

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

TESIS:

Asociación de factores resilientes y la presencia de problemas de salud mental en un grupo de adolescentes del sur de la ciudad de México

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Mariza Tlapa Rangel

TUTORA:

Dra. Blanca Estela Vargas Terrez

ASESORA:

Dra. Armida Granados Rojas

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

RESUMEN

Antecedentes. La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando sean muy pequeños (Munist 1998). No se encontraron estudios referentes a la asociación de factores resilientes y la presencia de problemas de salud mental.

Objetivos. Determinar la asociación entre los factores de resiliencia y la presencia de problemas de salud mental (de conducta y afectivos) en un grupo de adolescentes en la ciudad de México.

Material y Método. Tipo de estudio: Descriptivo, transversal y comparativo. El estudio se aplicó a Adolescentes que acudían a las Escuelas Secundarias “Juan Amo Camenio” y a la Secundaria técnica No. 64, ubicada al sur del Distrito Federal. Se seleccionaron aquellos adolescentes que acudieron a las escuelas secundarias ya mencionadas, en el periodo comprendido de Enero del 2012 a Marzo 2012 que presenten una puntuación de 5 o más en el CBTD correspondientes a problemas de conducta y afectivos. A los adolescentes se les aplicó el cuestionario de Resiliencia desarrollado por González-Arratia. El análisis de resultados se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS, por medio de estadística descriptiva para los factores socios demográficos y estadística analítica para la determinación de asociación entre variables. Se utilizó la correlación de Pearson para correlacionar la puntuación de CBTD y Resiliencia. Para las variables categóricas se utilizó χ^2 .

Resultados y Conclusiones. Los datos obtenidos a partir de este estudio sugieren y coinciden con estudios previos que consideran a la Resiliencia como factor protector para el desarrollo de psicopatología. La evidencia de la asociación significativa entre las variables de las dimensiones de Resiliencia y los problemas de salud mental contribuye a identificar aquellos factores específicos de Resiliencia que se relacionan con problemas de conducta y depresión con el fin de guiar el desarrollo e implementar intervenciones tempranas que permitan desarrollar cada una de las dimensiones que abarca la Resiliencia. Estas intervenciones deberán dirigirse en múltiples niveles de influencia para los adolescentes como la cultura, la comunidad, la familia y el propio individuo.

PALABRAS CLAVE:

Resiliencia, síndrome, adolescente.

INDICE GENERAL

1. Introducción	.....	5
2. Marco teórico	.....	6
3. Justificación	.....	17
4. Planteamiento del problema	.....	17
5. Hipótesis	.....	17
6. Objetivos	.....	17
7. Material y métodos	.....	18
Tipo de diseño	.....	18
Población y/o muestra	.....	18
Procedimiento	.....	18
Variables	.....	19
Instrumentos de medición	.....	21
Análisis estadístico	.....	22
Consideraciones éticas	.....	23
8. Resultados	.....	23
9. Discusión	.....	34
10. Conclusiones	.....	36
11. Bibliografía	.....	38
12. Anexos	.....	40

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1	Datos socio demográficos de los adolescentes	24
TABLA 2	Datos socio demográficos de los padres	24
TABLA 3	Uso de sustancias	26
TABLA 4	Rango de puntuaciones CBTD – RESILIENCIA	26
GRAFICO 1	Distribución de CBTD por sexo	27
GRAFICO 2	Resiliencia total por sexo	27
TABLA 5	Dimensiones de resiliencia en adolescentes	28
TABLA 6	Síndromes (No caso y probable caso)	28
TABLA 7	Correlación CBTD total y Resiliencia total	29
GRAFICO 3	Correlación Negativa CBTD total y Resiliencia total	29
TABLA 8	Asociación de síndromes de CBTD y variables socios demográficas	30
TABLA 8.1	Asociación de dimensiones de resiliencia y variables socio demográficas	32
TABLA 9	Asociación de síndromes de CBTD y dimensiones de resiliencia	33

1. INTRODUCCIÓN

La resiliencia es un concepto evolutivo y de la salud que se refiere a la capacidad de adaptación positiva de niños, jóvenes y adultos frente a circunstancias adversas y de riesgo. Actualmente existen pocos estudios sobre el tema.

La medición de la resiliencia requiere de tres elementos principales: la identificación de los riesgos a los que se encuentren sometidas las personas, la medición de sus características disposicionales individuales y, la evaluación de las competencias, entendidas como el alcance de logros o metas en tareas del desarrollo adecuados a la edad, sexo y la cultura de las personas.

Las circunstancias que caracterizan el entorno en el que se desarrolla un individuo y los acontecimientos que va afrontando, sobre todo en la infancia y la adolescencia, son factores importantes y la base sobre la cual se constituyen la propia identidad, el desarrollo de mecanismos de defensa, estrategias de afrontamiento y las habilidades sociales necesarias para su evolución.

En general la tendencia actual de la investigación se orienta hacia contemplar, no sólo los factores de riesgo sino, también los factores de protección frente a la psicopatología; como los estilos de afrontamiento y la personalidad del propio adolescente (sentimientos de auto eficacia, locus de control interno, resiliencia, etc.), el apoyo familiar (habilidades de comunicación, confianza y empatía) y otros factores (como la posibilidad de encontrar referentes positivos en maestros y otros adultos de la comunidad a la que pertenece) (Joseph y cols. 2007).

El presente trabajo, se realiza con la intención de determinar la asociación de factores resilientes y la presencia de síntomas afectivos y de conducta en un grupo de adolescentes, ya que no se encontraron estudios con respecto a esto y, nos ayudará a comprender mejor los factores que hacen que los adolescentes resistan las adversidades de la vida, cuáles son los déficits de aquellos que sucumben y qué factores han de ponerse en marcha para lograr intervenciones eficaces. Asimismo, se realiza con el fin de elaborar métodos prácticos o estrategias educativas, para la promoción de la salud mental en este grupo etario.

2. MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Los estudios acerca de la psicopatología del desarrollo han mostrado que algunos problemas y trastornos iniciados en la infancia persisten hasta la edad adulta cuando se asocian a otros trastornos psiquiátricos. El panorama epidemiológico de los trastornos mentales en México muestra que la magnitud y trascendencia de los trastornos mentales es amplia e importante, por lo que se requieren acciones sistemáticas y programadas con fines tanto preventivos como curativos (Caraveo 2006).

En México los estudios epidemiológicos acerca de la salud mental de los niños se iniciaron en la década de 1980. En nuestro país poco más del 40% de la población es menor de 18 años (Caraveo 2006). Los resultados del cuestionario de Reporte para Niños (RQC) de Caraveo y cols. (2006) mostraron una prevalencia del 16% en los problemas de salud mental de la población infantil urbana de entre 3 y 12 años. Se encontró también que a mayor edad y para ambos sexos, esta prevalencia de síntomas fue superior.

Los síntomas infantiles, por los cuales los padres acuden en busca de ayuda con mayor premura a los servicios de salud mental, se agrupan según sus manifestaciones de externalización como la hiperactividad, la impulsividad y otros síntomas de conducta desorganizada. Las manifestaciones de internalización que incluyen principalmente la angustia y los estados alterados del ánimo, presentan un mayor retraso en la atención (Caraveo 2002).

Caraveo y cols. (2002) Ante la evidencia de que para atender los problemas psicopatológicos en la infancia se acude a los servicios de salud en fases avanzadas y con diversas complicaciones, propusieron como una tarea necesaria desarrollar una herramienta sencilla y breve que permitiera, a los trabajadores de la salud identificar tempranamente las manifestaciones de un posible estado de riesgo en la salud mental de los niños.

De acuerdo con algunos estudios epidemiológicos (Espín 2009) se ha llegado al consenso de que, en los países occidentales, en la infancia y la adolescencia, la prevalencia de los trastornos psiquiátricos de 3 meses a 1 año es del 15% y, entre un 7-8% de estos tiene trastornos graves asociados con alguna dificultad en el funcionamiento psicosocial o educativo. Por otro lado, cuando se realizan evaluaciones repetidas en el tiempo, alrededor de un tercio de los individuos cumplen criterios para uno o más diagnósticos psiquiátricos en un momento u otro a mitad de la adolescencia, de estos, sólo una pequeña parte (inferior al 10%) recibe una asistencia especializada.

De los niños que acuden con el especialista en pediatría, el 30% presenta quejas somáticas y padecen trastornos emocionales. De ellos sólo la mitad son identificados por dicho especialista y menos de la mitad son derivados a un servicio específico especializado (Espín 2009).

Las tasas de prevalencia para los niños y adolescentes varían en función de la edad, sexo y la clase social dependiendo de la muestra y los criterios diagnósticos utilizados (Espín 2009).

Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico.

En los niños, la psicopatología puede entenderse como un desarrollo normal que se ha vuelto inapropiado o desviado. Esto quiere decir que hay conductas esperables a cierta edad, pero que si persisten puede convertirse en patológicas. Cuando algunos rasgos, signos o conductas son especialmente llamativos y se presentan de manera conjunta y frecuente, convencionalmente se habla de síndromes.

En México, a finales de la década de 1980, se empezó a trabajar con el Cuestionario de Reporte para Niños (RQC) elaborado hacia fines de la década anterior, en el contexto de un estudio de colaboración promovido por la Organización Mundial de la Salud para extender la atención primaria a los problemas de salud mental en países en desarrollo. El instrumento mostró tener un valor predictivo positivo (VPP) de 76% y un valor predictivo negativo (VPN) de 99% y, ha sido útil para detectar problemas de salud mental en la población escolar (Caraveo 2007).

El Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) se desarrolló a partir de la experiencia acumulada con el RQC. Se agregaron 17 preguntas que exploran síntomas que frecuentemente son motivo de consulta en los servicios de salud mental y que se refieren, algunos de ellos, a síntomas cardinales de diferentes trastornos.

El instrumento consta de 27 preguntas que son respondidas por los padres de los menores, a fin de explorar síntomas frecuentes que son motivo de consulta en los servicios de salud mental. Con respecto a las características clinimétricas, el CBTD mostró una buena confiabilidad, $KR-20 = 0.81$ y, adecuada validez de contenido para identificar grupo de síntomas que sugieren la presencia de los síndromes psiquiátricos más frecuentes en la infancia y la adolescencia. El objetivo de su diseño fue la detección temprana del problema de salud mental en la comunidad y en los servicios de atención primaria y no como un instrumento diagnóstico para escenarios clínicos especializados. Por lo tanto, el instrumento permite identificar eficazmente diversas constelaciones sindromáticas respecto de las cuales se puede investigar su relevancia en cuanto a la

discapacidad asociada a su presencia, a su persistencia, si así fuese el caso, al entrelazamiento con otros síndromes, a su asociación respecto a variables clínicas de sus progenitores, e incluso respecto a variables genéticas, todos ellos aspectos relevantes para la investigación acerca de la psicopatología del desarrollo (Caraveo 2007).

En este estudio se decide utilizar este instrumento para identificar los síntomas relacionados a problemas conductuales o del estado de ánimo en los adolescentes.

Resiliencia

El programa de salud del Adolescente, en la división de promoción y protección de la salud de la Organización Panamericana, busca promover la salud y el desarrollo de los adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años de edad en la región de Latinoamérica y El Caribe. Apoyar el desarrollo de los adolescentes es una estrategia para prevenir las conductas de riesgo (Munist 1998).

El desarrollo es un proceso continuo a través del cual el adolescente satisface sus necesidades, desarrollo competencias (la habilidad para adaptarse a diversas ecologías y ambientes) y redes sociales. Se busca apoyar el desarrollo de adolescentes y jóvenes dentro del contexto de la familia, su ambiente socio-económico, político y cultural (Munist 1998).

Desde el decenio de los años 80 ha existido un interés creciente por tener información acerca de aquellas personas que desarrollan competencias a pesar de haber sido criados en condiciones adversas o en circunstancias que aumentan las posibilidades de presentar patologías mentales o sociales. Se concluyó que el adjetivo “resiliente”, en español y, en francés “résilience” se emplea en metalurgia e ingeniería civil para describir la capacidad de algunos materiales de recobrar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora (Munist 1998).

A continuación se exponen algunas definiciones de la palabra “resiliencia” propuestas por diversos autores:

- Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (Institute on child resilience and family 1994).
- Enfrentamiento efectivo de las circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lôsel, Blieneser y Koflerl, 1989).
- Capacidad del ser humano para ser frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive ser transformado por ellas (Munist 1998).

Por lo tanto la resiliencia distingue 2 componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión y, por otra parte, más allá de la resistencia, es la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles (Munist 1998).

La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida y, construir sobre ellos. El concepto genérico se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento y, un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando sean muy pequeños (Munist 1998).

Es conveniente diferenciar entre el enfoque de resiliencia y el enfoque de riesgo. Ambos son consecuencia de la aplicación del método epidemiológico a los fenómenos sociales. Sin embargo se refieren a aspectos diferentes pero complementarios. Considerarlos en forma conjunta proporciona una máxima flexibilidad, genera un enfoque global y fortalece su aplicación en la promoción de un desarrollo sano (Munist 1998).

El enfoque de riesgo se centra en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social. Ha sido ampliamente utilizado en programas de atención primaria y, el personal de los mismos está familiarizado con sus conceptos y aplicaciones (Munist 1998).

El enfoque de Resiliencia se explica a través de lo que se ha llamado el modelo “del desafío” o “de la resiliencia”. Este modelo muestra que las fuerzas negativas expresadas en términos de daños o riesgos no encuentran a un niño inerte en el cual se determinarán, inevitablemente, daños permanentes. Describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando así sus efectos negativos y, a veces, transformándolas en factor de superación de la situación difícil. Por lo tanto no debe interpretarse que este enfoque está en oposición del modelo de riesgo, sino que lo complementa y lo enriquece acrecentando así su aptitud para analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces (Munist 1998).

En la actualidad, una de las conclusiones que se desprende de las investigaciones sobre resiliencia, es la formación de personas socialmente competentes que puedan tener conciencia de su identidad, que puedan tomar decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor, satisfacer sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto, metas, poder y significado, constituyéndose en personas productivas y saludables (González Arriata 2008).

La resiliencia puede verse también como una estrategia de afrontamiento, como una habilidad de solución de problemas y autorregulación, como contribuyendo a la competencia de afrontamiento y, como la autonomía, la inteligencia y la competencia social (González Arratia 2008).

En el área de la salud mental, la psicopatología define como resiliencia emocional al conjunto de los rasgos de la personalidad y de los mecanismos cognitivos desarrollados por un individuo que le confieren protección ante situaciones adversas, impidiendo el desarrollo de un trastorno mental. De esta manera, la resiliencia se considera un proceso dinámico de desarrollo que permite una adaptación positiva, para lograr un funcionamiento competente frente a un trauma y/o estrés severo y prolongado. Desde el punto de vista de la biología y de la neurociencia, el cerebro es el órgano ejecutor central del sistema biológico responsable de la resiliencia y el encargado de regular los mecanismos neurobiológicos, cognitivos y psicológicos del individuo vinculados con la respuesta al estrés y la resiliencia. Se puede, entonces considerar a la resiliencia como una función o propiedad compleja de los sistemas biológicos, que opera en los diferentes niveles o sistemas de organización de los seres vivos (desde el nivel molecular y celular hasta el nivel social y de adaptación ambiental). La resiliencia permite al organismo adaptarse a las situaciones y a los cambios permanentes; por un lado, mantiene la homeostasis de las funciones biológicas principales, y por el otro, hace posible que el sistema regrese a un estado previo de funcionamiento fisiológico y adaptativo, cuando un factor estresante provoca daño o alteración (Cicchetti 2007).

La evidencia empírica sugiere que los determinantes de la resiliencia son complejos e incluyen factores sociales, psicológicos y biológicos (genéticos y epigenéticos). En los individuos resilientes, las variables constitucionales, biológicas y genéticas interactúan con las variables ambientales y las conductas aprendidas para resolver determinadas situaciones adversas, evitando o previniendo un trastorno psiquiátrico. Su estudio detallado nos permitirá, en el futuro, fortalecer estas funciones en el individuo mediante maniobras terapéuticas que influyan sobre dichos mecanismos, mejorando la resiliencia del sistema (Cicchetti 2007).

La necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables en el área de la medición de la Resiliencia, ha sido una preocupación de los investigadores en estos últimos años. Esta necesidad ha surgido tanto para la evaluación de la resiliencia en jóvenes y adultos, como también para abordar el tramo de edad escolar (Saavedra 2008).

Con la aparición de la escala de Resiliencia SV-RES (Saavedra-Villalta 2008) en Chile, se pudo contar con un instrumento confiable y válido que, medía no sólo una estimación general del nivel de resiliencia en jóvenes y adultos, sino que permitía desagregar la puntuación total en factores específicos.

La ventaja de desagregar por áreas o dimensiones, se centro en la posibilidad de diferenciar los aspectos fuertes y los débiles, que presentaba una persona y que muchas veces permanecían ocultos tras un puntaje global de resiliencia. Con ello se abría la posibilidad de intervenir más certeramente en las áreas disminuidas y apoyarse en las fortalezas del sujeto (Saavedra-Villalta 2008).

Resiliencia y conductas de Riesgo.

En el estudio de Perkins y Jones (2004) se analiza la relación entre abuso físico en la infancia y conductas de riesgo sociales al llegar estos niños a la adolescencia. Encontraron que a pesar de que estos jóvenes habían sufrido malos tratos en la infancia, una parte de ellos no desarrollaron conductas de riesgo, tales como consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. La religiosidad, el apoyo familiar, el apoyo de otros adultos, implicación del grupo de pares en conductas positivas y el buen clima escolar resultaron ser predictores positivos para el no consumo. Un hallazgo sorprendente de este estudio fue que aquellos jóvenes que buscaron apoyo de otros adultos fuera de sus familias, presentaron un incremento importante en el consumo de alcohol. Una explicación a este hallazgo fue la necesidad de que los jóvenes busquen apoyo en otras personas fuera de su familia, en virtud de no encontrar apoyo dentro de ésta.

Fergus y Zimmerman (2005) estudiaron la relación de los factores de riesgo y protección con relación a la resiliencia en el consumo de distintas drogas. Como sabemos esto tiene una gran relevancia porque, a nivel teórico es de esperar que si incrementamos conductas resilientes, las personas podrían tener mayores posibilidades de no consumir drogas.

La medición de la resiliencia requiere de tres elementos principales: la identificación de los riesgos a los que se encuentren sometidas las personas, la medición de sus características disposicionales individuales y, la evaluación de las competencias, entendidas como el alcance de logros o metas en tareas del desarrollo adecuados a la edad, sexo y la cultura de las personas.

Para establecer los logros es necesario partir de los criterios de adecuación funcionales (y por lo tanto efectivos), pertinentes a tareas específicas y adaptadas a los contextos culturales donde se llevan a cabo las evaluaciones (Ribes 1990).

El conjunto de atributos personales cuya combinación permite superar los efectos nocivos de las situaciones de riesgo considera un grupo de cualidades que pueden ser enmarcadas en 10 dimensiones de carácter disposicional, a saber: afrontamiento, actitud positiva, sentido del humor, empatía, flexibilidad, perseverancia, religiosidad, auto eficacia, optimismo y orientación a la meta (Uriarte 2005).

Las circunstancias que caracterizan el entorno en el que se desarrolla un individuo y los acontecimientos que va afrontando, sobre todo en la infancia y la adolescencia, son factores importantes y la base sobre la cual se constituyen la propia identidad, el desarrollo de mecanismos de defensa, estrategias de afrontamiento y las habilidades sociales necesarias para su evolución (Uriarte 2005).

En relación a las variables socio demográficas, Costello y cols. (1998) encuentran que un bajo nivel socioeconómico, convivir con un único padre y el fracaso escolar, están asociados a trastornos de conducta perturbadores. Grant y Compas (2003) consideran por otro lado, que una mala relación parental con los hijos mediatiza la relación entre un bajo nivel socioeconómico y síntomas psicopatológicos en niños y adolescentes. En este mismo estudio, hallaron que la presencia de acontecimientos vitales estresantes en la vida de los niños y adolescentes correlaciona con psicopatología. Por tanto proponen que entre ambos aspectos existe una relación dinámica y recíproca, en la que variables mediadoras, como las atribuciones y el afrontamiento y, variables moderadoras como la edad, el género, el soporte social y familiar, serían determinantes.

En general la tendencia actual de la investigación se orienta hacia contemplar, no sólo los factores de riesgo sino, también los factores de protección frente a la psicopatología; como los estilos de afrontamiento y la personalidad del propio adolescente (sentimientos de auto eficacia, locus de control interno, resiliencia, etc.), el apoyo familiar (habilidades de comunicación, confianza y empatía) y otros factores (como la posibilidad de encontrar referentes positivos en maestros y otros adultos de la comunidad a la que pertenece) (Joseph y cols. 2007).

En un estudio realizado por Bragado y cols. (1999) con una muestra de niños y adolescentes entre 6 y 17 años, encontraron que tener un padre joven, estar muy preocupado por la muerte de un ser querido, discusiones y peleas familiares, haber sido maltratado físicamente, repetir curso y tener problemas de comportamiento en la infancia, se relaciona con el riesgo de sufrir trastornos de conducta. Los trastornos de ansiedad están asociados a la edad de la madre, problemas en el parto, miedo a ser maltratado, estar preocupado por la familia y tomar medicación a diario. Y por último, el tener más

edad, el alcoholismo familiar, las complicaciones durante el embarazo, tener enfermedades frecuentes, dificultades físicas y el estado psicopatológico de la madre, están relacionados con trastornos depresivos.

Estudios de Werner (1982, 1989) y Garmezy (1993) han dado cuenta de algunos de los factores que se observan comúnmente en los niños que, estando expuestos a situaciones adversas, se comportan en forma resiliente. De acuerdo a estos autores, se distinguen 4 aspectos que se repiten en forma recurrente, siendo estos últimos los que ayudan a promover los comportamientos resilientes:

1. Características del temperamento, en las cuales se observan manifestaciones tales como un adecuado nivel de actividad, capacidad reflexiva y responsividad frente a otras personas.
2. La capacidad intelectual y la forma en que ésta se utiliza.
3. La naturaleza de la familia, respecto de atributos tales como su cohesión, la ternura y preocupación por el bienestar de los niños.
4. La disponibilidad de fuentes de apoyo externo, tales como contar con un profesor, un padre/madre sustituto, o bien, instituciones tales como la escuela, agencias sociales o la iglesia entre otros (Gaggero 2000).

Fergusson y Lynskey (1996) dan cuenta de una serie de factores que actúan en calidad de protectores y, por tanto pueden proteger o mitigar los efectos de la privación temprana, promoviendo a su vez los comportamientos resilientes en niños que viven en ambientes considerados de alto riesgo. Entre estos factores se encuentran:

1. Inteligencia y habilidad de resolución de problemas. Se ha observado que los adolescentes resilientes presentan una mayor inteligencia y habilidad de resolución de problemas que los no resilientes. Según los autores, esto significa que una condición necesaria aunque no suficiente para la resiliencia, es poseer una capacidad intelectual igual o superior al promedio.
2. Género. El pertenecer al género femenino es considerado como una variable protectora, según lo indican estudios que han observado una mayor vulnerabilidad al riesgo en los hombres (Gaggero 2000).
3. Desarrollo de intereses y vínculos afectivos externos. La presencia de intereses y personas significativas fuera de la familia, favorece la manifestación de comportamientos resilientes en circunstancias familiares adversas.
4. Apego parental. Estudios longitudinales han destacado que la presencia de una relación cálida, nutritiva y apoyadora, aunque no necesariamente presente en todo

momento (Greenspan 1997), con al menos uno de los padres, que protege o mitiga los efectos nocivos de vivir en un medio adverso.

5. Temperamento y conducta. Investigaciones con adolescentes han observado que aquellos que actualmente presentaban características resilientes, habían sido catalogados como niños fáciles y de buen temperamento durante su infancia.
6. Relación con pares. Los autores replican lo observado por Werner en el estudio con niños en Kauai, señalando que los niños resilientes se caracterizan por tener una relación de mejor calidad con sus pares que los niños no resilientes.

Algunas de las variables recién mencionadas por Fergusson y Lynskey (1996) aparecen con anterioridad en investigaciones mencionadas por Rutter (1990). Este último autor también alude al género masculino como una variable que genera una mayor vulnerabilidad al riesgo y da cuenta de los mecanismos que subyacen a esta característica:

1. Los varones estarían más expuestos que las mujeres a experimentar situaciones de riesgo en forma directa.
2. En situación de quiebre familiar los niños tienen más probabilidad que las niñas de ser reubicados en alguna institución.
3. Los niños tienden a reaccionar a través de conductas oposicionistas con mayor frecuencia que las niñas, lo cual a su vez genera respuestas negativas de parte de los padres.
4. En general las personas tienden a interpretar de modo distinto las conductas agresivas de los niños que la de las niñas y, a su vez, castigar más severamente estos comportamientos en los varones (Gaggero 2000).
5. Otras variables mencionadas por Rutter (1990) que actuaría también a favor de la vulnerabilidad o de la protección son: el apoyo marital, la capacidad de planificación, las experiencias escolares positivas y los eventos neutralizantes.

Factores ligados al contexto familiar que influyen en la conducta de los niños

1. **Violencia familiar:** No será parte de lo evaluado en nuestro estudio, pero es importante mencionar que la presencia de violencia familiar es un factor con un impacto muy negativo para la conducta y resiliencia de los adolescentes.
2. **Estilos de crianza:** Aunque no es parte ni motivo de nuestro estudio, se ha visto que el estilo de crianza autoritativo, está relacionado a conductas más sanas en los niños y a mayor resiliencia.

3. **Trastornos psiquiátricos en los padres:** Díaz (2004) estudio la presencia de trastornos de conducta en el padre, la madre y la pareja, así como la depresión posparto en la madre y la presencia de toxicomanías y alcoholismo en alguno de los padres que evidencia la asociación con problemas de conducta en los niños.

Tremblay y cols. (2004) encontraron que del 35 al 46% de los niños con diagnóstico de trastornos de conducta presentaron antecedente de conducta antisocial del padre. En esta misma línea se manifestaron las investigaciones de Moss y cols. (2001) en las que los autores afirmaron que el riesgo se multiplicaba por 13 cuando se daba esta circunstancia. En cuanto a las madres, Tremblay y cols. (2004) afirman que a pesar de ser uno de los aspectos menos estudiados, la presencia de conducta antisocial en las madres de niños con edades anteriores a su entrada a la secundaria originaría un mayor número de conductas agresivas en sus hijos. Esta frecuencia sería aún mayor si, al hecho de la conducta antisocial, han sido madres a una edad precoz. Por tanto la presencia de conductas antisociales y embarazos precoces incrementa aún más el riesgo de los trastornos de conducta en los hijos.

Respecto al consumo de drogas y, en especial, el alcohol-dependencia en los padres, es uno de los factores considerado de mayor riesgo para la presencia de trastornos de conducta en los hijos. Así, como un riesgo mayor de que los hijos de estos padres presenten, igualmente, alcohol-dependencia (Clark y cols. 2004).

Por otro lado, según Ehrensaft y cols, (2003) la presencia de toxicomanías, en especial, alcohol-dependencia en la madre, no tendría efecto sobre la presentación de trastornos de conducta en los hijos.

Las investigaciones que relacionan la depresión post-parto como factor de riesgo, la mayoría de ellos, suelen ser longitudinales. Se cree que el riesgo estaría relacionado con el tipo de interacción entre la madre con depresión post-parto y su hijo, ya que originaría una merma en las capacidades del niño, a largo plazo, para regular sus emociones (Kim-Cohen y cols, 2005). También se ha argumentado que las razones serían la incapacidad de la madre para responder de forma contingente y con sensibilidad frente a las demandas del niño.

El tratamiento de la depresión en la madre, si bien da resultados positivos sobre la depresión, éstos no se traducen en una mejora de la interacción madre-hijo. Igualmente, la presencia de un temperamento difícil en el niño puede desencadenar una depresión en la madre (Murray y cols, 1996).

Aunque se admite, en general, la influencia de la depresión post-parto sobre la conducta posterior del hijo, no todos los estudios confirman esta circunstancia. Esto lo demuestra Kurstjens y Wolke (2001), quienes suponen que sería un factor de riesgo siempre y cuando la depresión sea crónica, y sería más frecuente en niños que en niñas y, además con otros riesgos neonatales o en caso de que la familia este expuesta a otros riesgos.

Resiliencia en adolescentes mexicanos

Una de las dimensiones del instrumento en la que se obtuvo la media más alta es la que corresponde a la familia; en efecto, la familia a pesar de las transformaciones que ha tenido a lo largo del tiempo, sigue siendo el grupo social que ofrece más seguridad y equilibrio emocional al adolescente y es un factor protector en la resiliencia de los individuos (González Arratia 2008).

En cuanto a las diferencias por género se observó que los hombres muestran mayor resiliencia con rasgos a ser más independientes, mientras que las mujeres logran ser resilientes siempre y cuando exista un mayor apoyo externo significativo de amigos, maestros y familia.

Específicamente, la literatura respecto de la resiliencia reporta consistentemente que el hecho de ser mujer es considerado como una variable protectora, mientras que el ser hombre representa una mayor vulnerabilidad al riesgo (González Arratia 2008).

3. JUSTIFICACIÓN

Cada adolescente es un individuo único, aunque hay numerosos factores comunes al desarrollo que todos afrontan durante los años de la adolescencia, como las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Algunos jóvenes tienen problemas para manejar tantos cambios a la vez y pueden necesitar ayuda para superar esta transición física, cognoscitiva y social, ese proceso de toma de decisiones y de adaptación dentro de la sociedad los lleva a tener una vida sana o a caer en conflictos tales como problemas con la autoridad, rebeldía, alcoholismo y drogadicción, depresión o trastornos alimenticios, entre muchos otros. Lo anterior dependerá de la fuerza interior y el ambiente en donde se desarrolle el adolescente para enfrentar la adversidad y resistir las situaciones que se presenten haciendo uso de la resiliencia.

El presente trabajo, se realiza con la intención de determinar la asociación de factores resilientes y la presencia de síntomas afectivos y de conducta en un grupo de adolescentes, ya que no se encontraron estudios con respecto a esto y, nos ayudará a comprender mejor los factores que hacen que los adolescentes resistan las adversidades de la vida, cuáles son los déficits de aquellos que sucumben y qué factores han de ponerse en marcha para lograr intervenciones eficaces. Asimismo, se realiza con el fin de elaborar métodos prácticos o estrategias educativas, para la promoción de la salud mental en este grupo etario.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la asociación entre los factores resilientes y la presencia de síntomas de conducta y afectivos en un grupo de adolescentes?

5. HIPÓTESIS

Los adolescentes con problemas de salud mental presentan niveles bajos de resiliencia.

6. OBJETIVOS

General

Determinar la asociación entre los factores de resiliencia y la presencia de problemas de salud mental (de conducta y afectivos) en un grupo de adolescentes en la ciudad de México.

Específicos

1. Determinar factores socio demográficos en la población estudiada
2. Determinar los factores resilientes de los adolescentes
3. Determinar los síntomas que indiquen problemas de salud mental en los adolescentes

4. Establecer la asociación entre los factores resilientes y la presencia de problemas de salud mental en un grupo de adolescentes de la ciudad de México

7. MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio

Descriptivo, transversal y comparativo.

Universo

El estudio se aplicó a Adolescentes que acudían a las Escuelas Secundarias “Juan Amo Camenio” y a la Secundaria técnica No. 64, ubicada al sur del Distrito Federal.

Muestra

El muestreo se selecciono por conveniencia.

Se eligieron aquellos adolescentes que acudieron a las escuelas secundarias ya mencionadas, en el periodo comprendido de Enero del 2012 a Marzo 2012 que presenten una puntuación de 5 o más en el CBTD correspondientes a problemas de conducta y afectivos.

Criterios de inclusión

Adolescentes que fueran alumnos de las secundarias mencionadas que cursarán de 1ro. a 3er. año de Secundaria.

Adolescentes cuyo padre o tutor autorizaron participar en el estudio.

Adolescentes que presentaron una puntuación total de 5 o más en el CBTD.

Adolescentes que presentaron una puntuación total menor a 5 en el CBTD.

Criterios de exclusión

Adolescentes que presentaron uno o más diagnósticos psiquiátricos documentados previamente al estudio.

Aquellos que no aceptaron participar en el estudio

Criterios de eliminación

Que no completaron los cuestionarios.

Procedimiento

Se acudieron a dos escuelas secundarias a solicitar la autorización para la realización del estudio. Se informó a los padres o tutores de los adolescentes y se les entregó el consentimiento informado para la realización del estudio. Se entregó el CBTD a los padres de los adolescentes que aceptaron participar en el estudio. A los adolescentes se les aplicó el cuestionario de Resiliencia desarrollado por González-Arratia.

Se calificaron ambos cuestionarios seleccionándose a aquellos que presentaron una puntuación de 5 o más como casos probables y los que obtuvieron una puntuación menor de 5 como casos no probables.

Se capturó y guardó la información por medio del programa SPSS y se determinó la asociación entre los factores de resiliencia y la presencia de problemas de conducta y afectivos en éste grupo de adolescentes, así como su asociación con factores socio demográficos.

Variables

Sociodemograficas (padres)

VARIABLE	TIPO	DIMENSIONES	ESTADISTICA
EDAD	INDEPENDIENTE	INDEFINIDO	CUANTITATIVA DISCRETA
SEXO	INDEPENDIENTE	FEMENINO MASCULINO	CUALITATIVA NOMINAL
ESTADO CIVIL	INDEPENDIENTE	SOLTERO CASADO UNIÓN LIBRE DIVORCIADO SEPARADO VIUDO	CUALITATIVA NOMINAL
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES	INDEPENDIENTE	NINGUNA PRIM. INCOMPLETA PRIM. COMPLETA SEC. INCOMPLETA SEC. COMPLETA PREP INCOMPLETA PREP COMPLETA LIC. INCOMPLETA LIC. COMPLETA POSGRADO	CUALITATIVA ORDINAL
CUPACIÓN DE LOS PADRES	INDEPENDIENTE	NINGUNA AMA DE CASA EMPLEO EVENTUAL EMPLEO FIJO COMERCIANTE PROFESIONISTA JUBILADO	CUALITATIVA NOMINAL
AÑOS DE VIVIR JUNTOS	INDEPENDIENTE	INDEFINIDO	CUANTITATIVA DISCRETA
AÑOS DE SEPARACIÓN	INDEPENDIENTE	INDEFINIDO	CUANTITATIVA DISCRETA
VIVIENDA	INDEPENDIENTE	PROPIA RENTADA PRESTADA	CUALITATIVA NOMINAL
NÚMERO DE PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA	INDEPENDIENTE	INDEFINIDO	CUANTITATIVA DISCRETA
ANTECEDENTES DE USO DE ALCOHOL	INDEPENDIENTE	SI NO	CUALITATIVA NOMINAL
ANTECEDENTES DE USO DE TABACO	INDEPENDIENTE	SI NO	CUALITATIVA NOMINAL

VARIABLE	TIPO	DIMENSIONES	ESTADISTICA
ANTECEDENTES DE USO DE SUSTANCIAS	INDEPENDIENTE	SI NO	CUALITATIVA NOMINAL
13. ENFERMEDAD EMOCIONAL	INDEPENDIENTE	SI NO	CUALITATIVA NOMINAL
ANTECEDENTES FAMILIARES	INDEPENDIENTE	SI NO	CUALITATIVA NOMINAL

Del adolescente

VARIABLE	METODOLOGÍA	DIMENSIONES	ESTADISTICA
EDAD	DEPENDIENTE	INDEFINIDO	CUANTITATIVA DISCRETA
SEXO	DEPENDIENTE	FEMENINO MASCULINO	CUALITATIVA NOMINAL
ESCOLARIDAD	DEPENDIENTE	1 AÑO 2 AÑO 3 AÑO	CUALITATIVA ORDINAL
PUNTUACIÓN EN EL CBTD	DEPENDIENTE	DEL 5 AL 27	CUANTITATIVA DISCRETA
TRASTORNOS PSIQUIATRICOS	DEPENDIENTE	AFECTIVOS DE CONDUCTA	CUALITATIVA ORDINAL
RESILIENCIA	DEPENDIENTE	SEGURIDAD PERSONAL AUTOESTIMA AFILIACIÓN ALTRUISMO FAMILIA BAJA AUTOESTIMA	CUALITATIVA ORDINAL

Definiciones operacionales

Trastorno de conducta. El trastorno de conducta (su sigla en inglés es CD), es una alteración del comportamiento caracterizado por comportamiento negativo. Los niños con trastorno de conducta tienen dificultad para seguir reglas y comportarse en una manera socialmente aceptable.

Trastornos afectivos. Los trastornos afectivos, son un grupo de padecimientos que se caracterizan por anomalías en la regulación del afecto o ánimo.

Contexto familiar. Conjunto de circunstancias (condiciones de vivienda, acceso a la educación, número de hijos, estado civil de los padres, etc.) que rodean o condicionan a una familia, que comparten una cultura y la interacción entre sí.

Adolescente. Para la organización mundial de la salud, es aquel individuo entre los 10 y 19 años y comprende un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad.

Resiliencia. Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas.

Instrumentos

CBTD. Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (Caraveo y cols, 2006). El instrumento consta de 27 preguntas que son respondidas por los padres de los menores, a fin de explorar síntomas frecuentes que son motivo de consulta en los servicios de salud mental. El CBTD mostró una buena confiabilidad, KR-20= 0.81, y adecuada validez de contenido para identificar grupos de síntomas que sugieren la presencia de los síndromes psiquiátricos más frecuentes en la infancia y la adolescencia.

La consistencia interna del cuestionario resultó ser de 0.81, con un rango entre 0.75 y 0.85 para los diferentes grupos de edad. Lo anterior indica que el instrumento puede utilizarse confiablemente como una escala en diferentes edades. El punto de corte para definir “caso” se estableció utilizando el intervalo de confianza superior del percentil 90, esto es, cinco síntomas. El análisis por cúmulos identificó ocho agrupaciones denominadas: Inhibición, ansiedad, enuresis, disocial, retraso, atención, ánimo y conducta. Resultados similares se obtuvieron de los análisis factoriales, lo que indica que el instrumento capta efectivamente aspectos relevantes y acordes con la clínica respecto de los síndromes psicopatológicos más frecuentes en la infancia y adolescencia.

Es auto aplicable, con asesoría del investigador, tiempo en ser respondida de 20 a 30 minutos.

Las respuestas se agruparon de acuerdo a los siguientes síndromes:

1. Impulsividad. Pregunta clave 20 y/ó 23, además más de una respuesta positiva en las preguntas 5, 9, 14, 11, 21 y 16.
2. Hiperactividad. Pregunta clave 12, además más de una respuesta positiva en las preguntas 1, 6, 10, 19 y 21.
3. Déficit de atención. Pregunta clave 13, además 7, 8, 15, 22, 25 y 26.
4. TDAH mixto. Suma de los síndromes anteriores.
5. Trastorno de conducta oposicionista. Pregunta clave 20, además más de 2 respuestas positivas en las preguntas 1, 7, 9, 14, 18, 22, 26 y 27.
6. Trastorno depresivo. Preguntas clave 14 y 15, además más de 3 respuestas positivas en las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 16, 17, 18, 19, 20 y 25.
7. Trastorno de ansiedad. Pregunta clave 16, además más de 2 respuestas positivas en las respuestas 2,12, 14 y 17.
8. Trastorno de conducta grave. Pregunta clave 21, y/ó 5, y/ó 4, además más de 3 respuestas positivas en las preguntas 1, 7, 9, 11, 22 y 26.

Fuerza y seguridad personal. Escala de Resiliencia (González Arratia, y cols, 2008) consta de 44 reactivos en su versión final con un rango de respuesta de diez puntos que van de 0 al 100 % para cada reactivo. Para su interpretación se consideran 3 niveles: 0 a 30 baja resiliencia, 31 a 70 moderada y de 71 a 100 alta resiliencia. Su estructura factorial indica que está compuesta por cinco factores que son:

1. Seguridad personal. Indica juicios acerca de sí mismo, sobre la capacidad que tiene el individuo para la solución de problemas y genera confianza y sentido de competencia. Consta de 14 reactivos y un $\alpha = 0.810$. Reactivos. 4,3,5,10,35,11,17,22,34,6,21,7,29,32
2. Autoestima. Percepción de sí mismo de aceptación y aprecio. Consta de 12 reactivos ($\alpha = 0.822$). 26,13,18,27,19,28,8,12,14,20,25,15
3. Afiliación. La percepción que tiene el individuo de que cuenta con redes de apoyo, genera un sentimiento de pertenencia, vínculos significativos con los que cuenta para enfrentar una situación de adversidad. Consta de 5 reactivos ($\alpha = 0.816$). Reactivos: 47,46,44, 50, 43,
4. Altruismo. Se refiere a juicios generales acerca de la capacidad de proveer ayuda a otros. Consta de 4 reactivos ($\alpha = 0.520$). reactivos: 30,9,23,49
5. Familia. Elemento protector que se constituye de vínculos afectivos que le ofrecen seguridad, estabilidad y apoyo proporcionado por al menos un adulto significativo. Consta de 4 reactivos ($\alpha = 0.656$). reactivos: 45,42,48,33
6. Baja autoestima son 5 reactivos: 40, 38,41,36,31 Se califican a la inversa
7. El instrumento permite explicar 49.48% de la varianza, con un α de Cronbach total de $\alpha = 0.9065$. Fue validada en adolescentes mexicanos (González Arratia, et al., 2008) y por Villegas & Zamudio (2006) obteniéndose un coeficiente $\alpha = 0.92$.

Es auto aplicable, con asesoría del investigador, tiempo en ser respondida 20 a 30 mins.

Análisis estadístico

El análisis de resultados se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS, por medio de estadística descriptiva para los factores socios demográficos y estadística analítica para la determinación de asociación entre variables. Se utilizó la correlación de Pearson para correlacionar la puntuación de CBTD y Resiliencia. Para las variables categóricas se utilizó χ^2 .

Consideraciones éticas

Se trata de un estudio con riesgo mínimo que, por la edad de los participantes es indispensable la autorización del padre o tutor para la aplicación de los cuestionarios a ellos y a sus hijos, informando correctamente y sin omitir algún dato de lo que consiste el trabajo. Estando presente a lo largo de la aplicación de los cuestionarios resolviendo cualquier situación que se pueda presentar. De la misma forma el adolescente dará su consentimiento para la aplicación del cuestionario de Resiliencia.

8. RESULTADOS

Se aplicaron 500 cuestionarios de CBTD a los padres y 500 cuestionarios de Resiliencia a los adolescentes, en dos escuelas secundarias públicas del Sur del Distrito Federal. Se obtuvieron 187 cuestionarios completos de CBTD y 354 cuestionarios completos de Resiliencia. Por tanto, se incluyeron solamente los 187 adolescentes cuyos padres contestaron el cuestionario de CBTD completo.

Datos sociodemográficos

La mayoría de los adolescentes correspondió al sexo femenino con un porcentaje del 52.4, la edad promedio fue 12.7 y osciló entre 11 y 15 años, la desviación estándar fue de ± 0.915 . El 63.1% cursaba el 1er. Grado.

Tabla 1. Datos Sociodemográficos de los Adolescentes

Numero (n=)	Sexo		Edad (Años)		Media / Desv. Estándar	Grado	
	Masculino	Femenino	Mínimo	Máximo		Grado	Total
187	89 47.6%	98 52.4%	11	15	12.74 \pm .915	1er.	118
						2do.	16
						3ro.	53

Se observa que el mayor porcentaje de los padres de los adolescentes son casados con un 54%, en el 50.3% de los casos sólo trabajaba el padre, el 46.5% habitaban en casa propia y el 55.1% vivía con ambos padres y hermanos, hubo 4 adolescentes que no convivían con la madre y 35 que no convivían con el padre. La edad promedio del padre fue de 41.7 con una desviación estándar de ± 6.5 . La edad promedio de la madre fue de 39.5 con una desviación estándar de ± 6 . El porcentaje más alto para la escolaridad de los padres fue de 28.9% con Secundaria completa y para la madre fue del 38% para la misma escolaridad (Tabla 2).

Tabla 2. Datos socio demográficos de los padres

Variables	Categorías	Frecuencias	%
Estado civil de los padres	Soltero	17	9.1
	Casado	101	54.0
	Unión Libre	36	19.3
	Divorciado	9	4.8
	Separado	19	10.2
	Viudo	5	2.7
	Total(n)		187	100.0

Variables	Categorías	Frecuencias	%
Situación laboral de los padres	Empleado ambos	51	27.3
	Solo Trabaja Papá	94	50.3
	Solo Trabaja Mamá	42	22.5
	Total(n)	187	100.0
Vivienda	Propia	87	46.5
	Rentada	94	50.3
	Prestada	42	22.5
	Total(n)	187	100.0
Habitantes en la casa	Uno de los padres y hermanos	23	12.3
	Ambos padres y hermanos	103	55.1
	Padres,hermanos y otros	61	32.
	Total(n)	187	100.0%
Escolaridad del Padre	Ninguna	1	0.5
	Primaria Incompleta	2	1.1
	Primaria Completa	25	13.4
	Secundaria Incompleta	3	1.6
	Secundaria Completa	54	28.9
	Prepa Incompleta	2	1.1
	Prepa Completa	31	16.6
	Carrera Técnica o Trunca	13	7.0
	Licenciatura o >	21	11.2
	Total(n)	187	100.0
Escolaridad del la Madre	Ninguna	8	4.3
	Primaria Incompleta	3	1.6
	Primaria Completa	25	13.4
	Secundaria Incompleta	1	0.5
	Secundaria Completa	71	38.0
	Prepa Incompleta	1	0.5
	Prepa Completa	28	15.0
	Carrera Técnica o Trunca	29	15.5

Variables	Categorías	Frecuencias	%
	Licenciatura o >	17	9.1
	Total(n)	187	100.0

En la tabla 3 se muestra el uso de sustancias de los padres de los adolescentes.

Tabla 3. Uso de sustancias

Sustancia	Frecuencia											
	Padre						Madre					
	no		si		Total		no		si		Total	
Alcohol	125	82.2%	27	17.8%	152	100%	179	97.8%	4	2.2%	183	100%
Tabaco	117	77.0%	35	23.0%	152	100%	163	89.1%	20	10.9%	183	100%
Otras	151	99.3%	1	.7%	152	100%	183	100.0%	0	0.0%	183	100%

En cuanto al uso de sustancias el 17.8% de los padres tuvieron uso de alcohol y 2% de las madres, también se observó un porcentaje mayor en el uso de tabaco de los padres con un 23% y en las madres el 11%. Solamente 1 de los padres era consumidor de otras sustancias y ninguna de las madres consumió otras sustancias.

Se reportaron 9 (6%) de los padres con alguna enfermedad emocional y 10 (5.5%) de las madres. El 7% de los adolescentes tuvo antecedentes heredofamiliares para alguna enfermedad emocional.

En cuanto a los resultados de CBTD y Resiliencia en la tabla 4 se observa el rango de puntuaciones que se obtuvieron en cada escala:

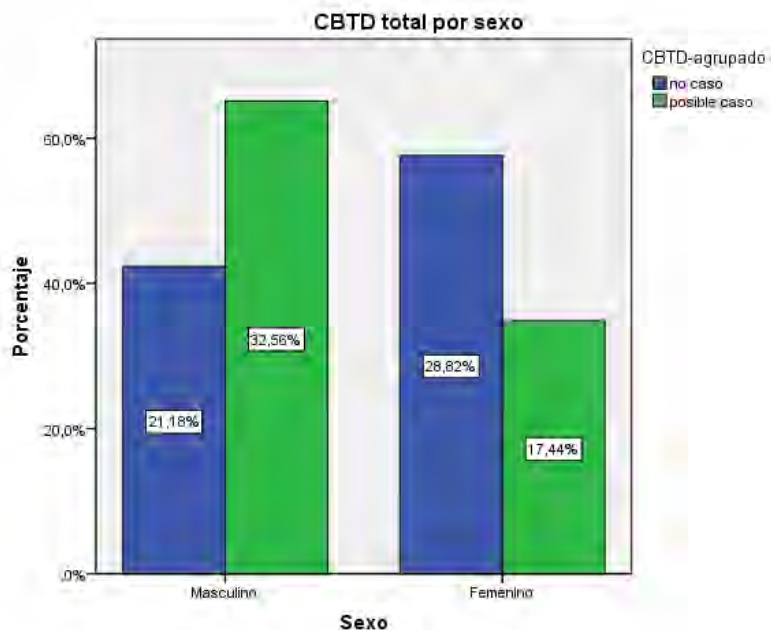
Tabla 4. Rango de puntuaciones CBTD-Resiliencia

Instrumento	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Total CBTD	187	0	17	2.56	3.150
Total Resiliencia	187	34	97	76.59	11.389

CBTD total

En el CBTD se reportaron un total de 144 (77%) adolescentes con puntuación total menor a 5 y 43 (23%) con un CBTD mayor a 5. De estos 28 (65%) correspondieron al sexo masculino y 15 (35%) al sexo femenino. En el gráfico 1 se observa la distribución de porcentajes por sexo.

Gráfico 1. Distribución de CBTD total por sexo

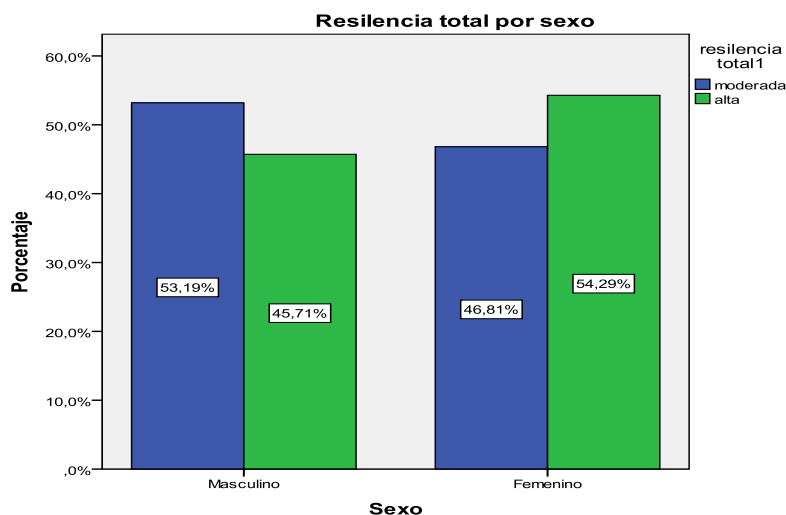


Resiliencia total

En cuanto a la Resiliencia ningún adolescente presentó una baja resiliencia (puntajes de 0 a 30), 137 correspondieron a una Alta Resiliencia (puntajes de 71 a 100) y 50 a una Moderada Resiliencia (puntajes de 31 a 70). Se observó que un mayor número de adolescentes femeninas (56%) presentó Alta Resiliencia en comparación con los adolescentes del sexo masculino (44%).

En el gráfico 2 se muestra la resiliencia total por sexo.

Gráfico 2. Descripción de la resiliencia por sexo



Dimensiones de Resiliencia

En las dimensiones de Resiliencia el promedio para cada una de ellas osciló entre 58.79 para baja autoestima y 86.87 para Familia, con una mínima de 0 y una máxima de 100 (Tabla 5).

Tabla 5. Dimensiones de Resiliencia en los adolescentes

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Seguridad Personal	187	27	100	76.12	14.913
Autoestima	187	21	100	75.37	15.419
Afiliación	187	16	100	83.10	16.628
Altruismo	187	25	100	78.61	16.721
Familia	187	0	100	86.87	16.169
Baja autoestima	187	0	100	58.79	23.489

Síndromes de CBTD

De acuerdo a las puntuaciones en las preguntas del CBTD se clasificaron los síndromes a los cuales podrían corresponder aquellos adolescentes con una puntuación igual a 5 o mayor, como se describe en la siguiente tabla:

Tabla 6. Síndromes (no caso y probable caso)

Síndrome	Frecuencia y Porcentaje					
	Casos	%	Probable Caso	%	Total (n=)	
TDAH-Mixto	173	92.5%	14	7.5%	187	100%
Decift de Atencion	173	92.5%	14	7.5%	187	100%
Hiperactividad	169	90.4%	18	9.6%	187	100%
Impulsividad	176	94.1%	11	5.9%	187	100%
Oposicionista Desafiante	179	95.7%	8	4.3%	187	100%
Trastorno de Conducta grave	184	98.4%	3	1.6%	187	100%
Depresion	166	88.8%	21	11.2%	187	100%
Ansiedad	184	98.4%	3	1.6%	187	100%

El porcentaje mayor de probables casos correspondió a Depresión con un 11.2%, seguido de Hiperactividad con un 9.6%.

Asociación de Dimensiones de Resiliencia y CBTD total

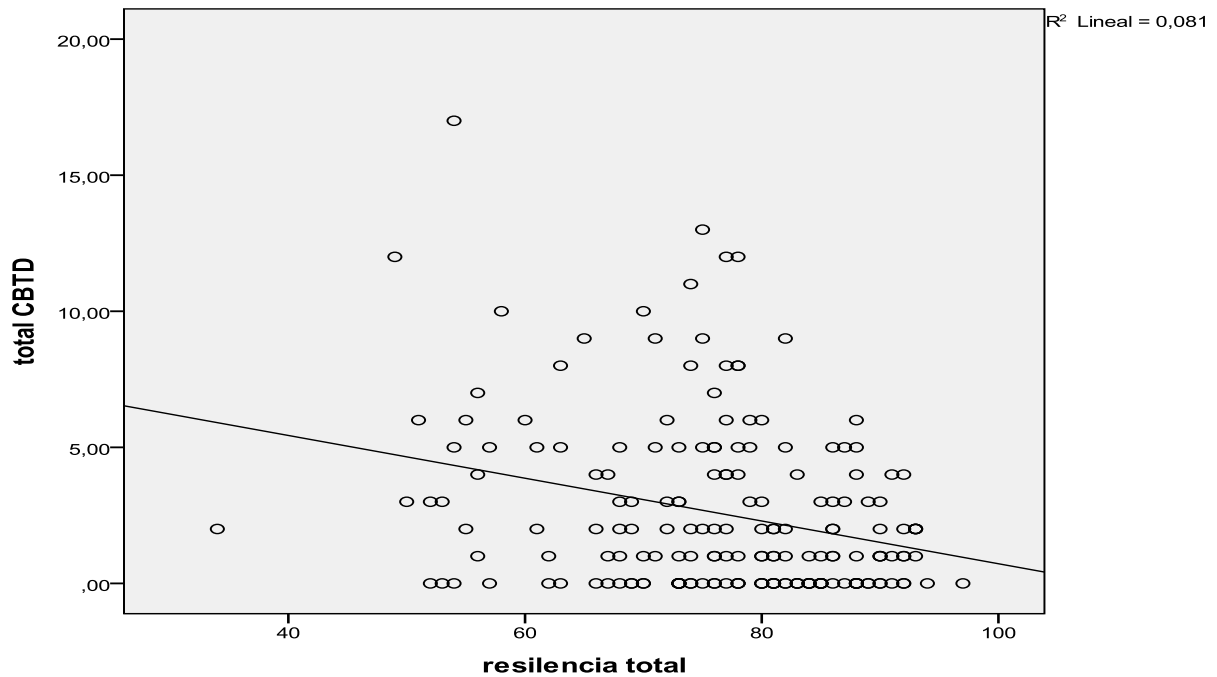
La asociación entre los factores de resiliencia total y la presencia de problemas de salud mental se obtuvo a través de una correlación de Pearson que se presenta en la tabla 7, gráfico 3 indicándonos que fue altamente significativa $\rho \leq 0.001$, siendo negativa dicha correlación. A mayor Resiliencia menor puntuación de problemas de salud mental.

Tabla 7. Correlación CBTD total y Resiliencia total

Característica	Total CBTD	Resiliencia total	
Total CBTD	Correlación de Pearson	1	-,284**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	187	187
Resiliencia total	Correlación de Pearson	-,284**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	187	187

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Gráfico 3. Correlación negativa CBTD total y Resiliencia total



Asociación de Síndromes de CBTD y Dimensiones de Resiliencia con variables socio demográficas

En la tabla 8 se presentan aquellos resultados significativos o con tendencia a serlo en cuanto a la asociación de Síndromes de CBTD y variables socio demográficas.

Tabla 8. Asociación de Síndromes de CBTD y variables socio demográficas

Síndrome	Variable		Total	Valor de Chi2	P	Est. Exacto Fisher
Hiperactividad No caso Posible caso Total	Enfermedades emocionales del padre					
	no	si				
	134	5	139	15.894 α	0.000	0.003
	9	4	13			
	143	9	152			
Hiperactividad No caso Posible caso Total	Antecedentes heredofamiliares					
	no	si				
	162	7	169	21.430 α	0.000	0.000
	12	6	18			
	17	13	187			
Déficit de atención No caso Posible caso Total	Uso de otras sustancias del padre					
	no	SI				
	143	0	143	16.105 α	0.000	0.059
	8	1	9			
	151	1	152			
Déficit de atención No caso Posible caso Total	Antecedentes heredofamiliares					
	no	si				
	165	8	173	19.354 α	0.000	0.001
	9	5	14			
	174	13	187			
Oposicionista desafiante No caso Posible caso Total	Antecedentes heredofamiliares					
	no	si				
	169	10	179	12.057 α	0.001	0.012
	5	3	8			
	174	13	187			
Depresión No caso Posible caso Total	Uso de otras sustancias del padre					
	no	si				
	138	0	138	9.994 α	0.002	0.092
	13	1	14			
	151	1	152			
Depresión No caso Posible caso Total	enfermedades emocionales del padre					
	no	si				
	134	4	138	24.771 α	0.000	0.000
	9	5	14			
	143	9	152			
Depresión No caso Posible caso Total	Antecedentes heredofamiliares					
	no	si				
	160	6	166	25.453 α	0.000	0.000
	14	7	21			
	174	13	187			

Síndrome	Variable		Total	Valor de Chi2	P	Est. Exacto Fisher
Ansiedad No caso Posible caso Total	enfermedades emocionales del padre		151 1 152	16.105 α	0.000	0.059
	no	si				
	143	8				
Trast. De Conducta grave No caso Posible caso Total	Antecedentes heredofamiliares		184 3 187	16.807 α	0.000	0.013
	no	si				
	173	11				
TDAH mixto No caso Posible caso Total	enfermedades emocionales del padre		142 10 152	11.241 α	0.001	0.014
	no	si				
	136	6				
TDAH mixto No caso Posible caso Total	Antecedentes heredofamiliares		173 14 187	30.160 α	0.000	0.000
	no	si				
	166	7				
Impulsividad No caso Posible caso Total	enfermedades emocionales del padre		144 8 152	15.242 α	0.000	0.007
	no	si				
	138	6				
Impulsividad No caso Posible caso Total	Antecedentes heredofamiliares		176 11 187	15.630 α	0.000	0.004
	no	si				
	167	9				

Se observa que los síndromes (probables casos) asociados significativamente con las variables socio demográficas $p \leq 0.001$ fueron hiperactividad con antecedentes heredofamiliares con una $p=0.000$, déficit de atención con antecedentes heredofamiliares $p=0.001$, depresión con enfermedad emocional del padre y antecedentes heredofamiliares con una $p=0.000$ y TDAH mixto con antecedentes heredofamiliares $p=0.000$. El resto de las variables no fue significativo por lo que no se incluyeron.

En cuanto a las dimensiones de Resiliencia y su asociación con variables socio demográficas se observó que la asociación entre Seguridad personal y enfermedad emocional del padre o la madre fue significativa con un valor de $p=0.000$, la asociación entre seguridad personal y antecedentes heredofamiliares con un valor de $p=0.001$ y altruismo con vivienda con un valor de $p=0.001$, lo cual, también fue significativo (Tabla 8.1).

Tabla 8.1. Asociación de dimensiones de Resiliencia y variables socio demográficas.

<i>Dimensiones</i>	<i>Variable</i>			Total Total	Valor de Chi ²	P≤0.001	
Seguridad Personal	Enfermedades emocionales del padre			1 53 98 143	16.431 ^α	0.000**	
	no	si					
	Baja	0	1				
	Moderada	51	2				
	Alta	92	6				
Total	143	0					
Seguridad Personal	Enfermedades emocionales del la madre			1 60 122 183	17.831 ^α	0.000**	
	no	si					
	Baja	0	1				
	Moderada	57	3				
	Alta	116	6				
Total	173	10					
Seguridad Personal	Antecedentes heredofamiliares			1 62 124 187	13.831 ^α	0.001	
	no	SI					
	Baja	0	1				
	Moderada	57	5				
	Alta	117	7				
Total	174	13					
Altruismo	Vivienda			2 56 129 187	17.612 ^α	0.001	
	Propia	Rentada	Prestada				
	Baja	0	2				0
	Moderada	26	20				10
	Alta	61	21				47
Total	87	43	57				

Asociación de síndromes de CBTD y Dimensiones de Resiliencia

En la tabla 9 se muestra la asociación de síndromes de CBTD y dimensiones de Resiliencia. Se observa una asociación significativa entre Hiperactividad y Seguridad personal con un valor de $p=0.001$, entre déficit de atención y seguridad personal $p=0.001$, en TDAH mixto y seguridad personal $p=0.000$, en impulsividad con seguridad personal y autoestima hay un valor de $p=0.000$, lo cual también es significativo. Entre impulsividad y altruismo es significativo con un valor de $p=0.001$. Entre CBTD-Total y Seguridad personal hay un valor de $p=0.000$. El resto de los síndromes no fue significativo con las dimensiones de Resiliencia por lo que no se incluyeron.

Tabla 9. Asociación de Síndromes de CBTD y Dimensiones de Resiliencia

Síndrome	Dimensión			Total	Valor de Chi2	P≤0.001	
Hiperactividad	Seguridad Personal			169	14.662α	0.001	
	Baja	Moderada	Alta				
	No caso	0	52				117
	Possible caso	1	10				7
Total	1	62	124	187			
Hiperactividad	Autoestima			169	9.268α	0.010	
	Baja	Moderada	Alta				
	No caso	1	43				125
	Possible caso	1	9				8
Total	2	52	133	187			
Hiperactividad	Baja Autoestima			169	10.629α	0.005	
	Baja	Moderada	Alta				
	No caso	21	87				61
	Possible caso	7	9				2
Total	28	96	63	187			
Déficit de atención	Seguridad Personal			173	14.092α	0.001	
	Baja	Moderada	Alta				
	No caso	1	51				121
	Possible caso	0	11				3
Total	1	62	124	187			
Depresión	Seguridad Personal			166	10.644α	0.005	
	Baja	Moderada	Alta				
	No caso	0	52				114
	Possible caso	1	10				10
Total	1	62	124	187			
Ansiedad	Resiliencia Total			184	9.082α	0.003	
	Moderada		Alta				
	No caso	44	140				
	Possible caso	3	0				
Total	47	140	187				
TDAH -mixto	Seguridad Personal			173	23.640α	0.000	
	Baja	Moderada	Alta				
	No caso	0	52				121
	Possible caso	1	10				3
Total	1	62	124	187			
Impulsividad	Seguridad Personal			176	30.118α	0.000	
	Baja	Moderada	Alta				
	No caso	0	53				123
	Possible caso	1	9				1
Total	1	62	124	187			
Impulsividad	Autoestima			176	15.586α	0.000	
	Baja	Moderada	Alta				
	No caso	1	45				130
	Possible caso	1	7				3
Total	2	52	133	187			

Síndrome	Dimensión			Total	Valor de Chi2	P≤0.001	
Impulsividad	Altruismo			176	14.999 α	0.001	
	Baja	Moderada	Alta				
	No caso	2	47				127
	Posible caso	0	9				2
Total	2	56	129	187			
CBTD-Total	Seguridad Personal			168	15.516 α	0.000	
	Baja	Moderada	Alta				
	No caso	0	51				117
	Posible caso	1	11				7
Total	1	62	124	187			
CBTD-Total	Baja Autoestima			168	10.130 α	0.006	
	Baja	Moderada	Alta				
	No caso	21	86				61
	Posible caso	7	10				2
Total	28	96	63	187			

9. DISCUSIÓN

El análisis de las características socio demográficas de nuestra población arrojó hallazgos similares a los reportados en la literatura. En cuanto a la prevalencia en los problemas de salud mental de la población infantil se reporta un 16%, siendo superior a mayor edad y para ambos sexos (Caraveo, 2006), en este estudio el 23% de los adolescentes presentó un CBTD mayor de 5 lo que indica que presenta algún problema de salud mental, de los cuales el 65% correspondió al género masculino y 35% al género femenino, lo que también coincide con lo reportado en la literatura donde se refiere que el pertenecer al género femenino es considerado como una variable protectora y se ha observado una mayor vulnerabilidad al riesgo en los hombres (Gaggero 2000). Fergusson y Lynskey (1996) aparecen con anterioridad en investigaciones mencionadas por Rutter (1990). Este último autor también alude al género masculino como una variable que genera una mayor vulnerabilidad al riesgo mencionando, es decir los varones están más expuestos que las mujeres a experimentar situaciones de riesgo en forma directa.

En relación con las variables socio demográficas de los padres se observó que un mayor porcentaje de los padres de los adolescentes estaban casados, más de la mitad vivía como familia nuclear con padres y hermanos y casi la mitad tenía casa propia. Solamente hubo 4 adolescentes que no vivían con la madre y 35 que no vivían con el padre, lo que indica que en los adolescentes el soporte paterno contribuye como factor protector para la presencia de problemas de salud mental como lo describen Grant y Compas (2003) ellos encontraron que la presencia de acontecimientos vitales estresantes en la vida de los niños y adolescentes correlaciona con psicopatología y que variables como la edad, el género y el soporte social y familiar serían determinantes como variables moderadoras.

En cuanto al uso de sustancias el 17.8% de los padres tuvieron uso de alcohol comparado con el 2% de las madres, también se observó un porcentaje mayor en el uso de tabaco de los padres con un 23% y en las madres el 11% y 1 de los padres fue consumidor de otras sustancias. Esto nos lleva a considerar la existencia de un mayor riesgo para la presencia de trastornos de conducta en los hijos, en especial el alcohol-dependencia en uno de los padres (Clark y cols, 2004), sin embargo Ehrensaft (2003) menciona que la presencia de toxicomanías, en especial, alcohol-dependencia en la madre, no tendría efecto sobre la presentación de trastornos de conducta en los hijos.

El porcentaje mayor de probables casos correspondió a Depresión con un 11.2%, seguido de Hiperactividad con un 9.6%. Lo cual coincide con la literatura reportándose como las 2 patologías más frecuentes (Espín 2009).

De los resultados obtenidos en relación a la presencia de síndromes (probables casos) y variables socio demográficas se encontró que la hiperactividad es más frecuente en aquellos adolescentes con antecedentes de familiares con alguna enfermedad emocional, al igual que el déficit de atención y TDAH mixto. Esto coincide con lo reportado en la literatura donde se menciona como factor predisponente la herencia para presentar Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad. En cuanto al sexo también se observó una tendencia mayor a presentarse en el sexo masculino, lo que también coincide con la literatura (Caraveo 2007).

Otro síndrome (probable caso) en el que se encontró una asociación significativa fue la depresión presente de forma más frecuente en aquellos adolescentes que tenían familiares con enfermedad emocional, en especial del padre, lo que contrasta con el estudio realizado por Bragado y cols. (1999) quienes describen que el tener más edad, el alcoholismo familiar, las complicaciones durante el embarazo, tener enfermedades frecuentes, dificultades físicas y el estado psicopatológico de la madre, están relacionados con trastornos depresivos. En general, se admite la influencia de la depresión post-parto sobre la conducta posterior del hijo, sin embargo no todos los estudios confirman esta circunstancia. Esto lo demuestra Kurstjens y Wolke (2001), quienes suponen que sería un factor de riesgo siempre y cuando la depresión sea crónica, y sería más frecuente en niños y con otros riesgos neonatales además de que la familia este expuesta a otros riesgos.

La asociación entre enfermedad emocional del padre y la presencia de depresión en adolescentes pudiera estar relacionado con una mayor participación e involucramiento del padre en la crianza de los hijos en las últimas décadas lo cual también tiene una influencia emocional en los hijos al igual que la madre.

Y por último, los trastornos de ansiedad están asociados a la edad de la madre, problemas en el parto, estar preocupado por la familia y tomar medicación a diario (Bragado 1999), sin embargo en el estudio no se observó esta asociación con el síndrome de ansiedad (probables casos).

En cuanto a la Resiliencia Total ningún adolescente presentó una baja resiliencia (puntajes de 0 a 30), 137 correspondieron a una Alta Resiliencia (puntajes de 71 a 100) y 50 a una Moderada Resiliencia (puntajes de 31 a 70). Se observó que un mayor número de adolescentes femeninas (56%) presentó Alta Resiliencia en comparación con los adolescentes del sexo masculino (44%), esto coincide con lo reportado en la literatura respecto a la resiliencia, ya que algunos autores reportan el género femenino como una

variable protectora, mientras que el hombre presenta una mayor vulnerabilidad al riesgo (González Arratia 2008).

En relación a las dimensiones de Resiliencia y su asociación con variables socio demográficas se observó que un bajo valor en la Seguridad personal del adolescente se presenta cuando existe una enfermedad emocional del padre o la madre o existen antecedentes heredofamiliares relacionados.

El Altruismo se relaciono significativamente con la vivienda, reportándose que un bajo valor de altruismo en aquellos adolescentes que vivían en una casa prestada y/o rentada. No hay estudios relacionados al respecto por lo que es importante reportar esta asociación, sobre todo la de Seguridad Personal que parece estar influenciada por aspectos de enfermedad emocional familiar.

Una de las dimensiones del instrumento en la que se obtuvo la media más alta es la que corresponde a la Familia; en efecto, la familia a pesar de las transformaciones que ha tenido a lo largo del tiempo, sigue siendo el grupo social que ofrece más seguridad y equilibrio emocional al adolescente y es un factor protector en la resiliencia de los individuos (González Arratia 2008).

Los resultados de la asociación entre la Resiliencia total y la presencia de problemas de salud mental mostró una correlación negativa significativa lo que indica que a mayor Resiliencia menor puntuación de problemas de salud mental. Lo que confirma la hipótesis planteada al inicio del estudio.

Por último, los resultados en cuanto la asociación de síndromes de CBTD y dimensiones de la Resiliencia muestran que hay una asociación significativa entre todos los síndromes (probables casos) que abarca el déficit de atención con inatención, hiperactividad, impulsividad y mixto con la dimensión de Seguridad Personal que indica que los adolescentes con un probable caso de hiperactividad tienden a tener un valor bajo en su Seguridad personal, también se observó que los adolescentes con impulsividad tenían un menor valor en su autoestima y altruismo.

10. CONCLUSIONES

- 1.** Los datos obtenidos a partir de este estudio coinciden con estudios previos que consideran a la Resiliencia como factor protector para el desarrollo de psicopatología. Como se determinó en los resultados de la asociación entre la Resiliencia total y la presencia de problemas de salud mental donde se muestra una correlación negativa significativa lo que indica que a mayor Resiliencia menor puntuación de problemas de salud mental.
- 2.** La evidencia de la asociación significativa entre las variables de las dimensiones de Resiliencia y los problemas de salud mental identifican aquellos factores específicos de Resiliencia que se relacionan con problemas de conducta y depresión con el fin de guiar el desarrollo e implementar intervenciones tempranas que permitan desarrollar cada una de las dimensiones que abarca la Resiliencia.
- 3.** Estas intervenciones deberán dirigirse en múltiples niveles de influencia para los adolescentes como la cultura, la comunidad, la familia y el propio individuo.
- 4.** Es importante comentar que dentro de las dimensiones de Resiliencia, la Seguridad Personal parece estar influenciada por aspectos de enfermedad emocional familiar.
- 5.** Se observa una mayor participación e involucramiento del padre en la crianza de los hijos en las últimas décadas lo cual también tiene una influencia emocional en los hijos al igual que la madre.
- 6.** Los resultados en cuanto la asociación de síndromes de CBTD y dimensiones de la Resiliencia muestran que hay una asociación significativa entre todos los síndromes (probables casos) que abarca el déficit de atención con inatención, hiperactividad, impulsividad y mixto con la dimensión de Seguridad Personal que indica que los adolescentes con un posible caso de hiperactividad tienden a tener un valor bajo en su Seguridad personal, también se observó que los adolescentes con impulsividad tenían un menor valor en su autoestima y altruismo.
- 7.** Además, puesto que la adaptación resiliente puede lograrse en cualquier punto del ciclo de vida, hay una necesidad de investigación sobre el logro de resultados positivos en diferentes etapas del desarrollo incluso en la edad adulta.
- 8.** Específicamente será muy importante saber si la capacidad de adaptación y las intervenciones que se promueven son más eficaces cuando se aplican en los primeros años de vida.
- 9.** Por último, una limitación importante en el estudio fue el número reducido de muestra y su selección por conveniencia.

11. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Becoña E. Resiliencia y consumo de drogas: Una revisión. *Adicciones (España)*. 2007; 19(1): 89-101.
- 2.- Caraveo J, Nicolini H, Villa A, Wagner F. Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la ciudad de México. *Sal Pub (México)*. 2005; 47(1): 23-29.
- 3.- Caraveo J. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. Primera parte. *Sal Mental (México)*. 2006; 29 (6):65-72.
- 4.- Caraveo J. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: Algoritmos para síndromes y su prevalencia en la ciudad de México. Segunda parte. *Sal Mental (México)*. 2007; 30 (1):48-55.
- 5.- Caraveo J. Validez del cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico (CBTD) para niños y adolescentes en escenarios clínicos. *Sal Mental (México)*. 2007; 30 (2): 42-49.
6. - Cicchetti D, Blender JA. A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. *CNS Spectr* 2007;12(1):19-22.
7. - Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *WPA*. 2010; 9(3): 145-154.
- 8.- Cova F. La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: el desarrollo de una mirada procesual. *Rev psico (Chile)*. 2004; 13(1): 93-101.
- 9.- Shannon K, Beauchaine T, Brenner S, Neuhaus E, Gatzke L. Familial and temperamental predictors of resilience in children at risk for conduct disorder and depression. *Dev Psychopathol*. 2007; 19(3): 701–727.
- 10.- Espín J, Belloso J. A descriptive study of the child and adolescent new cases attended at a mental health service during one year. *Rev Asoc Esp Neuropsiq (España)*. 2009; 29(104): 329-354.
- 11.- Feder A, Nestler E, Charney D. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci*. 2009; 10(6): 446-457.
- 12.- Gaxiola J, Frías M, Hurtado M, Salcido L, Figueroa M. Validación del Inventario de Resiliencia (IRES) en una muestra del noroeste de México. *Ens e inv en Psico (México)*. 2011; 16 (1): 73-83.
- 13.- González Arriata N, Valdez J, Zavala Y. Resiliencia en Adolescentes Mexicanos. *Ens e inv en Psico (México)*. 2008; 13(1): 41-52.

- 14.- Molina A. Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. *Rev Psiq Psic Niño y Adol (España)*. 2001; 2(1): 23-40.
- 15.- Moneta M. Attachment, resilience, environment. Depression. *Rev GPU (Chile)*. 2007; 3 (3): 321-326.
- 16.- Munist M, Kotliarenco A. Concepto de Resiliencia. *Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes*. OMS. 1998; 1-86.
- 17.- Palomar L, Gómez N. Desarrollo de una escala de medición de la Resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria (Argentina)*. 2010; 27(1): 7-22.
- 18.- Jaffee S, Avshalom C. Individual, family and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse Negl*. 2007; 31(3): 231-253.
- 19.- Sanz L. Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq (España)*. 2009; 29(104): 501-521.
- 20.- Tugade M, Fredrickson B, Feldman L. Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *J Pers*. 2005; 72(6): 1161-1190.
- 21.- Uriarte A. La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Rev Psico (España)*. 2005; 10(2): 61-79.

12. ANEXOS

Modelo de Intervención en Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

CUESTIONARIO CBTD PARA RESPONDER POR PADRES O TUTOR

- Seleccione o conteste las preguntas que a continuación se indican: Fecha: _____

- 1.- Edad de su hijo (a) que acude a esta secundaria: _____
- 2.- Sexo de su hijo: Masculino femenino
- 3.- Lugar que ocupa entre los hermanos: _____
- 4.- Año que cursa su hijo (a) en esta secundaria: _____
- 5.- Estado civil de los padres o tutor: a)Soltero b)Casado c)Unión libre d)Divorciado e) Separado f)viudo
- 6.- Ocupación de los padres o el tutor (marqué delante de la ocupación m si corresponde a la mamá, p si corresponde al papá y t si corresponde al tutor: a)Ama de casa b) Estudiante c)Subempleado o eventual d)Comerciante e) Empleado f) Profesionista g) Jubilado h) Ninguna
- 7.- La casa que habitan es: a) Propia b) Rentada c) Prestada
- 8.- ¿Quiénes habitan la casa (parentesco)? _____
9. Actualmente vive con el papá del niño (a): Si (b) No (pase a la pregunta 12)
- 10.- Años de vivir juntos con el papá del niño (a) _____
- 11.- Número de hijos con el mismo padre _____
- 12.- En caso de estar separados, años de estar separados _____
13. Número de hijos con la pareja actual _____

Rellene el siguiente cuadro:

PREGUNTA	MADRE	PADRE	TUTOR
EDAD			
ESCOLARIDAD			
ANTECEDENTE DE USO DE ALCOHOL			
ANTECEDENTE DE USO DE TABACO			
ANTECEDENTE DE USO DE OTRAS SUSTANCIAS (especifique cuál)			
Padece alguna enfermedad emocional:			
<<<<<<<Depresión			
<<<<<<<Ansiedad			
<<<<<<<Trastorno bipolar			
<<<<<<<Esquizofrenia			
<<<<<Trastorno por Déficit <<<<<de Atención			
Toma medicamentos para esta enfermedad?			
¿Cuáles?			
Tiene otros familiares con alguna enfermedad emocional (anote parentesco)			

14.- Por favor indique si en los últimos 12 meses, su hijo o hija se ha comportado o tenido FRECUENTEMENTE alguna de las conductas que se enlistan abajo:

CONDUCTAS	A) SI Últ.12 meses	B)SI Más de un año	c)NO
1.- Su lenguaje es anormal: retardado, incomprensible, tartamudo			
2.- ¿Tiene problemas para dormir?			
3.- ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?			
4.- ¿Se fuga de casa?			
5.- ¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar?			

6.- ¿Es muy nervioso (a) o miedoso (a) sin haber una buena razón?			
7.- ¿Es lento (a) para aprender en comparación con otros jóvenes?			
8.- ¿Se aísla y casi no juega con otros niños (as)?			
9.- ¿Se orina en la cama en la noche?			
10.- ¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos?			
11.- ¿Le da miedo ir a la escuela?			
12.- ¿No se puede estar quieto (a) en su asiento y siempre se está moviendo?			
13.- ¿No termina lo que empieza, es muy distraído?			
14.- ¿Muchas veces está de mal humor; es irritable y genuido?			
15.- ¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido?			
16.- ¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema físico?			
17.- ¿Tiene pesadillas con frecuencia?			
18.- ¿Tiene bajo peso porque rechaza la comida?			
19.- ¿Come demasiado y tiene sobrepeso?			
20.- ¿Es muy desobediente y mal portado?			
21.- ¿Dice muchas mentiras?			
22.- ¿Se niega a trabajar en la escuela?			
23.- ¿Es muy explosivo (a), pierde el control con facilidad?			
24.- ¿Ha padecido de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón?			
25.- ¿Se queda mirando al vacío, se queda en la "baba"?			
26.- ¿Se junta con otros niños/muchachos (as) que se meten en problemas?			
27.- ¿Toma alcohol o usa drogas?			

¿Considera que su hijo (a) requiere ayuda en un servicio de salud mental? (Si)
(No)

¿El adolescente ha sido llevado a consulta con algún profesional u otra persona o servicio de Salud mental? (Si) (No)

CUESTIONARIO DE RESILIENCIA (FUERZA Y SEGURIDAD PERSONAL)

Instrucciones: Los siguientes enunciados, bien podrían formar parte de tu repertorio de pensamientos o reflexiones acerca de la vida misma. Lo que tienes que hacer, es tratar de contestar de la forma más honesta posible (intentando no mentirte en ningún momento), marcando con una **X** qué tanto (del 0 al 100 %) cada uno de los reactivos (que se refieren a características o rasgos de comportamiento) realmente forman parte de tu propia forma de vivir y de ver las cosas. Recuerda contestar todos los reactivos.

SEXO _____	EDAD _____	GRADO ESCOLAR _____	ESCUELA _____
------------	------------	---------------------	---------------

	REACTIVOS	0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
1	Considero que a lo largo de mi vida he sido feliz											
2	Como fin máximo de mi vida quiero conseguir la libertad											
3	Considero que he logrado conocerme a mi mismo.											
4	En verdad creo ser una persona responsable al tomar mis propias decisiones.											
5	Considero que a lo largo de mi vida no me he aferrado ni he dependido de nada ni de nadie											
6	En gran medida me considero un ser independiente, he hecho lo que he querido											
7	Aunque es muy difícil no quiero ser ni más ni menos que nadie. Sólo quiero ser.											
8	He sido muy optimista ante la vida misma.											
9	En mi vida he preferido dar amor que recibirlo											
10	Verdaderamente soy alguien que confía plenamente en sí mismo											
11	Considero que en realidad puedo describirme como alguien muy creativo											
12	He podido constatar que soy una persona muy inteligente											
13	Realmente creo que he llegado a quererme a mí mismo, tal y como soy											
14	He sido capaz de reconocer lo favorable y desfavorable en mi vida.											
15	Considero que soy alguien que e encuentra libre de prejuicio.											
16	Realmente me he sentido muy a gusto conmigo mismo.											
17	Verdaderamente siento que no deseo ni envidia lo que otros tienen o son.											
18	He intentado no mentirme, ser honesto y decirme la verdad, por duro que sea.											
19	Me considero una persona que vive sin miedo de quedarse solo o de morir.											
20	Con todos mis defectos y virtudes, he logrado una buena aceptación personal.											
21	Recuerdo que desde pequeño, me he sentido muy orgulloso de mí mismo											

22	He podido reconocer que soy una persona que tiene un alto valor de sí mismo																		
23	En mi vida he tenido una buena relación con los demás.																		
24	Soy una persona que siento compasión por los demás.																		
25	Me ha gustado mucho estar en soledad.																		
26	Soy mi propio modelo a seguir y me siento contento por ello.																		
27	Aunque creo que es un tanto egoísta considero que he llegado a quererme a mí mismo																		
28	Realmente siento que vivo en paz conmigo mismo																		
29	Durante los actos de mi vida he estado libre de represiones.																		
30	Durante mi vida he dejado ser y hacer a los demás																		
31	Me disgusta imponer mis puntos de vista a los demás																		
32	He defendido mis puntos de vista ante los demás.																		
33	He satisfecho mis planes de hacer o de vivir algo																		
34	En mi vida he podido realizar lo que he deseado.																		
35	He tenido el control de mí mismo																		
36	He tenido la tendencia a odiarme.																		
37	Creo que he vivido de la apariencia, fingiendo ser quien no soy yo.																		
38	Yo he sido una persona pesimista ante los sucesos de mi vida.																		
39	Me cuesta aceptarme tal como soy.																		
40	He sido una persona muy insegura																		
41	Evito expresar críticas hacia las demás personas																		
42	Mi familia me ha apoyado en mis decisiones																		
43	Durante mi vida he conocido personas que han influido positivamente en mí.																		
44	He tenido profesores en la escuela que me han apoyado cuando lo necesito.																		
45	En mi familia tengo a alguien que se preocupa por mí.																		
46	Durante mi vida he cultivado amistades verdaderas.																		
47	He contado con personas del entorno en quienes confió y que me quieren incondicionalmente.																		
48	En mi familia cuento con personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas.																		
49	En mi vida cuento con alguien que me muestra por medio de su conducta la manera correcta de proceder.																		
50	En la escuela cuento con maestros que me enseñan a desenvolverme por mí mismo.																		

¿Olvidaste contestar algún reactivo?
Gracias por tu tiempo y participación

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O TUTOR

Modelo de Intervención en Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

Estimado padre de familia (o tutor), lo invitamos a participar en un proyecto de investigación, el cual requiere de su consentimiento voluntario.

A continuación le informamos de las características del mismo.

Desde hace más de una década se ha dado un nuevo impulso a la atención de los servicios de salud con una base comunitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha insistido por años en cambiar el paradigma de la atención dentro de un hospital psiquiátrico a la atención primaria en salud mental. En este sentido se propone la aplicación del Modelo de Cuidado Colaborativo cuyo objetivo es implementar y evaluar un modelo para la atención integral de la salud mental en el primer nivel de atención, adaptado a las necesidades y a la disponibilidad de los recursos humanos y materiales que existen en los centros de salud de áreas urbanas. Para tal efecto se aplicaran los siguientes cuestionarios:

1.- Cuestionarios CBTD (Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico). Este cuestionario consta de 27 preguntas que indagan la frecuencia de determinadas conductas que hayan presentado los adolescentes de 12 a 15 años de edad, en los últimos 12 meses. El tiempo aproximado de duración del cuestionario es de 20 minutos.

2.- Cuestionario de Resiliencia (fuerza y seguridad personal) consta de 50 reactivos en su versión final con un rango de respuesta de diez puntos que van de 0 al 100 % para cada reactivo. Tiempo aproximado de duración del cuestionario es de 30 minutos.

El primero le será aplicado a usted, como padre o representante legal del menor, por la médico psiquiatra, residente de primer año de psiquiatría infantil y de la adolescencia, del "Hospital Infantil Juan N. Navarro" autora del trabajo. Quien le aclarará algunas dudas que surjan al respecto. Los resultados del cuestionario les serán proporcionados y en caso de que su hijo sea un "caso probable", será referido al Servicio de Salud Mental correspondiente donde se le asignará una cita para recibir la atención necesaria. A cada cuestionario se le otorgará un número de registro para que se resguarden los datos confidenciales de su hijo y se conserven en el anonimato. Por otro lado, la aplicación de este cuestionario NO tiene costo alguno. En todo momento se le mantendrá informado de los resultados de la evaluación.

En caso de no aceptar participar en este proyecto, esta decisión no afectará la calidad o las condiciones de la atención en el Servicio de Salud mental.

También se le proporcionará la información de la dirección de la página de Internet del Hospital y el número telefónico donde usted se podrá comunicar para recibir mayor información.

Ante todo agradecemos su apoyo y su tiempo brindado a este estudio.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el proyecto. He hablado directamente con la autora del trabajo y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este proyecto.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el proyecto en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico.

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma del Adolescente

Fecha

Firma del médico

Fecha