

DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS EN MENORES DE 18 AÑOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI", 1982 A 1994 (*)

*Elena TARAZONA JARA (**) & Alberto PEREZ ROMERO (**)*

PALABRAS CLAVE: *Diagnóstico psiquiátrico - Adolescentes - Niños*

KEY WORDS: *Psychiatric diagnosis - Adolescents - Children*

Estudio retrospectivo que establece la frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes menores de 18 años de edad, atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" entre 1982-94. Se revisaron 3993 historias clínicas obteniéndose datos referentes a edad, sexo y diagnóstico CIE-9 de pacientes admitidos en el Departamento de Niños y Adolescentes de dicha institución. Se comparan los resultados con los informados en la literatura internacional. Finalmente, se plantea la necesidad de mayores investigaciones en este campo para facilitar las intervenciones tempranas de orden preventivo o terapéutico.

PSYCHIATRIC DIAGNOSIS IN CHILDREN/ADOLESCENTS IN THE PERUVIAN INSTITUTE OF MENTAL HEALTH "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI", 1982-1994

The rates of mental disorders in children and adolescents attending the Peruvian Institute of Mental Health "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" during 1982-94 are studied. 3993 clinical records were reviewed and data related to the age, gender and ICD-9 diagnoses of the population admitted at the Children and Adolescents Department were obtained. The results were compared with those reported in the international literature. The need of more research done in this field to facilitate early preventive and therapeutic interventions are pointed out.

(*) Presentado como tema libre en el XIII Congreso Nacional de Psiquiatría, Lima 1994

(**) Médicos residentes de psiquiatría del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Se ha descrito que el ser humano atraviesa por periodos de vulnerabilidad en su ciclo vital (1). En nuestro país, el (43,5%) de la población nacional es menor de 18 años (2). Resulta así evidente la importancia de conocer las patologías más prevalentes en dicha etapa del desarrollo, de modo tal que permita las acciones orientadas a un diagnóstico precoz y terapéutica oportuna, previniendo las consecuencias más severas y limitantes de los diversos trastornos mentales. En el Perú, los estudios de este tipo a nivel institucional son escasos (3); asimismo, no existe consenso sobre la edad límite que defina el término del periodo de la adolescencia. Diversos autores señalan al respecto que existen variaciones en cuanto a los criterios físicos, mentales, emocionales, sociales y culturales (3, 4, 5).

El presente estudio considera como límite entre la adolescencia y adultez, el cumplimiento de los 18 años de edad, en base a: la actual Constitución Política del Perú, que lo establece para obtener la ciudadanía (6); el Código del Niño y del Adolescente que ubica la adolescencia entre los 12-18 años de edad (7); y el Manual de Procedimientos de Consulta Externa de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN") (8), que señala tal edad como límite para la atención en dicho departamento. Por último, al margen de las consideraciones legales, autores como Solomon (9) y Slaiken (1) consideran esta edad como el final de la adolescencia.

El presente estudio obedece a la escasez de investigaciones nacionales en este tipo de población, a nivel de instituciones de salud. El objetivo es producir información

sobre los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes registrados en la población infantojuvenil atendida en el INSM "HD-HN".

MATERIAL Y METODO

La población asistida en el INSM "HD-HN" proviene mayormente de localidades urbano-marginales del cono norte de la ciudad de Lima; población que pertenece, mayoritariamente, a estratos socioeconómicos medio y medio bajo (10).

La demanda de atención en la institución es evaluada mediante el triaje médico y de enfermería, procediéndose a la apertura de historia clínica sólo en los casos que ameriten tratamiento psiquiátrico y residan en su área de influencia.

El diseño del estudio es retrospectivo. Se revisaron los informes emitidos por la Oficina de Estadística del INSM "HD-HN" (11), respecto al número de historias clínicas aperturadas a pacientes menores de 18 años, durante el periodo comprendido entre el 1° de Julio de 1982 al 30 de Junio de 1994. Se obtuvieron datos referentes a edad, sexo y diagnóstico según la CIE-9 (clasificación vigente en el Perú en el periodo mencionado) (12).

RESULTADOS

Entre el 1° de Julio de 1982 y el 30 de Junio de 1994, se aperturaron un total de 13,532 historias clínicas en el INSM "HD-HN", de las cuales 3,993 (20%) correspondieron a pacientes menores de 18 años.

En el Cuadro N° 1 se observa el porcentaje de pacientes menores de 18 años, durante el periodo de estudio. La mayor demanda

de atención por parte de pacientes nuevos se presentó durante los primeros años del funcionamiento del Instituto, siendo el pico máximo en 1984, y de ellos, el (42%) correspondió a los menores de 18 años. En los años siguientes tal demanda disminuye a menos del (30%); y, en el primer semestre de 1994, los menores de 18 años representan sólo el (20,4%) del total de atendidos.

En el Cuadro N° 2 se presenta la distri-

bución de pacientes menores de 18 años por edad y sexo. El (60,5%) fueron varones y el (39,4%) mujeres; siendo la relación global hombre/mujer, de 1.5. y sexo. El (60,5%) fueron varones y el (39,4%) mujeres; siendo la relación global hombre/mujer, de 1.5.

Sin embargo, dicha relación disminuye a medida que aumenta la edad del paciente.

CUADRO N° 1. PACIENTES NUEVOS MENORES DE 18 AÑOS ATENDIDOS EN EL INSM HD-HN^o, DE 1982 A 1994

AÑO	TOTAL DE PACIENTES NUEVOS (n)	MENORES DE 18 AÑOS (%)
1982*	588	34.9
1983	1467	41.0
1984	1922	41.9
1985	1690	29.8
1986	1390	22.1
1987	1303	27.3
1988	1344	20.8
1989	570	28.1
1990	664	23.0
1991	520	20.6
1992	898	26.4
1993	906	27.2
1994**	560	20.4
TOTAL	13522	29.1

* Desde el 1/07/82; ** Hasta el 30/06/94

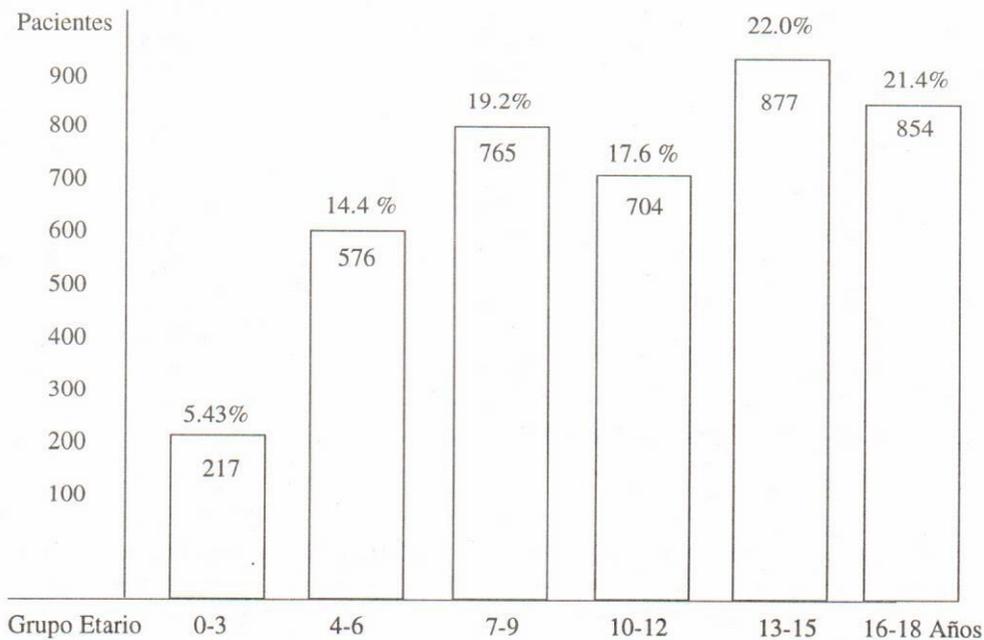
En la Figura N° 1 se presenta la distribución de pacientes menores de 18 años por grupos de edad. La mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos se aprecia en el rango de 13-15 años (22%), y la menor, en el de 0-3 años (5%).

En el Cuadro N° 3 se presenta la distribución de los diagnósticos CIE-9 de los pacientes menores de 18 años. Los diagnósticos registrados en las historias clínicas revisadas corresponden a 31 categorías; siendo los más frecuentes 12 (más de con 100 casos).

**CUADRO N° 2. DISTRIBUCION DE PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS
POR GRUPO ETARIO Y SEXO**

GRUPO ETARIO (Años)	M(n=2419)	F(n=1574)	RELACION M/F
0 - 3	6,2	4,2	2.29
4 - 6	16,0	12,0	2.03
7 - 9	20,2	17,5	1.78
10 - 12	17,2	18,3	1.44
13 - 15	20,8	23,8	1.34
15 - 18	19,6	24,2	1.24

Figura N° 1. DISTRIBUCION DE PACIENTES NUEVOS MENORES DE 18 AÑOS SEGUN GRUPO ETARIO



CUADRO N° 3. GRUPOS DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES EN PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS (*)

CODIGO DIAGNOSTICO CIE-9	< 18 AÑOS %	TOTAL PACIENTES %
295 Psicosis esquizofrénica	12,8	3,8
299 Psicosis peculiares de niñez	3,4	1,0
300 Trastornos neuróticos	6,9	2,1
307 Síntomas/Síndromes especial NOS	6,8	2,0
309 Reacción de adaptación	4,4	1,3
312 Perturbación de conducta NOS	3,4	1,0
313 Perturbación de emociones	25,4	7,5
314 Síndrome hiperkinético	6,6	2,0
315 Retardo selectivo desarrollo	4,4	1,3
317 Retardo mental discreto	3,9	1,2
318 Retardo mental de otro grado	2,7	0,8
Sin diagnóstico	7,8	2,3
TOTAL	88,5	26,1

(*) Diagnósticos con más de 100 casos; NOS=no clasificados en otra parte

CUADRO N° 4. DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES EN PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS (*)

ORDEN CODIGO DIAGNOSTICO (CIE-9)	< 18 AÑOS (n=2649) %
1° 313 Perturbac.de las emociones peculiares de la niñez y la adolescencia	38,2
2° 295 Psicosis esquizofrénica	19,3
3° Sin diagnóstico	11,8
4° 300 Trastornos neuróticos	10,5
5° 307 Síntomas o Síndromes especiales no clasificados en otra parte	10,2
6° 314 Síndrome hiperkinético de la niñez	10,0

(*) Diagnósticos con más de 200 casos

Cabe mencionar que el (11.5%) de las historias clínicas no registran ningún diagnóstico.

En el Cuadro N° 4 se presenta el orden de frecuencia de los diagnósticos CIE-9 más frecuentes (con más de 200 casos cada una), en menores de 18 años. El diagnóstico más frecuente fue el de *Perturbaciones de las Emociones Peculiares de la Niñez y de la Adolescencia* (313), (38%).

Las subcategorías más frecuentes en el grupo 313 fueron: con ansiedad y miedo (313.0), (48,4%); seguida de con sentimientos de infelicidad y tristeza (313.1), (17%).

En *Psicosis Esquizofrénica*, las subcategorías más frecuentes fueron: paranoide (295.3), (47,2%); y el episodio esquizofrénico agudo (295.4), (14,1%).

El tercer lugar, en orden de frecuencia, corresponde a las historias clínicas sin diagnóstico especificado, que en su mayoría se consignan como *en observación*.

El cuarto trastorno más frecuente fue el *neurótico* (300); siendo la subcategoría más frecuente la depresión neurótica (300.4), (30%); seguida de la histeria (300.1), (23,8%).

El quinto lugar, en orden de frecuencia, corresponde a *Síntomas y síndromes especiales no clasificados en otra parte*; siendo las subcategorías más frecuentes: Enuresis (307.6), (28.%); Tartamudeo (307.0), (20.7%).

El último diagnóstico más frecuente fue el

de *Síndrome hiperkinético de la niñez*; siendo los subtipos más frecuentes las perturbaciones simples de la actividad y de la atención (314.0), (54%); seguido del trastorno hiperkinético de la conducta (314.2), (20.1%).

DISCUSION

La historia de la psiquiatría infantil en el Perú señala que en el año 1938 se inaugura el primer consultorio de Neuropsiquiatría Infantil, en el entonces Asilo Colonia Víctor Larco Herrera, bajo la dirección de Caravedo Prado; (13); y en 1940 el consultorio de Neuropsiquiatría en el Hospital del Niño. Posteriormente, en 1967, se apertura el primer consultorio de Psiquiatría Infantil en la Clínica Psiquiátrica de Día (14).

La revisión de la literatura nacional sobre el tema pone en evidencia una escasez de estudios respecto a la distribución de los diagnósticos en población infanto/juvenil asistida (15); y los pocos existentes se han llevado a cabo con poblaciones muy pequeñas. Entre estos últimos tenemos el realizado en el entonces Hospital Obrero, hoy Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (IPSS) entre 1968-72; los menores de 20 años atendidos en el servicio de psiquiatría constituyeron el (9,3%) del total de pacientes atendidos en dicho servicio (16). En 1985, se llevó a cabo un estudio en población adolescente asistida en el Hospital Daniel Alcides Carrión (16).

Un informe del Ministerio de Salud sobre las atenciones médicas entre 1975-76, de un universo de 20,000 consultas, 8,443 (41,3%) correspondieron a menores de 19 años (17). El informe reveló que el 30-50%

de la población escolar requería de atención psiquiátrica (18).

Recientemente, en el II Congreso Nacional de Psiquiatría y Salud Mental del Niño y del Adolescente, se ha estimado que la población que necesita atención especializada es de, aproximadamente, un 50% a nivel nacional (19).

El Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" abrió sus servicios asistenciales a la comunidad en el año 1982, a través de sus Departamentos de Adultos y Geriátrica, Niños y Adolescentes, y el Programa de Salud Mental Comunitaria. El segundo de los Departamentos mencionados inició sus labores con cinco especialistas para la atención exclusiva de menores de 18 años (6) logrando la más alta cobertura entre los años 1982-1984. A partir de 1985 se aprecia una significativa disminución en el número de atenciones de niños/adolescentes, que continúa hasta 1994. Esta caída estaría en relación con: la disminución del número de médicos asignados a dicho Departamento; las huelgas del sector salud en esos años; y la disminución del poder adquisitivo de la población, paralelamente al aumento de los costos de las medicinas y consultas.

Respecto a la predominancia del sexo masculino (60.58%) en el grupo de pacientes menores de 18 años con patología mental, se confirma lo descrito en la literatura internacional (20, 21, 22, 23, 24). La disminución en la relación hombre/mujer que se aprecia conforme aumenta la edad, refleja el predominio diagnóstico en varones (autismo infantil, trastornos del aprendizaje y trastorno hiperactivo) a edades

más tempranas; mientras que no hay diferencias significativa entre ambos sexos en los trastornos de aparición más tardía (trastornos esquizofrénicos, trastornos de las emociones del niño y del adolescente, trastornos neuróticos), acorde con hallazgos en otras latitudes (5, 21, 23, 24, 25).

El grupo etario que más frecuentemente ha recibido atención en la institución son adolescentes entre los 13 a 15 años (22%), seguido del grupo de 16 a 18, (21.4%), hecho que estaría en relación con el distrés de la *crisis de la adolescencia* (1). Contrariamente, el grupo etario que solicita menor demanda son los lactantes y preescolares (0 a 3 años de edad) (5%), hecho que reflejaría la dificultad de los padres para detectar alteraciones en sus hijos a esas edades, por falta de información o por la *esperanza de que luego serán normales*, como lo verbalizan algunos en la consulta médica. Adicionalmente, existe la dificultad que a edades tempranas el niño es incapaz de expresar sus problemas, a diferencia de los niños mayores (21).

El diagnóstico de Autismo Infantil representa el (1%) de la población total atendida en el INSM "HD-HN" durante el periodo de estudio; siendo el tercer diagnóstico en orden de frecuencia, en niños entre los 0-3 años; y el cuarto diagnóstico en orden de frecuencia, en el grupo etario de 4 a 6. Así, a diferencia de lo que señala la literatura revisada (21, 23, 24), en nuestra población hallamos el diagnóstico de autismo infantil a edades más tardías, aunque la relación hombre/mujer de 4:1, coincide con los hallazgos internacionales (21, 22, 25).

El diagnóstico de Retardo Selectivo del Desarrollo representa el (1,2%) del total

de la población atendida. Es el segundo diagnóstico más frecuente en niños entre los 0 a 3 años de edad; el tercero entre los 4 a 6 años; y los 7 a 9 años. El mayor número de casos se presentó entre los 4 y 9 años de edad, lo que estaría en relación con el inicio de la escolaridad (22). Para algunos autores, la frecuencia más alta se presenta alrededor de los 6 años, que coincide con nuestros hallazgos. El trastorno en mención es también más frecuente en varones (21, 22, 23, 24).

El diagnóstico de Retardo Mental Discreto o leve representa el (1,2%) de la población total atendida en el INSM "HD-HN". Las formas moderada, grave o profunda de retardo fue del (0,8%) de la población total. Contrariamente, la literatura internacional menciona que el Retardo Mental Leve llega al 85% de todos los casos de Retardo Mental atendidos en servicios de salud mental (26) muy por encima de nuestros hallazgos. Este hecho estaría indicando que muy probablemente no se está diagnosticando y/o atendiendo casos leves de retardo; y/o que su nivel de funcionamiento podría ser considerado como aceptable por la familia y la sociedad, y, por consiguiente, no acuden a buscar ayuda. Cabe mencionar que durante los primeros años la institución no brindaba atención a pacientes con retardo mental.

Las Perturbaciones de la Conducta representan el (3,4%) de los pacientes menores de 18 años en nuestro estudio, cifra comparable con lo hallado en la población adolescente en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao en el año 1985, de (3,1%) (14).

El diagnóstico más frecuente corresponde

a Perturbaciones de las Emociones Peculiares de la Niñez y la Adolescencia (7,5%) de la población total; y el (25,4%) de la población menor de 18 años. Es el trastorno más frecuente hasta los 12 años de edad; el segundo entre los 13 a 15 años; y el tercero entre los 16 a 18 años; trastorno predominante en varones tal como lo demuestran otros estudios (21, 22, 27).

La Psicosis Esquizofrénica representa el (3,8%) de la población total atendida a nivel institucional, y el (12,8%) en menores de 18 años. Coincidiendo con la literatura internacional, hallamos una alta frecuencia entre los 13 a 18 años; y, más aún entre los 16 a 18 años, sin diferencias significativa en relación al sexo (5, 23, 25, 28). El subtipo predominante fue el paranoide (47,2%), seguido de los episodios esquizofrénicos agudos (14,1%), confirmando hallazgos de otros estudios.

El tercer lugar, en orden de frecuencia, corresponde a las historias clínicas sin diagnóstico especificado (2,3%) de la población institucional y (7,8%) de la población menor de 18 años. Cabe mencionar que la mayor parte de estos pacientes fueron considerados *en observación*, que reflejaría la complejidad del caso, siendo mayor la dificultad en pacientes menores de edad porque el estigma de padecer un trastorno psiquiátrico determinado puede provocar un rechazo que empeoraría el pronóstico o entorpecería el manejo de la patología diagnosticada.

Los Trastornos Neuróticos ocupan el cuarto lugar (2,1%) de la población total y el (6,9%) de la población menor de 18 años. Ocupa el segundo lugar entre aquellos de 10 a 12 años y entre los 16-18 años; el

tercer lugar entre los 13 a 15 años. La literatura internacional señala que a medida que nos acercamos a la adultez se aprecia mayor casuística de este orden y se hace más claro este diagnóstico (22, 23).

Los Síntomas o Síndromes Especiales No Clasificados en otra parte representan el quinto en orden de frecuencia (2%) de la población total y (6,8%) en los menores de 18 años atendidos. Respecto a la enuresis la relación hombre/mujer fue de 2/1, lo que coincide con lo descrito por otros autores (22).

La Anorexia Nervosa fue diagnosticada en el (12,5%). Contrariamente a lo que se señala en la literatura, llama la atención su presentación en 2 varones de 7 y 9 años de edad respectivamente. La relación hombre/mujer fue de 1/3, que difiere de los hallazgos internacionales que señalan hasta 9 mujeres por cada varón (21, 22, 23).

Finalmente, el Síndrome Hiperkinético de la Niñez representa el sexto diagnóstico más frecuente, (2%) de la población total y (6,6%) de la población menor de 18 años. Este diagnóstico fue el segundo en aquellos entre los 4 y 9 años; y el tercero en el grupo de 9 a 12 años de edad; siendo la relación hombre/mujer de 3/1, mucho menor que lo informado en la literatura, hasta 10/1 (22, 23, 29). La mayoría de los casos se encuentran en el grupo de 4 y 9 años de edad, que corrobora los datos de la literatura revisada (28).

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

En nuestro país, los menores de 18 años representan casi la mitad de la población

total (2). La demanda de atención de este grupo etario fue de alrededor 30%, en el INSM "HD-HN". Este hecho obliga a los profesionales responsables a desarrollar, urgentemente, programas de prevención primaria, secundaria y terciaria para trastornos psiquiátricos de la infancia/niñez/adolescencia, a fin de contribuir al logro de una población futura mentalmente sana.

El presente trabajo, por ser de tipo estadístico sobre población menor de 18 años asistida en el INSM "HD-HN", no permite que diversos aspectos cualitativos se reflejen en los resultados, los cuales, sin embargo, deben ser considerados al momento de su interpretación.

Varios de nuestros resultados coinciden con lo informado en la literatura internacional, tales como la mayor prevalencia de patología mental en varones; la relación hombre/mujer de diversos diagnósticos; la edad de inicio de algunos trastornos, entre otros.

Sin embargo, nuestros hallazgos reflejan, también, diferencias con respecto a lo descrito en otros medios, tales como: el diagnóstico tardío del autismo infantil; la escasa frecuencia de diagnóstico de retardo mental leve; la presentación de la anorexia nervosa en similar frecuencia en varones y mujeres, hallazgos que justifican la realización de estudios similares en otras instituciones de salud, a nivel nacional. Se requiere, también, desarrollar estudios sobre qué programas de atención, soporte o rehabilitación se deben ofrecer a esta población.

De otro lado, la alta prevalencia de trastornos del aprendizaje hace necesaria una adecuada cooperación interdisciplinaria, integrando los recursos de salud y de edu-

cación para atender las necesidades correspondientes de la población escolar (30). Deviene, así, necesaria la integración de conocimientos de los diversos enfoques utilizados por los profesionales, que, de una u otra forma, participan en la atención y

formación de niños y adolescentes.

Esperamos que este esfuerzo sirva de estímulo y punto de partida para otros, en esta población tan importante pero, sin embargo, tan poco estudiada.

REFERENCIAS

- (1) SLAIKEU K. Intervención en Crisis. Ed. El Manual Moderno. México, 1987.
- (2) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA Censo Nacional IX de Población. INEI. Lima,
- (3) MAJLUF E. Retardo Mental. Capítulo 6. En Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo". Perales A, Zambrano M, Vásquez-Caicedo G & Mendoza A. (Eds). ENOTRIA S.A. Lima, 1991.
- (4) GOLDMAN H. Psiquiatría General. Segunda Edición. Ed. El Manual Moderno. México, 1991.
- (5) KAPLAN H & SADOCK B. Synopsis of Psychiatry, Sixth Edition. Williams & Wilkins. Baltimore, 1991.
- (6) NUEVA CONSTITUCION POLITICA DEL PERU Título 1, cap. 3, art. 30. Diario Oficial El Peruano, 29/12/93. Lima, 1993
- (7) CODIGO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DL. 26102. Diario Oficial El Peruano, 29/12/92. Lima, 1992.
- (8) INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI" Manual de Procedimientos de Consultorios Externos de Niños y Adolescentes (CENA) Lima, 1983.
- (9) SOLOMON P. Manual de Psiquiatría. Segunda Edición. Ed. El Manual Moderno. México, 1983.
- (10) MINOBE K, PERALES A, SOGI C, WARTHON D, LLANOS R & SATO T. "Prevalencia de Vida de Trastornos Mentales en Independencia (Lima-Perú)". Anales de Salud Mental, 1990; 6:9-20.
- (11) INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI" Compendio Estadístico del año 1982-1993. Unidad de Estadística del INSM "HD-HN". Lima, 1994.
- (12) OPS/OMS Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. 9º Revisión (CIE-9). Capítulo V. OPS. Washington DC, 1978.

- (13) ALVA V. "La psiquiatría infantil en el Perú". Revista de Neuropsiquiatría, 1973 Tomo XXXVI. N°3: 169-183.
- (14) ALVA V. Psiquiatría Infantil en el Perú. Aspectos asistenciales, epidemiológicos y de organización en Lima Metropolitana. Tesis Doctoral. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 1973.
- (15) ALVA QUIÑONES J. "Primeras consultas en un Servicio de Psiquiatría de un Hospital General". Anales del 3° Congreso Nacional de Psiquiatría. Colmenares A, Valdivia O & Alva J. (Eds). Asociación Psiquiátrica Peruana. Lima, 1975.
- (16) FELIPA E, ALVA V & OLIVER E. Psiquiatría Infantil. Capítulo 18. En Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo". Perales A, Zambrano M, Vásquez-Caicedo G & Mendoza A. (Eds). ENOTRIA S.A. Lima, 1991.
- (17) LLANOS R. "La psiquiatría infantil y del adolescente en el Perú" Anales del 5° Congreso Nacional de Psiquiatría. Valdivia O, Bazán E. (Eds) Asociación Psiquiátrica Peruana. Lima, 1978.
- (18) VALDIVIA O. "Discurso de apertura". Anales del 5° Congreso Nacional de Psiquiatría. Valdivia O & Bazán E. (Eds) Asociación Psiquiátrica Peruana. Lima, 1978.
- (19) INSM "Hermilio Valdizán" Boletín del Cuerpo Médico. Año 1, N° 1:9. Lima, 1993.
- (20) VALLEJO J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Tercera Edición. Ed Salvat. México, 1992.
- (21) GELDER M, GATH D & MAYOUR. Oxford Textbook of Psychiatry. Second Edition. Oxford University Press. Cambridge, 1989.
- (22) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 3° Edición Revisada (DSM-III-R) Editorial Masson. Barcelona, 1989.
- (23) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition APA. Washington DC, 1994.
- (24) OMS Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), Capítulo V. Técnica Gráfica FORMA S.A. Madrid, 1992.
- (25) KAPLAN H & SADOCK B. Synopsis of Psychiatry. Seventh Edition. Williams & Wilkins. Baltimore, 1994.
- (26) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Mental Retardation: meeting the challenge. WHO, Geneva, 1985.
- (27) FLAHERTY J, CHANNON R & DAVIS J. Psiquiatría. Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Médico Panamericana S.A. Buenos Aires, 1991.
- (28) VIDAL C & ALARCON R. Psiquiatría. Editorial Médico Panamericana S.A. Buenos Aires, 1986.
- (29) KOLB B. Psiquiatría Clínica. Editorial Interamericana S.A. México, 1988.
- (30) CASTRO J. "Atención psiquiátrica a población escolar". Revista de Neuropsiquiatría, 1975; Tomo XXXVIII. N°2: 106-118

AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen a las personas que colaboraron en la realización del presente trabajo, muy especialmente al Dr. Pedro Makabe Ito, Médico Asistente del Departamento de Niños y Adolescentes, y al Dr. Alberto Perales Cabrera, Jefe del Departamento de Investigación y Epidemiología; asimismo, a los Drs. Héctor Tovar y Cecilia Sogi, a la Srta. Pilar Carreño y al Lic. Nelson Díaz, todos pertenecientes al Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”.

Dirección Postal: Av. Alameda Palao s/n Lima 31.

PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

15) El porcentaje de menores de 18 años en nuestra población es:

- a) De 30 a 35%
- b) De 35 a 40%
- c) De 40 a 45%
- d) De 45 a 50%
- e) De 50 a 55%

16) En el estudio, se corrobora que en los trastornos psiquiátricos, conforme se incrementa la edad la relación hombre/mujer:

- a) Permanece invariable.
- b) Aumenta por mayor demanda de varones.
- c) Aumenta por los diagnósticos predominantes.
- d) Disminuye por menor demanda de varones.
- e) Disminuye por los diagnósticos predominantes.

17) El grupo etario que presentó mayor demanda fue de:

- a) 4 a 6 años.
- b) 7 a 9 años.
- c) 10 a 12 años.
- d) 13 a 15 años.
- e) 16 a 18 años.

18) La patología más frecuente en el grupo estudiado fue:

- a) Trastornos neuróticos.
- b) Perturbaciones de las Emociones Peculiares de la Niñez y de la Adolescencia.
- c) Síntomas y síndromes especiales no clasificados en otra parte.
- d) Síndrome hiperactivo de la niñez.
- e) Ninguna de las anteriores.

19) El manejo de los Trastornos del aprendizaje debe hacerlo:

- a) El sector salud.
- b) El sector educación.
- c) Una adecuada coordinación interdisciplinaria entre los sectores salud y educación.
- d) La familia dirigida por el Psiquiatra Infantil.
- e) El sector privado a través de un mayor número de centros de educación especial.