



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

**“Prevalencia de psicopatología en adolescentes receptores/as y en testigos
de violencia familiar que acudieron al Instituto Nacional de Psiquiatría
del 1º de noviembre al 30 de diciembre de 2009”**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:

DRA. LAURA BARRIENTOS NICOLÁS

Tutoras:



Dra. María de Lourdes García Fonseca
Asesora Teórica

Dra. Blanca Estela Vargas Terrez
Tutora Metodológica

MÉXICO, D. F. AGOSTO, 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	10
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVOS	15
OBJETIVO GENERAL	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
HIPÓTESIS	16
MATERIAL Y MÉTODOS	16
TIPO DE ESTUDIO	17
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	17
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	17
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	18
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	25
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	25
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	47
REFERENCIAS	49
ANEXOS	53
I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	53
II.... OTROS ANEXOS (ESCALAS DE EVALUACIÓN)	57

AGRADECIMIENTOS

Con el presente escrito quiero agradecer a todos los que contribuyeron con la realización este trabajo de tesis, en primer lugar quiero agradecer a la Dra. Lourdes García Fonseca, por su gran colaboración, conocimientos, experiencia y apoyo sin los cuáles seguramente no se habría podido concluir este trabajo de investigación. Agradezco también la Dra. Blanca Estela Vargas Terrez por supervisión constante y todas sus sugerencias; así como por su gran ayuda en la parte de metodológica y de resultados. Agradecer y resaltar también el arduo trabajo por parte de mi amiga la Dra. Martha Cruz Sánchez quién contribuyó ampliamente en el análisis de los resultados.

Agradezco de manera especial a la Dra. Luciana Ramos Lira, al Dr. Miguel Ángel Caballero por su trabajo y disposición para la realización de este proyecto. Al Dr. Alfredo Whaley por su confianza y apoyo. A la Clínica de Género y Sexualidad y a todos los que contribuyeron el proceso de captura de pacientes.

Este trabajo va dedicado a mi madre, quién día a día con su amor inagotable me motiva a ser una mejor persona y profesionalista.

A mi padre, a mis hermanos Teresa y Enrique, a mis sobrinos María Fernanda, Mayté y Jesús quienes siempre acompañan mis pensamientos.

A mi tía Rebe por su apoyo incondicional en la realización de este trabajo, le agradezco especialmente la lección de vida que me da, por la fuerza y serenidad que ha demostrado tener a pesar de las dificultades que se presentan en el camino.

Por último con todo mi cariño a mi familia y amigos por estar a mi lado.

RESUMEN

Se entiende por Violencia familiar, al acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder -en función del sexo, la edad o la condición física-, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono. En la violencia familiar llega a suceder que el maltrato del cónyuge hacia su pareja se extienda a los hijos/as; además en muchos casos los perpetradores pueden ser ambos padres; también es común que los/as hijos/as sean testigos de la violencia entre sus padres. El ser testigo de violencia familiar es una experiencia que puede tener secuelas en la salud mental y en el bienestar integral.

Objetivos: Determinar la prevalencia de psicopatología afectiva, ansiosa y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes receptores/as y en testigos de violencia familiar. Así como: Determinar el tipo de violencia y su frecuencia en adolescentes con antecedente de violencia familiar, la asociación del tipo de violencia ejercida por la madre, el padre o ambos con la severidad de psicopatología y determinar la asociación entre el tipo de violencia familiar y la severidad de psicopatología (síntomatología afectiva, ansiosa y consumo de sustancias psicoactivas) en adolescentes de 13 a 17 años de edad en el Instituto Nacional de Psiquiatría

Metodología: Diseño del estudio: Según la clasificación de Feinstein se trata de un estudio transversal, descriptivo, analítico y homodémico.

El total de integrantes de la muestra fue de 338 adolescentes con antecedente de violencia familiar. Las escalas clinimétricas, todas autoaplicables, que se utilizaron en el estudio son los siguientes: SCL 90 (*Symptom Check List*), *Inventario de Beck*, *Autorreporte de Ansiedad para adolescentes*, *Cuestionario Prueba de detección del abuso de Drogas (DAST-20)*, *Cuestionario Autoaplicable*, la *“Escala de Tácticas de Conflicto de Padres-Hijos”* y el *Cuestionario autoaplicable la “Escala de Tácticas utilizadas por el padre hacia la madre” de Straus*.

Resultados: El total de participantes en el estudio fueron 181 hombres y 157 mujeres.

Se encontraron los siguientes tipos de violencia (tácticas del padre hacia la madre) a las que fueron testigos los adolescentes: en el 100% de los casos el padre había usado tanto violencia

psicológica como violencia física moderada y en el 49.7% de los casos el padre había usado violencia física severa para la solución de conflictos.

Se encontró que del total de los adolescentes hombres entrevistados el 76.80% no tienen síntomas depresivos, el 5.52% tienen síntomas depresivos leves y el 17.68% síntomas depresivos severos. De las adolescentes mujeres entrevistadas el 64.74% no tienen sintomatología depresiva, el 13.46% tienen síntomas depresivos leves y el 21.79% síntomas depresivos severos. En cuanto a ansiedad, se detectó que el 1.66% de los hombres la presentaban sintomatología ansiosa así como el 5.77% de las mujeres. En cuanto al abuso de drogas por los adolescentes participantes, se encontró que el 8.29% de los hombres sí abusaba de alguna droga así como el 6.37% de las mujeres.

En el análisis complementario donde se analizó la frecuencia o intensidad de la violencia padecida y la presencia o no de los trastornos psicoafectivos, se encontró que existe una relación entre la intensidad o frecuencia de violencia padecida por los adolescentes y el presentar síntomas depresivos, ansiosos, consumo de drogas y la intensidad de los síntomas

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes

La violencia es un fenómeno social poco reconocido como problema de salud pública en nuestro país. Respecto a la salud mental, el panorama es aún más complicado, pues prácticamente no se han considerado indicadores que muestren la asociación violencia-salud mental.

El término de violencia es complejo y no hay definiciones acabadas. Según la Dra. Ramos (2006), la violencia es una expresión esencialmente humana que posee un carácter histórico, por lo que es universal y a la vez específica en las diferentes formas de organización social.

Minayo en 1994, agrega que puede considerarse como *“una relación desigual de fuerza y poder por medio del cual se busca el aniquilamiento, el dominio o la muerte de las personas, de su psiquismo, de grupos, instituciones o naciones”*.

Algunas definiciones más enfocadas a la salud, como la del Centro Nacional para la Prevención y Control de las Lesiones, en los Estados Unidos, restringen un poco más el área: violencia sería *“la amenaza o uso de fuerza física contra uno mismo, o contra un individuo o grupo, que puede resultar o que resulta en lesiones o muerte”*. Sin embargo no toda la violencia lleva necesariamente a las lesiones físicas o a la muerte, sino que abarca otro tipo de daños integrales a la salud y al bienestar físico y emocional.

Según Caballero (2005), cuando hablamos de la violencia familiar nos referimos a: *“todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia”*. Esta definición es sencilla e incluyente, ya que permite considerar diversas formas en que se manifiesta la violencia, así como distinguir a todos y cada uno de los integrantes de la estructura familiar, ya sean víctimas o perpetradores.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1- 1999 en el apartado 4.17 Se entiende por Violencia familiar, al acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro

de la familia, en relación de poder -en función del sexo, la edad o la condición física-, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono.

La violencia familiar comprende:

- Abandono, al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.
- Maltrato físico, al acto de agresión que causa daño físico.
- Maltrato psicológico, la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.
- Maltrato sexual, a la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.

La violencia familiar no se limita al espacio doméstico, el *domus* —la casa— por eso no usamos el término *violencia doméstica*, el cual se ha traducido literalmente del inglés “*domestic violence*” que no tiene el mismo valor en español. La violencia familiar se trata más bien de una dinámica, de una forma particular de relaciones entre cualquiera de los integrantes de la familia, esta disposición se mantiene fuera del ámbito doméstico, sea la calle, un parque, un restaurante, etc. Por lo tanto, no se puede afirmar categóricamente que es en la casa en donde se gesta y comete —casi con exclusividad— esta violencia, argumentarlo así, podría conducir a confusiones y circunscribir un problema que tiene nexos más amplios, dado que la violencia se inscribe en las relaciones, en la forma de ser y de actuar, en el pensamiento, en el cuerpo mismo, a partir de un orden social y cultural que así lo permite. Precisamente, la inscripción en el orden de lo psicológico se hace evidente en el terror que vive la víctima aunque el perpetrador no esté presente. Queda claro que la violencia puede ejercerse en cualquier lugar y momento, la dinámica no desaparece, aunque las formas y estrategias de los perpetradores puedan variar dependiendo el lugar, no así la base de dominación y sometimiento. Tampoco utilizamos el término “*intrafamiliar*”, ya que el prefijo “*intra*” —*dentro de, en el interior*—, implica una direccionalidad y resulta redundante, al decir familiar se entiende que es algo que sucede en la estructura familiar y no en otro lado, además ¿cuál sería el “*dentro*” o “*interior*” de la

familia? Por último, sería un error igualar familiar y consanguíneo (y así justificar el uso de —doméstico”) dado que la familia como estructura se constituye por mucho más que lazos biológicos, por ejemplo, —familiares políticos”, —amigos de la familia”, —compadres”, entre otros.

En lo que se refiere a las formas de violencia, aunque vamos a utilizar los términos de violencia física moderada y severa, así como violencia psicológica, queremos dejar en claro que no estamos haciendo una división terminante entre tipos de violencia, de tal manera que se perciban como algo seccionado o independientes; por el contrario, nuestra división sólo obedece a fines de ordenamiento y análisis, ya que la violencia como hecho no es un fenómeno escindible, si bien pueden variar sus formas a la vez se juegan diversas implicaciones. Una vez aclarado lo anterior, haremos un uso sencillo de las definiciones, de esta manera consideramos violencia física: *Toda agresión física, la cual incluye un espectro amplio de conductas que pueden ir de “leves” a “severas”; cabe subrayar que no se trata de una acción accidental sino intencional.* En la violencia psicológica existe también agresión, obviamente no involucra el componente físico, sino que repercute en las posibilidades de los espacios de la subjetividad y lo interpersonal, *incluye al lenguaje verbal y la comunicación no verbal como actitudes, acciones y omisiones, que tienen por finalidad herir o causar daño.* En este trabajo no hemos incluido la violencia sexual.

En la violencia familiar llega a suceder que el maltrato del cónyuge hacia su pareja se extienda a los hijos/as; además en muchos casos los perpetradores pueden ser ambos padres; también es común que los/as hijos/as sean testigos de la violencia entre sus padres.

El ser testigo de violencia familiar es una experiencia que puede tener secuelas en la salud mental y en el bienestar integral. En su revisión, Jasinski y Williams (1998) reportan que si bien los hijos que han observado o escuchado violencia entre los padres no tienen un patrón particular de respuesta, parecen manifestar daños a nivel conductual (como agresión y conducta antisocial); emocional (como ansiedad y depresión), físico (problemas para dormir, trastornos alimenticios, síntomas psicósomáticos, etc.) y cognitivo (como bajo desempeño académico). En el caso de los varones, existe evidencia que el ser testigo de violencia es un factor de riesgo para ejercer violencia contra las mujeres en la edad adulta.

Si se considera que entre 20 y 60% de las mujeres en el continente Americano viven situaciones violentas en su hogar según estudios de Heise, Pitanguy y Germain (1994), y que alrededor de una de cada 3 mujeres mexicanas ha experimentado alguna violencia por parte de la pareja, se hace evidente la magnitud del problema. Sin embargo, no contamos con reportes directos de la prevalencia en que los hijos son testigos de este abuso en nuestro país.

En un sentido general, se han reportado como reacciones en las víctimas de esta violencia la depresión o sintomatología depresiva, los trastornos de ansiedad, la somatización, el trastorno por estrés postraumático, así como abuso de sustancias y conducta suicida, entre otros.

La Encuesta Nacional de Patología Mental en México, representativa de la población mexicana urbana de 18 a 65 años, evaluó 28 diferentes sucesos violentos con la versión computarizada del WHO-CIDI (versión certificada 15) entre 2001 y 2002 para poder determinar diferentes diagnósticos según los criterios del DSM-IV y del CIE-10, entre ellos, el Trastorno por Estrés Postraumático (Medina-Mora, Borges, Lara, et al., 2005). Los resultados del estudio mostraron que el 68% de la población adulta que vive en el México urbano ha estado expuesta al menos a un suceso estresante alguna vez en su vida. Una de cada cinco personas había sido testigo de violencia doméstica en su infancia (20.3%); una proporción similar había sufrido violencia física por parte de padres o cuidadores/as en la infancia (18.3%). Un 5.4% reporta haber experimentado abuso sexual y 3.9% violación. Las mujeres presentaron prevalencias estadísticamente más elevadas de abuso sexual y violación.

Los nuevos casos dejan de aparecer a una edad más temprana, siendo poco probable que ocurran después de los 17 años. Niñas, niños y adolescentes también están más expuestos/as a la violación; este evento tiene aparición con mayor frecuencia en las primeras dos décadas de la vida con pocos nuevos casos después de los 20 años. Adicionalmente, un estudio realizado en estudiantes de secundarias ubicadas en la zona centro del Distrito Federal, encontró que más de la mitad de hombres y mujeres, reportaron alguna conducta de violencia psicológica y física moderada por parte de ambos padres. La violencia física severa fue reportada en uno de cada cinco casos. Tanto padres como madres maltrataron en forma similar a los/las encuestados/as. Sin embargo, las madres ejercían más violencia psicológica hacia las

hijas, y los padres más violencia física severa hacia los hijos. A partir de lo reportado por los hombres y las mujeres adolescentes de este estudio puede decirse que la violencia es común en sus familias: la violencia psicológica y la violencia física moderada ejercida por ambos padres, se presentó en 5 a 6 casos de cada diez (Caballero, 2005; Caballero et al., 2002). Perea Martínez y Loredó Abdalá (2005) mencionan que uno de cada diez niños/a es víctima de algún tipo de violencia, pero sólo se registra el 10 por ciento de los casos. La violencia física en su expresión máxima es ejercida por varones; generalmente por el padrastro, así como por el tutor o por la pareja de la madre. El padrastro o el tío se sienten con derecho de agredir a la familia y en particular a los/as niños/as por el simple hecho de ser la figura paterna alterna y quien los sostiene económicamente.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF, 2005), registró de 1995 al 2000, un promedio de 25,000 casos de maltrato a menores cada año.

Recientemente el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, presentó datos actualizados y sistematizados sobre la violencia y el maltrato a menores en México, con la información disponible proveniente de las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia, de los DIF estatales y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2005), en el cual se puede obtener un diagnóstico aproximado sobre el problema. Hay que considerar que por supuesto estas cifras excluyen los casos no denunciados y que pueden existir deficiencias en las instituciones estatales para detectar y registrar el maltrato infantil, pero los datos son de gran utilidad e indican que:

a) Casi el 40 por ciento de los/as menores maltratados/as tienen entre 6 y 12 años de edad y cursan estudios de educación básica, con menor frecuencia se encuentran los grupos en edad preescolar y los/as lactantes.

b) Entre 1999 y 2003 la tendencia de la agresión a menores de acuerdo a su escolaridad registró una leve disminución entre los/as lactantes, niños/as de preescolar, de primaria y los/as menores —si escolaridad—. En cambio, aumentó entre los/as adolescentes de preparatoria. Pese a este ligero descenso, es preocupante que los/as más agredidos/as sean menores de 12 años y que este patrón se mantenga sin cambios.

- c) El porcentaje de los/as menores agredidos varía de acuerdo al grupo de edad al que pertenece, tenemos que el 18.7 por ciento de los menores atendidos en centros de atención primaria son de 0-3 años, el 12.1% de 3-5 años y con 40.1% son menores de 6-12 años de edad, siendo este grupo de edad el que recibe mayores maltratos.
- d) El tipo de maltrato más frecuente es el físico, representa en promedio el 30% de los casos en el periodo revisado. Le siguen, por orden de frecuencia, la omisión de cuidados y la agresión emocional. Es importante señalar que el menor suele padecer más de un tipo de maltrato. Los otros tipos de maltrato presentan menores frecuencias, pero no por ello deben subestimarse pues la explotación laboral, la negligencia y el abuso sexual constituyen situaciones de grave sufrimiento para quienes los padecen, y la sociedad no puede permanecer indiferente ante estas situaciones.
- e) En la mayoría de los casos los principales agresores son quienes deberían de velar por su protección. En cerca del 50 por ciento de los casos, las madres son las agresoras de los hijos/as y, en un 25 por ciento, los padres.
- f) Si se considera a ambos padres, durante 1999, en el 65 por ciento de los eventos de maltrato estuvo alguno de los progenitores, porcentaje que se elevó a 71 por ciento en el 2003. De manera que el problema ha aumentado, pese a la nueva legislación en la materia.
- g) En general, se observa que los/as principales agresores/as de los menores se encuentran en el entorno cercano a los mismos, sea familiar, escolar o vecinal.

ANTECEDENTES

Desde hace siglos, el maltrato de los menores ha sido consignado en la literatura, el arte y la ciencia en muchas partes del mundo. Los informes sobre infanticidios, mutilaciones, desamparo y otras formas de violencia contra los niños se remontan a las civilizaciones más antiguas. En los registros históricos también abundan los casos de niños descuidados/as, débiles y malnutridos/as, echados/as del hogar por su familia para que se valieran por sí mismos/as, y de niños que han sufrido abuso sexual. Asimismo, durante mucho tiempo han existido grupos de beneficencia y de otra índole preocupados por el bienestar de los niños, que han abogado por la protección de estos. No obstante, el problema no recibió gran atención por parte de los profesionales de la medicina o el público general hasta 1962, con la publicación de un trabajo de gran trascendencia, *The battered child syndrome* [El síndrome del niño golpeado], de Kempe et al.

En el Tercer informe Periódico de México al Comité de los Derechos del niño relativo a la aplicación de la convención sobre los derechos del niños y niñas se menciona lo siguiente:

1. El de 20 de noviembre de 1989, en su resolución 44/25, la Asamblea General aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño (la Convención). La Convención quedó abierta a firma en Nueva York el 26 de enero de 1990 y entró en vigor el 2 de septiembre de ese mismo año, es decir, a los 30 días de la fecha en que se había depositado ante el Secretario General el vigésimo instrumento de ratificación o de adhesión. Al 22 de junio de 2004, 194 Estados la habían ratificado o se habían adherido a ella.
2. Como resultado de la Cumbre Mundial celebrada en Nueva York en septiembre de 1990 en favor de la Infancia y de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Jefes de Estado y de Gobierno de un gran número de países asumieron un compromiso común para brindar un futuro mejor a las niñas, los niños y adolescentes. Es un compromiso vivo y dinámico que resultó ser un movimiento social en el ámbito internacional para construir instituciones e instrumentar políticas en favor de la infancia.

3. En este marco, México fue uno de los países que promovió la Primera Cumbre Mundial a favor de la Infancia, celebrada en Nueva York, en septiembre de 1990. En ella se logró que los líderes del mundo se comprometieran con una serie de metas en beneficio de la niñez para el año 2000, así como a adoptar un Plan de Acción para cumplirlas.

4. México asumió decididamente su compromiso con la infancia y como lo establece el *Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas*, (el Diagnóstico) ha logrado avances importantes en el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas en las últimas décadas. Actualmente mueren menos niños y niñas que antes, van más a la escuela y hay menos desnutrición infantil. Hoy, en nuestro país existen más oportunidades para la infancia. Los resultados de la última década se reflejaron en mejores condiciones de salud, educación y protección.

5. Se han consolidado importantes avances, principalmente en el ámbito jurídico, para garantizar a niñas, niños y adolescentes sus derechos, entre los que se encuentra la reforma al artículo 4º Constitucional que ahora incluye derechos específicos en favor de la infancia. Asimismo, en el año 2000, se aprobó con el respaldo de todas las fuerzas políticas del país la Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. En diciembre del 2003 se reformó el Código Penal Federal, el Código Federal de Procedimientos Penales, la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada y la Ley que establece las Normas Mínimas de Readaptación Social de Sentenciados, todo ello, con el fin de proteger los derechos de los niños.

6. Sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer para cumplir plenamente con el objetivo de hacer valer todos los derechos de niñas, niños y adolescentes y garantizar el máximo desarrollo de su potencial humano y social. Por ejemplo, según el *Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas*, 24.7 millones de niños y niñas, de entre 0 y 17 años viven en pobreza y existe una elevada cantidad de niños y niñas que viven con dificultades para satisfacer sus necesidades básicas.

7. En esencia, la meta global consiste en crear las condiciones para que todas las niñas y niños de México inicien una vida en un contexto de igualdad de circunstancias que sean propicias para su desarrollo integral.

Se han invertido importantes recursos y se realizan actividades de políticas públicas cuyo objeto es impulsar la construcción de una cultura en favor de los niños; sin embargo, aún queda mucho por hacer. Como lo establece el Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México, la niñez mexicana difiere del resto de los grupos en situación de discriminación porque se trata de casi la mitad de la población total del país y, además, su condición corresponde a una etapa de la vida, no es permanente, por lo que se requiere construir una cultura que exija que los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes dejen de ser privilegios y se busquen medidas legislativas y de políticas públicas encaminadas hacia este fin.

El Gobierno de México reconoce el gran reto que lo anterior representa y reafirma su compromiso tanto con la niñez mexicana, como con el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas de dar pleno cumplimiento a la Convención sobre los Derechos del Niño a fin de que en el país, se garanticen y respeten los derechos humanos de la niñez.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia es un fenómeno social poco reconocido como problema de salud pública en nuestro país, sin embargo se ha observado en estudios a nivel internacional que el ser receptor y/o testigo de violencia familiar es una experiencia que puede tener secuelas en la salud mental y en el bienestar integral de los individuos que lo presentan, tales como sintomatología depresiva, ansiosa, alteraciones en la conducta, consumo de sustancias, etcétera, lo que además puede tener repercusiones en el entorno social como actos delictivos por ejemplo. Por tales motivos nos planteamos las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de psicopatología (afectiva, ansiosa y uso de sustancias psicoactivas) en los y las adolescentes con antecedente de violencia familiar?

¿Existe asociación entre la prevalencia de violencia familiar y la prevalencia de psicopatología (afectiva, ansiosa y uso de sustancias psicoactivas) en adolescentes de 13 a 17 años de edad en el Instituto Nacional de Psiquiatría que acudieron del 1° de noviembre al 30 de diciembre de 2010?

JUSTIFICACIÓN

Es reconocido que el ser receptor/a y/o testigo de violencia familiar es una experiencia que puede tener secuelas en la salud mental y en el bienestar. Actualmente existen algunas instituciones en México para brindar atención integral a las mujeres receptoras de violencia familiar, como son el Centro de Apoyo a la Violencia Familiar (CAVI), el Instituto de la Mujer, la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente. Sin embargo, la población que se pretende incluir en este estudio, es considerada alto de alto riesgo por el solo hecho de tener antecedente de violencia familiar y porque sus madres han requerido la atención en estas instituciones; además en muchas de las ocasiones no reciben una valoración y atención psicológica y/o psiquiátrica, a pesar de que se ha reconocido la relación entre el antecedente de violencia familiar y psicopatología en la edad adulta.

Los problemas psicológicos y psiquiátricos pueden tener consecuencias de alto riesgo. La depresión y la ansiedad, por ejemplo, pueden hacer que una persona sea más propensa a fumar, abusar de las bebidas alcohólicas o drogas ilícitas, o comer en exceso. Los comportamientos de alto riesgo, como consecuencia, pueden llevar a problemas de salud a largo plazo tales como a las enfermedades de transmisión sexual y la obesidad.

Asimismo, no hay que olvidar que no todos/as los niños y las niñas que sufren maltrato y/o abandono experimentarán consecuencias a corto, mediano o largo plazo. Los elementos que afectan los resultados se asocian con una combinación de factores tales como:

La edad del niño/a y el estado de desarrollo cuando el maltrato o abandono ocurre.

El tipo de maltrato (físico, abandono, abuso sexual, etc.).

La frecuencia, duración y severidad del maltrato.

La relación entre la víctima y su maltratador/a

En la actualidad los estudios con tecnologías tales como las imágenes cerebrales muestran que el maltrato infantil -sea abuso sexual, maltrato físico, emocional o la negligencia-, no solamente puede generar lesiones físicas agudas y secuelas psicológicas de diverso tipo, sino que puede afectar permanentemente el desarrollo, estructura y química cerebrales de los/as niños/as expuestos a la violencia (ver la extensa revisión sobre el tema realizada por Stien y Kendall, 2004), lo que a su vez altera sus respuestas ante situaciones subsecuentes de estrés (Cerezo, 2005; Teicher, 2002). Entre los efectos inmediatos de este maltrato destaca el ~~—síndrome~~ “síndrome del niño sacudido”, que incluye vómito, conmoción cerebral, dolor al respirar, convulsiones y la muerte. Las consecuencias a largo plazo pueden incluir ceguera, problemas de aprendizaje, retardo mental y parálisis cerebral. Asimismo el maltrato físico en algunos casos puede conducir a que importantes regiones del cerebro no logren desarrollarse adecuadamente, lo que puede tener como resultado deficiencias en el desarrollo físico, mental y emocional (Cerezo, 2005).

Efectos emocionales y del comportamiento

El maltrato infantil en sus diversas modalidades, incluyendo el ser testigo de violencia, se ha asociado con una serie de problemáticas que se han subdividido en ~~—internalizadas~~ “internalizadas”, las cuales hacen referencia a aspectos principalmente emocionales, incluyendo la depresión, la ansiedad y la baja autoestima; y en ~~—de~~ “externalizadas” que se refieren a comportamientos como la desobediencia, la hostilidad y la agresión (Carter et al., 2003). Más aún se ha considerado que una proporción importante de la delincuencia y violencia juveniles —masculina y femenina- de la

violencia en el entorno familiar como perpetrador/a y de los actos violentos en otros contextos, son manifestaciones de casos de la exposición traumática a sucesos violentos en la infancia, sea dentro o fuera de la familia (Ford, 2002; Garbarino, 2002; Wood et al., 2002).

En el siguiente trabajo se evaluó la prevalencia de sintomatología afectiva, ansiosa y consumo de sustancias en adolescentes con historia de violencia familiar, dicha información es considerada de gran importancia ya que en este país aún no hay estudios similares, además de que con los resultados obtenidos se pueden sentar las bases para realizar programas de detección de la violencia, así como para su prevención y tratamiento oportuno.

Uno de los beneficios para los participantes en este estudio fue que en los adolescentes que se detectó la presencia de sintomatología psiquiátrica fueron canalizados a centros especializados para su atención.

Objetivos

Objetivo General

1. Determinar la prevalencia de psicopatología afectiva, ansiosa y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes receptores/as y en testigos de violencia familiar.

Objetivos Específicos

1. Determinar el tipo de violencia y su frecuencia en adolescentes con antecedente de violencia familiar.
2. Determinar la asociación del tipo de violencia ejercida por la madre, el padre o ambos con la severidad de psicopatología.
3. Determinar la asociación entre el tipo de violencia familiar y la severidad de psicopatología (sintomatología afectiva, ansiosa y consumo de sustancias psicoactivas) en adolescentes de 13 a 17 años de edad en el Instituto Nacional de Psiquiatría

Hipótesis

El ser testigos de violencia familiar puede estar asociado a la presencia de psicopatología en adolescentes, y de acuerdo al tipo de violencia a la que están expuestos va a depender la severidad de los síntomas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Diseño del estudio.

Según la clasificación de Feinstein se trata de un estudio transversal, descriptivo, analítico y homodémico

Población en estudio y tamaño de la muestra

Se calculó el tamaño de la muestra con la siguiente fórmula para estudios transversales:

$$n = Z^2 pq / d^2$$

Donde: $Z = 1.96$ y $d = 0.07$

El total de integrantes de la muestra fue de 338 adolescentes con antecedente de violencia familiar, dicha muestra se obtendrá de: a) pacientes que acuden a solicitar atención en el servicio de Preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente, b) hijos/as de mujeres receptoras de violencia doméstica que reciben atención psiquiátrica en la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente del 1° de noviembre al 30 de diciembre de 2009

¹ Scheaffer, R.L., Mendenhall W. OTTL., 1987,. Elementos de muestreo. Gpo. Editorial Iberoamérica.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

1. Hombres y mujeres adolescentes de 13 a 17 años con antecedente de violencia familiar que voluntariamente decidieron participar en el estudio.
2. Que saben leer y escribir.
3. Conocieron y firmaron consentimiento informado.
4. Adolescentes cuyos padres y/o tutores aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.
5. Adolescentes sin antecedente de padecimientos médicos incapacitantes.
6. Adolescentes que contaron con disponibilidad para regresar a las evaluaciones clínicas, en caso necesario.

Criterios de exclusión

1. Adolescentes que no aceptaron participar en el estudio.
2. Adolescentes que no aceptaron firmar la carta de consentimiento informado.
3. Adolescentes con alguna condición médica incapacitante.

Criterios de eliminación

1. Pacientes que habiendo aceptado al principio y una vez iniciado el estudio quisieron dejar de participar.

Variables y escalas de medición

VARIABLES INDEPENDIENTES	MEDICION	TIPO
Antecedente de haber sido receptor/a de violencia familiar.	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTÓMICA
Edad en que fue receptor/a de violencia familiar.	CUANTITATIVA	CONTINUA
Tipo de violencia.	CUALITATIVA	NOMINAL
Duración de la etapa de violencia.	CUANTITATIVA	CONTINUA
Parentesco del/la emisor/a de violencia con el/la paciente.	CUALITATIVA	NOMINAL
Abuso de sustancias	CUALITATIVA	NOMINAL
Género	CUALITATIVA	NOMINAL
Ocupación	CUALITATIVA	NOMINAL
Estado civil	CUALITATIVA	NOMINAL
Edad actual	CUANTITATIVA	CONTINUA
Escolaridad	CUANTITATIVA	DISCONTINUA
Nivel socioeconómico	CUALITATIVA	ORDINAL
VARIABLES DEPENDIENTES	MEDICIÓN	
Escala de Tácticas de Conflicto Padres-Hijos	CUANTITATIVA	CONTINUA
Escalas de Tácticas de conflicto utilizadas por el padre hacia la madre	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTÓMICA
Escala de Depresión de Beck	CUALITATIVA	ORDINAL CATEGÓRICA
Autorreporte de Ansiedad para Adolescentes	CUANTITATIVA	ORDINAL CATEGÓRICA
Prueba de detección del abuso de drogas DAST-20	CUALITATIVA	ORDINAL CATEGÓRICA
SCL-90 (Severidad de los síntomas)	CUANTITATIVA	ORDINAL

Instrumentos de recolección de datos:

- Hoja de recolección de datos sociodemográficos
- Escalas clinimétricas:
 - *SCL-90 (Symptom Check List)*
 - *Depresión de Beck;*
 - *Autoreporte de Ansiedad para Adolescentes*
 - *Prueba de detección del abuso de Drogas (DAST-20)*
- Cuestionario autoaplicable, la “*Escala de Tácticas de Conflicto Padres-Hijos*”
- Cuestionario autoaplicable, la “*Escala de Tácticas utilizadas por el padre hacia la madre*”

A) ***Escala de Tácticas de Conflicto*** de Straus. Esta escala incluye las siguientes subescalas:

1. *Violencia psicológica*, la cual mide actos simbólicos y verbales cometidos por los padres hacia sus hijos/as con la intención de causar miedo o dolor a nivel psicológico, por ejemplo: —~~El~~El último año ¿tu mamá te dijo que te iba a correr de la casa o a echarte a patadas?”;
2. *Violencia física moderada*, estos reactivos están relacionados con formas de castigo corporal que tradicionalmente se han visto como —~~espuestas~~esperadas” por parte de los padres para corregir malas conductas persistentes, por ejemplo: —~~El~~El último año ¿tu padre te dio de nalgadas?”;
3. *Violencia física severa*, son marcadores de alta severidad en el maltrato tales como —~~El~~El último año ¿tu madre te quemó a propósito?”

Es una escala con validez en Estados Unidos de Norteamérica por Murray A. Straus que se ha aplicada en población general para diversos estudios sobre la violencia familiar; en México no está validada pero fue traducida por Villatoro Velásquez y col., y utilizada en la *Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados*, en el año 2006.

B) Para evaluar si los/as adolescentes habían sido testigos de violencia entre los padres, se utilizó la traducción de las ***Escalas de Tácticas de Conflictos*** (Conflict Tactics Scales) de Straus, Hamby, McCoy y Sugarman (1996). Éstas se basan en la teoría del conflicto, y pretenden evaluar qué tan frecuentemente los miembros de la pareja en una relación de noviazgo, cohabitación o matrimonio se involucran en ataques psicológicos y físicos, y también

el uso del razonamiento o negociación para enfrentar el conflicto. Por tanto, el instrumento mide la frecuencia en que se han utilizado tácticas específicas, incluyendo actos de violencia física.

La escala consiste de 19 reactivos que hacen referencia a las diferentes tácticas que puede utilizar cualquiera de los padres ante un conflicto, en este caso, las que ha utilizado el padre frente a la madre.

Aunque básicamente el instrumento detecta las tácticas utilizadas en el último año, también permite conocer si éstas se han utilizado alguna vez en la vida. Las opciones de respuesta varían de 1 = *una vez en el último año*, a 6 = *más de 20 veces en el último año*, así como 7 = *no lo hizo en el último año, pero sí antes*, y 0 = *nunca lo ha hecho*.

Los reactivos se agrupan en varias dimensiones: razonamiento, violencia psicológica y violencia física, según lo propuesto por Straus y cols. (1996) (ver anexo 2, en el que se presentan los reactivos numerados):

a) Razonamiento (reactivos 1,2,3). Mide las acciones que se han llevado a cabo para arreglar los desacuerdos a través de la negociación.

b) Violencia psicológica (reactivos 4 a 10, excluyendo el 7, llorar). Mide actos verbales y simbólicos que se utilizan para generar malestar o miedo.

c) Violencia física total (reactivos 11 a 19), que se subdivide en dos dimensiones:

c.1. Violencia física moderada (reactivos 11 a 13). Mide actos de agresión física de severidad moderada.

c.2. Violencia física severa (reactivos 14 a 19). Mide actos de agresión física que ponen en peligro la salud y la vida de la pareja.

C) **SCL-90 (Symptom Check List)**. Fue desarrollada por Derogatis para la evaluación multidimensional y permite la evaluación de varios factores.

La puntuación máxima para cada uno de los ítems es de 4, a excepción de los síntomas adicionales. Para calificar se suma el total de los reactivos y se divide entre el número de los mismos. Para calificar el total se suma el resultado obtenido en cada una de las dimensiones y se divide entre 90. Es un instrumento autoaplicable, útil para uso clínico y de investigación.

Lara y colaboradores (2005), realizaron un estudio en el que se encontró una elevada consistencia interna de las nuevas subescalas del instrumento. A excepción de la subescala de síntomas paranoides, los coeficientes Alpha (Cronbach) de todas las subescalas en los grupos fueron superiores a 0.8 en cuanto a la validez convergente de la lista como medida de presencia de síntomas depresivos se observó que de las nueve subescalas, la que obtuvo los mayores coeficientes de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton y en el Inventario de Depresión de Beck fue la subescala de depresión. En cuanto a la validez del constructo, las puntuaciones más elevadas correspondieron a las mujeres deprimidas que tenían la condición de enfermas, las puntuaciones más bajas correspondieron a las mujeres sanas. Las diferencias entre estos grupos fueron estadísticamente significativas en todas las subescalas y en los índices totales. En el análisis factorial, 87 reactivos tuvieron cargas factoriales superiores a 0.40 en un primer factor que explicó el 46.77% de la varianza total del cuestionario. La lista de 90 síntomas demostró tener las características psicométricas adecuadas para emplearla como instrumento de evaluación de perfil de psicopatología, de identificación de pacientes con depresión y medición de la intensidad de la misma.

D) **Escala de Inventario de Beck.**

Esta escala clinimétrica derivó de las observaciones clínicas acerca de las actitudes y síntomas que presentaban pacientes psiquiátricos deprimidos. Las observaciones fueron reducidas a 21 síntomas y actitudes que podían ser evaluados con una intensidad de 0 (ausencia del síntoma) a 3 (severidad máxima del síntoma). Las variables incluidas son:

1. ánimo

2. pesimismo

3. sensación de fracaso
4. insatisfacción
5. sentimientos de culpa
6. sensación de castigo
7. autoaceptación
8. autoacusación
9. ideación suicida
10. llanto
11. irritabilidad
12. aislamiento
13. indecisión
14. imagen corporal
15. rendimiento laboral
16. trastornos del sueño
17. fatigabilidad
18. apetito
19. pérdida de peso
20. preocupación somática

21. pérdida de la libido

Las primeras 14 variables son síntomas afectivo-cognoscitivos y los últimos 7 son síntomas somáticos y vegetativos que aunque se incluyen para hacer el diagnóstico de depresión, también pueden ser el resultado de una enfermedad física.

Para pensar en un posible diagnóstico de depresión, se requiere una puntuación mínima o punto de corte. Dependiendo de los autores, este varía de 11 a 21 puntos. Con un punto de corte de 13 (Nielsen y Williams, 1980) observaron una sensibilidad de 0.79 y una especificidad de 0.77. Con 17 como punto de corte, la sensibilidad disminuye a 0.66 y la sensibilidad aumenta a 0.84. Para pensar en sintomatología depresiva severa se deben tener 21 o más puntos.

Su coeficiente de confiabilidad interna en un estudio diseñado con este propósito fue de 0.86. La confiabilidad prueba contraprueba del Beck-Dep parece ser bastante alta (0.70). Torres-Castillo y cols. (1991) encontraron un coeficiente de correlación intraclass de 0.77.

La magnitud de las correlaciones entre evaluaciones clínicas de depresión y el Beck-Dep reportadas van de 0.60 a 0.90. Las relaciones del Beck-Dep con escalas de evaluación psiquiátricas y pruebas psicológicas han sido ampliamente estudiadas y han conducido a correlaciones que varían entre 0.050 y 0.80. El Beck-Dep ha discriminado entre pacientes psiquiátricos que muestran diferentes tipos de depresión y ha demostrado que puede diferenciar entre diferentes diagnósticos psiquiátricos como esquizofrenia y depresión psicótica. Sin embargo Beck-Dep correlaciona con mediciones de ansiedad. En un estudio de análisis factorial, Tanaka y Huba encontraron que el Beck-Dep presenta tres factores primarios correlacionados actitudes negativas, suicidio y dificultad en el desempeño— estos tres factores por su parte describen un segundo factor de orden general que representa depresión en general. En los diferentes estudios de análisis factorial reportados la dimensión principal es la evaluación cognitiva. Steerer y cols. Realizaron una revisión sobre los estudios de validez y confiabilidad del Beck-Dep. En esta revisión quedó demostrada la validez de esta escala. Reportaron una confiabilidad prueba-reprueba de 0.70 y una consistencia interna con un coeficiente alpha de Cronbach de 0.86.

E) Prueba de detección del Abuso de Drogas (DAST-20)

Es un autoinforme en un formato de entrevista estructurada, como tipo de respuestas "sí" o "no" para cada una de las 20 preguntas.

Su construcción es similar a la anterior prueba de detección de Alcoholismo de Michigan (MAST)

Los objetivos de la DAST son:

- 1) Hacer un breve, sencillo y práctico método de identificación de las personas que hacen un uso indebido de drogas psicoactivas.
- 2) Obtener un índice cuantitativo del grado de los problemas relacionados con el uso de drogas y el uso indebido.

Los resultados del DAST son altamente diagnósticos con respecto a un diagnóstico del DSM de la dependencia de drogas psicoactivas.

Obtiene ninguna información sobre los distintos tipos de fármacos utilizados, o en la frecuencia o la duración del uso de drogas.

Se evalúan los problemas causados por el consumo de drogas, las áreas de la vida investigadas son: civil, relaciones sociales, laborales, legales y física (síntomas y condiciones médicas)

Una forma de la DAST se ha adaptado para su utilización por los adolescentes

Tiene un coeficiente de consistencia interna de .92

F) *Escala Autoreporte de Ansiedad para Adolescentes (AA)*

Es un tamizaje de síntomas ansiosos. Tiene una buena consistencia interna, validez y confiabilidad. Consiste en un autoreporte de síntomas que se dividen en 5 grupos que incluyen la fobia escolar, fobia social, ansiedad de separación, ansiedad, generalizada, trastorno pánicosomatización.

Consta de 41 ítems que se puntúan de 0 a 2, con un punto de corte de 35 puntos.

Estrategia de trabajo:

Se llenaron las fichas de recolección.

Se agruparon de acuerdo al género y tipo de violencia.

Se recolectaron resultados para análisis.

Se realizó el análisis estadístico de los resultados.

Recolección de datos y análisis de los resultados

En este estudio, se realizó el análisis de los resultados a través de diferentes pasos. Para el análisis descriptivo se llevó a cabo el reporte de frecuencias y prevalencias para las variables categóricas. Así mismo, se reportaron medias y desviaciones estándar para las variables continuas.

En una segunda fase, se realizó un análisis bivariado para conocer la si existe asociación o no entre las diferentes variables que se consideraron en este estudio a través de la prueba de X^2 para las variables categóricas y la prueba de T de Student para las variables continuas así como los reportes de los valores de p .

Como paso final, se construyeron modelos estadísticos para conocer la asociación entre las variables de interés en presencia de variables confusoras o modificadoras de efecto, a través de una regresión logística con reporte de OR y valores de p ($p < 0.05$)

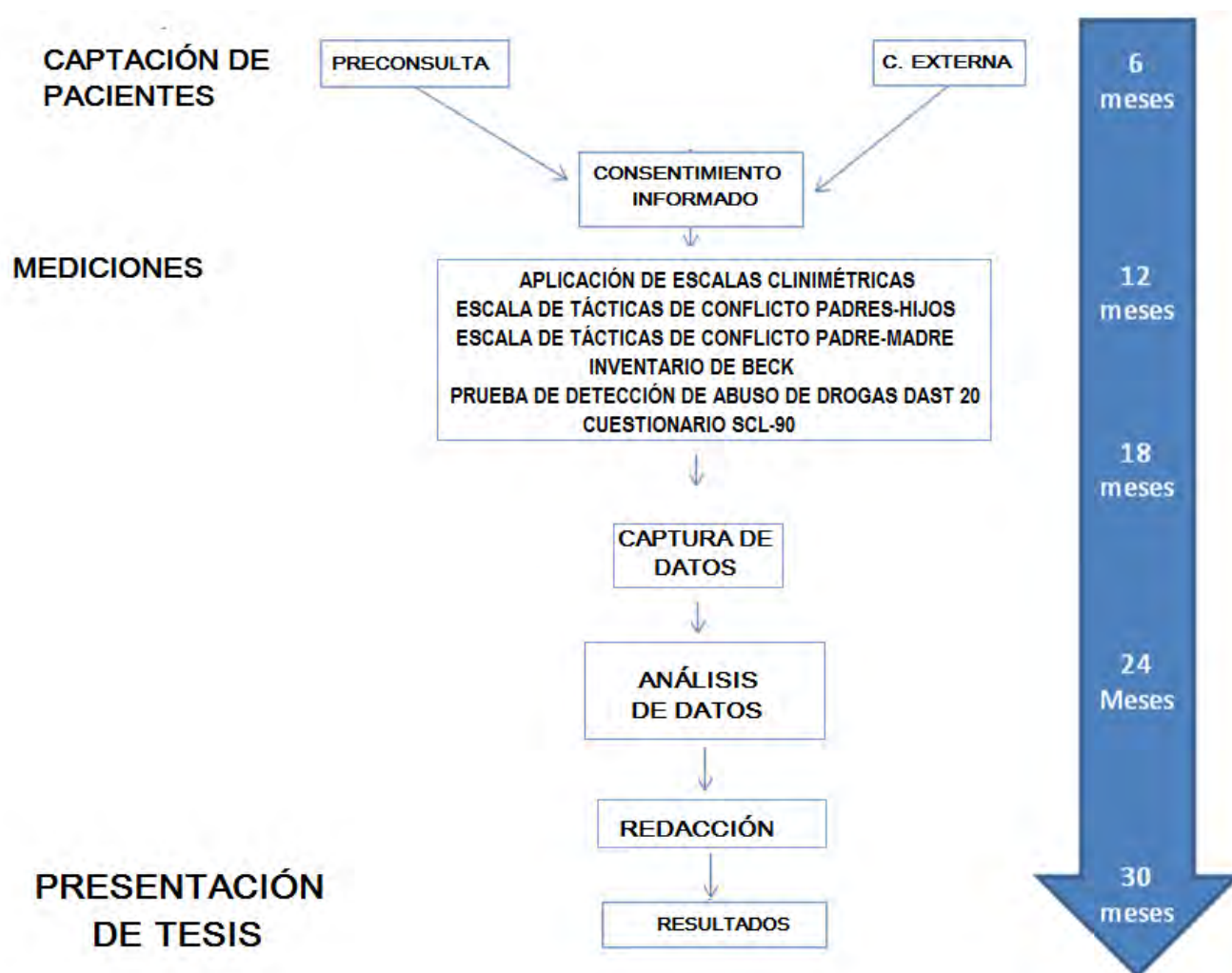
Implicaciones Éticas del Estudio

Se trató de un estudio con mínimo riesgo. Sin embargo, al pertenecer los sujetos de estudio a una población vulnerable, se solicitó además de su consentimiento informado, el consentimiento informado de los padres o tutores donde se les informó el objetivo del estudio, los procedimientos a los que fueron sometidos sus hijos o tutorados, el riesgo mínimo y la confidencialidad de los datos obtenidos. Así mismo, en los casos en los cuales se detectó a adolescentes con psicopatología (síntomatología ansiosa, depresiva y/o consumo de

sustancias), se refirieron al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente para su atención especializada.

PROCEDIMIENTO

DIAGRAMA DE FLUJO



1. El estudio se realizó en el servicio de Preconsulta y en la Clínica de Género y Sexualidad del *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente*.
2. Se reclutó una muestra de 338 adolescentes de entre 13 y 17 años de edad, hombres y mujeres, hijos/as de las pacientes que acuden a solicitar atención en los centros antes mencionados, con antecedente de ser o haber sido receptores/as y/o testigos de violencia familiar.
3. Se les explicó en qué consistía el estudio, cuál sería su participación y se les mencionó que en caso de que se detectara sintomatología psiquiátrica se le ofrecería atención especializada en el *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en caso de aceptar acudir a solicitar la misma*.
4. Se entregó carta de consentimiento informado.
5. En caso de que el/la paciente aceptó participar, se dieron instrucciones sobre cómo contestar los cuestionarios: *Escala de Tácticas de Conflicto Padres – Hijos*, Escalas de Tácticas de conflicto utilizadas por el padre hacia la madre, Escala de Depresión de Beck, Autorreporte de Ansiedad para Adolescentes, Prueba de detección del abuso de drogas DAST-20, así como la escala SCL-90
6. Si el/la paciente presentó algún episodio de ansiedad o llanto se le dió contención verbal.
7. Después de haber reclutado a los 338 pacientes se hizo el análisis estadístico de los datos.
8. Se hicieron interpretación de los resultados. Es importante mencionar que de acuerdo a los resultados obtenidos por el Inventario de Beck se clasificarán a los/las adolescentes en aquellos que no presenten sintomatología depresiva (puntuación igual o menor a 16), las que presentaban síntomas depresivos leves (puntuaciones entre 17 y 21) y los que presentaron sintomatología depresiva severa (puntuación igual o mayor de 24).

9. Por último, se redactó el documento.

ORGANIZACIÓN

Logística

Recursos Humanos

Realizarán el proyecto: Médica residente, asesora teórica y asesora metodológica.

Recursos Materiales:

Material bibliográfico recopilado.

Hojas de recolección de datos.

Papelería, computadora e impresora.

Paquete para análisis estadístico.

Evaluación de costos

Se trató de un estudio que no representó costo alguno para los/as adolescentes que decidieron participar en el estudio.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	R2-2	R3-1	R3-2	R4-1	R4-2
Recopilación Bibliográfica	*****				
Elaboración De Anteproyecto	*****				
Desarrollo de la Investigación		*****			
Captura de la Información			*****		
Análisis de Datos				*****	
Redacción del Proyecto					*****

R2-2 = Segundo semestre de la investigadora principal como médica residente de segundo año de la especialidad en Psiquiatría.

R3-1 = Primer semestre como residente de tercer año.

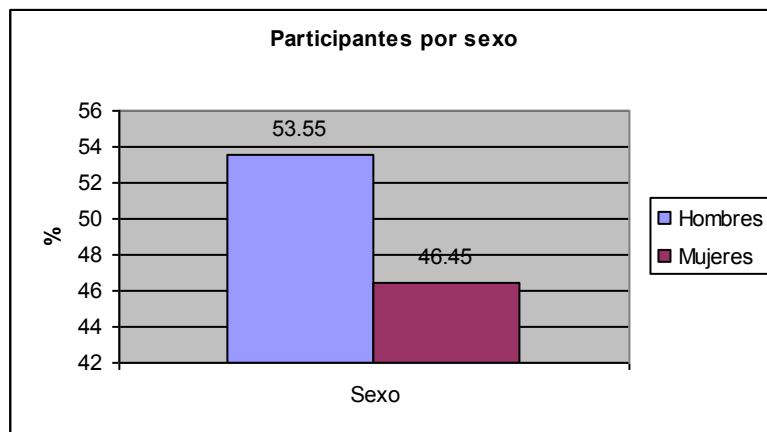
R3-2 = Segundo semestre como residente de tercer año.

R4-1 = Primer semestre como residente de cuarto año.

RESULTADOS

Las características de los/las adolescentes que participaron en el estudio fueron las siguientes: El total de participantes en el estudio fueron 338 adolescentes. Los participantes en el estudio fueron 181 hombres (53.55%) y 157 mujeres (46.45%).

Tabla 1. Participantes en el estudio		
	N	%
Hombre	181	53.55
Mujer	157	46.45
Total	338	100

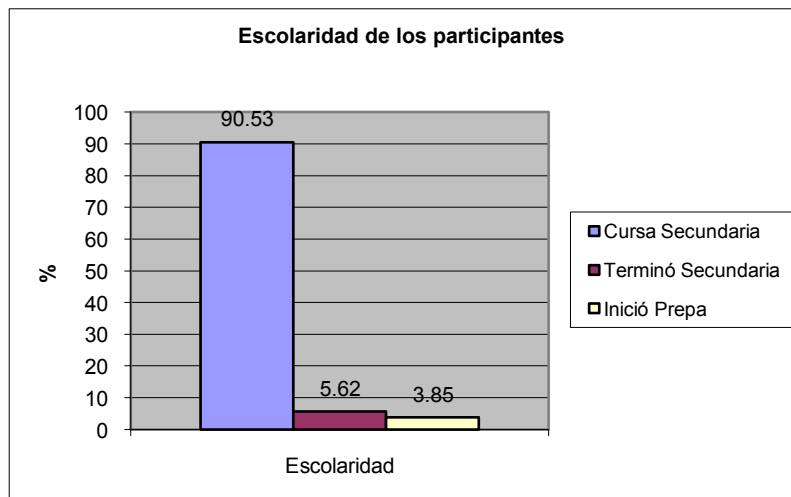


El promedio de edad de los participantes fue de 14.15 años con una desviación estándar de 1.039 años.

Tabla 2. Promedio de la edad de los participantes.					
Variable	n	Media	Desviación estándar	Min	Máx
Edad	338	14.153	1.039	13	17

En cuanto a escolaridad, el 90.53 de los participantes cursa secundaria, el 5.62% terminó secundaria y el 3.85% inició preparatoria.

Tabla 3. Escolaridad de los adolescentes participantes		
Escolaridad	N	%
Cursa secundaria	306	90.53
Terminó secundaria	19	5.62
Inició preparatoria	13	3.85
Total	338	100



Características sociodemográficas de los padres o tutores.

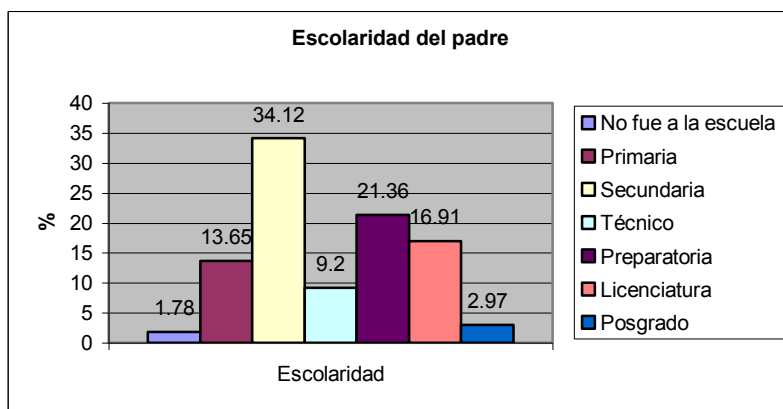
Las características de los padres fueron las siguientes:

La edad promedio de los padres de los/las adolescentes entrevistados fue de 41 años, con una desviación estándar de 6.903 años.

Tabla 4. Promedio de la edad de los padres de los adolescentes participantes					
Variable	n	Media	Desviación estándar	Min	Max
Edad padres	336	41.264	6.903	28	66

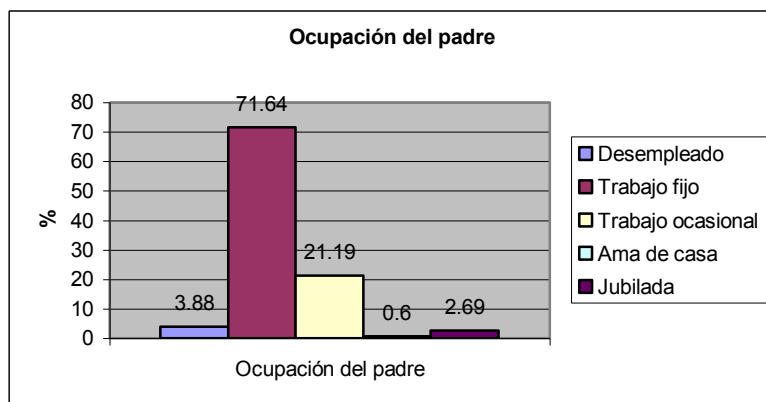
La escolaridad de los padres fue la siguiente: el 1.78% no fue a la escuela, el 13.65% tiene primaria cursada, el 34.12% tiene secundaria, el 9.2% es técnico, el 21.36% tiene preparatoria, el 16.91% licenciatura y el 2.97% posgrado.

Tabla 5. Escolaridad de los padres de los adolescentes participantes		
Escolaridad del padre	N	%
No fue a la escuela	6	1.78
Primaria	46	13.65
Secundaria	115	34.12
Técnico	31	9.2
Preparatoria	72	21.36
Licenciatura	57	16.91
Posgrado	10	2.97
Total	337	100



De los padres de los/las adolescentes, el 3.88% es desempleado, el 71.64% tiene trabajo fijo, el 21.29% tiene trabajo ocasional, el 0.6% se dedica al hogar y el 2.69% es jubilado.

Tabla 6. Ocupación de los padres de los adolescentes participantes		
Ocupación del padre	N	%
Desempleado	13	3.88
Trabajo fijo	240	71.64
Trabajo ocasional	71	21.19
Ama de casa	2	0.6
Jubilado	9	2.69
Total	335	100

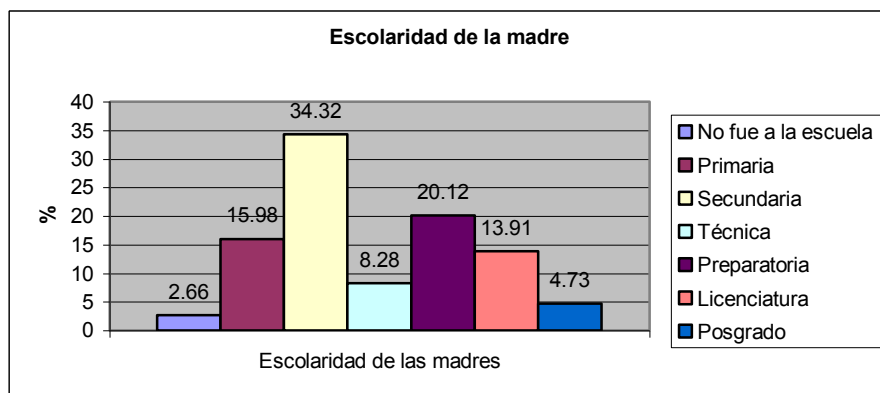


En cuanto a las características sociodemográficas de las madres, se encontró lo siguiente: La edad promedio de las madres de los/las adolescentes que participaron en el estudio fue de 38.78 años con una desviación estándar de 5.94 años.

Tabla 7. Edad promedio de las madres de los adolescentes participantes.					
Variable	N	Media	Desviación estándar	Min	Max
Edad de la madre	338	38.78	5.94	27	57

La escolaridad de las madres de los adolescentes participantes fue la siguiente: el 2.66% no fue a la escuela, el 15.98% tuvo primaria, el 34.32% secundaria, el 8.28% fue técnica, el 20.12% preparatoria, el 13.91% licenciatura y el 4.73% tuvo posgrado.

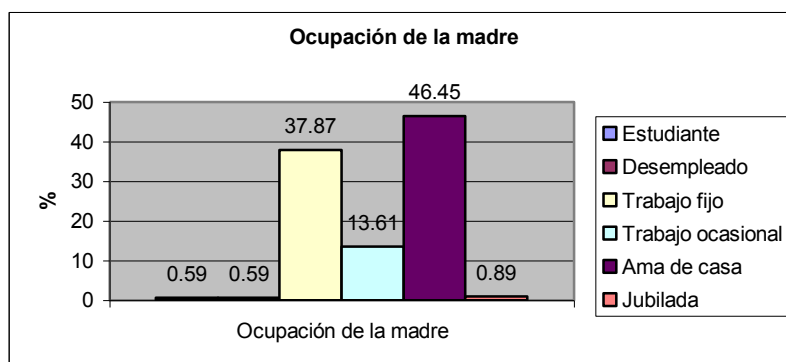
Tabla 8. Escolaridad de las madres de los adolescentes participantes		
Escolaridad de la madre	N	%
No fue a la escuela	9	2.66
Primaria	54	15.98
Secundaria	116	34.32
Técnica	28	8.28
Preparatoria	68	20.12
Licenciatura	47	13.91
Posgrado	16	4.73
Total	338	100



En cuanto a la ocupación de las madres de los adolescentes participantes, se encontró lo siguiente:

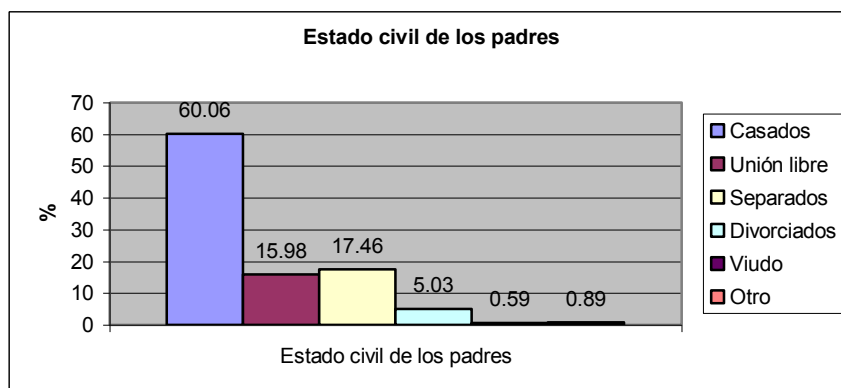
El 46.45% eran amas de casa, 37.87% tenían un trabajo fijo, el 13.61% tenían trabajo ocasionalmente, y menos del 1% eran estudiantes, desempleadas o jubiladas.

Tabla 9. Ocupación de las madres de los adolescentes participantes		
Ocupación de la madre	n	%
Estudiante	2	0.59
Desempleado	2	0.59
Trabajo fijo	128	37.87
Trabajo ocasional	46	13.61
Ama de casa	157	46.45
Jubilada	3	0.89
Total	338	100



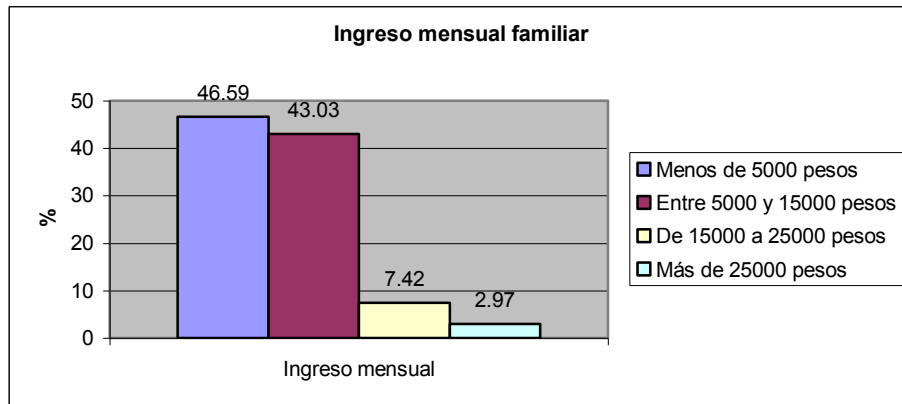
Se describen a continuación el estado civil de los padres de los adolescentes participantes: el 60% son casados, el 17.46% son separados, el 16% están en unión libre y el 5% son divorciados.

Tabla 10. Estado civil de los padres de los adolescentes participantes		
Estado civil de los padres	N	%
Casados	203	60.06
Unión libre	54	15.98
Separados	59	17.46
Divorciados	17	5.03
Viudo	2	0.59
Otro	3	0.89
Total	338	100



En cuanto al ingreso mensual de las familias de los adolescentes participantes, el 46.50% gana menos de 5 mil pesos, el 43.03% gana entre 5 mil y 15 mil pesos al mes, el 7.42% gana de 15 mil a 25 mil pesos al mes y el 2.97% gana más de 25 mil pesos al mes.

Tabla 11. Ingreso mensual de las familias de los adolescentes participantes		
Ingreso mensual	n	%
Menos de 5000 pesos	157	46.59
Entre 5000 y 15000 pesos	145	43.03
De 15000 a 25000 pesos	25	7.42
Más de 25000 pesos	10	2.97
Total	337	100



TIPOS DE VIOLENCIA

Se encontraron los siguientes tipos de violencia (tácticas del padre hacia la madre) a las que fueron testigos los adolescentes:

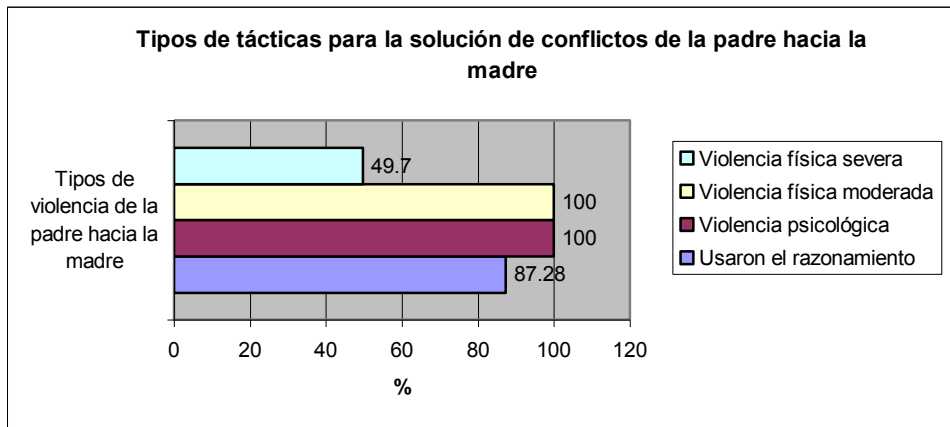
En 87.28% de los casos, el padre había usado el razonamiento para la solución del conflicto, en el 100% de los casos el padre había usado tanto violencia psicológica como violencia física moderada y en el 49.7% de los casos el padre había usado violencia física severa para la solución de conflictos.

Tabla 12. Tácticas de padre a madre: usó el razonamiento en la solución de conflictos		
Usaron el razonamiento	n	%
No	43	12.72
Sí	295	87.28
Total	338	100

Tabla 13. Tácticas de padre a madre: usó violencia psicológica en la solución de conflictos		
Violencia psicológica	n	%
Sí	338	100
Total	338	100

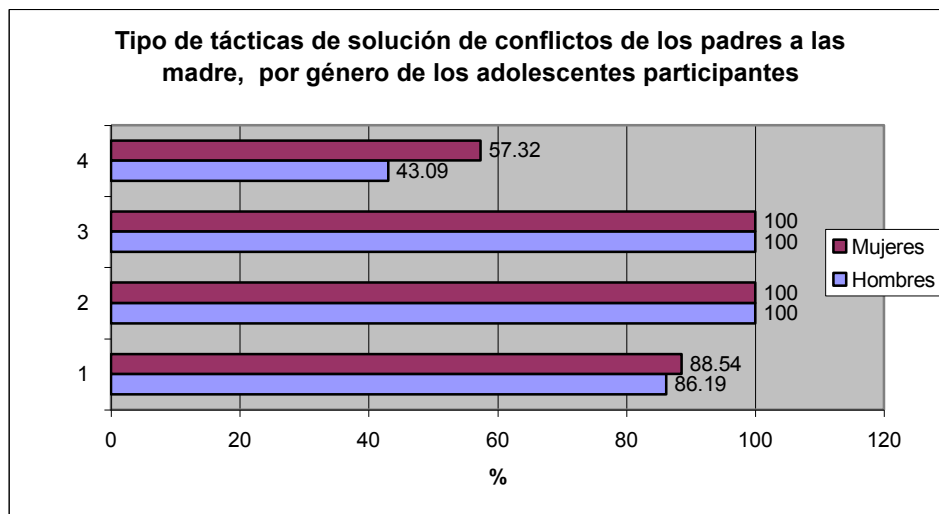
Tabla 14. Tácticas de padre a madre: usó violencia física moderada en la solución de conflictos		
Violencia física moderada		
	n	%
Sí	338	100
Total	338	100

Tabla 15. Tácticas de padre a madre: usó violencia física severa en la solución de conflictos		
Violencia física severa		
	n	%
No	170	50.3
Sí	168	49.7
Total	338	100



A continuación se realizó una descripción del tipo de violencia por género. En el caso de los adolescentes hombres se encontró que en el 86% de los casos el padre usó el razonamiento para la solución de conflictos, sin embargo, el 100% usaron tanto violencia psicológica como violencia física mientras que el 43% de los padres de los adolescentes hombres usó violencia física severa. En el caso de las mujeres, el 88.54% de sus padres usaron el razonamiento para la solución de conflictos, el 100% usaron violencia psicológica y violencia física moderada y el 57.32% usó violencia física severa.

Tabla 16. Tácticas de conflicto utilizadas por el padre hacia la madre por género			
	n Total 338	GÉNERO	
		Hombres n=181	Mujeres n=157
	n	%	%
Usaron el razonamiento	295	86.19	88.54
Violencia Psicológica	338	100	100
Violencia Física Moderada	338	100	100
Violencia Física Severa	168	43.09	57.32



1= Uso de razonamiento, 2= Psicológica, 3= V. física moderada 4= V. física severa

Tácticas del padre al hijo

A través de las tácticas de conflicto utilizadas por el padre hacia los hijos conocemos la magnitud de la exposición a violencia que tuvieron los adolescentes participantes. De 338 participantes, el rango de calificación fue de 0 a 128 puntos, la media global fue de 23.32 (DE 23.94).

Tabla 17. Sumatoria de la escala de tácticas del padre al hijo					
Variable	N	Promedio	Desviación estándar	Min	Max
Total Tácticas P-H	338	23.32	23.94	0	128

PREVALENCIA DE PSICOPATOLOGÍA EN LOS Y LAS ADOLESCENTES PARTICIPANTES.

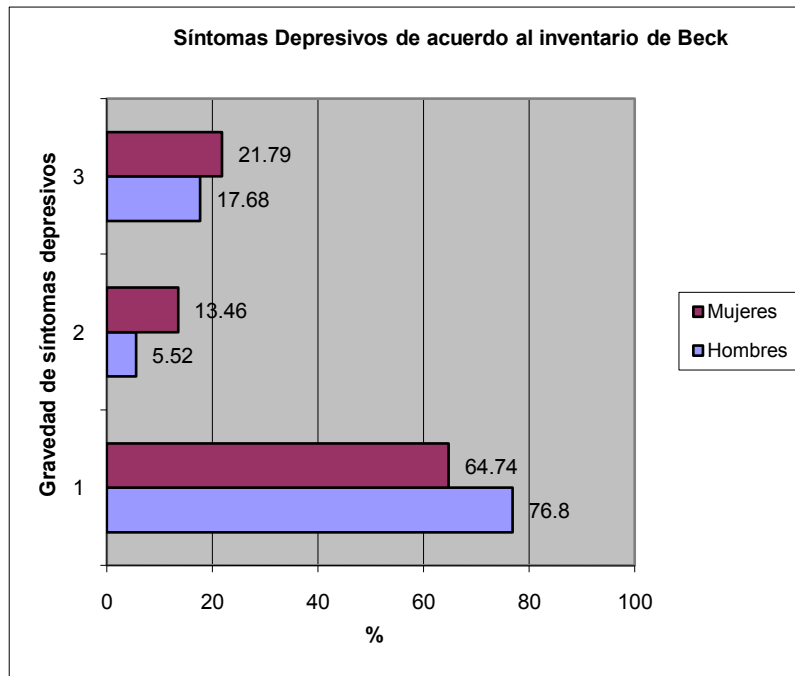
Las variables de respuesta en este estudio son la presencia o no de psicopatologías en los/las adolescentes participantes: presencia de sintomatología depresiva, ansiosa, abuso de sustancias e intensidad de síntomas. Para ello se aplicó diferentes pruebas que se han descrito con anterioridad en la metodología.

De acuerdo al inventario de Beck, se encontró que del total de los adolescentes hombres entrevistados el 76.80% no tienen síntomas depresivos, el 5.52% tienen síntomas depresivos leves y el 17.68% síntomas depresivos severos.

De las adolescentes mujeres entrevistadas el 64.74% no tienen sintomatología depresiva, el 13.46% tienen sintomatología depresiva leve y el 21.79% sintomatología depresiva severa.

Tabla 18. Psicopatología de los/las adolescentes participantes por sexo			
	n Total	Hombres (n= 181)	Mujeres (n= 156)
		%	%
Sintomatología Depresiva (Inventario de Beck)*	337		
Sin síntomas depresivos	240	76.80	64.74
Con síntomas Depresivos Leves	31	5.52	13.46
Con síntomas Depresivos severos	66	17.68	21.79

* Punto de corte: <16:sin síntomas depresivos, 17 - 24= con síntomas depresivos leves,
>25 sintomatología depresiva severa

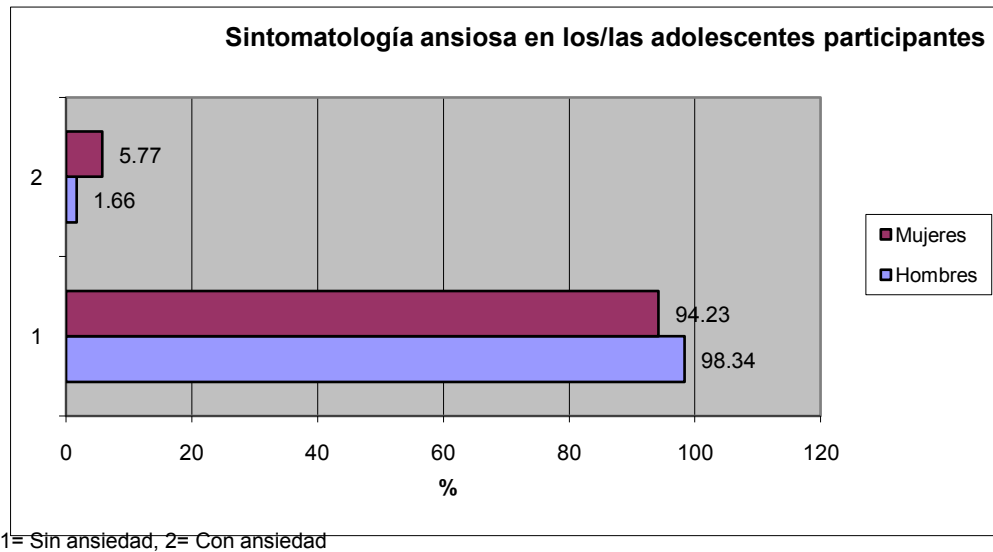


1= Sin depresión, 2= Depresión leve, 3= Depresión severa

En cuanto a sintomatología ansiosa, se detectó que el 1.66% de los hombres la padecían así como el 5.77% de las mujeres.

Tabla 19. Psicopatología de los/las adolescentes participantes por sexo			
Autoreporte de Ansiedad para adolescentes	n Total	Hombres (n= 181)	Mujeres (n= 156)
		%	%
Sin sintomatología ansiosa	325	98.34	94.23
Con sintomatología ansiosa**	12	1.66	5.77

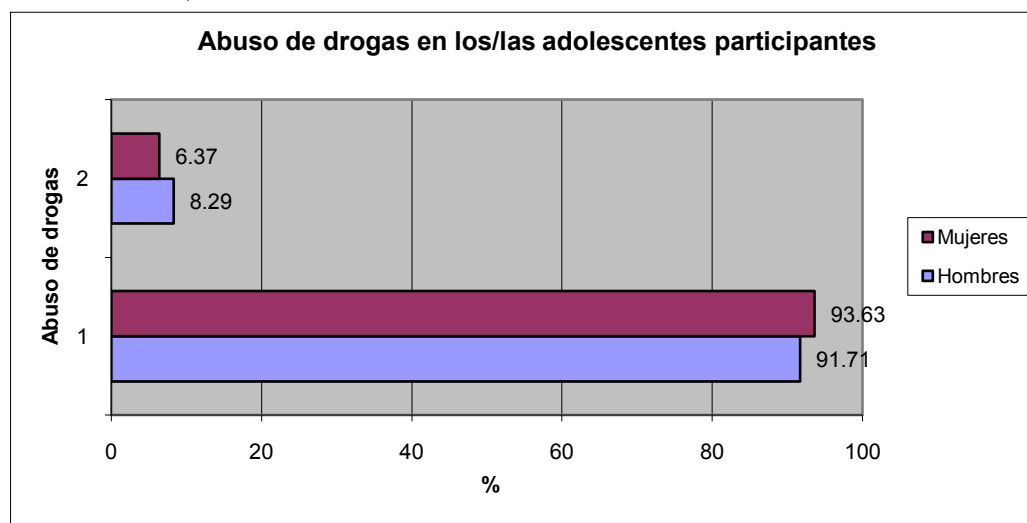
** Punto de corte: >35 Sintomatología ansiosa



En cuanto al abuso de drogas por los/las adolescentes participantes, se encontró que el 8.29% de los hombres sí abusaba de alguna droga así como el 6.37% de las mujeres.

Tabla 20. Psicopatología de los adolescentes participantes por sexo			
	n Total	Hombres (n= 181)	Mujeres (n= 156)
Abuso de drogas***			
		%	%
	338	181	157
No	313	91.71	93.63
Sí	25	8.29	6.37

***Prueba de detección del Abuso de Drogas
(DAST 20)



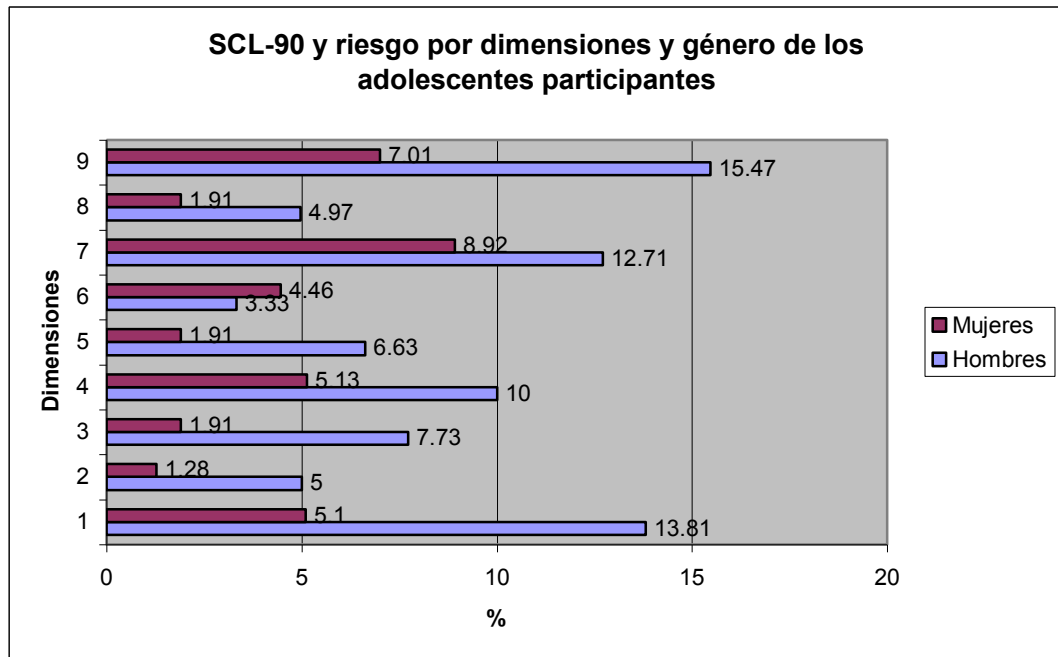
1= no abusa, 2= sí abusa

Descripción del cuestionario SCL-90

De acuerdo al riesgo por las dimensiones que califica el SCL-90 se encontró lo siguiente: el 13.81% de los hombre y el 5.1% de las mujeres tiene riesgo de presentar síntomas de somatizaciones, el 5% de los hombres y el 1.28% de las mujeres tiene riesgo de presentar obsesiones y compulsiones, el 7.73 de los hombres y el 1.91% de las mujeres tienen riesgo en la sensibilidad personal, el 10% de los hombres y el 5.13% de las mujeres tienen riesgo en presentar síntomas depresivos, el 6.63% de los hombres y el 1.91% de las mujeres tiene riesgo de presentar síntomas ansiosos, el 3.33% de los hombres y el 4.46% de las mujeres tiene riesgo de presentar hostilidad, el 12.71% de los hombres y el 8.92% de las mujeres tiene riesgo de presentar sintomatología de ansiedad fóbica, el 4.97% de los hombres y el 1.91% de las mujeres tiene riesgo de presentar ideación paranoide y el 15.47% de los hombres y el 7.01% de las mujeres tiene riesgo de padecer síntomas psicóticos.

Tabla 21. Dimensiones del SCL-90 de los/las adolescentes participantes por género			
	n Total	Hombres (n= 181) %	Mujeres (n= 157) %
SCL-90			
Somatizaciones	33	13.81	5.1
Obsesiones y compulsiones	11	5	1.28
Sensibilidad personal	17	7.73	1.91
Depresión	26	10	5.13
Ansiedad	15	6.63	1.91
Hostilidad	13	3.33	4.46
Ansiedad fóbica	37	12.71	8.92
Ideación paranoide	12	4.97	1.91
Psicotismo	39	15.47	7.01

*Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65.



1=somatizaciones, 2= obsesiones y compulsiones, 3= sensibilidad interpersonal, 4=depresión, 5=ansiedad, 6= hostilidad, 7= ansiedad fóbica, 8= ideación paranoide, 9 =psicotismo.

ASOCIACIÓN ENTRE LA INTENSIDAD DE VIOLENCIA (ESCALA DE TÁCTICAS DE PADRES A HIJOS) Y PSICOPATOLOGÍA

La asociación entre la intensidad de violencia padecida por los/las adolescentes y la psicopatología (síntomatología ansiosa, depresiva y abuso de drogas) se llevó a cabo por medio del paquete estadístico STATA 10. Para comprobar independencia o no de las variables se utilizaron las pruebas de T de Student y Chi cuadrada ya que las variables dependientes son categóricas. Los resultados obtenidos se describen en la tabla 21 donde se muestran los valores p de dichas asociaciones

Tabla 22. Asociación entre severidad de violencia sufrida por los/las adolescentes (tácticas usadas por los padres hacia los hijos) y variables de interés			
	Depresión*	Ansiedad*	Drogas*
	P	p	p
Edad adolescente	0.507	0.277	0.103
Sexo del adolescente	0.015	0.042	0.502
Escolaridad del adolescente	0.405	0.285	0.007
Edad del padre	0.258	0.717	0.866
Edad de la Madre	0.626	0.981	0.932
Estado Civil Padres	0.575	0.936	0.123
Escolaridad padre	0.008	0.842	0.024
Escolaridad madre	0.155	0.075	0.222
Ocupación padre	0.12	0.722	0.689
Ocupación madre	0.69	0.508	0.561
Ingreso mensual (madre o padre)	0.021	0.459	0.356
Tácticas usadas de padres a hijos	0.000	0.002	0.001

* Prueba de T de Student para variables continuas y X2 para variables categóricas

Como se puede observar, resultaron estar asociadas estadísticamente el padecer síntomas depresivos con la escolaridad del padre, el ingreso mensual y la intensidad de la violencia experimentada. La asociación entre el sexo del paciente y la presencia de depresión y ansiedad fueron estadísticamente significativos (con p de 0.015, y p 0.042 respectivamente).

El padecer sintomatología ansiosa se asoció al sexo del adolescente y a la intensidad de la violencia padecida. Y el abuso de drogas se encontró asociada a la escolaridad del padre y a la intensidad de violencia padecida. Todas ellas fueron estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

CONSTRUCCIÓN DE MODELOS ESTADÍSTICOS.

A partir del análisis bivariado, se lograron detectar aquellas variables tanto sociodemográficas como de salud que se encuentran asociadas estadísticamente a la psicopatología del/la adolescente testigo o víctima de violencia. Es con estas variables con las que se construyen los modelos estadísticos donde a partir de una regresión logística (las variables de dependientes son dicotómicas) se calculan los OR de las asociaciones que existen entre las variables de interés. Estos modelos fueron ajustados para edad, sexo y escolaridad (de esta manera se elimina el efecto confusor de estas variables), no se incluyeron otras variables en el modelo ya que no resultaron ser significativas.

Tabla 23. OR de los modelos de la asociación entre severidad de violencia sufrida por los/las adolescentes (tácticas usadas por los padres hacia los hijos) y variables de interés			
	Depresión* OR (p)	Ansiedad* OR (p)	Drogas* OR (p)
Sexo del padre	NS	2.92(0.120)	NS
Edad del padre	-	-	-
Ingreso mensual (madre o padre)	0.818 (0.431)	-	-
Tácticas usadas de padres a hijos	1.01 (0.003)	1.02 (0.005)	1.02 (0.005)

*Modelos ajustados para edad, sexo, escolaridad

Al eliminar el efecto confusor de las variables de edad, sexo y escolaridad, la asociación entre depresión, sexo del adolescente e ingreso mensual familiar y las tácticas usadas de padres a hijos pierde significancia estadística ($p > 0.05$ y $OR=1$). Por lo que se concluye que no hay asociación entre estas variables.

Aquellos/as adolescentes que sufren mayor intensidad o frecuencia de violencia, tienen 1.02 probabilidades de sufrir sintomatología ansiosa que aquellos que sufren menos y esta asociación es estadísticamente significativa ($p=0.005$). En este caso cuando el modelo se ajustó por edad, sexo y escolaridad la significancia estadística entre padecer ansiedad y el género se perdió.

Para el consumo de drogas, los adolescentes con mayor frecuencia de padecer violencia por parte del padre tienen 1.02 veces más probabilidad de consumir drogas que aquellos que la padecen con menor frecuencia ($p=0.005$). Se pierde significancia con el sexo y el consumo de sustancias psicoactivas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Si bien este estudio describe una muestra de la población adolescente que acude al Instituto Nacional de Psiquiatría es importante subrayar que el 100% ha padecido de alguna manera violencia, ya sea psicológica o física, lo cual refuerza la importancia de llevar a cabo un plan o estrategia de detección de estos padecimientos así como sus posibles causas.

Así mismo, en el análisis complementario donde se analizó la frecuencia o intensidad de la violencia padecida y la presencia o no de los síntomas ansiosos y afectivos, se encontró que existe una relación entre la intensidad o frecuencia de violencia padecida por los/las adolescentes y el padecer sintomatología depresiva, ansiosa, consumo de drogas y la intensidad de los síntomas

Si bien este es un estudio transversal y por eso mismo, tiene las limitaciones propias de este tipo de estudios (el principal es el sesgo de temporalidad donde no podemos asegurar que hay una causalidad directa entre las variables independientes hacia las dependientes), el análisis que aportamos puede dar pie y reforzar la necesidad de la realización de un estudio longitudinal así como aumentar el tamaño de la muestra. Así mismo, el sólo tener un grupo de comparación (todos padecieron violencia de alguna manera) limitó el análisis comparativo con un grupo de adolescentes que no hayan padecido violencia, por lo cual no se pudieron analizar las asociaciones entre las variables de desenlace (psicopatologías) y el haber o no padecido violencia psicológica o física, y esto refuerza la necesidad de la realización de otro estudio futuro con una muestra de mayor tamaño donde se podrían analizar las diferencias entre grupos y así mismo, aumentar el poder de la prueba. La importancia de la realización de otro estudio mayor radica en la psicopatología analizada así como el factor de riesgo (violencia) que se encontró asociada a esta, y que puede dar soporte a estrategias tempranas de detección y tratamiento en los/las adolescentes.

Una fortaleza importante es que se describen las características de la población de adolescentes que acuden al Instituto Nacional de Psiquiatría o bien a los acompañantes de quienes tienen servicio en el mismo, con lo que se sientan las bases para programas de detección de violencia para una atención oportuna, así mismo, uno de los beneficios

importantes fue que aquellos individuos diagnosticados con alguna psicopatología fueron canalizados para su adecuada atención y tratamiento.

Así mismo la contribución de este estudio es que no existen estudios parecidos en éste país. Y los resultados que se arrojan demuestran que los adolescentes cuyos padres ejercen prácticas de violencia, tienden a presentar mayor prevalencia de psicopatología que los que no presentan.

Implicaciones éticas.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría y las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual for mental disorders. Washington D. C.: American Psychiatric Press, 2000.
2. BECK C.H., WARD, C. H., MOCK J., ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571.
3. CABALLERO, M. A. La violencia que ejercen los padres hacia sus hijos adolescentes. En: M. Jiménez (coord). Caras de la violencia familiar. (pp.259-272). México: Gobierno del Distrito Federal/ Universidad Autónoma de la Ciudad de México. 2005.
4. CABALLERO, M. A., Ramos, L., González, C. y Saltijeral, M. T. Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva. Psiquiatría, Época 2, 18 (3), 131-139. 2002.
5. CABALLERO, M. A. y L. RAMOS, Violencia: una revisión del tema dentro del marco de trabajo de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría. Salud Mental. 27(2), 2004.
6. CARAVEO ANDUAGA, JORGE J. Validez del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) para niños y adolescentes en escenarios clínicos. Salud Mental. vol. 30 (2.): 42-49, Mar-Abr, 2007
7. CARTER L, KAY SJ, GEORGE JL y King P. Treating children exposed to domestic violence. Journal of Emotional Abuse. 3 (3/4), 2003, 183-202.
8. CORSI, J., —da mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar”, cap. 1: 15-63, en J. Corsi (comp.), Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós, 1994

9. COVAC, Asociación Mexicana contra la violencia hacia las mujeres, A.C. *Encuesta de opinión pública sobre la incidencia de violencia en la familia*. México, FNUAP/PGJDF. 1995.
10. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.
11. YUDKO E, LOZHKINA O, FOUTS A. un examen exhaustivo de las propiedades psicométricas de la prueba de Detección del Abuso de Drogas. *Diario de Tratamiento del Abuso de Sustancias* 32 (2007) 189 - 198
12. FEINSTEIN AR. A classification of Medical Research. En: Feinstein AR, editor. *Clinical epidemiology*. Philadelphia: W.B. Saunders; p. 12-24. 1985
13. FINKELHORN D, DZIUBA-LEATHERMAN J: Victimization of children. *American Psichology*, 49:173-183, 1994.
14. GONZÁLEZ, C.; RAMOS, L.; CABALLERO, M.A. Y SALTIJERAL, M.T. Intentos de suicidio y violencia intrafamiliar: Aspectos culturales, prevalencia, factores asociados y percepción subjetiva en adolescentes. *Reporte interno*, Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1999
15. HEISE L, GERMAIN A: *Violencia Contra la Mujer: La carga oculta Sobre la Salud*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1994.
16. JOHNSON J: Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56:600-606, 1999.

17. LARA C, ESPINOSA I, CÁRDENAS ML, FÓCIL M, CAVAZOS J; Confiabilidad y Validez de la SCL-90 en la Evaluación de Psicopatología en Mujeres. *Salud Mental*, 28:42-50, 2005.
18. MEDINA-MORA ME, BORGES G, LARA C, RAMOS L, ZAMBRANO J, FLEIZ C: Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47:8-22, 2005.
19. MINAYO MCS. Violencia: una agenda para a saúde pública. Trabajo presentado en el 6º Congreso Latinoamericano de Medicina Social y el 8º Congreso Mundial de Medicina Social, Marzo de 1994, Guadalajara, Jalisco.
20. OLAIZ G, ROJAS R, VALDEZ R, FRANCO A, PALMA O: Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Salud Pública de México*, 48: 232-238, 2006.
21. RAMÍREZ, JC. Y URIBE, G. (1993) Mujer y violencia: Un hecho cotidiano. *Salud Pública de México*, 35(2), 148-160
22. RAMOS LIRA, L.; GONZÁLEZ-FORTEZA, C.; CABALLERO, M.A. Los testigos de la violencia doméstica: prevalencia y sus repercusiones en la sociedad. *La Psicología en México*, Vol. VIII AMEPSO (Eds.), México, 548-554, 2000.
23. RAMOS LL, SANTIJERAL MT, CABALLERO MA. Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental* V. 19, Suplemento abril de 1996.
24. SALTIJERAL, M.T. Y RAMOS, L.L. (1999) Características psicosociales de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: Repercusiones en su estado de salud mental. *Informe técnico final CONACYT*, clave 0890P-H9506.

25. SHEEHAN D, LECRUBIER Y, SHEEHAN H, AMORIM P, JANVAS J, WEILLER E, JERGUETA T, BAKER R, DUNBAR J: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and Validation of a Structures Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59: 59:22-33, 1998.
26. SHRADER COX, E. Y VALDÉZ SANTIAGO, R. (1992) La violencia hacia la mujer mexicana como problema de salud pública: La incidencia de la violencia doméstica en una microregión de Ciudad Nezahualcóyotl. México, Centro de Investigación y Lucha Contra la Violencia Doméstica (CECOVID).
27. SCHEAFFER, R.L., MENDENHALL W. OTTL., Elementos de muestreo. Gpo. Editorial Iberoamérica. 1987,.
28. STRAUS, M., S. HAMBY, D. FINKELHOR, D. MOORE, D. RUNYAN, —Identification of child maltreatment with the parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of american parents". *Child Abuse & Neglect*, 22(4), 249-270, 1998.
29. VILLATORO VJA, NIEVES QV, GUTIÉRREZ L ML, DÍAZ SM, AMADOR B. Encuesta de maltrato infantil 2006. Primera edición septiembre de 2006.
30. VITRIOL V: Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43:83-87, 2005.
31. World Health Organization (2000) *Emergency & Humanitarian Action. Violence and Injury Prevention*. WHO. Disponible en la página: <http://www.who.int/eha/pvi/infokit/family.htm>

ANEXOS

I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA DR. RAMÓN DE LA FUENTE

TITULO: PREVALENCIA DE PSICOPATOLOGIA EN ADOLESCENTES RECEPTORES/AS Y EN TESTIGOS DE VIOLENCIA FAMILIAR

Te invitamos a participar en este estudio coordinado por la Clínica de Género y Sexualidad. Para llevar a cabo este estudio se requiere de tu consentimiento voluntario, así que lee cuidadosamente la siguiente información y no dudes en preguntar todo lo que no entiendas claramente.

Estudio a efectuar:

El objetivo de la investigación es determinar la frecuencia de padecimientos psiquiátricos tales como son trastornos afectivos, ansiosos y el uso de sustancias, en adolescentes con antecedente de violencia familiar (testigos/as y/o receptores/as).

Si decides aceptar en este estudio, se te pedirá que contestes los cuestionarios anexos. Dichos cuestionarios son breves y sencillos, el tiempo aproximado de llenado es de 50 minutos aproximadamente, si tienes alguna duda sobre el significado o sentido de alguna pregunta no dudes en acercarte al médico para preguntarle. Tu participación en la investigación no tiene ningún beneficio directo para ti, pero los resultados de estos cuestionarios serán evaluados por el equipo de investigación, para que decidan una opción de tratamiento para tí.

1. Te pedimos tu participación y cooperación.
2. Esta evaluación no tendrá costo alguno.
3. Tu participación es voluntaria y podrás retirar tu consentimiento en el momento que lo desees sin inconvenientes para tu atención en este centro de apoyo.

Ventajas posibles:

1. Identificar un padecimiento que tenga un impacto en tu salud y calidad de vida.

2. Ayudar a que en la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría conozcamos más sobre la relación que existe entre la violencia familiar y riesgo de psicopatología, así podremos ofrecerte mejores servicios y atención de calidad.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos a partir de este cuestionario serán manejados con estricta confidencialidad. En ningún momento se hará del conocimiento de terceros (fuera del equipo de salud que te atiende) tu nombre o datos personales que permitan tu identificación.

Disposiciones generales:

Si tienes alguna duda o necesitas información adicional podrás comunicarte con la Dra. Laura Barrientos Nicolás al Tel. 5655 2811 Ext. 303, teléfono celular: 04455 39747395 o al correo electrónico: laurabanic@hotmail.com.

Fecha _____

Nombre y firma del padre y/o tutor: _____

Nombre y firma del participante (adolescente): _____

Nombre y firma de testigo 1: _____

Nombre y firma de testigo 2: _____

Investigadora: Dra. Laura Barrientos Nicolás

II. CARTA PARA PADRES

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: PREVALENCIA DE PSICOPATOLOGÍA EN ADOLESCENTES RECEPTORES/AS Y EN TESTIGOS DE VIOLENCIA FAMILIAR

Le invitamos a participar en este estudio coordinado por la Clínica de Género y Sexualidad. Para llevar a cabo este estudio se requiere de su consentimiento voluntario, así que lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo lo que no entienda claramente.

Estudio a efectuar:

El objetivo de la investigación es determinar la frecuencia de padecimientos psiquiátricos tales como son trastornos afectivos, ansiosos y el uso de sustancias, en adolescentes con antecedente de violencia familiar (testigos/as y/o receptores/as).

Si decide aceptar que su hijo/a participe en este estudio, se le pedirá que conteste los cuestionarios anexos. Dichos cuestionarios son breves y sencillos, el tiempo aproximado de llenado es de 50 minutos aproximadamente, si su hijo/a tiene alguna duda sobre el significado o sentido de alguna podrá preguntar al médico. Su participación en la investigación no tiene ningún beneficio directo para usted y su hijo, sin embargo los resultados de estos cuestionarios serán evaluados por el equipo de investigación, para que decidan una opción de tratamiento para su hijo, en caso de que así lo requiera.

Le pedimos su participación y cooperación.

4. Esta evaluación no tendrá costo alguno.
5. Su participación es voluntaria y podrá retirar tu consentimiento en el momento que lo desee sin inconvenientes para su atención en este centro de apoyo.

Ventajas posibles:

3. Identificar un padecimiento que tenga impacto en la salud y calidad de vida de su hijo/a.
4. Ayudar a que en la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría conozcamos más sobre la relación que existe entre la violencia familiar y riesgo de psicopatología, así podremos ofrecerle mejores servicios y atención de calidad.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos a partir de este cuestionario serán manejados con estricta confidencialidad. En ningún momento se hará del conocimiento de terceros (fuera del equipo de salud que le atiende) su nombre o datos personales que permitan su identificación.

Disposiciones generales:

Si tiene alguna duda o necesita información adicional podrá comunicarse con la Dra. Laura Barrientos Nicolás al Tel. 5655 2811 Ext. 303, teléfono celular: 04455 39747395 o al correo electrónico: laurabanic@hotmail.com.

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, en el apartado 6.16 indica que el médico tratante podrá informar y orientar al o el usuario afectado por la violencia familiar o, en su caso, a su acompañante, sobre la posibilidad que tiene de denunciar ante la Agencia del Ministerio Público correspondiente, con la finalidad de ejercitar la acción legal que corresponda.

En caso de aceptar que su hijo/a participe en esta investigación se le solicita firmar la Carta de Consentimiento Informado.

III. ESCALAS DE EVALUACIÓN

SCL-90-R.
Adaptación UBA, CONICET, 1999.
Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Cátedra Prof. M.M. Casullo, 1998, CONICET.

SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.S.A. 1999.

Nombre..... Edad:..... Fecha de hoy:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

☐ Mujer ☐ Varón

Educación:

☐ Primario incompleto ☐ Secundario incompleto ☐ Terciario incompleto
☐ Primario completo ☐ Secundario completo ☐ Terciario/universitario completo

Estado civil:

☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo/a
☐ Casado ☐ Separado ☐ En pareja

Ocupación:|.....

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.

Nada	Muy POCO	POCO	Bastante	Mucho

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
7. Sentir que otro pueda controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas .					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapado/a o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no calgo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					

71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a deamayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

ESCALA TÁTICAS DE PADRES HACIA HIJOS

En los últimos 12 meses, cuántas veces tu **papá (o sustituto)** hizo las siguientes cosas:

1= **Una** vez en el último año

2= **Dos** veces en el último año

3= **3 a 5** veces en el último año

4= **6 a 10** veces en el último año

5= **11 a 20** veces en el último año

6= **Más de 20** veces en el último año

7= **No** lo hizo el último año, pero sí antes

0= **Nunca** lo ha hecho

TP16. Te dio un manotazo en la mano, el brazo o la pierna	1	2	3	4	5	6	7	0
TP17. Te suspendió algunos de tus privilegios (dinero, permisos, etc.) o te castigó	1	2	3	4	5	6	7	0
TP18. Te pellizcó	1	2	3	4	5	6	7	0
TP19. Te amenazó con un cuchillo o una pistola	1	2	3	4	5	6	7	0
TP20. Te tiró o derribó con un golpe	1	2	3	4	5	6	7	0
TP21. Te dijo que eras estúpido o flojo o te dijo algún otro insulto de ese tipo	1	2	3	4	5	6	7	0
TP22. Te dio una cachetada o un golpe en la cabeza o en los oídos	1	2	3	4	5	6	7	0

TP23. Desde tu punto de vista, ¿las veces que tu papá te ha golpeado ha sido por un motivo justo?	1. Siempre ha sido por un motivo justo 2. A veces ha sido justo y otras no 3. Siempre me ha pegado injustamente 4. Nunca me ha pegado	48
TP24. Desde tu punto de vista, ¿tu papá te ha golpeado mucho?	1. Me ha golpeado demasiado 2. Me ha golpeado lo normal 3. Me ha golpeado poco 4. Nunca me ha golpeado	49
TP25. Si tu papá te ha pegado, ¿nos podrías comentar desde cuándo lo ha hecho?	1. Desde antes de que tenía cinco años 2. Empezó después de los cinco años 3. Nunca me ha pegado 4. No me acuerdo	50
TP26. Si tu papá te ha pegado desde que eras chico, ¿consideras que ahora te pega más que antes?	1. Ahora me pega más que antes 2. Me sigue pegando igual que antes 3. Me pega menos ahora 4. Nunca me ha pegado	51
TP27. Si tu papá te ha pegado, ¿alguna vez te dejó alguna cicatriz o tuviste que ir al doctor para que te curara?	1. Sí 2. No 3. Nunca me ha pegado	52

TACTICPA: TP1-TP27= 2: 26-52

Por otro lado, con frecuencia los hijos(as) hacen cosas indebidas, o desobedecen, o hacen enojar a sus padres. Quisiéramos saber qué tan seguido ha hecho TU PAPÁ (o sustituto) las siguientes conductas cuando tú has actuado indebidamente, o lo has alterado o lo has hecho enojar en el último año -es decir en los últimos 12 meses-. Las opciones para responder son: una vez en el último año, dos veces, de tres a cinco veces, de 6 a 10, de 11 a 20, o más de 20 veces. Si no las hizo en el último año, pero las ha hecho antes, en cualquier otra época de tu vida, queremos que también lo respondas.

En los últimos 12 meses, cuántas veces tu papá (o sustituto) hizo las siguientes cosas:

1= Una vez en el último año

2= Dos veces en el último año

3= 3 a 5 veces en el último año

4= 6 a 10 veces en el último año

5= 11 a 20 veces en el último año

6= Más de 20 veces en el último año

7= No lo hizo el último año, pero sí antes

0= Nunca lo ha hecho

En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces tu papá (o sustituto) hizo las siguientes cosas?	1	2	3	4	5	6	7	0	26-47
TP1. Te explicó por qué estaba mal algo que hiciste	1	2	3	4	5	6	7	0	
TP2. Te mandó a tu cuarto	1	2	3	4	5	6	7	0	
TP3. Te sacudió o zarandó	1	2	3	4	5	6	7	0	
TP4. Te pegó en las nalgas con un cinturón, un cepillo de pelo, un palo o algún otro objeto duro	1	2	3	4	5	6	7	0	
TP5. Te puso a hacer otra cosa, en vez de lo que habías hecho mal	1	2	3	4	5	6	7	0	
TP6. Te gritó o te dijo las cosas a gritos	1	2	3	4	5	6	7	0	
TP7. Te dio de puñetazos o te pateó fuerte	1	2	3	4	5	6	7	0	
TP8. Te dio de nalgadas	1	2	3	4	5	6	7	0	
TP9. Te agarró del cuello y te lo apretó	1	2	3	4	5	6	7	0	
TP10. Te dijo groserías, renegó contra ti o te maldijo	1	2	3	4	5	6	7	0	
TP11. Te dio una golpiza, es decir, te pegó tan fuerte como pudo	1	2	3	4	5	6	7	0	
TP12. Te dijo que te iba a correr de la casa o a echarte a patadas	1	2	3	4	5	6	7	0	
TP13. Te quemó a propósito	1	2	3	4	5	6	7	0	
TP14. Te amenazó con que te daría de nalgadas o que te pegaría, aunque en realidad no lo hizo	1	2	3	4	5	6	7	0	
TP15. Te pegó en alguna parte del cuerpo, que no fueran las nalgas, con un cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro	1	2	3	4	5	6	7	0	

En los últimos 12 meses, cuántas veces tu **papá (o sustituto)** hizo las siguientes cosas:

1= **Una** vez en el último año

2= **Dos** veces en el último año

3= **3 a 5** veces en el último año

4= **6 a 10** veces en el último año

5= **11 a 20** veces en el último año

6= **Más de 20** veces en el último año

7= **No** lo hizo el último año, pero sí antes

0= **Nunca** lo ha hecho

TP16. Te dio un manotazo en la mano, el brazo o la pierna	1	2	3	4	5	6	7	0
TP17. Te suspendió algunos de tus privilegios (dinero, permisos, etc.) o te castigó	1	2	3	4	5	6	7	0
TP18. Te pellizcó	1	2	3	4	5	6	7	0
TP19. Te amenazó con un cuchillo o una pistola	1	2	3	4	5	6	7	0
TP20. Te tiró o derribó con un golpe	1	2	3	4	5	6	7	0
TP21. Te dijo que eras estúpido o flojo o te dijo algún otro insulto de ese tipo	1	2	3	4	5	6	7	0
TP22. Te dio una cachetada o un golpe en la cabeza o en los oídos	1	2	3	4	5	6	7	0

TP23. Desde tu punto de vista, ¿las veces que tu papá te ha golpeado ha sido por un motivo justo?	1. Siempre ha sido por un motivo justo 2. A veces ha sido justo y otras no 3. Siempre me ha pegado injustamente 4. Nunca me ha pegado	48
TP24. Desde tu punto de vista, ¿tu papá te ha golpeado mucho?	1. Me ha golpeado demasiado 2. Me ha golpeado lo normal 3. Me ha golpeado poco 4. Nunca me ha golpeado	49
TP25. Si tu papá te ha pegado, ¿nos podrías comentar desde cuándo lo ha hecho?	1. Desde antes de que tenía cinco años 2. Empezó después de los cinco años 3. Nunca me ha pegado 4. No me acuerdo	50
TP26. Si tu papá te ha pegado desde que eras chico, ¿consideras que ahora te pega más que antes?	1. Ahora me pega más que antes 2. Me sigue pegando igual que antes 3. Me pega menos ahora 4. Nunca me ha pegado	51
TP27. Si tu papá te ha pegado, ¿alguna vez te dejó alguna cicatriz o tuviste que ir al doctor para que te curara?	1. Sí 2. No 3. Nunca me ha pegado	52

ESCALA TÁCTICAS DE CONFLICTO UTILIZADAS POR EL PADRE HACIA LA MADRE

	EN LA VIDA		EN EL ÚLTIMO AÑO	
	SI	NO	SI	NO
Cuántas veces tu papá le hizo a tu mamá lo siguiente cuando se enojaron:				
PM1. Discutió la dificultad o el problema calmadamente				
PM2. Le explicó su punto de vista sobre el problema				
PM3. Trajo o trató de traer a alguien que ayudara a arreglar las cosas				
PM4. La insultó, la maldijo o le dijo de groserías				
PM5. Se puso de malas o rechazó hablar sobre el problema				
PM6. La corrió a gritos del cuarto, la casa o el terreno				
PM7. Lloró				
PM8. Hizo o dijo algo para fastidiarla o molestarla				
PM9. Destruyó, rompió o golpeó algún objeto				
PM10. La amenazó con aventarle o pegarle con algún objeto				
PM11. Le aventó algún objeto				
PM12. La empujó o la aventó contra objetos, el piso o las paredes				
PM13. Le dio de cachetadas				
PM14. La pateó, o le dio de puñetazos				
PM15. Le pegó con algún objeto o trató de pegarle con algún objeto				
PM16. Le dio una golpiza				
PM17. La quemó				
PM18. La amenazó con un cuchillo o pistola				
PM19. Usó un cuchillo o una pistola contra ella				

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
RAMON DE LA FUENTE
Dirección de Servicios Clínicos. Subdirección de Hospitalización
Inventario de Beck

NOMBRE _____ FECHA _____

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lee cada grupo cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso, marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

1. ☐ No me siento triste.
☐ Me siento triste.
☐ Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
☐ Me siento tan triste e infeliz que ya no lo soporto.
2. ☐ No me siento desanimado acerca del futuro.
☐ Me siento desanimado acerca del futuro.
☐ Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
☐ Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
3. ☐ No me siento como un fracasado.
☐ Siento que he fracasado más que otras personas.
☐ Conforme veo hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
☐ Siento que como persona soy un completo fracaso.
4. ☐ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
☐ No disfruto de las cosas como antes.
☐ Ya no obtengo satisfacción de nada.
☐ Estoy insatisfecho y molesto con todo.
5. ☐ No me siento culpable.
☐ En algunos momentos me siento culpable.
☐ La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
☐ Me siento culpable todo el tiempo.
6. ☐ No siento que seré castigado.
☐ Siento que puedo ser castigado.
☐ Creo que seré castigado.
☐ Siento que estoy siendo castigado.
7. ☐ No me siento descontento conmigo mismo.
☐ Me siento descontento conmigo mismo.
☐ Me siento a disgusto conmigo mismo.
☐ Me odio a mí mismo.
8. ☐ No siento que sea peor que otros.
☐ Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
☐ Me culpo todo el tiempo por mis errores.
☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. ☐ No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
☐ Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
☐ Quisiera suicidarme.
☐ Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
10. ☐ No lloro más que de costumbre.
☐ Lloro más que antes.
☐ Lloro todo el tiempo.
☐ Podría llorar pero ahora no puedo aunque quiera.

11. ☐ Ahora no estoy más irritable que antes.
☐ Me molesto e irito más fácilmente que antes.
☐ Me siento irritado todo el tiempo.
☐ No me irrito por NADA con las cosas que antes me irritaba.
12. ☐ No he perdido el interés en la gente.
☐ No me interesa la gente como antes.
☐ He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
☐ He perdido todo el interés en la gente.
13. ☐ Tomo decisiones tan (j)en como siempre.
☐ Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
☐ Se me dificulta tomar decisiones.
☐ No puedo tomar decisiones en NADA.
14. ☐ No siento que me vea más feo que antes.
☐ Me preocupa que me vea viejo y feo.
☐ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
☐ Creo que mis VEO horrible.
15. ☐ Puedo trabajar tan bien como antes.
☐ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
☐ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
☐ No puedo trabajar para nada.
16. ☐ Duermo tan bien como antes.
☐ No duermo tan bien como antes.
☐ Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormir.
☐ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormir.
17. ☐ No me canso más de lo habitual.
☐ Me canso más fácilmente que antes.
☐ Me canso de hacer casi cualquier cosa.
☐ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
18. ☐ Mi apetito es igual que siempre.
☐ Mi apetito no es tan bueno como antes.
☐ Casi no tengo apetito.
☐ No tengo apetito en lo absoluto.
19. ☐ No he perdido peso o casi nada.
☐ He perdido más de .25 kilos.
☐ He perdido más de 5 kilos.
☐ He perdido más de 7.5 kilos.
(Estoy a dieta SI NO)
20. ☐ Mi salud no me preocupa más que antes.
☐ Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, estreñimiento.
☐ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
☐ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
21. ☐ Mi interés por el sexo es igual que antes.
☐ Estoy menos interesado en el sexo que antes.
☐ Ahora estoy mucho más interesado en el sexo que antes.
☐ He perdido completamente el interés en el sexo.

AUTOREPORTE DE ANSIEDAD PARA ADOLESCENTES (AAA)

(Adaptada por el Dr. Francisco de la Peña Olvera, adolesc@imp.edu.mx)

Fecha: _____

Expediente: _____

Instrucciones: Por favor lee con cuidado cada una de las oraciones y marca con un X qué tanto se aplica en tu caso para nunca, algunas veces o siempre en las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas ni malas.

		Nunca	Algunas veces	Siempre
1	Cuando tengo miedo no respiro bien.			
2	Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza.			
3	Me molesta estar con personas que no conozco.			
4	Cuando duermo en una casa que no es la mía siento miedo.			
5	Me preocupa saber si le caigo bien a las personas.			
6	Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar.			
7	Soy nervioso (a).			
8	Sigo a mis papás a donde ellos van.			
9	Las personas me dicen que me veo nervioso (a).			
10	Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco.			
11	Cuando estoy en la escuela me duele la panza.			
12	Cuando tengo mucho miedo, siento que me voy a volver loco(a).			
13	Me siento preocupado(a) cuando duermo solo(a).			
14	Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo en la escuela).			
15	Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas no fueran reales.			
16	En las noches sueño que cosas feas le van a pasar a mis papás.			
17	Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela.			
18	Cuando tengo mucho miedo, mi corazón late muy rápido.			
19	Tiemblo.			
20	En las noches sueño que me va a pasar algo malo.			
21	Me preocupa pensar como me van a salir las cosas.			
22	Cuando tengo miedo, sudo mucho.			
23	Me preocupo mucho			
24	Me preocupo sin motivo.			
25	Estar solo (a) en casa me da miedo.			
26	Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco.			
27	Cuando tengo miedo, siento que no puedo tragar.			
28	Las personas me dicen que me preocupo mucho.			
29	No me gusta estar lejos de mi familia.			
30	Tengo miedo de tener ataques de pánico.			
31	Me preocupa pensar que algo malo les pase a mis papás.			

32	Me da pena estar con personas que no conozco.			
33	Me preocupa pensar que pasará conmigo cuando sea grande.			
34	Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar.			
35	Me preocupa saber si hago las cosas bien.			
36	Me da miedo ir a la escuela.			
37	Me preocupo por las cosas que pasaron.			
38	Cuando tengo miedo, me siento mareado (a)			
39	Me pongo nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar).			
40	Me pongo nervioso (a) cuando voy a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay personas que no conozco			
41	Soy tímido			

DAST – 20 *

PRUEBA DE DETECCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS

FECHA: ____/____/____
Día Mes Año

Nombre del usuario: _____

Edad: _____

Sexo: F M

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su involucramiento con drogas durante los últimos 12 meses, excluyendo el alcohol. Lea cuidadosamente cada declaración que aparece a continuación y decida si su respuesta es SI o NO, para lo cual encierre en un círculo la respuesta correspondiente. El abuso de drogas se refiere a (1) el uso de drogas no prescritas, o en su caso, un exceso en el uso de drogas prescritas; (2) cualquier uso no médico de drogas. Los diversos tipos de drogas pueden ser: cannabis (v.g. marihuana, hashish), solventes, tranquilizantes (v.g. valium); barbitúricos, cocaína, estimulantes, alucinógenos (v.s. LSD) o narcóticos (v.g. heroína). Recuerde no incluir bebidas alcohólicas. Por favor conteste todas las preguntas. Si encuentra dificultad con alguna declaración, seleccione la respuesta que se ajuste a su caso personal.

ESTAS PREGUNTAS HACEN REFERENCIA A LOS ÚLTIMOS 12 MESES:

	SI	NO
¿Ha consumido drogas diferentes a las requeridas por razones médicas?	☐	☐
¿Ha abusado de drogas prescritas médicamente?	☐	☐
¿Abusa más de una droga por ocasión?	☐	☐
¿Puede pasar la semana sin usar drogas?	☐	☐
¿Es usted siempre capaz de dejar las drogas cuando lo desea?	☐	☐
¿Ha tenido olvidos o pérdidas de memoria por usar drogas?	☐	☐
¿Alguna vez se ha sentido culpable por usar drogas?	☐	☐
¿Alguna vez se han quejado sus padres por su involucración con las drogas?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido problemas con sus padres por el abuso de drogas?	☐	☐

- | | | |
|--|----------|----------|
| ¿Alguna vez ha perdido amigos(as) por su uso de drogas? | O | O |
| ¿Ha descuidado a su familia por el uso de drogas? | O | O |
| ¿Ha tenido dificultades en su escuela debido al abuso de drogas? | O | O |