Karande S. Specific learning disability: the invisible handicap. *Indian Pediatrics*, 2005; 42 (17): 315-9.
22. Álvarez MJ, Crespo N. Trastornos de aprendizaje en pediatría de atención primaria. *IV Jornada de actualización en pediatría. Foro pediátrico*. 2006.
23. Becker Anne E, Arthur Kleinman. Salud Mental y el Programa Global. *N Engl J Med* 2013; 369: p66-7.
24. Romero K, Canals J, Hernández-Martínez C, Claustre M, Balladriga J, Viñas F, Domènech-Llaberia E. Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y

- la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema* 2010. Vol. 22, nº 4, pp. 613-618.
25. Mantilla LF, Sabalza LP, Díaz LA, Campo-Arias A. Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2004;33:163- 71.
  26. Piñeros S, Muñoz R. Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *Psicología evolutiva y Psiquiatría Infantil.* 2007, 4; p127-138.
  27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre la Salud Mental Health: New Understanding, New Hope. Ginebra; 2001.
  28. Observatorio de Salud Pública de Santander. Indicadores 2012.
  29. Chaskel R, Vásquez R, Romero A. Retardo mental. *Psicología Evolutiva y Psiquiatría Infantil:* p175-182.
  30. Cabarcas L, Espinosa E, Velasco H. Etiología del retardo mental en la infancia: experiencia en dos centros de tercer nivel. *Biomédica* 2013; 33: 402-410.
  31. Rangel OR. Retardo mental y trastornos del comportamiento asociados. EN: Gomez-Restrepo C, Gutierrez E, de la Espriella M. Editores. Guías de manejo en psiquiatría. Bogotá, Colombia: Editorial Hermanas Hospitalarias; 2012. 303 – 311.
  32. Chao LL, Lenocid M, Neylanb TC. Effects of post-traumatic stress disorder on occipital lobe function and structure. *2012 NeuroReport* 23:412–419
  33. Kaplan GB, Vasterling J, Priyanka CV. Brain-derived neurotrophic factor in traumatic brain injury, post-traumatic stress disorder, and their comorbid conditions: role in pathogenesis and treatment. *Behavioural Pharmacology.*2010; 21: 427–437.
  34. Hedges DW, Woon FL. Premorbid Brain Volume Estimates and Reduced Total Brain Volume in Adults Exposed to Trauma With or Without Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-analysis. *Cog Behav Neurol.* 2010; 23 (2): 124–129.

35. Charuvastra A, Cloitre M. Social Bonds and Posttraumatic Stress Disorder. *Annu. Rev. Psychol.* 2008. 59:301–28.
36. Zayfert C, DeViva JC, Hofmann SG. Comorbid PTSD and Social Phobia in a Treatment-Seeking Population. An Exploratory Study. *J Nerv Ment Dis* 2005;193: 93–101
37. Schafer I, Fisher H. Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in patients with psychosis: clinical challenges and emerging treatments. *Current Opinion in Psychiatry* 2011, 24:514–518
38. Chu AT, Lieberman AF. Clinical Implications of Traumatic Stress from Birth to Age Five. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2010; 6: 469–94.
39. Campo A. Estudio de Salud Mental del Departamento de Santander, Colombia. 2012.
40. Chacón F. Trastorno por estrés postraumático. concepto, evidencias y pseudo-evidencias de evaluación y tratamiento en el Siglo XXI. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2006.
41. Organización Panamericana de la Salud. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. 2001: 1-65.
42. Ministerio de la Protección Social. Modelo de gestión operativa para el componente de salud mental en atención primaria en salud. Bogotá, Colombia. 2009
43. Bofill Moscardó I, Fernández Corchero A, Villegas Briz MA, García del Moral A, Hijano Bandera F. Psiquiatría infantil: patología prevalente en Atención Primaria, abordaje y tratamiento. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010; 12(Supl 19): 93-106.