

# Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia

Año 11, N° 3, Diciembre 2000, Chile

ISSN 0717-1333



## Contenido:

- Características demográficas y de morbilidad psiquiátrica de pacientes infanto-juveniles atendidos en el hospital regional de Rancagua.
- Contribuciones a la clarificación del diagnóstico diferencial entre trastorno por déficit atencional con hiperactividad y temperamento difícil en escolares entre 6 y 9 años.
- Consulta en salud mental en el sistema privado chileno.
- Características clínicas en la enfermedad bipolar en el niño y sus dificultades diagnósticas con respecto al síndrome de déficit atencional y el trastorno conductual.
- Intento suicida en niños y adolescentes: características relacionadas con la ideación e intento.
- Síndrome de muerte súbita infantil y AUTE.
- Síncope y presíncope neurogénico recurrente. Diagnóstico diferencial con epilepsia y disautonomía.
- Puntualizaciones sobre errores conceptuales del Método Tomatis.

**BOLETIN  
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA  
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA  
Y ADOLESCENCIA**

**AÑO 11 - Nº 3 - DICIEMBRE 2000**

ISSN 0717-1331

**DIRECTORIO 1999 - 2001**

Presidente:	Dr. Ricardo García
Vicepresidente:	Dr. Tomás Mesa
Secretaria:	Dra. Marta Hernández
Tesorera:	Dra. Virginia Boehme
Directores:	Dra. María Eugenia López
	Dr. Pedro Menéndez
	Dr. Juan Enrique Sepúlveda
	Dra. Patricia Urrutia
Past-Presidente:	Dr. Jorge Förster
Directora del Boletín:	Dra. Freya Fernández
Comité Editorial:	Dra. Isabel López
	Psic. Gabriela Sepúlveda
	Figo. Marcelo Díaz
	Dra. Perla David
	Dra. Verónica Burón
	Dra. Alicia Espinoza
	Dr. Pedro Menéndez
Secretaria:	Sra. Carolina Martínez



**BOLETIN  
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA  
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA  
Y ADOLESCENCIA**

AÑO 11 - Nº 3 - DICIEMBRE 2000

ISSN 0717-1331

CONTENIDOS

	Página
• EDITORIAL	3
• TRABAJOS ORIGINALES	
Características demográficas y de morbilidad psiquiátrica de pacientes infanto-juveniles atendidos en el hospital regional de Rancagua (HRR) <i>Dres. Marta Escobar, Irene Schiattino, Ricardo Valenzuela</i>	5
Contribuciones a la clarificación del diagnóstico diferencial entre trastorno por déficit atencional con hiperactividad y temperamento difícil en escolares entre 6 y 9 años. <i>Teresa Quintana Püschel</i>	16
Consulta en salud mental en el sistema privado chileno <i>Dres. Constanza Recart, Paulina Castro, Hernán Alvarez</i>	24
Características clínicas de la enfermedad bipolar en el niño y sus dificultades diagnósticas con respecto al síndrome de déficit atencional y el trastorno conductual. <i>Dra. Begoña Sagasti</i>	35
Intento suicida en niños y adolescentes: características relacionadas con la ideación e intento. <i>Dres. Ricardo Valenzuela, Vania Martínez, Patricia González, Irene Schiattino y Marcela Larraguibel</i>	41
• ACTUALIZACIONES	
Síndrome de Muerte Súbita Infantil y ALTE <i>Dra. Perla David G., Dr. Samuel Benveniste D., Dra. Carmen Quijada C.</i>	47
Síncope y Presíncope Neurogénico recurrente. Diagnóstico Diferencial con Epilepsia y Disautonomía <i>Dra. Perla David</i>	54
• CONTRIBUCIONES	60
Puntualizaciones sobre errores conceptuales del Método Tomatis <i>Sr. Hugo A. Segura Pujol</i>	63
• REUNIONES Y CONGRESOS	65
• GRUPOS DE DESARROLLO	66
• NOTICIAS	71
• SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES	72



### **Síndrome de responsabilidad crónica - Desgaste del terapeuta ¿"Burnout"?**

*La palabra inglesa burnout no tiene una traducción precisa a nuestro idioma, pero podría entenderse como la acción de quemarse, desgastarse o consumirse y se usa para describir un síndrome que afecta a personas con trabajos de alta responsabilidad y especialmente a profesionales dedicados al cuidado de la salud mental.*

*La expresión "Staff Burnout Syndrome" fue acuñada para describir una condición caracterizada por agotamiento, irritabilidad y retraimiento detectados en trabajadores en salud mental. Este problema se ha observado también en otras actividades asociadas al cuidado de pacientes gravemente enfermos o profesiones ligadas al servicio personal con altos grados de demanda y su aparición en la literatura médica es cada vez más frecuente, haciéndose evidente como uno de los problemas importantes en los servicios de salud en la actualidad.*

*Este cuadro que se conoce también como Síndrome de responsabilidad crónica, se presenta con signos y síntomas físicos, emocionales y mentales.*

*Entre los síntomas físicos se destaca la fatiga, que puede llegar hasta el agotamiento extremo. Además se asocia a cefaleas frecuentes, tensión muscular, dolor cervical, alteraciones del sueño, una mayor susceptibilidad a las enfermedades e incluso a la muerte súbita.*

*Entre los síntomas emocionales se encuentran la irritabilidad, la impaciencia, el descontrol de la rabia, que naturalmente producen tensiones, conflictos familiares y aislamiento. Las consecuencias mentales incluyen insatisfacción personal, desinterés hacia uno mismo, el trabajo y la vida en general, apareciendo frecuentemente estados depresivos.*

*La incidencia de este cuadro es difícil de precisar ya que los síntomas son inespecíficos y de alta*

*frecuencia en la población general, sin embargo se estima que cerca de un 30% de los médicos presentarían este síndrome en un grado suficiente para afectar su desempeño profesional o personal.*

*Los factores de riesgo involucrados en su aparición, incluyen características ambientales y personales. Entre los primeros se destaca la forma de organización de los servicios de salud, el ambiente físico y humano en el que se realiza la actividad profesional, el número y la calidad de los profesionales en cada servicio, la carga asistencial, etc. En servicios mal dotados, con sobrecarga asistencial, escasa colaboración interprofesional, y retribución económica deficiente, la posibilidad que aparezca este cuadro es muy alta.*

*Además existen factores personales que favorecerían la aparición del síndrome de responsabilidad crónica en determinados individuos. Al parecer personas con disminución de la autoestima, ansiosos e inseguros, estarían más predispuestos al desarrollo de los síntomas. Otra característica que puede estar relacionada es la flexibilidad personal. Individuos flexibles, con dificultad en poner límites e incapaces de negarse a demandas extras de trabajo están más expuestos.*

*Las características particulares del trabajo del terapeuta en el que se asocian un alto grado de compromiso personal con el sufrimiento de pacientes y familiares, la gran frecuencia de agresiones que los profesionales reciben, junto a que los resultados de los procesos terapéuticos suelen demorar, son difíciles de evaluar y frecuentemente no son reconocidos por los afectados, generan con frecuencia sentimientos de desolación, frustración y cuando no directamente rabia y angustia los que si no son detectados y canalizados adecuadamente llevan a un desgaste personal y/o a intervenciones iatrogénicas. Esto último porque los mecanismos de defensa empleados pueden consistir en proyección, negación y aislamiento. Por ejemplo la rabia puede conducir a una intervención no*



terapéutica como la contra agresión.

Como en muchas patologías médicas y psiquiátricas, el proceso de recuperación de este cuadro es más complicado cuando ya está completamente instalado, siendo mucho más eficiente la prevención y la detección precoz.

La forma de prevenir y tratar precozmente esta condición se inicia con el interés en conocerla y estudiarla, señalando que es esencial el rol de autocuidado que cada médico o terapeuta debe asumir.

Finalmente, hay que subrayar que este no es un problema exclusivamente personal sino que se relaciona directamente con el ambiente laboral y la organización de los sistemas de salud. Cuando trabajamos como profesionales en un país que ha postergado en demasía los asuntos relacionados con la salud mental y reclamamos por las condiciones de trabajo a nivel institucional, no solamente estamos velando por el bienestar de los pacientes que atendemos sino que protegiendo al personal que cuida de ellos.

Dra. Virginia Boehme K.



## CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA DE PACIENTES INFANTOJUVENILES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA (HRR)

*Marta Escobar, Irene Schiattino, Ricardo Valenzuela*  
*Facultad de Medicina U. de Chile, Hospital Regional Rancagua.*

### INTRODUCCION

Los datos epidemiológicos pueden ofrecer la información descriptiva necesaria para dar respuesta a importantes preguntas de planificación o prevención en salud mental. En nuestro país las tendencias de los indicadores biodemográficos de natalidad y mortalidad general hacia la estabilización (1) desafían a los sistemas de salud y a sus profesionales a enfrentar los cambios de las patologías prevalentes, el viraje de las enfermedades agudas hacia enfermedades crónicas y la tendencia hacia el envejecimiento de la población hacen urgente la planificación de estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas y organizar los sistemas, para atender las demandas de atención de patologías emergentes, como aquellas que atañen a la salud mental de la población.

La prevalencia de los problemas de salud mental y de la patología psiquiátrica en general ha aumentado en los últimos años en Chile, lo cual ha generado un aumento de la demanda de atención en los servicios de todos los niveles (2). Se estima que la prevalencia de los trastornos mentales alcanza un promedio de 24% en la población general, de este porcentaje un 23% corresponde a población menor de 20 años (2).

La elevación de las tasas de prevalencia asociado a la escasez de recursos exige el desarrollo de estrategias que permitan satisfacer la demanda y prevenir la ocurrencia de nuevos casos, de una manera eficaz y eficiente desde un punto de vista técnico y económico (3).

La factibilidad de desarrollar estrategias adecuadas depende de diagnósticos generales

y específicos que permitan planificar apropiadamente las acciones (3).

En Chile se han realizado variados estudios epidemiológicos en salud mental y psiquiatría Infanto juvenil en poblaciones de niños y adolescentes escolares (4, 5), niños con patología pediátrica y quirúrgica (6, 7) y en servicios especializados (8, 9). Estos estudios han permitido conocer algunas de las características biodemográficas y de la distribución de los diferentes trastornos y alteraciones de salud mental infanto juvenil en el área metropolitana y solo en un estudio (8) a nivel regional (séptima región).

La prevalencia de desórdenes psiquiátricos en la niñez fluctúa entre 5 y 29% (10), se estima que en Chile alcanza un promedio de 15%, (11,12) desafortunadamente la mala distribución geográfica de los recursos especializados impide conocer características biodemográficas y de distribución de trastornos mentales a nivel local que permitan dar respuesta a las interrogantes que surgen al momento de prevenir o planificar en Salud Mental Regional.

Con el propósito de contar con datos que permitieran obtener un diagnóstico biodemográfico y de las características psicopatológicas de la población infantojuvenil que consulta a la Unidad de Psiquiatría del Hospital Regional Rancagua (VI Región), con el fin de planificar un Programa de atención adecuado a la realidad local se inició en 1999 el registro sistemático de los pacientes referidos en interconsulta. De los datos obtenidos durante el año 1999 se realizó este estudio que caracteriza a esta población.



## ANTECEDENTES

El Hospital Regional Rancagua (Hospital tipo 1) se ubica en Rancagua, capital de la Sexta región del Libertador Bernardo O'Higgins, la que comprende las provincias de Cachapoal, Colchagua y Cardenal Caro.

La región se caracteriza por un clima templado, el 36% de la población habita en zonas rurales, la principal actividad económica de la región es agricultura, ganadería, caza y silvicultura, el índice de desocupación de la región es de aproximadamente el 8%, el índice de analfabetismo es de 9,3%, el nivel de escolaridad regional se concentra en el tramo de 4 a 6 años de escolaridad, sólo un 1,7% posee un nivel de instrucción mayor de 17 años (13).

Desde una perspectiva estratégica el Servicio de Salud Regional planifica en base a 4 microáreas: Rancagua, Carretera de la fruta, Santa Cruz y San Fernando.

El HRR cuenta con una Unidad de Psiquiatría y Salud mental desde el año 1986. A partir del año 1987 se suma al equipo médico, un especialista en Psiquiatría infantojuvenil, jornada parcial. En 1992 se incorporan otros profesionales del área infantojuvenil en salud mental (Psicólogo, Psicopedagogo). A contar de marzo de año 2000 se reconoce formalmente la Sub-unidad de Psiquiatría Infantojuvenil que en este momento cuenta con un equipo conformado por Psicólogo, Psicopedagogo, Asistente social, Terapeuta ocupacional en jornada parcial y 2 Psiquiatras Infanto juveniles en jornada completa y parcial. La Sub unidad de Psiquiatría Infantojuvenil atiende a la población beneficiaria del servicio de salud de toda la sexta región menor de 19 años, que asciende a 172.763 habitantes (13).

El tipo de atención es ambulatoria, las fuentes de derivación son los consultorios de atención primaria, servicios de pediatría, unidad de neurología infantil y otras especialidades pediátricas del HRR, centros de atención psicosocial, Juzgados de menores, servicios dependientes de SENAME y hogares de menores de la región.

Los pacientes con Trastornos por Déficit de atención y con Hiperactividad son atendidos por la unidad de Neurología Infantil del HRR y sólo son derivados a Psiquiatría los casos resistentes a tratamiento por más de tres meses o con comorbilidad psiquiátrica. Los niños víctimas de cualquier forma de Maltrato infantil y aquellos con problemas relacionados con consumo de alcohol y drogas fueron atendidos hasta diciembre de 1999 en Centro Psicosocial de Rancagua y sólo se ingresaron a la unidad algunos de los pacientes derivados de ese centro, para evaluación y tratamiento por sospecha de trastorno psiquiátrico asociado.

Durante el año 1999 se propuso el primer programa de atención en Psiquiatría infantojuvenil para la región. Al elaborar este programa se enfrentó la gran dificultad de no tener registro estadístico de los pacientes atendidos y el desconocimiento de datos biodemográficos mínimos, suficientes para elaborar un programa de acuerdo a las necesidades regionales y a las características de la población demandante de atención.

Con el fin de contar con los datos que se requerían se inició el registro sistemático de los niños y adolescentes atendidos por el equipo Infanto juvenil a contar de enero de 1999.

## METODOLOGIA

Se revisa 282 fichas clínicas de un total de 489 pacientes menores de 19 años derivados al Servicio de Psiquiatría del HRR durante el año 1999. Se registra edad, sexo, domicilio, lugar de derivación, fecha de ingreso, diagnóstico principal y complementarios según clasificación de la asociación americana de psiquiatría, 1995, DSM IV (14), tipo de intervención y estado actual en el momento del registro (lines de 1999, inicio de 2000).

La revisión de las fichas clínicas fue realizada por Psiquiatras Infanto juveniles.

## RESULTADOS

De las 282 fichas clínicas revisadas, 278 (98.58%) tenía algún dato de los exigidos.



De 278 pacientes 136 (48.9%) corresponde a hombres, 122 (43.8%) a mujeres, en 20 casos (7.2%) no se encontró el registro de este dato, (gráfico N°1).



Gráfico N° 1

En 238 (84.4%) de las 282 fichas revisadas se registró edad del paciente, la distribución según quinquenios se describe en tabla N° 1 y gráfico N°2.



Gráfico N° 2

Tabla N° 1.  
Distribución de los pacientes según grupos de edad y sexo.

Edad (años)	Mujeres		Hombres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
0 a 4	2	0.77	8	3.10	10	3.87
5 a 9	33	12.79	35	13.56	68	26.35
10 a 14	39	15.11	60	23.25	99	38.37
15 a 19	42	16.27	19	7.36	61	23.64
No consignado	6	2.32	14	5.42	20	7.75
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>47.28</b>	<b>136</b>	<b>52.71</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

Se correlacionó edad y sexo en 241 casos (85,46%), en el grupo de las mujeres (116 casos) la media en edad fue 12,26 años (entre 3 y 20 años) con una desviación estándar de 3,72 años; en el grupo de los hombres (125 casos) la media en edad fue 10,82 años (entre 3 y 18 años) con desviación estándar de 3,52 años.

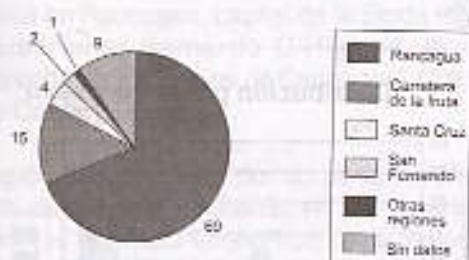
Del total de fichas clínicas revisadas (282) sólo 247 (87,58%) tenía registrado lugar de origen, la distribución según micro-área regional se muestra en Tablas N°3 y Gráfico N° 3.

Tabla N° 3

Microárea	%
Rancagua	69,17
Carretera de la Fruta	14,96
Santa Cruz	3,62
San Fernando	1,62
Otras regiones	0,8
<b>Total</b>	<b>100</b>



### Distribución geográfica en porcentaje



**Gráfico N° 3:** Distribución Geográfica en porcentaje.

Respecto a la distribución por comuna, ésta se observa en la tabla N° 4.

El mayor número de pacientes proviene de las comunas de Rancagua (51,8%), le siguen Machali con 7,29% y Rengo con 5,67%. Al analizar la distribución geográfica, aproximadamente el 75% de los pacientes proviene de zonas urbanas (Rancagua y San Fernando).

La distribución de los pacientes según tipo de trastorno y grupos de edad se describe en la tabla N° 5, para los diagnósticos principales.

De todos los casos sólo 6 de ellos (2,12%) no presenta patología psiquiátrica en eje I o II.

Los trastornos con mayor número de casos en eje I (trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica) corresponden a T. adaptativos, 31 casos (10,99%), T. Depresivos, 31 casos (10,99%), T. de Conducta no especificados, 25 casos (8,86%), T. de Aprendizaje con 25 casos (8,86%), T. Distímico, 24 casos (8,51%), T. por Déficit de atención, 18 casos (6,38%).

El mayor número de casos con diagnóstico principal en eje I se encuentra en el quinquenio de 10 a 14 años (39,6%) le siguen el quinquenio de 5 a 9 años con 29,7% y el de 15 a 19 años con 27,1%. de los niños menores de 5 años que consultan sólo un 3,4% registra patología psiquiátrica en eje I o II.

**Tabla N° 4**

Comuna	%
Rancagua	51,8
Machali	7,29
Rengo	5,67
Peumo	3,64
Graneros	3,23
Pichidegua	3,23
Oliver	2,42
Codegua	2,02
Doñihue	2,02
Mostazal	2,02
San Fernando	1,61
Santa Cruz	1,61
Coltauco	1,21
Quinta de Tilcoco	1,21
Requinoa	1,21
Las Cabras	0,81
Palmilla	0,81
Chepica	0,4
Lolol	0,4
Malloa	0,4
Marchigüo	0,4
Peralillo	0,4
Pichilemu	0,4
Otras	5,79
<b>Total</b>	<b>100</b>

Respecto a problemas objetos de atención clínica que han motivado la consulta, destacan abuso sexual, 17 casos (6,02%) e intento de suicidio 14 casos (4,96%) (Tabla N° 6).

En eje II, 12 pacientes (4,25%) presentan algún grado de retardo mental, sólo en un caso es el diagnóstico principal que motiva la consulta, en 16 pacientes (5,67%) se consigna trastorno del desarrollo de la personalidad, sin especificar el tipo, en todos estos casos este diagnóstico es complementario al diagnóstico principal y no es el motivo de consulta.

En 53 casos (18,8%) se consigna más de un diagnóstico en eje I o eje II, en comorbilidad con el diagnóstico principal

En 25 pacientes (4,98 %) se consigna alguna enfermedad física relevante relacionada con el



trastorno mental que motiva la consulta (eje III en DSM IV), destaca en este grupo: Obesidad, 2,12%; Epilepsia 2,12%; Cefalea 1,77% y Diabetes 1,06%.

Tabla Nº 5

Categoría de Trastornos	Grupos de Edad	EJE I				Total	% de pacientes
		0 a 5 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años		
<b>T Adaptativos</b>	Sin especificar el tipo	0	13	11	7	31	10.99
<b>T del Afecto</b>	<b>T Depresivos</b>	0	4	9	18	31	10.99
	<b>T Distímicos</b>	0	4	11	9	24	8.51
	T Bipolar	0	1	1	1	3	1.06
<b>T de Ansiedad</b>	Sin especificar	2	4	3	2	11	3.9
	Estrés post traumático	0	3	5	0	8	2.83
	Fobia escolar	0	0	0	1	1	0.35
<b>T de Conducta</b>	<b>Sin especificar</b>	1	8	14	2	25	8.86
	T Disocial	0	2	2	0	4	1.41
<b>T de la conducta alimentaria</b>	Sin especificar	0	2	3	2	7	2.48
	Anorexia nervosa	0	0	1	1	2	0.7
	Bulimia nervosa	0	0	1	3	4	1.41
<b>T del control de impulsos</b>	Tricotilomanía	0	0	1	0	1	0.35
<b>T de la infancia no especificados</b>	Ansiedad de separación	0	5	0	0	5	1.77
	Mutismo selectivo	0	1	2	1	4	1.41
<b>T por déficit de atención</b>	<b>T por déficit de atención</b>	0	8	10	0	18	6.38
<b>T de la eliminación</b>	Encopresis	0	1	5	1	7	2.48
	Enuresis	1	5	3	0	9	3.19
<b>T Generalizados del desarrollo</b>	Sin especificar	1	1	3	0	5	1.77
	Asperguer	0	1	1	0	2	0.7
	Autismo	0	1	0	0	1	0.35
<b>T del Lenguaje</b>	Sin especificar	3	4	0	0	7	2.48
<b>T Psicóticos</b>	Esquizofrenia	0	1	1	3	5	1.77
	Sin especificar	0	0	0	1	1	0.35
<b>T Relacionados con sustancias</b>	Abuso de sustancias	0	0	0	3	3	1.06
<b>T Somatoformes</b>		0	0	3	8	11	3.9
<b>T del sueño</b>		0	0	2	0	2	1.06
		8	69	92	63		





Gráfico 4.

Tabla N° 6  
OTROS PROBLEMAS DE INTERES CLINICO

TIPO	0-5 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	%
Abuso sexual	2	7	6	2	6.02
Intento de suicidio	0	0	4	10	4.96

Para el eje IV (problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del trastorno mental) destaca los problemas relativos al grupo primario de apoyo, consignado como disfunción familiar con 86 casos (30,49%), maltrato 30 casos (10,63%), psicopatología de los padres (incluido alcoholismo) 12 casos (4,25%), en total un 45,39% presenta problemas familiares de algún tipo. En 15 casos (5,31%) se consigna otro tipo de problemas psicosociales y ambientales, como deserción escolar, cambio de domicilio, pobreza, etc. (tabla N° 7).

Tabla N° 7  
EJE IV

Tipo	%
Disfunción familiar	30.5
Maltrato	11.7
Psicopatología de los padres	4.2
Otros	5.3



Respecto al tipo de intervención el 14 % de los pacientes ha recibido psicofarmacoterapia, el 39.6% psicoterapia, mientras que un 30% combinación de psicofármacos y psicoterapia, el 16.4% restante recibió tratamiento por terapeuta ocupacional o psicopedagoga asociado o no a fármacos y psicoterapia.

Al momento de la revisión el 50% de los pacientes se encontraba en tratamiento, 5.8% había sido derivado a atención primaria, un 17% estaba de alta y un 29.6% estaba inasistente de sus controles.

## DISCUSION

Los resultados descritos dan cuenta de las características biodemográficas y de la distribución por patología psiquiátrica de los pacientes menores de 19 años que consultaron a la unidad de Psiquiatría y salud mental del HRR durante el año 1999.

De acuerdo a los datos la mayor parte de los consultantes corresponde al sexo masculino con 48.9%, mientras que las mujeres alcanzan un 43.8%, estos resultados son concordantes con la literatura extranjera en que se describe tasas de prevalencias de trastornos psiquiátricos (globales) ligeramente superiores en varones (3) mientras que al considerar trastornos específicos los rangos van variando de acuerdo a la frecuencia de dichos trastornos (trastornos externalizados vs internalizados).

La distribución por edad y sexo da cuenta de datos variables según quinquenio, el grupo de los hombres es más numeroso en los preescolares (0 a 4 años) y prepúberes (10 a 14 años), mientras que el grupo de las mujeres es más numeroso en los adolescentes (15 a 19 años), en la edad escolar la distribución según sexo es prácticamente similar. Respecto a la literatura nacional (4, 5, 6, 7, 8, 9) los resultados son concordantes para el grupo de preescolares, pre-adolescentes y adolescentes, con mayor número para varones en los dos primeros y para mujeres en el segundo, respecto a los niños en edad escolar en nuestro estudio no se observaron diferencias, lo cual presumimos podría explicarse por el bajo porcentaje de derivación por T por

Déficit de atención a nuestra unidad; tanto en la literatura nacional como extranjera (6, 8, 9, 11, 14), este trastorno es más frecuente en varones y en nuestro país sería el motivo de consulta más frecuente en salud mental (2,8,9), lo cual no ocurre en nuestra estudio ya que como se mencionó previamente estos pacientes son atendidos por neurólogos infantiles y se derivan sólo los casos más graves o con comorbilidad. Lamentablemente no contamos con datos estadísticos respecto a la cantidad de niños atendidos por este trastorno y el porcentaje derivado, para confirmar esta presunción.

Respecto al lugar de origen, el 75% de nuestros pacientes proviene de zonas urbanas (ciudad de Rancagua y San Fernando), si bien este dato es concordante con la literatura que describe mayor prevalencia de psicopatología en las urbes (3, 12), este dato estaría sesgado por varias causas, entre las que destacan el difícil acceso de la población a los centros especializados, los pacientes deben desplazarse largos trayectos desde las zonas rurales lo cual significa para ellos gastos económicos y tiempos de desplazamiento que a veces superan las 6 horas, por otra parte nuestro equipo ha detectado la falta de conocimiento básico respecto a salud mental infanto juvenil tanto en la población general como en los los profesionales de atención primaria lo cual significa muchas veces la falta de sospecha de trastorno psiquiátrico o de salud mental de la población infantojuvenil y por lo tanto falta de consulta y derivación a los centros especializados.

A fin de contar con datos comparables y facilitar el análisis de los datos se empleó nomenclatura según DSM IV, sin duda que el formular diagnósticos bajo criterios preestablecidos y estándar rigidiza el enfoque para el diagnóstico de cada paciente, sin embargo tanto la descripción como el análisis se facilita y da la posibilidad de contar con criterios uniformes que permitan comparar muestras.

En la tabla Nº 5 se describe los hallazgos en estructura de morbilidad. Es importante tomar en cuenta lo descrito respecto a los lugares de atención para los trastornos por déficit de atención y a las consultas por maltrato y