

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

El funcionamiento familiar como factor de protección o riesgo de psicopatología en el adolescente

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

Ana Luisa Balmaceda Ostos

TUTORA:

Dra. María Elena Márquez Caraveo

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

Objetivo: Describir la familia en términos de composición del hogar y del funcionamiento familiar en los adolescentes con psicopatología.

Material y Método: Es un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se reclutaron adolescentes entre 10 y 17 años 11 meses de edad, procedentes de los siguientes servicios hospitalarios: clínica de adolescencia, PAINAVAS, UAM, UAV, PAIDEIA y PROSERPH. Previa obtención del consentimiento y asentimiento informado, se obtuvo la aprobación del comité de ética del hospital. Se identificaron los tipos de hogar conforme al INEGI; a los participantes se les aplicó la entrevista semiestructurada denominada Mini-Kid, y el instrumento de funcionamiento familiar Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI). Se utilizó el SPSS para realizar el análisis estadístico.

Resultados: Se evaluaron 128 adolescentes, de los cuales el sexo femenino correspondió a la de mayor prevalencia con el 57% (n=70). La edad de mayor frecuencia se presentó entre los 13 y los 15 años de edad (61%) con una media de 14.45 y una D.S. de 1.5. El 80% (n=102) de los participantes tuvieron como ocupación ser estudiantes. La conformación de los hogares de mayor prevalencia en nuestra muestra reveló que 54% corresponden a hogares familiares nucleares (n=69). Los principales trastornos psiquiátricos encontrados fueron los trastornos afectivos en el 81% (n=104), los trastornos de ansiedad con el 79% (n=101) y los trastornos de conducta de tipo disruptivo 72% (n=93). Por participante, se observó que el 53% (n=68) tuvo de 1-4 diagnósticos y el resto de 5 hasta 14. Al observar las medias de cada una de las sub escalas en el grupo de mayor severidad (5-14 diagnósticos) se observó que las medias de unión/apoyo y expresión tuvieron puntuaciones menores en comparación del grupo de menor severidad.

Conclusión: En las familias mexicanas, existen números tipos de familias y los hogares no nucleares sumaron más de la tercera parte, destacándose la existencia de hogares sin la presencia del padre. Por otro lado a mayor psicopatología hay menor a unión/apoyo, y expresión entre los miembros.

Palabras claves, MeSH: Funcionamiento Familiar, Psicopatología, Adolescente, Factor de riesgo y/o protección.

Índice

1. Introducción.....	4
2. Marco Teórico.....	5
2.1 Modelos del desarrollo.....	5
3. Adolescencia.....	5
3.1. Diferencias entre hombres y mujeres.....	7
3.2. Conductas de riesgo.....	8
4. Factor de riesgo y protección.....	10
5. Hogar y Familia.....	13
5.1. Situación Conyugal.....	14
5.2. Estructura y composición de los hogares.....	16
5.3. Hogares o familias y género.....	18
5.4. Presencia de la madre y el padre en el hogar.....	19
6. Funcionamiento Familiar.....	20
7. Desarrollo de psicopatología en la adolescencia.....	21
8. Relación entre la familia y psicopatología en la adolescencia.....	26
9. Justificación.....	31
10. Planteamiento del problema	33
11. Objetivos.....	34
11.1 Objetivo general.....	34
11.2 Objetivos específicos.....	34
12. Material y Método.....	35
12.1 Diseño del estudio.....	34
12.2 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	34
13. Variables e instrumentos.....	36
14. Procedimiento.....	37
15. Cronograma de Actividades.....	38

16. Instrumentos.....	38
17. Análisis Estadísticos.....	40
18. Consideraciones Éticas.....	40
19. Resultados.....	41
20. Discusión.....	54
21. Conclusión.....	63
22. Recomendaciones y limitaciones.....	65
23. Referencias.....	65
24. Anexos.....	69

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization [WHO], 2005) señala que los niños y adolescentes con salud mental óptima, tienen mayor capacidad para mantener el funcionamiento social y psicológico, se relacionan mejor con los familiares, sus pares, poseen mayor autoestima e identidad. Además, cuentan con mayores habilidades para aprender y son más productivos.

En contraste algunos niños y adolescentes, presentan trastornos mentales que aparecen en edades tempranas y predominan, tienen amplias variaciones y son influenciados significativamente por la exposición a circunstancias difíciles. Estos factores de riesgos se identifican en tres dominios: biológico, psicológico y social ¹.

En éste último nivel se propone a la familia, la cual constituye el primer ámbito de la socialización infantil y puede funcionar a favor de la salud mental al promover una ambiente de unión, un apoyo social o emocional y favorecer la comunicación; o bien proveer una ambiente de inseguridad, lleno de hostilidad, violencia donde no se suscite una crianza adecuada ^{2,3}.

Durante el siglo XX, la dinámica demográfica en México, tuvo importantes transformaciones, teniendo impacto en el área demográfica, económica, social y cultural. Lo anterior influyó en la composición y evolución de las familias (Instituto Nacional de Estadísticas y Geográfica [INEGI], 2010); por lo que éste cambio invita a reflexionar sobre la repercusión, en el ámbito de la salud mental de los adolescentes.

De este modo, el propósito de éste trabajo es evaluar la dinámica familiar que se reconoce tiene un papel trascendental en el desarrollo de una persona y un escenario fundamental en la vida de los adolescentes ⁴. Lo anterior, con el fin de detectar su rol, a favor o en contra de la salud mental, que permitiese implementar, a futuro, estrategias específicas basadas en el individuo a favor de la salud mental ¹.

2. Marco Teórico

2.1. Modelos del desarrollo

Las teorías contemporáneas del desarrollo hacen énfasis en los mecanismos y procesos psicológicos, los cuales explican los cambios ocurridos en el sistema nervioso a lo largo de la vida. Dentro de estos procesos se encuentran la constancia y el cambio que implican tanto la continuidad como discontinuidad. La plasticidad tiene una implicación importante para entender la variación individual ⁵.

Cabe destacar que, desde el nacimiento, nos encontramos en un constante cambio que abarca nuestro desarrollo emocional y físico (la organización del comportamiento biológico, la plasticidad); pero la forma en cómo interactuamos con nuestro medio (sociedad, cultura), puede fomentar el desarrollo de psicopatología ^{5, 6}.

Por lo tanto, la plasticidad se entiende como un fenómeno del desarrollo o bien una síntesis sistemática en todos los niveles de organización influidos por el ambiente y la herencia ⁶.

Dicha fusión, naturaleza versus crianza, es mutuamente permisiva y restrictiva además de influir en el comportamiento ^{5, 6, 7}.

3. Adolescencia

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez particularmente importante en el desarrollo humano ^{4, 8}. La sociedad espera que éste se convierta en un ser autosuficiente ⁹. Puesto que en ella se desarrollan los elementos fundamentales que darán pie al fortalecimiento de las características físicas y sociales del individuo.

A lo largo de la adolescencia se presentan cambios a nivel: biológico, psicológico, cognoscitivo y social ¹⁰. Desde el punto de vista biológico, se produce un aumento en la producción de hormonas que consecuentemente generan cambios físicos en el cuerpo como la aparición de los caracteres secundarios.

Asimismo, en el sistema nervioso central surgen modificaciones, en las regiones prefrontales, hipocampo y el sistema límbico ¹¹; así como en la conducta. El efecto que ejercen éstas en los procesos conductuales, con llevan a un aumento en la agresividad e interés sexual ¹². Sin embargo, el adolescente durante esta etapa suele tomar riesgos y busca de sensaciones nuevas como consecuencia de la motivación y recompensa que se produce en el núcleo accumbens (o cuerpo estriado ventral) ^{4, 11}.

Los cambios mencionados anteriormente, se reflejan en las diferentes etapas por las que atraviesa un individuo en la adolescencia, por ejemplo; en la **adolescencia temprana**, se inicia el desinterés por los padres, se buscan relaciones con compañeros del mismo sexo, se pone en prueba la autoridad, se cela la intimidad. Así como el desarrollo de capacidades cognitivas, el dominio de las fantasías, la inestabilidad emocional y la falta de control de impulsos.

Por su parte, en la **adolescencia media** se intensifican los conflictos con los padres, la relación con los compañeros y la experiencia sexual. Se conforman sentimientos de invulnerabilidad y conductas omnipotentes.

Finalmente, en la **adolescencia tardía**; el adolescente vuelve a acercarse a sus padres, da prioridad a las relaciones íntimas y desarrolla su propio sistema de valores e identidad personal y social que le permite intimar ¹⁰.

Mientras tanto, en la familia se produce un apego emocional y social, del cual se establece un vínculo ⁷, para el adolescente; el vínculo representará la forma o calidad de sus relaciones interpersonales, la disponibilidad para formar los rasgos de personalidad que están influenciados por las experiencias tempranas persuadidas por la crianza y puede predecir el comportamiento a futuro como el funcionamiento del adolescente fuera o dentro de la familia ⁶. La estabilidad de éste vínculo favorecerá o no, un desarrollo óptimo con los integrantes de su familia y con el resto de la sociedad ¹².

3.1. Diferencias entre hombres y mujeres

Si bien, tenemos conocimiento de los cambios y las diferencias que existen en el desarrollo entre hombres y mujeres a nivel físico y mental durante la adolescencia, es importante resaltar entre ambos sexos, las diferencias en las experiencias de vida y en la expresión del malestar ^{13, 14}. Asimismo, en el desarrollo educativo, laboral e interpersonal que pueden contribuir al desarrollo desadaptativo, incluyendo la presencia de conductas de riesgo ⁴.

Una de las diferencias principales entre los géneros e incluso en el mismo sexo, es la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Es decir, las mujeres que tienen un desarrollo precoz, suelen desarrollar una baja autoestima ya que son causa de burla, específicamente cuando se presentan la menarca ^{5, 11, 13}. Mientras los hombres al desarrollarse tempranamente, se ganan el respeto de sus congéneres al ser percibidos por el otro y para sí mismos como objeto de deseo ^{11, 13}.

Otra diferencia importante es el rol que juega la mujer en la sociedad, debido a que asumen responsabilidades de un adulto antes de tiempo, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar conductas desadaptativas ¹⁵. A diferencia de los hombres que tienden a demostrar su masculinidad, que los lleva a realizar mayor conductas de alto riesgo, en las que destacan el involucrarse en actos de rapiñas con armas, accidentes ¹⁶, y el consumo de estupefacientes.

Van Ehen y Anthony (1999), establecen que los hombres son más propensos a probar las drogas en comparación con las mujeres, debido a una mayor supervisión de los padres. Sin embargo, Firestone Cruz et al (2006) encontraron que las mujeres mexicanas en dos ciudades fronterizas del norte fueron más proclives a obtener drogas de uso intravenoso por personas conocidas, quienes se relacionaban en sus hogares. En contraste con los hombres, quienes obtienen las drogas por extraños ¹⁶. No obstante, las drogas no son la única amenaza a la que se enfrentan los adolescentes, la violencia física y sexual también juegan un papel muy importante como factor de riesgo para hombres y mujeres.

Sin embargo, son las mujeres las que están más expuestas a vivir violencia física así como a sufrir de abuso y/o violación sexual, de persuasión o acoso por parte de su pareja e inclusive de ser más vulnerables a los secuestros ¹⁶.

En el 2007 Turner, Finklerhor y Omrod, encontraron una relación significativa entre la estructura familiar y el abuso sexual. Los autores notaron que los hombres, quienes crecieron en familias disfuncionales de tipo monoparental (matriarcado), tuvieron una mayor probabilidad de ser abusado sexualmente. En cambio entre las mujeres, quienes no recibieron una educación sexual adecuada y provienen de familias disfuncionales, desintegradas por falta de uno de los padres naturales, aumentó aún más la probabilidad de ser agredidas sexualmente ¹⁷. Lo anterior demuestra la importancia que tienen los vínculos familiares en el desarrollo de las relaciones dentro y fuera del hogar.

3.2. Conductas de riesgo

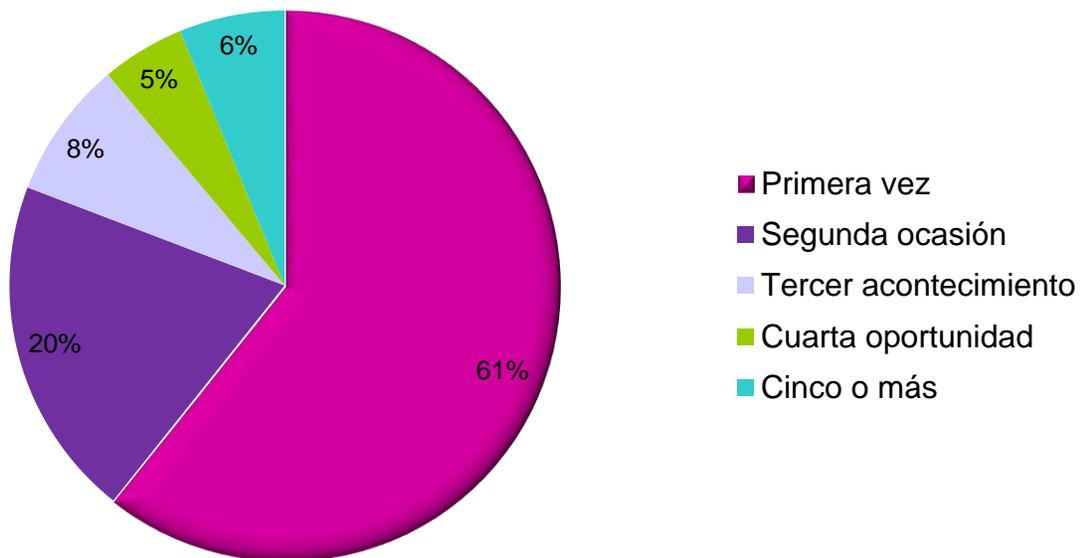
La adolescencia, es una etapa donde el adolescente está propenso a realizar conductas de riesgo que involucran peligro para su bien estar y que pueden acarrear consecuencias negativas para su salud o comprometer aspectos de su desarrollo. Estas conductas no son del todo aceptadas por la sociedad, ya que se relacionan con los estilos de vida modernos, sumados a la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas. Por ejemplo, el inicio de una vida sexual más tempranamente, la cual aumenta el riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados; problemas emocionales, una menor calidad de vida y el uso de drogas ^{10, 18}. Sin embargo, de todos estos factores, el consumo de estupefacientes destaca y se incrementa drásticamente en la adolescencia.

En la Ciudad de México, Benjet y et al.,(2007) ¹⁴, encontraron que en los adolescentes entre 12-17 años de edad; existe una prevalencia de 5.1% para el uso de drogas ilícitas en los hombres mientras para las mujeres un 3.0%; siendo la droga de elección la cannabis.

Los jóvenes mexicanos entre 16-18 años de edad (59%), consumen drogas. El 29% de éstos han tenido la oportunidad para probarla, lo cual aumenta con la edad; sin embargo, el 11% de los adolescentes con 12 años de edad en comparación del 46% de los jóvenes de 17 años de edad, adquirieron la pericia de hacerlo en algún momento de su vida; de los cuales el 53% son hombres a diferencia del 39% de las mujeres ¹⁴.

Como se muestra en la gráfica 1, la prevalencia del consumo de drogas por primera vez, es mayor que el resto de las incidencias del uso de alguna droga entre los adolescentes.

Gráfica 1. Prevalencia del consumo de drogas por ocasión entre los adolescente en la Ciudad de México.



Fuente: Adaptado de Benjet. et al; Drug use opportunities and the transition to drug use among adolescents from the México City Metropolitan Area, Drug and Alcohol Dependence. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Universidad Autónoma Metropolitana, campus Xochimilco, 2007.

Sin embargo, no es sinónimo de tener algún padecimiento, ya que muchas de estas conductas son propias de ciertos periodos evolutivos ^{19, 20}. Es así, como de alguna forma, el comportamiento promedio es considerado desadaptado sin tomar en cuenta

que éste puede resultar adaptativo a un momento determinado^{15, 19, 20, 21} más no significa en absoluto que ellos tengan que constituir experiencias positivas, con respecto a dos aspectos cruciales:

- Un factor de riesgo que puede no constituir un suceso agradable, ante el recuerdo o vivencia de una experiencia desagradable, el sujeto modifica la respuesta con el objetivo de ser más asertivo.
- Los factores de protección, como las experiencias positivas actúan en general de manera directa, predisponiendo a un resultado adaptativo⁴.

4. Factores de protección y riesgo

Se sugiere como un mecanismo de protección a *la capacidad de modificar las respuestas que tienen las personas frente a las situaciones de riesgo*. Mientras que un factor de riesgo es *una intensificación de la reacción frente a estímulos que en circunstancias normales conduce a una desadaptación*¹⁹.

Estos factores de riesgo o protección se derivan de las características, circunstancias, condiciones y atributos que facilitan al individuo lograr una salud integral¹⁰. En la tabla 1 se muestran los diferentes factores de riesgo y protección en los adolescentes, según la OMS:

Tabla 1. Factores de Riesgo y Protección en los adolescentes

Dominio	Factores de Riesgo	Factores de protección
Biológicos	Exposición a drogas durante el embarazo Predisposición genética Antecedente de traumatismo craneoencefálico Antecedente de hipoxia HIV Malnutrición Otras enfermedades	Desarrollo físico apropiado para la edad Buena salud física Inteligencia normal a superior

Dominio	Factores de Riesgo	Factores de protección
Psicológico	Trastornos del aprendizaje Rasgos de personalidad desadaptativa Negligencia o abuso sexual, física o emocional Temperamento difícil	Habilidad para aprender de las experiencias Autoestima Habilidad para resolver problemas Habilidades sociales
Social		
a) Familia	Inconsistencia de los cuidadores primarios Familia conflictiva Falta de límites Mala dinámica familiar Pérdida de un familiar Falta de cohesión Estructura familiar	Unión Familiar Oportunidades positivas Participación de la familia Recompensa familiar
b) Escuela	Bajo nivel educativo Deserción escolar Apoyo escolar inadecuado e inapropiado	Oportunidades de ir a la escuela Apoyo académico Identificación escolar o necesidad educativo
c) Sociedad	Falta de eficacia en la comunidad Comunidad poco estructurada Violencia Urbanización	Comunidad estructurada Tiempo de ocio Experiencias culturales positivas Modelos a seguir Reforzamiento positivos Trabajo social con organizaciones religiosas

Fuente: Adaptado de Funk M. Development Team Department of Mental Health and Substance Abuse Non communicable Diseases and Mental Health Cluster World Health Organization, 2005, (p.12)

De acuerdo con la información anterior, la familia puede ser un factor de protección. Debido a los recursos ambientales que proporciona a las personas, al promover la unión, el apoyo incondicional que es percibido en el bien estar emocional y el aumento de la autoestima de los adolescentes. O bien, ser un factor de riesgo, cuando la familia provee un ambiente hostil, acompañado de una falta de apoyo y un trato violento ¹⁰.

Es importante destacar que, la victimización en la niñez es alta (65%), siendo la violencia emocional la más frecuente; además, el 39% de las personas sufrieron de agresión física y el 38% vivió de forma indirecta la violencia intrafamiliar.

Los niños y/o adolescentes que viven en familias donde impera, la ausencia de los padres biológicos en el hogar, así como el antecedente de la madre, de ser portadora de alguna incapacidad mental o física que impida el cuidado de su hijo, el desarrollarse en un matrimonio y/o ambiente conflictivo, donde no puede contar con el apoyo de su familia y estar aislado socialmente, son considerados factores potenciales de riesgo para ver víctima de abuso sexual (AS); y por ende para desarrollar alguna patología ¹⁸. El AS se aprecia en un 34% y 53% de los pacientes que acuden a consulta por problemas de salud mental, asociado a los trastornos internalizados, alimentarios, consumo de sustancias, desórdenes de personalidad, además de presentar mayor morbilidad médica asociada a policonsulta ^{18, 22}.

La pobreza es un factor de riesgo importante para generar una desorganización en la familia y poseer un mayor nivel de violencia. Además de generar una exposición acumulativa de estresores adversos, físicos, psicosociales como la separación de un niño de su familia y sociales que tiene como resultado, la exposición al estrés crónico que puede alterar y producir el desequilibrio en la autorregulación del comportamiento ²³.

Lo cual predispone a los adolescentes a vivir situaciones como: la falta de vivienda, migración de zonas rurales a urbanas, vivenciar la guerra, la esclavitud moderna, las enfermedades físicas (VIH/SIDA), el estrés familiar, la depresión parental especialmente en el caso de la madre, por consecuencia apoyo social insuficiente, predisponiendo a

vivir violencia intrafamiliar, abuso sexual y el consumo de drogas ^{1, 19}.

Ésta sin duda, es uno de los factores de riesgo para la deserción escolar y predispone a los adolescentes al consumo de drogas en un 43.1%, a diferencia de quienes continúan con los estudios sólo tienen el 25.6% de riesgo para consumir narcóticos, como resultado al reducir el tiempo de ocio, la disponibilidad y las relaciones de compañeros que las utilizan ¹⁷.

Por otra parte, la cultura también puede influir en la expresión de los síntomas, a través de los valores, creencias y costumbres. Al presentarse la aculturación puede generar estrés para los jóvenes, ya que une dos mundos culturales. De modo que los individuos que tienen una subcultura, presentan conflictos cuando el significado del comportamiento, creencia o valores están en contra de la cultura principal ¹⁵.

Finalmente, la religiosidad está considerada como factor de protección, ya que el ambiente social de la religiosidad es poco tolerante al uso de drogas, por lo tanto propicia una convicción moral personal que brinda resistencia y disminuye la oportunidad del consumo, en comparación con los adolescentes quienes carecen de ésta ¹⁷. Es así como podemos observar que los factores de riesgo, familia, pobreza, cultura y religiosidad están íntimamente relacionados en la capacidad del adolescente para alejarse o bien, aproximarse a padecer alguna psicopatología que trunque su desarrollo mental.

5. Hogar y familia como factor de riesgo o protección

La familia es la institución humana más antigua ²⁴ y se concibe como un sistema abierto, con varios subsistemas (díada marital, individuo etc.) en interacción ⁴. Su presencia es universal, sin embargo, se presenta con amplia variabilidad en cada grupo social, dependiendo de su ubicación geográfica, del momento histórico, de su organización política y económica, de sus antecedentes culturales, así como su ideología.

Podemos definir a la familia como *la base de la sociedad e institución irremplazable para la satisfacción de las necesidades fundamentales, donde se adquieren las habilidades*

primarias para la socialización, se educa, se reafirman los valores, actitudes y costumbres que rigen a la sociedad ^{4, 25}.

Ésta tiene como principal objetivo apoyar la individualización de sus miembros y proporcionarles un sentimiento de pertenencia.

Leñero ²⁴, señala la exigencia de dos naturalezas intrínsecas en la familia; la primera tiene que ver con lo formal o público y se relaciona con la regulación de las normas, leyes para su creación o disolución para la convivencia, derechos y obligaciones. La segunda, se relaciona con la intimidad o privacidad que tiene que ver con los vínculos que establecen sus miembros, con la regulación del afecto y la expresión de las emociones ²⁴.

No obstante, debemos hacer la distinción entre el concepto de familia y hogar, entendiendo al primero como la construcción legal (civil o religiosa) que se obtiene al contraer matrimonio. Mientras que, el hogar es el entorno físico inmediato, donde las parejas proyectan un espacio que debe proveer a sus ocupantes suficiente protección, higiene, privacidad y comodidad. Las cuales irán acorde a las características personales del jefe del hogar (como sexo, edad, nivel de escolaridad y condición de actividad, entre otras) que se encuentran fuertemente relacionadas con las condiciones de vida ²⁵.

5.1. Situación Conyugal

La situación conyugal es un indicador que nos permite conocer si las personas están solteras, casadas, en unión libre, separadas, divorciadas o viudas.

Para el año 2000, el INEGI reportó que el 56% de los hombres y el 53% de las mujeres, estaban casados o en unión libre; señalándola como la situación conyugal predominante. Asimismo, destaca la población soltera, con proporciones de 39.8% y 34.6% respectivamente. Sin embargo, para ese año, las mujeres triplican en un 11.6% a los hombres (3.9%), en disolver el matrimonio.

En la tabla 2, podemos observar que en la población entre 30 a 39 años de edad, predomina el sexo masculino en un 81.6%; siendo la unión libre o estar casados como el estado civil que predomina.

Tabla 2. Situación Conyugal en la población mexicana entre los 30 a 39 años de edad

Sexo	Población de 30 a 39 años	Estado civil	
		Casados o Unión libre	Separados, Divorciados o viudos
Hombres	81.6%	56.4%	5.4%
Mujeres	73.4%	53.6%	13.5%

Fuente: Adaptada del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (México) Mujeres y hombres en México 2011/Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. México: INEGI, 2011.

En el ámbito doméstico se han presentado cambios constantemente, debido al entorno social. Una de estas tendencias, es la ocurrida en los años 50 cuando se introdujo la planificación familiar, así como el aumento de las oportunidades educativas para mujeres y hombres; por ende mayor nivel de escolaridad de las generaciones jóvenes pero con menor remuneración económica en el trabajo que ha obligado a las familias a incorporar más integrantes en el mercado laboral, en especial el de las mujeres.

Con base a la economía familiar se han modificado los arreglos y acuerdos familiares, de igual forma como ésta interactúa con el estado y la economía. Y ha hecho, que las familias se reestructuren en cuanto a los roles y responsabilidades asignadas entre los integrantes; es por ello que cada día existen, más proveedores secundarios quienes no siempre son hombres o que no tienen un hombre al frente. En muchos de los casos la responsabilidad del linaje, recae solo en una mujer. Provocando que cada vez sean menos las familias que se ajuste al arquetipo de la familia nuclear ²⁵.

5.2. Estructura y Composición de los hogares

En los últimos 150 años se ha modificado la familia occidental presentado entre sus cambios, la disminución de integrantes, el patrón de crianza y la estructura familiar ⁵.

De igual forma, debemos tomar en cuenta que la representación por excelencia de la estructura familiar es de tipo nuclear y está constituida por el padre, la madre y al menos un hijo ²⁵.

La INEGI define a los hogares como *la agrupación de diversos arreglos de las personas que pueden ser diferenciados de acuerdo con las relaciones de parentesco existente en su interior*

Tabla 3. Composición del hogar según la estructura de la familiar

Hogares	Familiares	No familiares	
Nuclear	Jefe + Cónyuge+ 1 o más hijos	Corresidentes	Jefe + una persona que no está emparentada
	Jefe + Cónyuge		
	Jefe + 1 o más hijos		
NO nuclear	Jefe + cónyuge+1 o más hijos+ otros parientes del jefe (ej: nieto, nuera, yerno, padre, madre entre otros)	Unipersonales	Un solo integrante
	Jefe + otros parientes que pueden estar presentes persona sin parentesco con el jefe.		

Fuente: Adaptada del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (México) Mujeres y hombres en México 2011/Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. México: INEGI, 2010-2011.

En la tabla 3, se muestra la composición de los hogares, clasificándolo como familiares (nuclear o no nuclear) y no familiares, de acuerdo a la composición de los integrantes de éste.

En México, actualmente predominan los hogares nucleares; sin embargo, la cifra de estos ha ido en descenso con el pasar de los años; en 1990 este tipo de hogar correspondía al 74.6%, para el 2005 la cifra era de 68.2%; mientras que para el 2011 correspondía al 64.2%. Contrariamente, se incrementaron los hogares no nucleares que en 1990 representaban el 19.5%, mientras que para el 2005 la cifra se incrementó a 23.6%, finalmente, en 2011 este rubro representaba el 26.3% de la sociedad mexicana. Asimismo, los hogares unipersonales representan para el 2010 el 7.5%, aumentando en el 2011 a 8.8%.

El censo de población realizado por el INEGI en el 2010, reporta que los diferentes tipos de hogares se conforman con base en las relaciones de parentesco que vinculan a los residentes habituales de vivienda con la jefa o jefe del hogar. En el Distrito Federal (DF), los hogares de tipo familiar nuclear sumaron 2,092,147 hogares mientras los tipos de familias no nucleares son 325,470.

La distribución por sexo del jefe de familia contiene diferencias porcentuales en las diferentes clases de hogar. En el 2005, 74 de cada 100 hogares eran nucleares, 21 no nucleares y 5 unipersonales, se encontraban encabezados por un hombre. En comparación con 50 de cada 100 familias nucleares, 33 no nucleares, 15 unipersonales y 1 corresidentes, se encontraban lideradas por una mujer. Se resalta que los hogares con una mujer a la cabeza de la familia prevalecen en los hogares nucleares, en contraste con los no nucleares donde predominan los varones. Cabe destacar que existe una proporción más alta de hogares unipersonales que son encabezados por un hombre.

En el D.F., en el 2010 el 31.4% de los hogares se encontraban liderados por una mujer; mientras en el 2000, el indicador fue del 25.8%^{25, 26}.

En México los hogares con pareja conyugal, representa poco más de las tres cuartas partes de los hogares familiares. En esta composición predomina la jefatura masculina con el 94.7%.

Tabla 4. Prevalencia de la participación económica de las parejas conyugales en relación al jefe de familia.

Jefe o Jefa en quien recaen la responsabilidad económica				
Edad	Solo el hombre trabaja	Ambos trabajan	Solo la mujer	Ambos trabajan
≤ 30 años	67.3%	26.1%	47.4%	39.1%
30-49 años	58.6%	32.3%	12.7%	46.1%
≥ 60 años	39.9%	43.5%*	10%	44.3%*

* Ninguno Labora

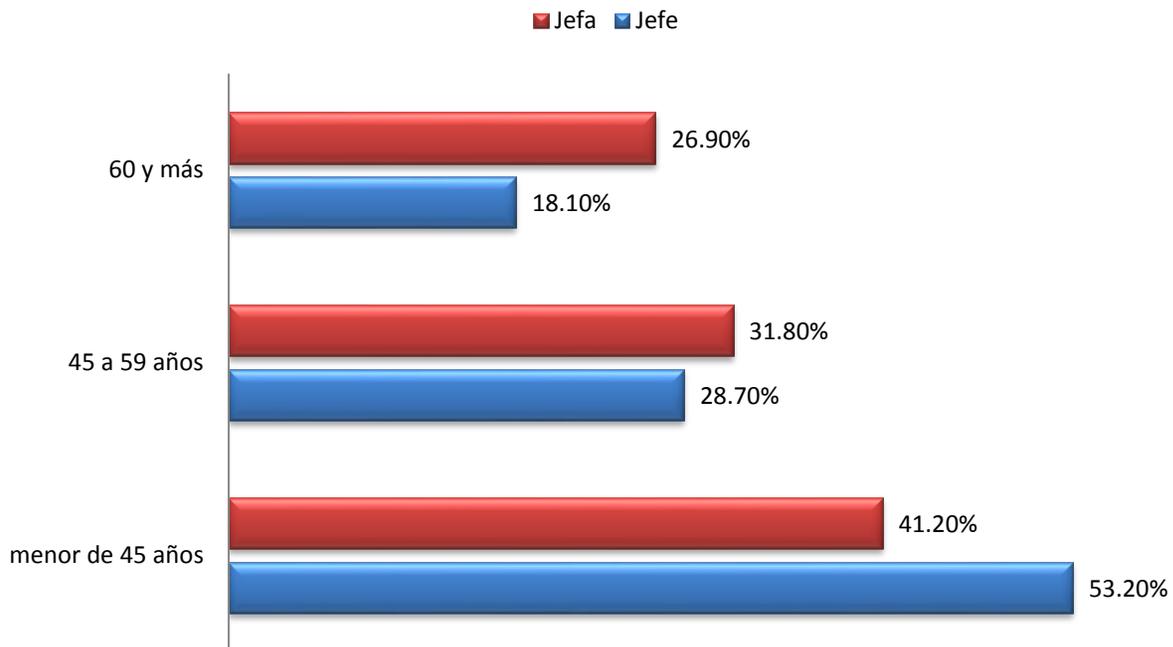
Fuente: Adaptada del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (México) Mujeres y hombres en México 2011/Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. México: INEGI, 2011.

La tabla 4, nos muestra que las personas menores de 30 años de edad, son las personas económicamente más activas para ambos sexos; sin embargo, el hombre obtiene mayores ingresos que la mujer. En contraste, cuando la mujer encabeza a la familia, pero ambos tienen la responsabilidad económica, son más activas económicamente hablando las personas entre los 30-49 años ²⁶.

5.3. Hogares o Familia y Género

En México, el INEGI reportó en el 2009, que 41.4 millones de mujeres realizan un trabajo remunerado, 67 de cada 100 mujeres habían padecido algún incidente de violencia, ya sea en su relación de pareja o en espacios comunitarios, laboral, familiar o escolar. En el Distrito Federal, 3 de cada 10 hogares tiene una mujer al frente, también existe la más alta proporción de hogares con ancianos encabezados por una mujer (39.5%), tal como lo indica la siguiente gráfica. Ver Gráfica 2.

Gráfica 2. Jefe del hogar por edad y sexo.



Fuente: Adaptada del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México) Mujeres y hombres en México 2011/Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. México: INEGI, 2011.

5.4. Presencia de la madre y el padre en los hogares con niños

La Declaración de los Derechos del Niño en 1959, en el artículo 6° menciona que los niños tienen el derecho al pleno desarrollo de su personalidad, para ello necesitan amor y comprensión, y en la medida de lo posible crecer al amparo y responsabilidad de sus padres.

Para el 2010, en el D.F., 67.6% de los menores de 14 años vivían con ambos padres; quienes sólo vivían con la madre eran el 20.2%, los menores de edad que vivían sólo con el padre representaban el 1.6%, mientras quienes no contaban con alguno de los progenitores fueron el 2.6%. Sin embargo, los niños entre los 6 y 14 años de edad, es el rango con mayor riesgo para vivir en un hogar donde los padres no habitan con ellos ²⁰.

La tabla 5, expone que el 71.4% de los adolescentes entre 10-14 años vivían con ambos padres, mientras que el 16.7% vivía solo con la madre, el 1.7% con el padre y el 4.6% no vivían con ninguno de sus padres. Por su parte, los jóvenes mayores a 15 años el 73.5%, el 15.9%, el 1.1% y 3.3% respectivamente

Tabla 5. Población Infantil que habita con sus progenitores

Edad del menor	Ambos padres	Solo la madre	Solo el Padre	Sin ningún padre
≤ 4 años	75.4%	15.3%	0.4%	1.8%
5-9 años	73.7%	15.7%	1.0%	3.5%
10-14 años	71.4%	16.7%	1.7%	4.6%
≥ 15 años	73.5%	15.9%	1.1%	3.3%

Fuente: Adaptada del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (México) Mujeres y hombres en México 2011/Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. México: INEGI, 2011.

Aquellos niños quienes viven o experimentaron, la disolución conyugal o viudez de sus progenitores, en su mayoría permanecen con la madre, comportamiento que obedece sobre todo a patrones culturales y en cierta medida, a criterios legales ²⁶.

6. Funcionamiento Familiar

El funcionamiento de la familia es altamente complejo y es pieza clave para entender al individuo; para concebir la funcionalidad o disfuncionalidad de ésta, es importante comprender las relaciones que se dan entre cada uno de los integrantes de la familia, las cuales se denomina “relaciones intrafamiliares” y son de suma importancia.

Sin duda, nos da una perspectiva de la dinámica familiar, donde se incluyen el grado de unión familiar, el estilo para afrontar problemas, expresar las emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambios; los cuales dependen del ambiente, así como los recursos que posee la familia ³, que a su vez, se relacionan con

la psicopatología de los padres ⁴.

7. Desarrollo de la psicopatología en la adolescencia

La adolescencia es también una etapa donde se incuban muchos de los problemas de salud mental ^{4, 8, 9}. En general, la presencia del estrés psicofisiológico fue la constante como acumulación de las demandas ambientales ²³; que favorece el desarrollo y/o aparición de los trastornos en la adolescencia.

La fisiopatología de estos trastornos se entienden mejor cuando es consecuente de la aberración ante los cambios de maduración que normalmente se producen en el cerebro de los adolescentes ⁹, en especial por la poda neuronal como la aparición de la esquizofrenia en edades tempranas, ya sea durante o después de la adolescencia está relacionada con mayor disfuncionalidad ¹¹.

Sin embargo, la existencia de numerosos trastornos se pueden remontar en los procesos del desarrollo; los cuales se encuentran alterados y muchos están relacionados con la genética.

Lo que indica, que los factores ambientales son necesarios para la manifestación de la enfermedad y resalta la importancia de la intención bidireccional entre el medio ambiente e individuo como la capacidad de influir de forma positiva o negativa en el desarrollo ^{6, 15, 27}.

Por consiguiente, los individuos que presentan circunstancias similares, desarrollan la misma psicopatología generada por diferentes causas denominados **equifinalidad** o bien; exhiben los mismos factores de riesgos que conducen a diferentes resultados a lo que llamamos **multifinalidad** ^{6, 19}.

Algunos autores sustentan que el concepto de “trastorno” implica un impacto significativo en el funcionamiento del organismo ^{21, 28}, patrón que se produce en una persona y se asocia con angustia, dolor, sufrimiento, discapacidad o con un riesgo importante de pérdida de la libertad" ²¹.

El desarrollo de psicopatología se puede definir como el estudio del origen y el curso de los patrones individuales del comportamiento mal adaptativo, cualquiera que sea el inicio, el curso y la transición de los patrones manifestados ¹⁵.

The American Academy of Child Psychiatry (1990) ²¹, informó que un número creciente de niños y adolescentes están en alto riesgo de desarrollar un trastorno mental, debido a los factores de riesgo mencionado anteriormente. Mientras que, la Oficina de Evaluación Tecnológica anunció en 1991 que alrededor del 20% de personas de 20 años de edad, padecen un trastorno mental ²¹.

The National Comorbidity Survey ¹³, señala que el pico de la aparición de los trastornos mentales en edad temprana fue 14 años y los principales trastornos que surgen en la adolescencia son: la ansiedad, depresión, esquizofrenia, trastornos de la alimentación, personalidad y abuso de sustancias.

El abuso de sustancias puede iniciar como parte de buscar experiencias nuevas tomando en cuenta la dificultad para medir las consecuencias de los actos, y mientras menor sea la edad de inicio, predice problemas más severos por la dependencia. El cual puede servir como puerta de entrada para el consumo de múltiples sustancias a lo largo de la vida.

Ciertos rasgos de la personalidad son factores de riesgo importante para el consumo de sustancias ¹³.

La violencia está relacionada con el abuso de sustancias y las consecuencias de ésta varían en su expresión como: depresión mayor, ansiedad generalizada y el trastorno de estrés postraumático. Otras manifestaciones incluyen problemas que pueden persistir durante muchos años y afecta la calidad de vida, sin llegar a manifestar un trastorno de estrés postraumático (TEPT).

La OMS subdivide la violencia interpersonal en dos categorías: la violencia comunitaria y la violencia intrafamiliar como de pareja, sin embargo, existen otros tipos de violencia como la realizada por el crimen organizado, los efectos de los desastres naturales o los producidos por el hombre que influyen más en nuestros días, en el desarrollo de una psicopatología en el adolescente.

En México, la segunda Encuesta Nacional sobre la Inseguridad (ENSI-2), reportó que el robo fue el delito más frecuente, destacando que 1 de cada 2 delitos se cometieron con violencia física y se utilizaron diversos objetos como armas de fuego; seguido de los secuestros exprés y el abuso sexual.

La Encuesta Nacional sobre la Violencia contra las Mujeres ²⁶, notificó un 21.5% de violencia en las parejas y destacó que 3 de cada 10 mujeres sufren o han sufrido violencia alguna vez en su vida. De los diferentes tipos de violencia, la más frecuente fue la psicológica con 19.6%, después la física con el 9.8%, la sexual con el 7% y por último la económica con 5.1%.

Por su parte, la violencia doméstica se presenta en edades tempranas cuando se fue testigo y aparece entre los 5 a 10 años de edad, con una menor incidencia entre los 10 a 20 años, el haber sido víctimas de ésta por parte de los padres tuvo una distribución similar.

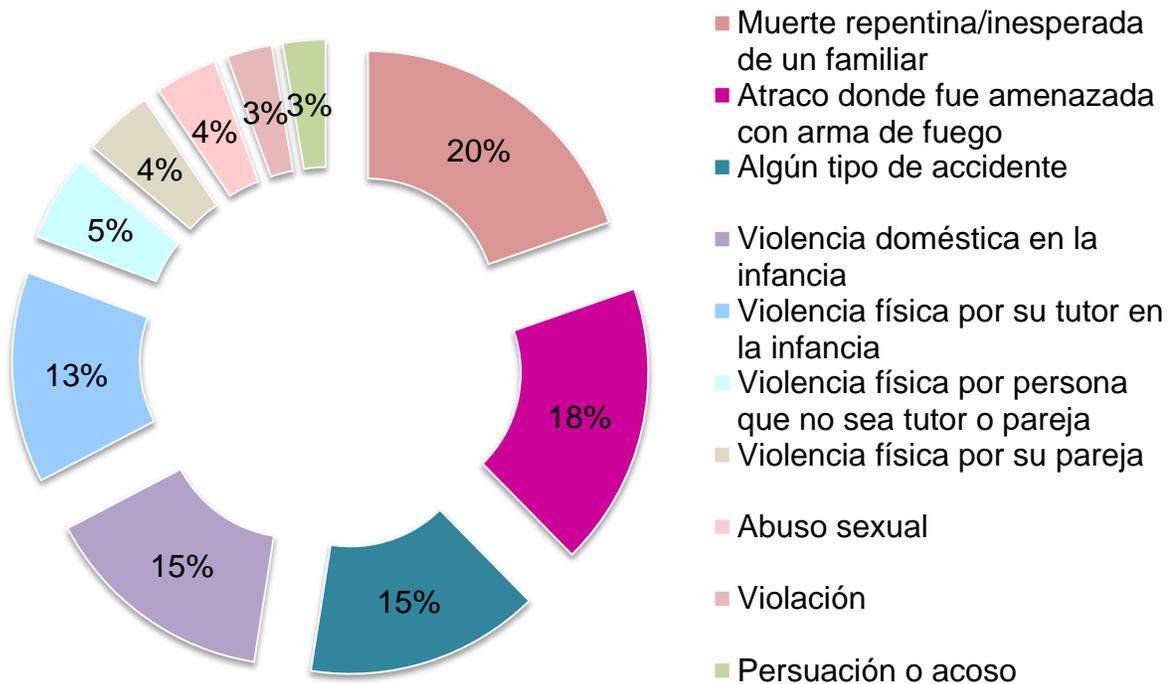
Los niños y adolescentes están expuestos a la violación y/o abuso sexual, y este suceso tiene su aparición en las dos primeras décadas de la vida, con reportes a partir de los 5 años; el índice de nuevos casos siguen apareciendo hasta los 25 años de edad, con un segundo pico a los 30 años y poca incidencia después de esta edad.

La violencia y el abuso sexual suelen tener secuelas graves, con una prevalencia del 4.3% en adolescentes, principalmente en estudiantes de escolaridad media a superior.

El TEPT, tiene una prevalencia del 1.9% de los hombres en comparación del 3.3% en las mujeres, a quienes se les realizó el diagnóstico alguna vez en su vida y la edad promedio para su manifestación es a los 19.7 años. Sin embargo, el total del TEPT fue de 1.45%; en las mujeres de 2.3% y 0.49% en los hombres cuando se fue víctima de violencia por parte de los padres.

La gráfica 3, muestra como causa principal para desarrollar un TEPT la muerte inesperada/repentina ya sea de una familiar o un amigo, seguido de un atraco con arma de fuego y algún tipo de accidente.

Gráfica 3. Factores predisponentes para desarrollar un trastorno de estrés postraumático



Fuente: Adaptada de Medina-Mora Ma., Borges-Guimaraes G., Lara C., Ramos-Lira L., Zambrano J., Fleiz-Bautista C., Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana, Salud Pública de México, 2005. (p.6)

Los problemas de salud mental que más se correlacionan con este padecimiento son: la depresión, el intento suicida y el uso de drogas. Si bien, la ansiedad en quienes tuvieron TEPT es de 2.6 veces inferior en México (6.8 y 18.2% en relación a los 12 meses previos a la encuesta) y la proporción de quienes recibieron tratamiento es 3.6 veces menor en comparación con los Estados Unidos ¹⁶.

En la adolescencia los síntomas de ansiedad se presentan frecuentemente después de un cuadro depresivo. Teniendo como factor predisponente los cambios hormonales durante esta etapa. Incluyendo el trastorno de pánico que tiene una prevalencia de 2:1 en relación mujer: hombre, y aumenta en la etapa III de Tanner.

La depresión en la adolescencia es grave y suele ser común, que de igual forma entre más temprano se presente se asocia a mayor severidad y disfuncionalidad ¹³.

The Mexican Adolescent Comorbidity Survey ²⁹, reportó una tendencia del 11.5% entre los adolescentes para tener ideas suicidas, el 3.9% presentó un plan suicida y el 3.1% intento suicidarse. Quienes contaron con ideas suicidas, el 34.1% informó haber ejecutado un plan suicida y el 27.2% intentó suicidarse en una ocasión; de éstos 53.3% tuvieron un plan en comparación de quienes no tenían un plan (13.7%).

La presencia de una idea suicida, aumenta a partir de los 10 años de edad mientras los planes suicidas se incrementan a los 12 años, y el período de mayor riesgo para suicidarse es alrededor de 15 años.

Para el 2003, la población mexicana mostró un incremento de suicidios del 61.9%; especialmente entre los adolescentes, en comparación con otros países. El 17% representó el total de los suicidios y de éstos sólo el 1.0 al 40.7% exteriorizaron la ideación suicida; por otra parte los gestos suicidas mostraron una prevalencia de 1.4 a 10.1%, siendo las mujeres con mayor riesgo de presentarlas ²⁹.

8. Relación entre funcionamiento familiar y psicopatología adolescente

La función de la familia, se llevan a cabo bajo el principio de complementariedad entre los diferentes miembros contando con los recursos y potencialidades de cada uno de ellos y apoyándose a la vez en otras instituciones sociales como la escuela, grupo de amigos y familiares.

La percepción que cada uno de los individuos tiene de su familia está conformada por la suma de las percepciones sobre las relaciones entre cada uno de los miembros. Con frecuencia, la persona está más consiente de la imagen de la familia que en la familia en sí y la construcción de la imagen de la familia se logra mediante la reciprocidad de cada uno de sus miembros.

De ahí, que cada una de las personas que están unidas por un vínculo estrecho pasa a formar parte de la psicopatología de la otra, creando un sistema de retroalimentación que regula y pauta sus respectivas conductas.

Cada generación proyecta o transpone un conjunto de relaciones en las siguientes estirpes, a través de elementos derivados del producto de por lo menos tres factores: lo proyectado e inducido en ella por generaciones anteriores, así como la respuesta a esa proyección e inducción.

Los derechos y deberes de los miembros de una familia, junto con los conflictos no resueltos de la misma, son transmitidos de una generación a otra casi siempre de manera inconsciente, teniendo gran influencia en el comportamiento actual. Si los individuos desean liberarse de las conductas disfuncionales transgeneracionales, deberán descubrir recursos para sentirse dignos de confianza.

Por su parte, la dinámica familiar actual, depende en gran parte de la historia de integraciones y agrega que la repetición de pautas en el comportamiento no se da de forma exacta entre una generación y otra, debido a que las personas durante su desarrollo, no solamente introyectan las experiencias vividas dentro de la familia de

origen, sino las condiciones sociales, culturales, económicas y geográficas en que viven.

Las relaciones establecidas entre los padres, hermanos y figuras significativas son de suma importancia con respecto a la estructuración de la personalidad, asimismo, la familia funge como un factor promotor de la salud o enfermedad mental de sus miembros, puesto que en ella se sostiene la permanencia de los síntomas a través de la denominada **“ganancia secundaria”**.

Entre algunos de los enfoques en la comprensión de los fenómenos ocurridos en el interior de las familias, destaca la perspectiva de género, la cual está basada en el análisis de los procesos de socialización que parten del mismo seno familiar y que están fundamentadas en las premisas socioculturales sobre lo que es ser hombre y mujer. Las mujeres son educadas con la expectativa de tener como meta principal cuidar de otros, por lo que sus vidas conducen al engrandecimiento de otros, y no de ellas. Dan mucha importancia a las relaciones interpersonales, desarrollando capacidades y cualidades de afectuosidad, expresividad emocional y empatía.

En cambio, los hombres construyen su sentido de sí mismo en obtener logros, dando mayor importancia a sus roles fuera de la familia y a su posición de liderazgo, que a sus propios sentimientos o relaciones interpersonales, para ello aprenden a dominar la pasión o la debilidad y a desarrollar una conducta controlada, prevenida y calculada.

Para conocer el funcionamiento familiar hay que tomar en cuenta el contexto sociocultural en el que la familia vive reflejando su herencia, lealtades, confianza, independencia y dinamismo. Considera que siempre hay un proceso de transformación en las familias, donde deben observarse los valores, el sistema de creencias, la estructura jerárquica, los tipos de triángulos que se forman como los mitos comunes.

La dinámica familiar está determinada con el buen o mal funcionamiento de la misma y pone en juego el equilibrio interno que conserva la unidad familiar a pesar de las presiones producidas dentro y fuera de ella.

Una familia funcional es aquella, en la que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y cuyos padres no están en lucha continua; incluso se permiten que exista dentro de sus miembros sentimientos negativos (odio, celos, ambivalencia e insatisfacción) como positivos (amor, altruismo, respeto, etc...), lo cual proporciona la sensación de no estar aislados y poder contar con el apoyo de los otros miembros.

La familia funcional es sinónimo del término familia normal, al contar con las características de: encarar las crisis en grupo y cada miembro tiene un papel para hacerle frente a éstas; además son familias que se adaptan a las nuevas circunstancias y cuyos miembros conocen sus cualidades y debilidades. Son familias donde se da y se pide apoyo, identifican sus problemas de manera clara y pueden expresar lo que quieren como sus inconformidades, extendiendo la opción de la negociación.

El grado de funcionalidad en la familia se puede medir con los siguientes criterios:

1. Comunicación clara entre sus miembros, al dirigir de forma específica y congruente (en tanto a su contenido verbal y no verbal) el mensaje a quien se pretende los reciba.
2. Respeto por la autonomía de sus miembros y las diferencias individuales además se estimulan para favorecer el crecimiento individual y del grupo familiar.
3. Búsqueda de la solución más apropiada para cada problema que lucha por el poder.
4. Flexibilidad para cambiar demandas internas o ambientales.

Todas las familias viven eventos o fases predecibles que generan cambios en la dinámica; tales como el matrimonio, el nacimiento del primogénito o la llegada de la adolescencia. Algunas veces estas etapas pueden coincidir con algunos estresores que pueden ayudar a que se genere una crisis como la enfermedad de un familiar, un cambio domiciliario o la pérdida del empleo, entre otros. Estas crisis interrumpen el desarrollo normal de la vida familiar, produciendo inevitablemente cambios en las relaciones interpersonales, mismas que pueden ser tan graves que transformen el sistema familiar.

La llegada de la “adolescencia” no sólo sucede en el individuo, sino también en la familia, donde los vínculos familiares que se habían establecido y permanecido estables en la familia nuclear como extensa; son forzados de repente a desarrollar la elasticidad necesaria para permitir que el adolescente se desarrolle. Bajo el principio de que cuando éste regrese, comparta y confronte con la familia, sus ideas. En ésta, deberá aumentar la flexibilidad de los lazos familiares para dar cabida a la independencia del púber.

La relación dinámica entre los factores de riesgo y protección, tienen diferentes impactos dependiendo de las normas, prácticas, valores y creencias culturales. La cultura puede caracterizar un continuum entre lo social (comunidad, familia y la interacción) y lo individual (individualidad, autonomía y logros); los cuales pueden diferir en la socialización y normalización de las conductas entre los miembros que pueden tener diferentes umbrales y estrategias disciplinarias ¹⁵.

En las familias, donde alguno de sus integrantes sufre de un trastorno mental, suelen avergonzarse de él y utilizan medidas severas de contención como el aislamiento social, de ahí que pueden tener efectos devastadores en el desarrollo físico, emocional de estos niños y adolescentes ¹.

La persona encargada de la crianza, ha tenido que delegar dicha función, donde la calidad de ésta puede estar alterada por el tiempo que pase como de la psicopatología del tutor. Por ejemplo si el padre se encuentra a cargo y es portador de depresión tiene mayor probabilidad de generar problemas emocionales y del comportamiento, lo que afecta en el desarrollo cognitivo como crecimiento infantil. En caso de ser periférico, dificulta la adaptación, en especial en aquellos quienes sus padres están separados. Por ende afecta la calidad del vínculo, las relaciones interpersonales como lo económico ³⁰.

Cuando la madre es la cuidadora, la depresión posparto afecta entre un 10-15% y puede propiciar un desarrollo cognitivo y socio-emocional menor, en la infancia ⁷. Además está relacionada con el aumento de conflictos entre los padres, en la familia, y se desarrolla un apego inseguro entre el binomio al ser las madres más inconsistentes, laxas,

retraídas, intrusivas e inefectivas en las conductas de crianza y disciplina hacia sus hijos; están relacionados con la posibilidad de desarrollar conductas desadaptadas. El conflicto parental es un fuerte predictor del funcionamiento de los niños a través de múltiples dominios, incluyendo el éxito académico ²².

Wilson (2010), encontró que los adultos, quienes contaban con el antecedente de abuso sexual en la niñez, presentaban el doble de riesgo de sufrir algún trastorno de salud mental. Los hombres que vivieron una experiencia homosexual de abuso más tempranamente, por mayor tiempo, con mayor severidad y frecuencia por un miembro de la familia y/o los que percibieron poco apoyo de su familia, tienen mayores posibilidades de desarrollar un vínculo inseguro ¹⁸.

Texas Association Against Sexual Assault (TAASA) ³¹, reporta las siguientes estadísticas: el 38% de las mujeres han sido violadas entre los 14 y 17 años de edad, el 56% de los adolescentes que han sido violados, el abuso ocurría en una cita y el perpetrador era el novio (11%) mientras el 30% era un amigo, como el 3% era un desconocido.

Los adolescentes que son atrapados por las redes comerciales de la prostitución provienen de familias disfuncionales que no cuentan con el espacio necesario para brindar seguridad y protección. Es común el abandono paterno, violencia intrafamiliar, negligencia y el uso de drogas ³¹.

Recapitulando, el desarrollo de la dinámica familiar dependerá de la historia, así como de la percepción de cada uno de los integrantes, que a su vez, puede verse influenciada por factores externos; que impactará directa o indirectamente en el desarrollo adaptativo o desadaptativo (psicopatología) del adolescente.

9. Justificación

Un trastorno mental en un menor, tiene un costo, no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes; sino por la disfunción que ésta pueda generar en su vida como: menor alcance educacional, ocupacional y económico, las cuales se proyectarán en mala calidad, una infame productividad laboral, embarazos no deseados, accidentes automovilísticos, y relaciones interpersonales disfuncionales ¹⁶.

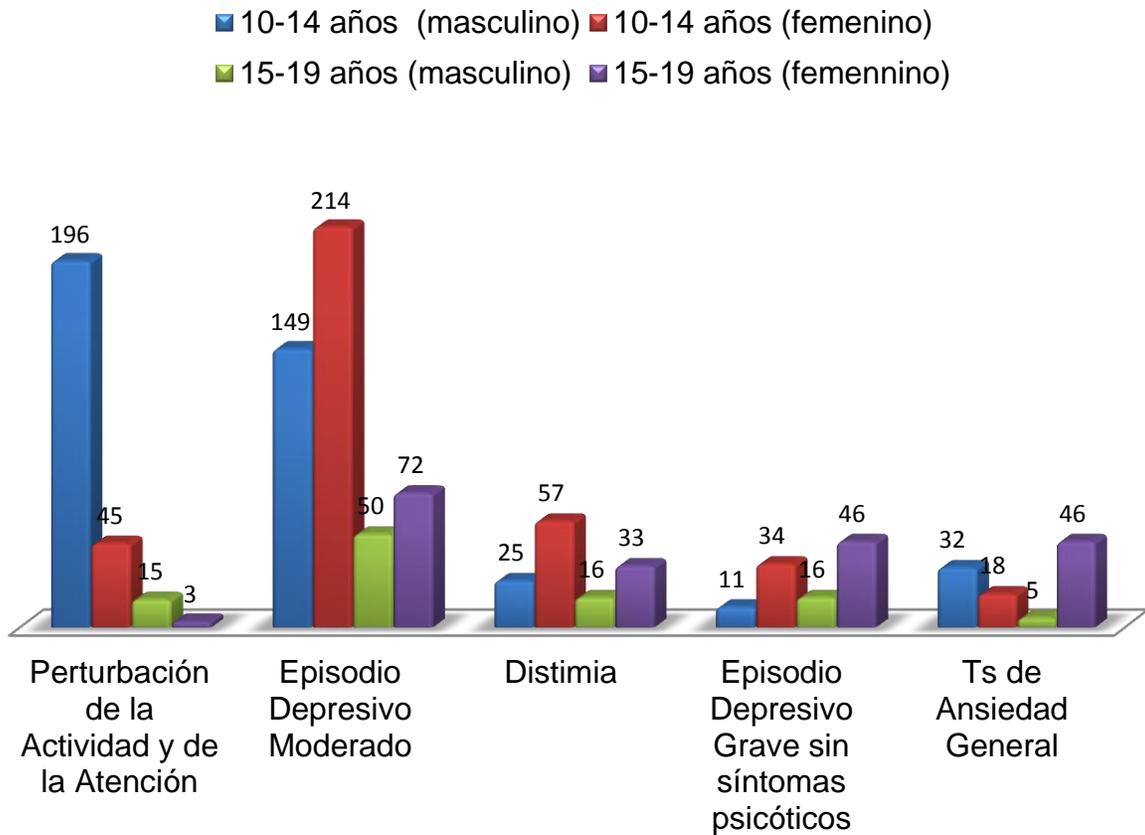
Los adolescentes en Latinoamérica representan el 30% de la población total, de acuerdo con la CONAPO (2013). La encuesta nacional muestra que el 40% de los adolescentes padecen del trastorno de ansiedad generalizada; 17% del trastorno por falta de control en los impulsos, el 7.2% del estado de ánimo (depresión/suicidio) y el 33% abuso de sustancias, mucho de ellos asociados a conflictos interpersonales y familiares ¹⁷.

Por lo que es importante determinar los factores de protección y riesgo, en los adolescentes para posteriormente poder realizar intervenciones y efectuar intervenciones que favorezcan la protección, ya que a la fecha no existen las suficientes investigaciones que apoyen la formación de medidas preventivas en este tipo de población.

Como ya se ha mencionado, se identificará el tipo de hogar, estructura y composición; así como el funcionamiento familiar en el adolescente con psicopatología.

La gráfica 4, señala las cinco principales causas por las cuales acudieron a consulta externa del nosocomio en 2013. En ellas, podemos observar que un cuadro depresivo moderado grave, con 214 casos entre el sexo femenino, contra un 149 de los hombres, tomando a consideración la edad en la que éstas se presentan (10-14 años), no obstante, la perturbación de la actividad y la atención se manifiesta más en el sexo masculino con 196 casos, contra 45 casos en el sexo femenino, dentro del mismo rango de edad mencionado. Por su parte, el desarrollo de un episodio de ansiedad, así como de un cuadro depresivo, es considerablemente notable en el sexo femenino con 46 casos, mientras que para el sexo masculino sólo presenta 5 y 16 en el rango de edad entre los 15 y 19 años.

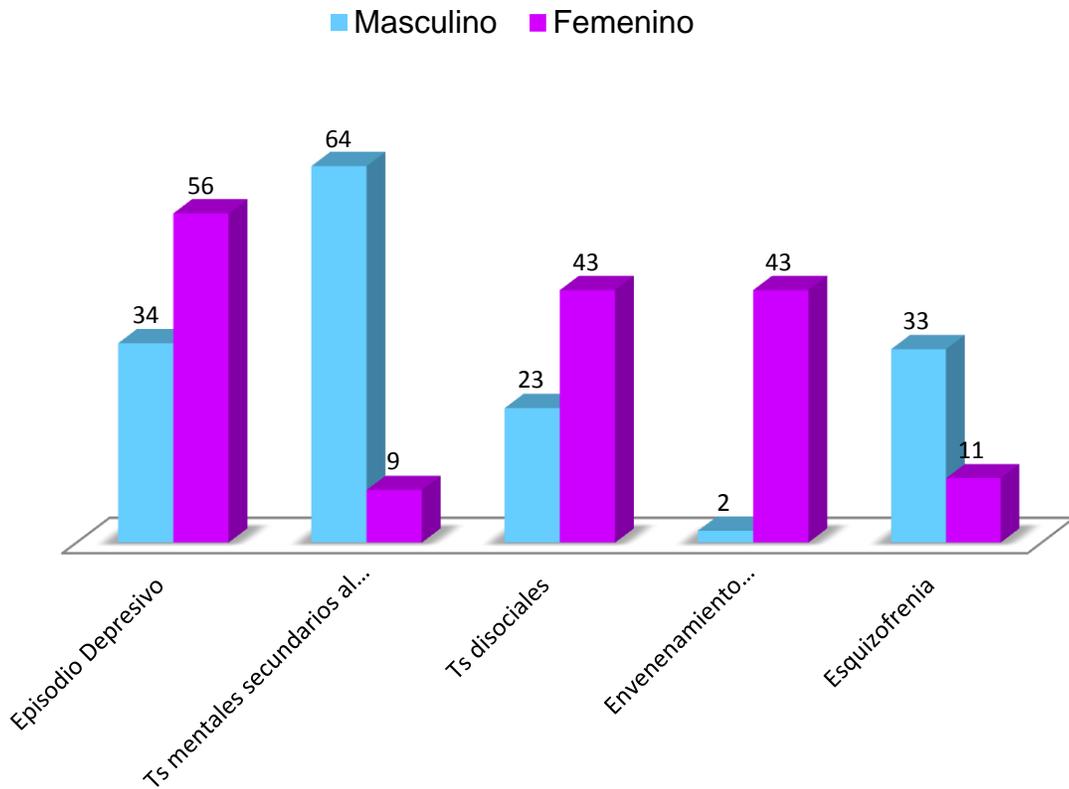
Gráfica 4. Principales causas de atención, en la consulta externa de una institución de tercer nivel.



Fuente: Departamento de Mejora Continua en la Calidad del Hospital Psiquiátrico Infantil, 2013.

La gráfica 5, muestran las principales causas de morbilidad entre jóvenes de entre 10 y 18 años, para ambos sexos, entre los cuales destacan el uso de sustancias y episodios de depresión en el sexo femenino, con 43 y 56 casos respectivamente, mientras que el sexo masculino presenta mayor número de casos en el desarrollo de trastornos mentales secundarios y casos de esquizofrenia, con 64 casos para la primera y 33 para la esquizofrenia.

Gráfica 5. Las 5 primeras causas de morbilidad de atención intrahospitalaria de una institución de tercer nivel en los adolescentes entre los 10-18 años de edad.



Fuente: Departamento de Mejora Continua en la Calidad del Hospital Psiquiátrico Infantil, 2013.

10. Planteamiento del problema

A lo largo de las últimas décadas, la dinámica demográfica en nuestro país ha tenido importantes transformaciones, impactando en la vida económica, social y cultural de las personas; así como en la composición y evolución de las familias. Se desconoce la composición de los hogares de nuestra población clínica, su funcionamiento en términos de unión/apoyo, la presencia de conflicto y los problemas para expresar sus inquietudes, emociones; así como su relación con los trastornos mentales que se presentan en los adolescentes entre los 10 y 18 años de edad.

Hipótesis

La mayor presencia de unión/apoyo como de expresión en sus familias, se encuentra relacionada con la presencia de menor grado de psicopatología en los adolescentes, en términos del número de diagnósticos psiquiátricos (comorbilidad).

Por otro lado, la presencia de dificultades se relaciona con mayor severidad de la psicopatología, en los adolescentes provenientes del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de la Ciudad de México.

11. Objetivos

11.1 Objetivo General

Describir la composición de hogares y el funcionamiento familiar en términos de unión/apoyo, dificultades y expresión en adolescentes con psicopatología, atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de la Ciudad de México.

11.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, ocupación, religión) de los adolescentes y de sus padres (sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación).
- Identificar la estructura del hogar y composición de las familias de los adolescentes evaluados.
- Estimar el funcionamiento familiar de acuerdo a las puntuaciones de las sub escalas: unión/apoyo, dificultades y expresión.
- Evaluar la presencia de la psicopatología del adolescente con entrevista semiestructurada.

Relacionar la psicopatología de los adolescentes con cada una de las sub escalas del funcionamiento familiar ERI.

12. Material y Método

12.1 Diseño

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

El estudio contó con una población clínica, del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, que deseen participar. Los participantes deben ser adolescentes de ambos sexos, entre los 10 a 17 años 11 meses de edad; quienes fueran canalizados a las clínicas de adolescentes, PAINAVAS, PAIDEIA, PROSERPH o bien que estuvieran en las unidades de hospitalización del hospital.

12.2 Muestra

El muestreo fue por conveniencia.

12.2.1 Criterios de Inclusión

- Adolescentes de 10 a 17^a 11 meses de edad.
- Ser paciente de consulta externa o estar hospitalizado en el HPI.
- Presentar algún trastorno psiquiátrico confirmado a través de la MINI Entrevista Internacional Neuropsiquiatría para niños y adolescentes (M.I.N.I KID) ³³.
- Que desee participar en el estudio.

12.2.2 Criterios de Exclusión

- Presencia de trastorno psicótico severo, debido a esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso/intoxicación/dependencia de drogas o discapacidad mental que impida la comprensión y respuesta del auto-informe de conducta.
- Estar bajo efecto de sedación importante, acatisia o algún otro efecto colateral importante de la medicación prescrita en hospitalización y consulta externa

12.2.3 Criterio de Eliminación

- No llenar adecuadamente los instrumentos.
- Que él o la participante retire su consentimiento

13. Variables e instrumentos

Dependiente: El funcionamiento familiar para el desarrollo de la psicopatología.

Independiente: Psicopatología en el adolescente.

- 1) **Datos sociodemográficos:** a través de la sección del cuadernillo I de respuestas se obtuvieron los siguientes datos para adolescentes (sexo, edad, escolaridad, ocupación, lugar de residencia, religión. Mientras para los padres (sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación).
- 2) **Estructura y composición de los hogares:** esta información se obtuvo de la sección I (primera) del catálogo de clasificación conforme a INEGI (2010) que las divide en: hogares familiares nucleares y no nucleares y hogares no familiares.
- 3) **Funcionamiento familiar:** Se evaluó con la versión breve de 12 ítems la cual cuenta con 3 sub escalas, denominadas **unión/apoyo** que mide la tendencia de la familia, al realizar actividades en conjunto, la convivencia y el apoyo mutuo. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar, **dificultades** se refiere a los aspectos de la relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. De ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia y la **expresión** mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto; cada una de ella cuenta con 4 ítems ².
- 4) **Psicopatología:** Se aplicó la entrevista semiestructurada de Mini Kid, con el fin de identificar el o los trastornos psiquiátricos conforme al Sistema de Clasificación de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) ³³.

14. Procedimiento

Se tomó la población con los criterios de inclusión antes mencionados, de los servicios de clínica de adolescentes, UAM, UAV, PROSERPH, PAIDEIA, PAINAVAS y clínica de adolescentes.

Se les brindó los instrumentos a utilizar así como el consentimiento y asentimiento informado. Todos los instrumentos se presentarán integrados en cuadernillos o cuestionarios los cuales se aplicarán en una o dos sesiones.

La evaluación diagnóstica se llevará a cabo en tres fases: 1. Piloteo, adaptación y validación de instrumentos, 2. Caracterización de las muestras y 3. Exploración de las relaciones de las variables de estudio. Se les informa a los participantes (una vez cumplidos los criterios de inclusión mencionados previamente) acerca del estudio.

Una vez aceptado participar en lo que se les solicitó a los adolescentes como a sus padres o tutores firmarán el asentimiento y consentimiento informado que se encuentra en el anexo de este documento. Previamente fue aceptado por el comité de ética del Hospital Infantil Psiquiátrico de la Cd. De México. Todos los instrumentos presentan integrados en un cuadernillo los cuales se aplicarán en una o dos sesiones con una diferencia de tiempo no mayor a dos semanas entre cada aplicación.

15. Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	ABRIL MAYO	JUNIO	JULIO	AGO.	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
Análisis Bibliográfico	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboración de protocolo	x	x						
Sometimiento aprobación de comité de ética		x						
Selección de pacientes y elaboración de datos		x	x	x	x	x	x	
Captura de datos				x	x	x	x	
Análisis de datos					x	x	x	x
Presentación de resultados								x
Informe final								x

16. Instrumentos

- **MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents Spanish for Mexico Translation Version 6.0. DSM-IV. (MINI-KID) ³³.**

El MINI es una entrevista semiestructurada corta desarrollada en 1990 por psiquiatras y clínicos de los Estados Unidos de Norte América (EUA) y Europa, para los trastornos psiquiátricos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición (CIE-10). Con una administración de tan sólo 60

minutos, el MINI se ha convertido para algunos en la entrevista semiestructurada de elección para la evaluación psiquiátrica y de seguimiento en estudios farmacológicos y epidemiológicos. Este instrumento, permite evaluar el inicio, la duración y el deterioro relacionado con los padecimientos.

Se abordan los trastornos del estado de ánimo, dentro de estas las autoagresiones como suicidio, los trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos, el uso de drogas, trastornos externalizados (T. por déficit de atención con hiperactividad, T. oposicionista desafiante y Disocial) y T. del desarrollo generalizado. Presentó una Kappa con un valor de 0.81.

- **Funcionamiento familiar. Evaluación de Relaciones Intrafamiliares-ERI (versión breve) ²⁴.**

Se trata de una escala auto aplicable, tipo liker con cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo. Cuenta con tres versiones: larga con 56 reactivos, intermedia 37 reactivos y breve con 12 reactivos.

Los puntajes que obtienen las personas que responden la escala en sus tres dimensiones que proporciona información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la unión/apoyo, dificultades y la expresión de emociones. Cada una de estas sub escalas se describieron previamente.

Las variables con las que se han relacionado las dimensiones, las cuales se clasifican en tres grupos: variables demográficas, clínicas y educativas.

Las dificultades en el ambiente familiar con frecuencia están relacionadas con múltiples síntomas tanto físicos como psicológicos que son parte del objeto de estudio del trabajo en el campo de la psicología clínica. La escala puede ser utilizada como un apoyo al diagnóstico tanto para el tratamiento individual como para el de pareja o familia; también, puede ayudar a monitorear la evolución del mismo, así como para evaluar los cambios ocurridos en el ambiente familiar al término del tratamiento.

El instrumento tiene una confiabilidad general de 0.92; los valores alfa de cada escala varían de .45 en la dimensión de solución de problemas a 0.92 en la sub escala de involucramiento afectivo.

17. Análisis Estadísticos

Se efectuarán análisis descriptivos, de tendencia central y dispersión para las variables sociodemográficas de los pacientes y de sus padres, composición de hogares, sub escalas de unión/apoyo, expresión y dificultades en el funcionamiento familiar así como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas como número de diagnósticos, a través del paquete estadístico SPSS vs 15, con el fin de describir el funcionamiento familiar en los adolescentes con psicopatología.

18. Consideraciones Éticas

El presente estudio en su fase de evaluación constituye un proyecto de riesgo mínimo debido a que se obtendrá información prospectiva mediante cuestionarios sin intervención adicional (Nom. 012 SSA3-2012). Fue aprobado por el comité de investigación y de ética en investigación hospitalario. Se obtendrá la autorización de los padres y asentamiento del menor para la aplicación de los instrumentos, por lo que se presentará un conocimiento informado firmado por el adolescente, los padres y el investigador responsable.

Este estudio no tiene características intervencionistas y no se someterá a los participantes a ningún riesgo que afecte su salud previa. Se presentó al Comité de Ética en Investigación y al Comité de Investigación para su revisión y en su caso aprobación del mismo. El aspecto ético de cada estudio realizado lleva una responsabilidad establecida, ya que nos aporta datos importantes de la vida de los pacientes que en muchas ocasiones no se les ha cuestionado, y sobre todo que esta información sea valorada y reservada para fines del estudio.

Los datos recolectados serán manejados de manera confidencial, así como también el anonimato de los datos. La información que se obtenga solo tendrá el propósito de

formación e investigación. Se firmara una carta de consentimiento y asentimiento informado.

19. Resultados

Se evaluaron a 148 sujetos, de los cuales se excluyeron 20 participantes por no contar con los criterios de inclusión. De nuestros 128 sujetos, el sexo femenino predominó con el 57% (n=70), restando el 44% (n=54) para el sexo masculino. Todos nuestros participantes se encontraron solteros durante el estudio.

Por rango de edad encontramos que el 12% (n=15) de los participantes, se encuentran entre los 10 a 12 años; 61% (n=78) tenían entre 13 a 15 años; y, 27% (n=35) tenían 16 o 17 años. Con una media de 14.45 y Desviación Estándar (D.S.) de 1.5.

En cuanto a la escolaridad obtuvimos que el 9% (n=11) tiene el estudio de primaria, el 66% (n=84) de secundaria y el restante 26% (n=33) con el bachillerato. De nuestros participantes el 80% (n=102) se encuentran estudiando, mientras que el 9% (n=11) estudia y trabaja, el 5% (n=6) se encuentra trabajando y el restante 7% (n=9) está desocupado.

La distribución de la muestra por las creencias religiosas, hallamos que el 85.9% (n=85) son católicos, el 5% (n=9) son protestantes (cristianos, evangelistas, testigos de Jehová, adventistas y mormones) mientras el restante son ateos con el 5% (n=5); cabe mencionar que el 23% (n=29) no respondieron a la pregunta correspondiente.

En cuanto al lugar de procedencia de los participantes obtuvimos que el 75% (n=86) provienen del D.F., el 18% (n=21) proceden del Estado de México y el restante 6% (n=7) vienen del resto de la República. Ver Tabla 6.

Tabla 6. Características sociodemográficas de los adolescentes (N=128)

Variable	Medida	n	%
Sexo	Femenino	70	57
	Masculino	54	44
	No respondió	4	3
Edad	10-12	15	12
	13-15	78	61
	16-18	35	27
Escolaridad	Primaria	11	9
	4to año	1	1
	5to año	2	2
	6to año	8	7
	Secundaria	84	66
	1er año	21	18
	2ndo año	28	24
	3er año	30	26
	Bachillerato	33	26
	1er año	17	15
	2ndo año	6	5
	3er año	1	1
Ocupación	Estudia	102	80
	Estudia y trabaja	11	9
	Solo trabaja	6	5
	Ni estudia, ni trabaja	9	7
Religión	Católica	85	86
	Protestante	9	7
	Ateo	5	5
	No respondieron	29	23
Lugar de procedencia	Distrito Federal	86	75
	Edo. México	21	18

Variable	Medida	n	%
Lugar de procedencia	Resto de la República	7	6

Como se observa en la tabla 6, las mujeres representan el sexo predominante; el grupo de edad sobresaliente en los participantes se encuentra entre los 13- 15 años.

El mayor grado de estudios entre los adolescentes es la secundaria y el bachillerato en segundo término. El 80% de éstos jóvenes estudia actualmente, poseen como religión el catolicismo y la mayoría son procedentes del D.F.

En relación a las características sociodemográficas de los padres de los entrevistados, se encontró que el 4% de las madres (n=5) y el 2% (n=2) de los padres tienen menos de 30 años de edad. La edad de mayor frecuencia se presentó entre los 30 a 40 años de edad, del cual 56% (n=71) corresponde a las madres mientras el 37% (n=47) a las padres. En quienes se encuentran entre los rangos de edad de 41 a 50 años, el 34.1% (n=43) corresponde a los padres y el 32% (n=41) de las madres. Solo el 2% (n=3) de los padres contó con una edad mayor a los 61 años de edad; así como el 2% (n=2) estos sufrieron la pérdida de su padre mientras el 1% (n=1) se enfrentó al fallecimiento de la madre. El 14% (n=18) de los adolescentes no conocieron a sus antecesores. El 2% (n=2) de los jóvenes y el 1% (n=1) de las adolescentes no respondieron a la pregunta. Se obtuvo una edad media para los padres de 33.5, mientras que para las madres fue de 24.6; se extrajo una D.S. 1.71 en los padres a discrepancia de las madres con un D.S. 0.75.

En cuanto al estado civil, las madres en el 13% (n=16) y el 1% (n=1) de los padres se mantienen solteros. El 45% (n=57) de las madres y el 42% (n=53) de los padres adquirieron nupcias; en quienes se divorcian y persisten solteros no existe una diferencia significativa tanto para los hombres como las mujeres, al tener el 19% (n=24) y el 18% (n=23) respectivamente. El 4% (n=5) de los padres a diferencia de las madres se vuelven a casar. Sin embargo las mujeres son quienes viven en unión libre con mayor frecuencia en un 20% (n=25) en comparación de los hombres con un 19% (n=24). Cabe

mencionar que las mujeres enviudan con mayor frecuencia que los hombres en el 1% (n=1); en nuestra población. Por otro lado el 18% (n=23) de los jóvenes no respondieron a esta pregunta.

Respecto la escolaridad de los padres se obtuvo lo siguiente: los papás que no tuvieron la posibilidad de ir al colegio fue en el 4% (n=4), en comparación de la madres con el 3% (n=3). Pero sólo el 5% (n=6) de las mujeres acudieron al nivel básico a diferencia del 12% (n=13) de los hombres. Sin embargo el 45% (n=58) de las mamás continuaron con los estudios de secundaria o escuela técnica, en balance con los padres en el 28% (n=27). Para el nivel medio superior (preparatoria/bachillerato técnico) las mujeres acudieron en el 34% (n=44), junto con el 36% (n=38) de los padres. Los padre que obtuvieron la licenciatura/escuela normal fue 9% (n=11) para las madre y 15% (n=16) de los hombres. Únicamente el 8% (n=7) de los papás en comparación del 5% (n=6) de las mamás lograron un posgrado.

En relación a la ocupación de los progenitores se halló que el 3%(n=4) de los padres y el 5% (n=5) de las madres, se encuentran desempleados. El 23% (n=29) trabajan como subempleados o tienen un trabajo eventual. Por otra parte el 8% (n=10) de los padres y el 11% (n=11) de las madres son obreros o campesinos. Los papás en el 17% (n=22) a diferencia de las mamás con el 15% (n=16) son empleados u oficinistas. Quienes son comerciantes (por cuenta propia) son el 7% (n=9) de los hombres en comparación con las madres (17%); el cual es la segunda oficio de mayor prevalencia en éstas. Después de ser amas de casa con el 43% (n=45). El trabajo con menor frecuencia para ambos sexos, es el ser profesionista con el 2% (n=3) mientras que las mujeres es el 1% (n=1). Ver tabla 7.

Tabla 7. Características sociodemográficas de los padres y madres de los adolescentes (N=128)

Variable	Medida	Padre		Madre	
		n	%	n	%
Edad	Menos de 30	2	2	5	4
	Entre 30 y 40	47	37	71	56
	Entre 41 y 50	43	34	41	32
	Entre 51 y 60	11	9	9	7
	Mayor de 61	3	2	0	0
	Mi padre/madre ya falleció	2	2	1	1
	No lo conocí	18	14	0	0
	No respondió	2	2	1	1
Estado Civil	Soltero	1	1	16	13
	Casado	53	42	57	45
	Divorciado/soltero	23	18	24	19
	Unión Libre	24	19	25	20
	Se volvió a casar	5	4	4	3
	Viudo (a)	0	0	1	1
	No respondió	22	17	1	1
Escolaridad	No estudio	4	4	3	3
	Primaria	13	12	6	5
	Secundaria/Esc. técnica	27	28	58	45
	Prepa/bachillerato técnico	38	36	44	34
	Licenciatura/Escuela normal	16	15	11	9
	Posgrado	7	8	6	5
	Desconoce	21	16	0	0
	No respondió	2	2	0	0
Ocupación	Desempleado	4	3	5	5
	Subempleado/eventual	29	23	11	11
	Obreros/campesinos	10	8	7	7

Varibale	Medida	Padre		Madre	
		n	%	n	%
Ocupación	Empleado/oficinista	22	17	16	15
	Comerciante/por su cuenta	9	7	18	17
	Profesionista	3	2	1	1
	Ama de casa	0	0	45	43
	Pensionada	0	0	1	1
	No respondió	51	40	24	19

Como podemos observar, la edad que predomina entre los padres de los jóvenes entrevistados, oscila entre los 30 y 50 años. La mayoría se encuentran casados o divorciados; como mayor grado académico tienen la secundaria en primer lugar y el bachillerato en segundo. Dentro de las ocupaciones de los padres se encuentran que el ser subempleado o tener un trabajo eventual son los principales oficios de los padres; a diferencia de las madres que ya se comentaron previamente. Dichos resultados nos permiten ver que el ambiente familiar en el que se desarrollaron los jóvenes encuestados pertenece a ocupaciones poco calificadas.

En cuanto a la conformación familiar, podemos observar que de los 128 adolescentes encuestados, las familias nucleares predominaron a lo largo de ésta, con un 54% (n=69), mientras que el desarrollo del adolescente en una familia no nuclear representa el 36% (n=45). Finalmente, el 10% (n=14) de los adolescentes viven en un tipo de hogar no familiar.

De los hogares nucleares los habitados por el padre y la madre representan el 6% con 8 casos. Mientras que los que viven con su padre constituyen el 1% con un caso, y los que viven con la madre presentan 4 casos con un 3%. Por otra parte de los hogares familiares no nucleares habitados por los padres, los hermanos, abuelos, tíos y primos representan el 5% con 6 casos; los hogares monoparentales liderados por una mujer encabezan por mucho este tipo de familia. Sin embargo las familias reconstituidas biparentales son las de menor prevalencia en un 2% con 2 casos, mientras estas

mismas pero monoparental son el 5% con 5 casos. Ver tabla 8.

Tabla 8. Características en la estructura familiar de los participantes (N=128)

Estructura del hogar	Subtipo	Conformación	n	%
Familia Nuclear	Nuclear	Padres + hijo	8	6
		Padres + hermanos	33	42
Subtotal			41	48
	Monoparental	Mamá + hijo	4	3
		Mamá + hermanos	10	8
		Papá + hijo	1	1
Subtotal			15	12
	Reconstruidas	Mamá + padrastro + hijo	2	2
		Mamá + padrastro + hermanos	7	5
		Mamá + padrastro + medios hermanos	3	4
		Mamá + hermanos + medios hermanos	1	1
Subtotal			13	12
Total			69	54
Familias no nucleares	Nuclear + otros parientes	Padres + abuelos	3	2
		Padres + hermanos + abuelos	5	4
		Padres + hermanos + primos	1	1
		Padres + hermanos + abuelos + tíos	3	2
		Padres + hermanos+ abuelos + tíos + primos	6	5
Subtotal			18	14

Estructura del hogar	Subtipo	Conformación	n	%
	Monoparentales	Mamá + hijo + abuelo	2	2
		Mamá +hijo + tíos	1	1
	Monoparentales	Mamá + hijo + tíos + primos	3	2
		Mamá + hermanos+ tíos	2	2
		Mamá + hermanos + abuelos	3	2
		Mamá + hermanos + abuelos + tíos	2	2
		Mamá + hermanos + abuelos + tíos + primos	4	3
		Papá + hijo + tíos + primos	1	1
		Papá + hermanos + abuelos + tíos + primos	2	2
Subtotal			20	17
	Reconstruidas	Padres + hijo + medios hermanos + abuelos + otros	1	1
		Padres + hermanos + medios hermanos + abuelos	1	1
Subtotal			2	2
	Reconstruidas monoparentales	Mamá + padrastro + hijo + abuela	1	1
		Mamá + padrastro + hermanos + tíos	2	2
		Mamá + padrastro + hijo + medios hermanos + abuelos + tíos	1	1
		Papá + madrastra + hijo	1	1
Subtotal			5	5
Total			45	38

Estructura del hogar	Subtipo	Conformación	n	%
No Familiares	Corresidentes	Mamá + otros	1	1
		* Abuelos + adolescente	6	5
		* Abuelos + hermanos	1	1
		*Tíos + sobrino	3	4
		*Abuelos + tíos + primos + hermanos	1	1
		*Tutores	2	2
Subtotal			14	13
Total			128	1

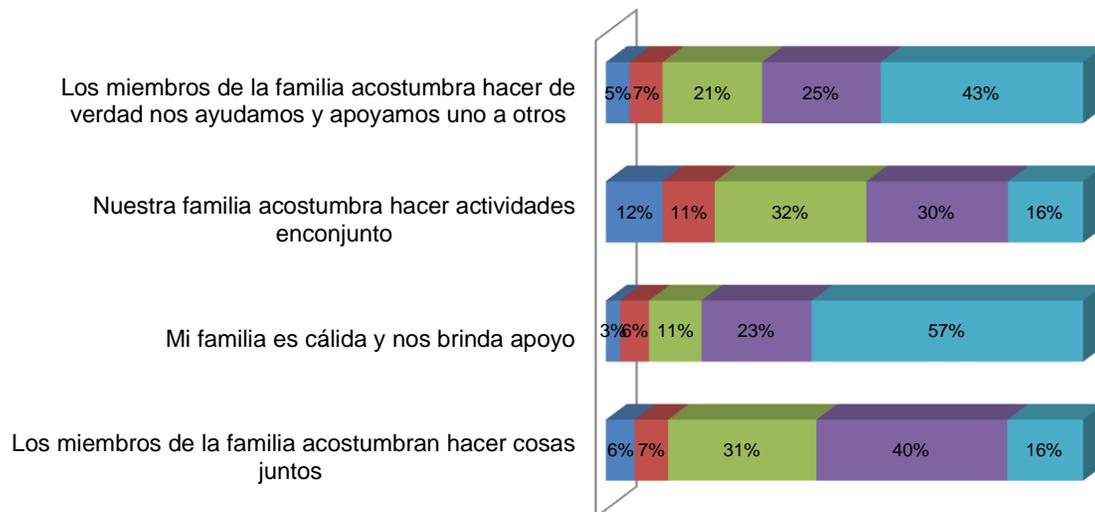
Los resultados encontrados en las sub escalas del funcionamiento familiar de unión/apoyo revelan que el 57% de los participantes refieren a su familia como cálida y que les brindan apoyo. En la sub escala de dificultades, el 15% de los adolescentes cuando tiene algún problema no se lo plática a su familia.

Sin embargo, es de llamar la atención que estos reportan a sus familias con características más positivas que negativas. En cuanto a la sub escala de expresión encontramos que el 48% de los participantes refieren que sus familias los escuchan. Ver gráfica 6.

Gráfica 6. Funcionamiento familiar de acuerdo a la frecuencias de respuestas en las diferentes sub escalas: unión/apoyo, expresión y dificultades o conflictos (N=128)

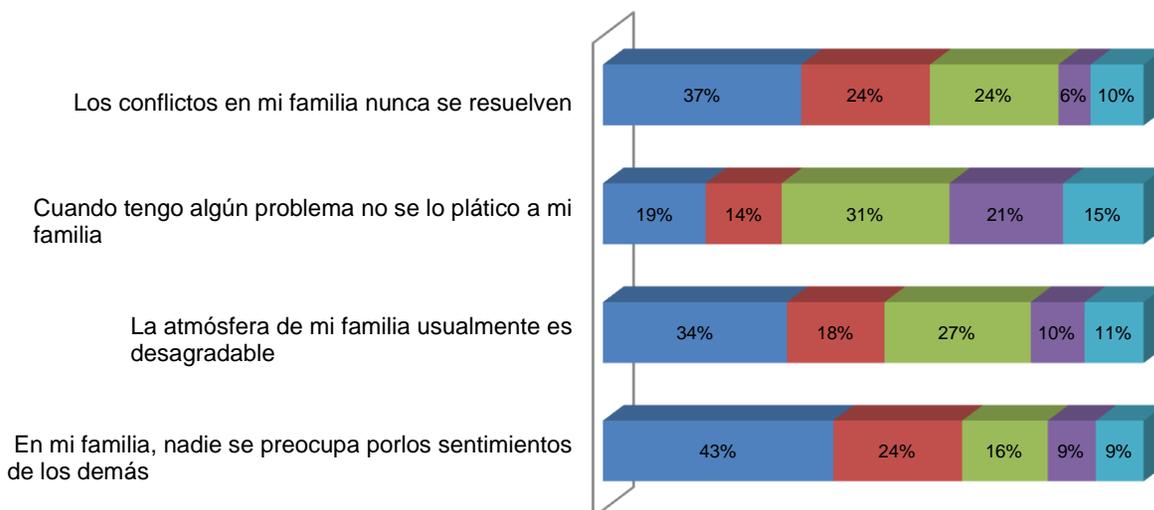
Unión/apoyo

■ Totalmente en desacuerdo ■ En desacuerdo ■ Neutral ■ De acuerdo ■ Totalmente de acuerdo

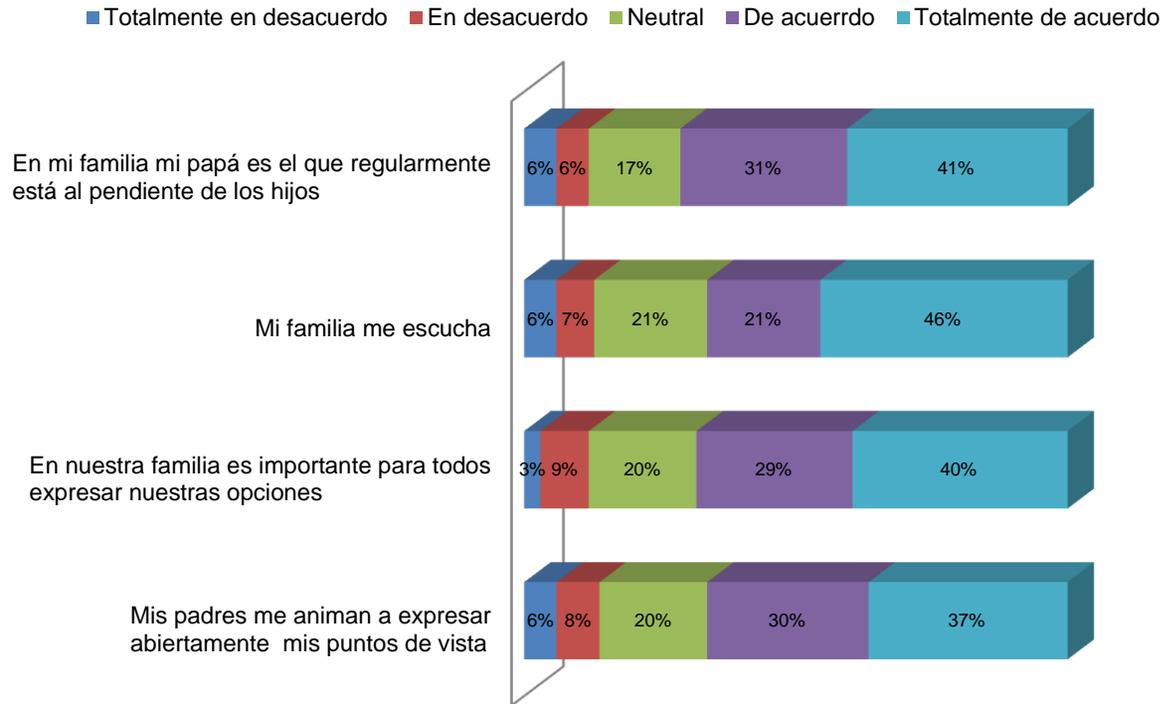


Dificultades

■ Totalmente en desacuerdo ■ En desacuerdo ■ Neutral ■ De acuerdo ■ Totalmente de acuerdo



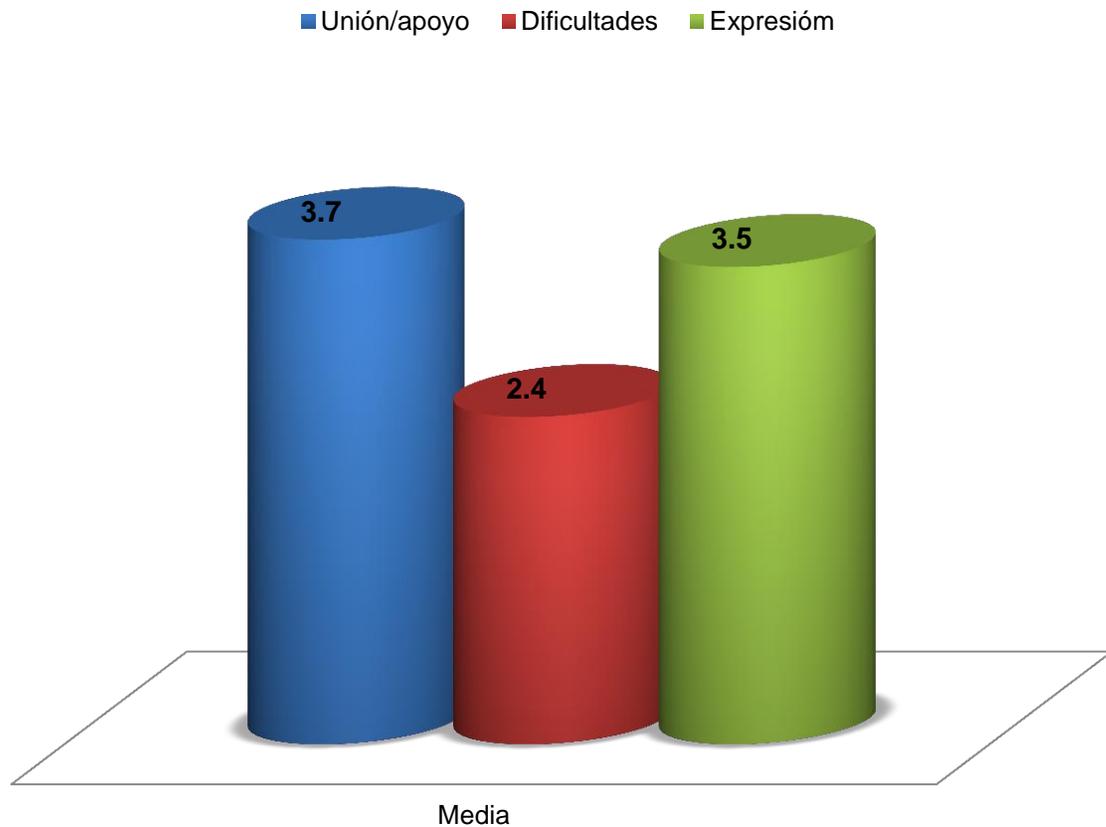
Expresión



Entre los adolescentes encuestados, la mayoría aseguró que entre los miembros de su familia existía apoyo y ayuda mutua entre sus integrantes. No obstante, otra parte de ellos considera como problemática principal la dificultad de expresión de ideas entre la familia, considerando como factor primordial la falta de impulso de sus padres para expresar abiertamente sus opiniones.

En la gráfica 7, podemos observar las medias obtenidas de cada sub escala, siendo la más alta la de unión/apoyo con 3.7 (D.S. 0.83), seguida de expresión 3.5 y por último la de dificultades con 2.4.

Grafica 7. Distribución de Medias por las sub escalas del funcionamiento familiar ERI



En relación a la frecuencia de los trastornos psiquiátricos se obtuvieron los siguientes resultados: los trastornos afectivos son los que padecen principalmente los adolescentes en el 81% (n=104), seguidos de los trastornos de ansiedad con un 79% (n=101), en tercer lugar, se presentaron las conductas disruptivas en el 72% (n=93), en cuarto lugar se encuentra los trastornos de alimentación 23% (n=18) y en quinto lugar, el consumo de sustancias 17% (n=22). Ver tabla 9.

Tabla 9. Frecuencias de psicopatología en los participantes medida por MINIKID (N=128)

Psicopatología	Algún tipo de psicopatología	
	n	%
Trastornos afectivos	104	81
Trastornos de ansiedad	101	79
Trastorno de conductas disruptivas	93	72
Trastornos de alimentación	23	18
Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias	22	17
Trastornos Psicóticos	6	5
Descartar causa médica, orgánica o por sustancias	3	2

Los resultados arrojados en la última tabla, demuestran que los adolescentes encuestados son más susceptibles a presentar un cuadro afectivo, incluyendo los ansiosos como los trastorno externalizados.

En la tabla 10, podemos apreciar que la mayoría de nuestros participantes pueden llegar a tener entre 1 a 4 diagnósticos en un 53% (n=68), mientras que el 47% (n=60) alcanzan entre 5 a 14 padecimientos.

Tabla 10. Clasificación por número de diagnósticos presentes entre los participantes

Grupo	n	%
Pacientes con 1-4 diagnósticos	68	53
Pacientes con 5-14 diagnósticos	60	47
Total	128	100

En la tabla 11, podemos observar la relación entre el número de diagnósticos psiquiátricos y la funcionalidad familiar. Lo que se encontró fue que a mayor número de diagnósticos, hubo menor expresividad, menor unión/apoyo por parte de los integrantes de la familia, lo contrario de quienes padecían menos padecimientos de salud mental.

Tabla 11. Relación entre el funcionamiento familiar ERI y el número de padecimientos

Funcionamiento familiar (Sub escalas)	Pacientes en relación con el número de diagnósticos			
	Grupo I (1-4)		Grupo II (5-14)	
	X	D.S.	X	D.S.
Unión/apoyo	3.85	.82	3.62	.94
Dificultades	2.42	.79	2.52	.83
Expresión	4.14	.84	3.63	1.0

20. Discusión

Dentro de las características sociodemográficas en los adolescentes, encontramos que el sexo femenino es predominante con respecto al masculino. Dato que se confirma, con los resultados obtenidos del censo nacional de población y vivienda realizada en el 2010²⁰; donde indica que el crecimiento de la población por sexo, ha sido mayor entre las mujeres. Aspecto que se hace más evidente en los últimos años²⁵; al encontrar 92 hombres por cada 100 mujeres²⁰.

Benjet et al., (2008), mencionan que las mujeres son más vulnerables para desarrollar enfermedades de salud mental, como los trastornos afectivos y ansioso, pero menos propensos a reportar por uso de sustancias. No obstante el no vivir con ambos padres es un factor de riesgo para los trastornos del control de los impulsos³⁵.

En lo que se refiere al nivel de escolaridad, adquirido entre los jóvenes, podemos percibir que la minoría de ellos cursan con la primaria, e inclusive las cifras alcanzadas son menor, en comparación a las reportadas por el INEGI (2010), el 96.4% de la población de 6 a 14 años asiste a la escuela²⁰, el nivel medio (secundaria) es el de mayor

frecuencia.

En el Distrito Federal la tasa de participación económica, de la población de 12 años y más, del censo de 2000 comparada con el de 2010, ha incrementado; sin embargo, el 71.3% de la población masculina y el 43.8% de la femenina declararon estar trabajando²⁰. En nuestra población encontramos que el 12% de los adolescentes mayores de 12 años, estudian y trabajan o bien sólo trabajan. Y solo un grupo minoritario que ni trabaja, ni estudia (NiNi). No obstante en México existen 7 millones de jóvenes entre los 14 a 29¹⁴. Este dato es preocupante ya que la literatura reporta que aquellos adolescentes que no se encuentran en la escuela tenían grandes probabilidades de consumir drogas, desarrollar un cuadro afectivo y tener un mal control de impulsos. Las mujeres que abandonan los estudios son más propensas a desarrollar un trastorno o una enfermedad grave.

Por su parte, los adolescentes que estudian y trabajan son más proclives a desarrollar cualquier tipo de trastornos³⁴. Incluso los jóvenes que acuden a la escuela y padecen de algún padecimiento de salud mental tienen mayor posibilidad de recibir ayuda en comparación de los que no acuden a la escuela³⁵.

En relación con las creencias religiosas de nuestro país, la religión católica sigue siendo la que cuenta con mayor número de adeptos, aunque muestra una disminución al pasar de 92.4% en el año 1990 a 84.4% en el 2010. En este mismo periodo se observa un incremento en el porcentaje de las protestantes y evangélicas en 2.4 puntos porcentuales, así como en la población que no tiene religión tuvo un aumentó de 3.4 puntos²⁰. Cifras que corresponden con los obtenidos en nuestra población, donde el 86% de los jóvenes son católicos, seguidas de los protestantes en un 7%, el 5% se considera ateo. Sin embargo, el 23% de nuestros adolescente se abstuvieron en responder dicha preguntan.

Respecto al análisis sociodemográfico de los padres, notamos que las medias de edades, tanto en padres como de las madres se encuentran entre los 30 a 40 años

principalmente, seguido de 41 a 50 años. Esto se ratifica con las dos décadas transcurridas que van de 1990 al 2010, la edad mediana de los hombres ha sido un año menor que la de las mujeres. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, en México residen personas, las cuales cuentan principalmente con 30 a 59 años cumplidos que coincide con los datos revelados en el estudio ²⁶.

En relación con el estado civil de los progenitores, obtuvimos que el estado conyugal siga siendo el de mayor prevalencia. En relación con los datos reportados por el INEGI en el 2011, no obstante encontramos que las madres de este estudio, son quienes permanecen mayoritariamente en matrimonio a diferencias de los padres reportados por el INEGI (2011) ²⁶. Por otro lado y de acuerdo con el censo 2010, se observa el indicador de hombres solteros de 3.8 puntos más altos que el de mujeres. Cifra que no se logra corroborar, al encontrar que las madres tienden a permanecer solteras. Por otra parte, es muy clara la diferencia porcentual, por sexo, en el caso de la población que ha enviudado. El porcentaje de mujeres viudas es mayor al porcentaje de hombres viudos en 5.6 puntos, y muestra una mayor esperanza de vida de la población femenina ²⁵. En los resultados obtenidos, corroboramos que las mujeres enviudan más, aunque la diferencia de esta cifra no es significativa.

En lo que se refiere al nivel de escolaridad que adquirieron los padres, la minoría de ellos son analfabetas (el 4% y el 3% de los padres y madres, respectivamente). Para el 2010, el INEGI encontró que la tasa de analfabetismo disminuyó conforme la edad de los individuos sea menor, esto derivados de las actuales oportunidades al acceso escolar ²⁵ y a pesar de que no hay una diferencia significativa entre los padres y género. El analfabetismo tiene un componente mayor en mujeres, que se observa en los resultados ^{20, 26}. En cuanto al nivel básico las madres no contaron con las mismas facilidades para ir a la escuela; cifra que corresponde con el INEGI. Debido a que la población de 6 a 14 años que asistió a la escuela durante el 2010, fue del 96.4% de la población.

Siempre favoreciendo al sexo masculino; no obstante en el 2010 el porcentaje de las niñas fue ligeramente mayor al de los niños ¹⁹. Este cambio pudo deberse, al aumento de

oportunidades para acudir al colegio, así como la educación es uno de los medios más útiles para obtener la igualdad entre los sexos. Para el nivel medio de los padres, se aprecia un cambio radical al ser las mujeres a pesar, quienes cursan la secundaria, estadística que se corrobora con el INEGI (2011) ²⁶.

En 2000, poco más de la mitad de la población de 15 a 17 años de edad, asistían a la escuela, y la presencia de mujeres era del 54.4% inferior a la de hombres con el 55.9%; una década después, la situación se invirtió y para 2010, poco más de dos terceras partes de la población, de ese grupo de edad, asiste a la escuela donde el 68% corresponde a las mujeres 66.1% a los hombres ²⁶. Estadística que va acorde con la nuestra, donde indica que más mujeres acuden a preparatoria/bachiller técnico a distinción de los hombres.

Para ese mismo año, la mujer tuvo una mayor presencia en el nivel medio superior; especialmente en al área técnica (186 mil) mientras que los hombres (176 mil); lo que permite suponer que ellas optaban por los estudios terminales para incorporarse al mercado laboral y, por tanto, tenían menos probabilidades de continuar con los estudios superiores.

Los estudios técnicos superiores o profesional asociado que no alcanzan el grado de licenciatura registraron una mayor inscripción masculina (48 mil), que femenina (36 mil). Mientras en la licenciatura universitaria y tecnológica la distribución de la matrícula era de 103 hombres por cada 100 mujeres. En contraste con la normal licenciatura, donde se prepara a los docentes existe un predominio femenino con casi tres cuartas partes de la matrícula total ²⁵. Datos que no corresponden en esta ocasión con las cifras logradas en la investigación, el cual para este rubro y población clínica, impera la presencia de los hombres. Señalar que la población que realiza estudios de licenciatura, técnico superior, maestría o doctorado, disminuye considerablemente la asistencia escolar ²⁶.

En el plano laboral la alta educación se vincula con el incremento de expectativas personales, de proyección en el trabajo, así como en la amplitud de la gama de actividades que están dispuestas a realizar; además de que tienen mayores probabilidades de incorporarse y permanecer en el mundo laboral formal, ganar un salario más alto y contribuir más directamente a la productividad económica de las naciones ²⁵. Como se ha visto, la participación de la mujer se ha incrementado en 8.3 puntos porcentuales durante el periodo de 1990 a 2010, y ellos en menos de cuatro puntos ²⁰.

Los hombres de menor edad tienden a permanecer mayor tiempo en la educación y los adultos a retirarse del mercado laboral ²⁵, como lo hemos señalado con anterioridad. Mientras las mujeres jóvenes aunque estudien tienen que realizar trabajos domésticos. Ocurre lo mismo con las mujeres en los rangos más altos, donde incluso después de retirarse de la actividad económica, continúan haciéndose cargo de las actividades del hogar; en cambio entre los adultos ubicados en las edades productivas, su inserción en el trabajo, sea este remunerado o no remunerado, es visto más como un proceso social, con sus propias dinámicas y donde a cada sexo se le confiere una determinada clase de trabajo ²⁵. Información que se puede corroborar, incluso con los datos derivados de la investigación; apreciando que las mujeres se dedican principalmente a la administración del hogar, seguidos de ser comerciantes u oficinistas y por último contar con un subempleo o este sea eventual.

A pesar de que existe mayor oportunidad de acceder a la escuela para lograr una mejor calidad de vida, se continúa con un menor nivel académico, motivo por el cual obtienen trabajos donde la remuneración económica es baja y la mayoría de ellas permanecen administrando el hogar.

En cambio los hombres al lograr mejor nivel escolar, consiguen mejores puestos laborales. Sin embargo nos podemos percatar, que nuestra muestra cuenta con niveles escolares, bajos por ende los empleos son de menor remuneración, independiente de los hombres que laboran en trabajos eventuales o como subempleados principalmente,

consecuentemente laboran en una oficina y una minoría significativa trabajan como obreros/campesinos.

Respecto a la composición de los hogares, se encontró que las familias nucleares son las de mayor prevalencia. No obstante, la principal de éstas es la denominada familia reconstruida, de acuerdo a la denominación que hace el INEGI. Aunque en México predominan los hogares nucleares durante el periodo de 1990 al 2005, hubo una disminución al pasar de 74.6% al 68.2% respectivamente. En cambio, se incrementaron los hogares no nucleares que van de 19.5 a 23.6%, respectivamente ^{26, 27}, cifras que se corroboran con nuestros resultados. En relación a los hogares nucleares y no nucleares, vemos a las familias monoparentales con mayor prevalencia, teniendo como líder a una mujer. A diferencia de lo que reporta el INEGI en el 2010, donde los hogares no nucleares el liderazgo del hogar la tiene el hombre ³⁷ y para el 2010, en el Distrito Federal, de los hogares censales el 31.4% estaban encabezados por una mujer; mientras que en el 2000 el indicador representaba 25.8% ²¹. Se puede considerar que las familias están teniendo un cambio en el liderazgo, que pudiera estar relacionado con la búsqueda de una mejor calidad de vida que obliga a los hombres migrar a otro país; sin descartar factores culturales tales como abandono de las responsabilidades de crianza por parte de padres. En tanto los hogares no familiares, también se incrementaron, quizá debido a razones económicas.

Destaca la participación de los abuelos. Llama la atención que a pesar de la excelente clasificación que realiza el INEGI, no tiene contemplados a los niños o adolescentes bajo protección legal, ya sea por negligencia en los cuidados o pérdida de los padres.

Como parte del objetivo de este estudio, al analizar los diferentes tipos de familia, la unipersonal se excluyó, al contar con un ejemplo de ésta. No obstante, cabe señalar que este tipo de hogar se observó en un adolescente de casa hogar, por cumplir la mayoría de edad.

Referente al funcionamiento familiar, se observó que poco más de la mitad de nuestros

adolescentes percibió a su familia como proveedoras de un ambiente cálido y pacífico; lo que pone de relieve la importancia de la familia en esta fase del desarrollo. Acorde a lo que refiere Rivera (1998) las relaciones intrafamiliares no están en función del número de miembros en la familia, ni del predominio o equilibrio entre los hombres y mujeres, ni tampoco del ingreso familiar. Si no más bien dependerá de las diferencia de edades, escolaridad del padre, ocupación del madre, la propia ocupación del joven, el tipo de familia en la que viven y los problemas de salud física y mental que se presentan en ella y, destacadamente, su manera de funcionar ²⁵. Se sugiere que, el tener padres jóvenes, favorece y fomentan la unión/apoyo hacia sus hijos; al dar prioridad a la convivencia e intereses de estos a diferencia de quienes tiene un padre con mayor edad ²⁵.

Dato interesante que relata Rivera, al relacionar positivamente la escolaridad de los padres. Es decir, entre mayor sea el nivel escolar, el hijo tiene menor dificultad en la expresión de sus emociones o pensamientos, a nivel familiar. A su vez se correlaciona con el grado de unión ²⁵.

Respecto a la presencia de trastornos psiquiátricos en esta población clínica, parece conveniente contrastar los datos obtenidos con respecto a lo reportado en La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (EMSMA) ³⁴. Se reporta que 1 de cada 11 jóvenes entre 12 a 17 años de edad, padecen de un trastorno. El padecimiento de mayor prevalencia entre los adolescentes en la comunidad fue el trastorno de ansiedad, seguido del trastorno del control de los impulsos, el tercero por frecuencia son los trastornos afectivos y por último el consumo de sustancias ¹⁷. Sin embargo en nuestro estudio encontramos que los trastornos afectivos son los de mayor prevalencia entre nuestra población, cifras que con cuerda también como la primera causa de internamiento, predominando en el sexo femenino. Es importante señalar que de esto grupo de pacientes tres cuartas partes han tenido un comportamiento suicida y de éstos una tercera parte el riesgo de suicidarse fue alto; tomando en cuenta que la segunda causa por la cual nuestros jóvenes son ingresado es por intento suicida con medicamentos. Y es la primera causa de morbilidad en la consulta externa del HPI entre

las adolescentes y para los hombres es la segunda causa de morbilidad de la consulta externa en edades de 10-14 años.

El segundo trastorno de mayor prevalencia son los trastornos de ansiedad en nuestra población, este va acorde con la encuesta nacional como la tercera causa de morbilidad en la consulta externa entre los adolescente 10-14 años y no aparece dentro de las 5 causas de internamiento. Asimismo se asevera lo mencionado en la encuesta nacional, en el cual este padecimiento a pesar del ser el de mayor relevancia, no cuenta el suficiente impacto para buscar ayuda ¹⁷.

El consumo de sustancia como mencionamos anteriormente es el tercer padecimiento en cuanto a su frecuencia ¹⁶. Señalando que para la encuesta es el cuarto trastorno; pero es la segunda causa de internamiento en el HPI. Curiosamente no aparece entre las 5 primeras causa de morbilidad en la consulta externa del HPI, a pesar del problema de salud pública que constituye ²⁵.

En la investigación reportamos que en nuestra población una minoría tiene problemas con el alcohol. Cifra que no corresponde las estadísticas del INEGI, al documentar que en el país existen 4.2 millones de individuos con dependencia, por otro lado la encuesta nacional de adicciones 2008 (ENA), el índice de personas que presentan dependencia es mayor en los hombres que en las mujeres. Esta situación es preocupante porque indica que las mujeres adolescentes están siendo un foco importante de promoción del consumo y abuso del alcohol.

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ), en el 2007 se observó un incremento en el consumo de alcohol en pacientes de primer ingreso de 15 a 19 años, tanto en los hombres (47.5%), como en las mujeres (39.3%) ²⁵. El consumo de alcohol se considera la puerta de entrada para el consumo de otras drogas ilícitas ¹⁴.

El consumo de drogas ilegales y médicas no prescritas en México ha aumentado del 5 a 5.7% en la población de 12 a 65 años entre el 2002 y el 2008, siendo mayor en los

varones con una proporción de cinco a uno en relación con las mujeres y ha tenido un crecimiento menor en los Estados Unidos o Europa. Asimismo, los hombres presentan un consumo de drogas de 2.5% en el último año y 1.7% en el último mes, mientras que en las mujeres es de sólo 0.8% en el último año, y la mitad de este porcentaje en el último mes (0.4%). En la ENA 2008, reporta que el consumo de cocaína se duplicó al pasar de 1.2 a 2.4% de 2002 a 2008 ²⁵.

Por otra parte, la encuesta nacional de las adicciones, reportó el 3.57% de los varones y 0.6% de las mujeres habían usado una o más drogas excluyendo al tabaco y al alcohol; la marihuana es la droga más usada (2.4 y 0.45%), seguida por los inhalables (1.08 y 0.20%) y la cocaína (0.99 y 0.22%) por hombres y mujeres, respectivamente ³⁴. Sin embargo, en la zona metropolitana de la Ciudad de México, se encontró un 29% de los adolescentes ha tenido la oportunidad de probar las drogas ilícitas y de éstos, el 18% lo ha hecho.

Las características que documentan de los jóvenes para el consumo de sustancias son las siguientes: ser varón, tener los antecedentes de abandono escolar, y aquellos cuyos padres ha tenido problemas con las drogas, mientras que los adolescentes más religiosos y aquellos con alta vigilancia por parte de los padres son menos probables. Éstos resultados sugieren que hay menos consumo de sustancias entre las mujeres en México, debido a un menor número de oportunidades para utilizar desde las drogas pero son igualmente propensas a utilizar las ¹⁴.

La primera causa de morbilidad en la consulta externa del HPI entre los jóvenes de 10-14 años es el trastorno por déficit de la atención e hiperactividad a diferencia que para las mujeres de este grupo de edad, es la tercera causa; mas no se encuentra dentro de las cinco principales causas de hospitalización. No obstante, el grupo de los trastornos externalizados son el cuarto padecimiento más prevalente en nuestra población.

Al analizar estos últimos datos, podemos percatarnos que el más frecuente en frecuencia de los trastornos externalizados es el trastorno por déficit de la atención e hiperactividad,

el cual no es un padecimiento que requiera hospitalización psiquiátrica por la evolución natural; sin embargo por la historia natural sí. Es decir, los portadores de éste trastorno, padecen de síntomas del trastorno oposicionista desafiante que si no hay un adecuado manejo de límites a la larga se complica con el trastorno disocial y en nuestra población es la segunda causa de internamiento en el nosocomio. Como hallazgo el padecimiento se presenta más frecuentemente entre las mujeres que en los hombres, ya que la literatura refiere mayor prevalencia en los varones que en las mujeres. Es bien sabido que los padecimientos de salud mental, no suelen presentarse como único trastorno; sí que siempre viene acompañado por otro a los que denominamos padecimientos comorbidos. En los adolescentes del HPI es un ejemplo de lo narrado anteriormente, en el estudio encontramos que los jóvenes son propensos a padecer entre uno a cuatro diagnósticos principalmente entre los que destacan los trastornos afectivos, ansiosos y de conductas disruptivas específicamente el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. No obstante se identificó que en menor proporción llegan a tener entre cinco hasta catorce diagnósticos.

Al explorar la relación entre los puntajes de expresión, unión/apoyo y dificultades (funcionamiento familiar) y la severidad de la comorbilidad psiquiátrica, se observa que los adolescentes con mayor número de diagnósticos presentaron más dificultades en casa, a comparación de quienes portan menor número de trastornos. Así mismo, la percepción de unión/apoyo y expresión presentó puntajes menores en el grupo de mayor comorbilidad. Este dato coincide con lo descrito por Repetti (2009): los hogares que se caracterizan por ser poco expresivos, contar con altos niveles de violencia y de negligencia se relacionan con malos resultados en términos de salud física y mental en los adolescentes ².

21. Conclusión

Respecto a los datos de tipo sociodemográfico de los adolescentes se observaron como principales características: predominio del sexo femenino, estar en la adolescencia inicial a medial (13-15 años), y casi una quinta parte de participantes en una condición de vulnerabilidad ya que estudian y trabajan o trabajan o no estudian ni trabajan. En cuento

a la religión habría que realizar estudios para identificar hasta qué punto está puede fungir como un factor de protección o riesgo para el desarrollo de psicopatología.

En el estudio, descubrimos que en las familias mexicanas, existen números tipos de familias y hogares. Los hogares de tipo nuclear que continúan siendo las de mayor prevalencia pero los hogares no nucleares, sumaron más de la tercera parte, destacándose la existencia de hogares sin la presencia del padre; de las cuales van en aumento drásticamente.

Los principales trastornos obtenidos en nuestra población clínica, obtuvimos que los trastornos afectivos y del espectro de ansiedad sean los principales psicopatología. Y los trastornos externalizados ocupan el tercer lugar por frecuencia, y cabe señalar que estos son de las primeras causas de internamiento en las adolescentes.

En este estudio se encontró que si existe una relación la presencia de psicopatología (en término del número de diagnósticos) y el funcionamiento familiar entre los adolescentes, que acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Nuestra hipótesis se comprobó al relacionar que las familias que cuentan con una mayor presencia de unión/apoyo y expresión entre los integrantes de estas, tienen un menor grado de psicopatología (comorbilidad) en los adolescentes. Por otro lado, la existencia de dificultades en el hogar se asocia, con un aumento en la severidad y comorbilidad en la psicopatología, de los adolescentes provenientes del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de la Ciudad de México.

Es de llamar la atención que los jóvenes, a pesar de contar con los pros y especial como específicamente los contras en sus hogares, perciben a sus familias con características positivas (perciben que sus familiares les brindan apoyo y pueden expresar sus inquietudes y sentimientos). Lo que nos lleva a investigar más a fondo a cerca de la ideología acerca de lo que es una familia u hogar. O bien en futuras investigaciones, se tome de igual forma la opinión de los padres y nos solamente de los adolescentes.

22. Recomendaciones y Limitaciones

Es importante que los profesionistas de la salud, realicen intervenciones a favor del desarrollo del adolescente, con base en datos de investigación. De este modo, se propone identificar la multiplicidad de hogares y caracterizar su funcionamiento. Es importante señalar que se encontraron tanto aspectos negativos como positivos del funcionamiento familiar por lo, se recomienda identificar ambos, en las intervenciones.

El estudio es de tipo transversal, no se tiene datos respecto a la evolución del tipo de hogar, funcionamiento familiar y/o psicopatología. Así como el análisis se restringió a la descripción de las variables, la asociación entre ellas exigiría una N mayor.

23. Referencias

1. Funk M, Saraceno B, Flisher A, Lusting S. Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans, "Context of child and adolescent mental health". World Health Organization. Geneva, Suisse. 2005;7-13.
 2. Repetti R, Taylor S, Seeman T. Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. The American Psychological Association. 2002;128:330-366.
 3. Rivera Ma, Andrade P. Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). Uaricha Revista de Psicología. 2010;14:12-29.
 4. Márquez Ma, Hernández L, Aguilar J, Backhoff E, Benjet C, Medina-Mora Ma. Percepción de Crianza y Ajuste Académico Social en el Adolescente. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F. 2007;9-42,85-100.
 5. Lerner R, Damon W. "Theories of Human Development: Contemporary Perspectives". Handbook of Child Psychology, Vol. I, 5 Ed. Estados Unidos. 1998:1-24.
 6. Sameroff A. A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. Child Development. January/February, 2010;81:6-22.
- Feldman R, Eidelman A. Biological and environmental initial conditions shape the trajectories of cognitive and social-emotional development across the first years of life. Developmental Science. 2009;12:1:194-200.

7. Pérez- Amezcua B, Rivera-Rivera L, Atienzo E, De Castro F, Leyva-López A, Chávez-Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*. Julio-Agosto,2010;52:4.
8. Paus T, Keshavan M, Gied J. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?. *NATURE RIVIEWS, NEUROSCIENCE*. 2008;9:947-957.
9. Gómez E. Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Internacional de Psicología y Educación*. 2008;10:2:105-122.
10. Lewis M, "Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook" 3ra edición, Ed. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. 2002;232-330.
11. Scott S, Briskman J, Woolgar M, Humayun S, O'Connor T. Attachment in adolescence: overlap with parenting and unique prediction of behavioural adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011;52:10:1052-1062.
12. Negrete R, Leyva G. *Los NiNis en México: Una aproximación crítica a su medición*. *Revista Internacional de Estadísticas y Geográfica*. Enero-abril, 2013;4:1:1-32.
13. Benjet C, Borges G, Medina-Mora Me, Blanco J, Zambrano J, Orozco R, Fleiz C, Rojas E. Drug use opportunities and the transition to drug use among adolescents from the Mexico City Metropolitan Area, *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;90:128–134.
- Cohen D, Cicchetti D, "*Development and Psychopathology*", Theory and Method, Vol. I, 2 Ed., New Jersey, EUA. 2006;1-23.
14. Medina-Mora Ma, Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J, Fleiz-Bautista C. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*. 2005;47:1:8-21.
15. Benjet C, Borges G, Medina-Mora Me, Méndez E, Zambrano J, Cruz C, Méndez E. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2009;31:155-163.
16. Mebarek M, Martínez M, Sánchez A, Lozano J. Una Revisión Acerca de la Sintomatología del Abuso Sexual Infantil. Universidad del Norte, Colombia. 2010;25:128-154.

17. Kotliarenco M, Cáceres I, Fontecilla M. Estado de Arte en Resiliencia. Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Julio, 1997.
18. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía "Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, Distrito Federal". México D.F. INEGI. 2010;38-40,79-81.
19. Mrazek P, Haggerty R. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for preventive Intervention Research, Committee on Prevention of Mental Disorders, Institute of Medicine. The National Academy of Sciences, EUA. 1994;1-18.
20. Cummings E, Kouros C. Depresión materna y su relación con el desarrollo y la adaptación en niños. University of Notre Dame, EE.UU. Vanderbilt University EE.UU. Center of Excellence for Early Childhood Development. Marzo, 2011;1-6.
21. Evans G, English K. The Environment of Poverty: Multiple Stressor Exposure, Psychophysiological Stress, and Socioemotional Adjustment Child Development. July/August, 2002;73:4:1238-1248.
22. Rivera Ma. Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares. Construcción y Validación de una Escala. Universidad Autónoma de México. México, D.F.1998;6,8-29,69-84,86-95.
23. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía "Nupcialidad, Hogares y Viviendas", Mujeres y Hombres en México 2011. México D.F. INEGI c. 2012;47-59.
24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Nupcialidad, Hogares y Viviendas", Mujeres y hombres en México 2010, decimocuarta edición. México, D.F.2010;27-41.
25. Andersen S, Navalta C. New frontiers in developmental neuropharmacology: Can longterm therapeutic effects of drugs be optimized through carefully timed early intervention?. April, 2011;52:4:476-503.
26. La Calle M, Escalas DSM del CBL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental, Universidad Autónoma de Barcelona, Bellater. 2009; 8-24.
27. Borges G, Benjet C, Medina-Mora Me, Orozco R, Nock M. Suicide Ideation, Plan, and Attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. January. 2008;47:1:41-52.

28. Ramchandani P, Laprini. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Psychogiu Lancet*. 2009;646-53.
29. Claramunt M. "*Serie Género y Salud Pública*", Abuso Sexual en Mujeres Adolescente. Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS, San José, Costa Rica. Agosto 2000;1-19.
30. www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/3_de_marzo_Dia_Nacional_de_la_Familia
31. De la Peña F, Esquivel G, Pérez A, Palacios L. Validación concurrente para trastornos externalizados del MINI-Kid y la entrevista semiestructurada para adolescentes. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.* 2009;20:1:8-12.
32. Benjet C, Borges G, Medina-Mora Me, Zambrano J, Agilar-Gaxiola. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x
33. Borges G, Benjet C, Medina-Mora Me, Orozco R, Wang Ps. Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86:757–764.
34. Hooven C, Nurius P, Logan-Greene P, Thompson E. Childhood Violence Exposure: Cumulative and Specific Effects on Adult Mental Health. *J Fam Violence*, August, 2012;27:6: 511-522.
35. Medina-Mora Ma, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galván-Castillo F, Tapia-Conyer R. Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Publica Mex.* 2003;45 supl 1:S16-S25
36. Andrade P, Betancourt D, Vallejo C. Investigación Universitaria Multidisciplinaria, Universidad Autónoma de México, Universidad Anáhuac México Norte, Universidad Veracruzana. Diciembre, 2010;9:9:37-44.
37. Benjet C, Borges G, Medina-Mora Me, Méndez E, Zambrano J, Cruz C, Méndez E. Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescent. *Journal of Adolescent Health*. 2009;45:5: 483-489
38. Bögels S, Lehtonen A, Restifo K. Mindful Parenting in Mental Health Care, *Mindfulness*. 2010;1:107–1

Anexo 1

Instrumento de evaluación de relaciones intrafamiliares. Versión breve. ERI ³³.

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con Tú FAMILIA. Por favor elige la opción (**a, b, c, d, ó e**) que mejor se adecue a la forma de actuar de tú familia, basándote en la siguiente escala:

a = Totalmente de Acuerdo

b = De Acuerdo

c = Neutral (Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo)

d = En Desacuerdo

e = Totalmente en Desacuerdo

	Totalmente de Acuerdo a	De Acuerdo b	Neutral c	En Desacuerdo d	Totalmente en Desacuerdo e
1. Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.	a	b	c	d	e
2. Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	a	b	c	d	e
3. En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	a	b	c	d	e
4. Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	a	b	c	d	e
5. En nuestra familia es importante para	a	b	c	d	e

todos expresar nuestras opiniones.					
6. La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	a	b	c	d	e
7. Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	a	b	c	d	e
8. Mi familia me escucha.	a	b	c	d	e
9. Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	a	b	c	d	e
10. Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	a	b	c	d	e
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	a	b	c	d	e
12. Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	a	b	c	d	e

Anexo 2

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTELI **para Niños y Adolescentes**

Versión en Español

USA: D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, T Hergueta.
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Versión en Español:

USA: M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto
University of South Florida - Tampa

1998, 2000, Sheehan DV

Los derechos de autor están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma electrónica o mecánica, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización. Los investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias de la M.I.N.I. para su uso personal.

El manual está disponible:

para la computadora en el "Medical Outcome Systems, Inc" en www.medical-outcomes.com

o disponible gratuito a través del "Medical Outcome Systems, Inc" en www.medical-outcomes.com

Actualizaciones, adelantos & revisiones

Actualizaciones de la MINI en más de 30 idiomas

Actualización de pacientes para especialidades primarias

Actualizaciones para la investigación

<i>Nombre del paciente:</i>	<i>Número de protocolos:</i>
<i>Fecha de nacimiento:</i>	<i>Fecha en que inició la entrevista:</i>
<i>Nombre del entrevistador:</i>	<i>Fecha en que terminó la entrevista:</i>
<i>Fecha de la entrevista:</i>	<i>Duración total:</i>

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CUMPLE LOS CRITERIOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
B RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A
C TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
D EPISODIO (HIPO) MANÍACO	Actual Pasado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
E TRASTORNO DE ANGSTIA	Actual (último mes) De por Vida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	300.01-300.21	F40.01-F41.8
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.21	F40.00
G TRASTORNO de ANSIEDAD de SEPARACIÓN	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.21	F93.0
H FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
I FOBIA ESPECÍFICA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.29	N/A
J TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
K ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.81	F43.1
L ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2x-F10.
L DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2x-F10.
M ABUSO DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.1-F19.1
M DEPENDENCIA DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.1-F19.1
N TRASTORNOS DE TIC	Actual Pasado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	307.20-307.23	F95.x
O TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/ HIPERACTIVIDAD	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.00-314.01	F90.0-F98.8
P TRASTORNO DE LA CONDUCTA	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.x
Q TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	312.81	F91.3
R TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por Vida Actual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	295.10-295.60/297.1/ 297.3/298.81/298.82/ 298.89/298.8'298.9	F30.xx-F39
S ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
T BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
U TRASTORNO de ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
V TRASTORNOS ADAPTATIVOS	Actual	<input type="checkbox"/>	309.24/309.28 309.3/309.4	F43.xx

Anexo 3

Consentimiento Informado

Título del estudio de investigación: Adolescentes con problemas de salud mental: un enfoque de riesgo y de protección

Mi hijo/a fue valorado/a en esta institución por el médico especialista del servicio de admisión y urgencias y le dieron como diagnóstico algún tipo de problema de salud mental, que requiere atención en esta institución. Por esto ha sido invitado/a a participar voluntariamente en un estudio de investigación para evaluar factores personales, familiares y sociales que pudieran relacionarse con un riesgo de problemas de salud mental o con factores protectores, que disminuyan la intensidad de esos problemas.

Para iniciar con la investigación se le aplicarán instrumentos tipo cuestionario. Dichos cuestionarios miden la intensidad de problemas como la depresión, la ansiedad, los problemas de atención o la conducta. Los cuestionarios se aplicarán en 2 formatos, uno es llenado por mi hijo/a, y se llama "Autoinforme de comportamiento de jóvenes", y otro es llenado por mí, y se llaman "Inventario del comportamiento de niños(as) para padres".

También pedirán que mi hijo responda a cuestionarios que evalúan el estilo de respuesta al estrés, la presencia de eventos de vida significativos, aspectos del funcionamiento familiar, la percepción de apoyo, y la presencia de situaciones de apuro económico. Los instrumentos se llaman: Escala de Percepción de Ingreso Económico, Sucesos de Vida, Escala de Apreciación de Apoyo Social, Evaluación de Relaciones Intrafamiliares, Escalas de Afrontamiento para Adolescentes, Estatus socioeconómico. Estas aplicaciones y las entrevistas de la investigación, no tienen costo para nosotros y serán aplicadas en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual.

Beneficios del estudio

El beneficio es que mi hijo/a recibirá una valoración adicional sobre su problemática, que apoyará a su tratamiento en el hospital. Los resultados de la valoración se agregarán al expediente clínico, y de ahí el médico tratante podrá consultarlos para enriquecer el plan terapéutico habitual en el hospital.

Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio

Si mi hijo/a y yo tenemos cualquier pregunta acerca de este estudio nos pondremos en

contacto con la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, quien es la investigadora responsable y que se encuentra en la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, o podemos localizarla en el teléfono 54 85 43 70, en el turno matutino (8.30 am a 3.30 pm).

Derecho a retirarse del estudio

Mi hijo/a y yo somos libres de retirarnos del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte la atención médica de mi hijo/a en el hospital. Si deseo retirar a mi hija del estudio debo notificarlo a la Dra. Ma. Elena Márquez.

Confidencialidad

Se comprometen a que la información obtenida de mi hijo/a se mantendrá confidencial. Los resultados de las evaluaciones de mi hijo/a pueden publicarse para fines científicos, siempre y cuando no se divulgue su identidad, además la información puede ser mantenida y procesada en una computadora.

Firmas del Consentimiento Informado

Mi hijo/a y yo hemos leído la información anterior, se nos ha ofrecido amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Aceptamos participar en este estudio, y entendemos que esta participación es voluntaria y que podemos retirarnos en el momento que deseemos, sin que tengamos algún perjuicio por eso.

Firmo este documento para establecer mi participación voluntaria en la investigación, y también aparece la firma de mi hijo/a, quien asiente su participación en forma voluntaria.

Nombre completo y firma del o la adolescente	Fecha
Nombre completo y firma de la madre o tutor	Fecha
Nombre completo y firma del padre o tutor	Fecha
Nombre completo y firma del investigador que explicó la información de este consentimiento.	Fecha
Nombre completo y firma de la persona testigo	Fecha
Dirección	
Relación con la participante	
Nombre completo y firma de la persona testigo	Fecha
Dirección	
Relación con la participante	

Anexo 4

Asentimiento informado

Título del estudio de investigación: Adolescentes con problemas de salud mental: un enfoque de riesgo y de protección

He sido valorado/a en esta institución por el médico especialista del servicio de admisión y urgencias y me dieron como diagnóstico algún tipo de problema de salud mental, que requiere atención en esta institución. Por esto he sido invitado/a a participar voluntariamente en un estudio de investigación para evaluar factores personales, familiares y sociales.

Para iniciar con el estudio resolveré cuestionarios. Dichos cuestionarios son instrumentos que miden la intensidad de problemas como la depresión, la ansiedad, y problemas de atención o de conducta. Los cuestionarios se aplicarán en 2 formatos, uno es llenado por mí, y se llama "Autoinforme de comportamiento de jóvenes", y otro es llenado por mi padre, o mi madre o tutor, y se llama "Inventario del comportamiento de niños(as) para padres".

También me pedirán que responda a cuestionarios que evalúan el estilo de respuesta al estrés, la presencia de eventos de vida significativos, aspectos del funcionamiento familiar, la percepción de apoyo, y la presencia de situaciones de apuro económico. Los instrumentos se llaman: Escala de Percepción de Ingreso Económico, Sucesos de Vida, Escala de Apreciación de Apoyo Social, Evaluación de Relaciones Intrafamiliares, Escalas de Afrontamiento para Adolescentes, Estatus socioeconómico. Estos cuestionarios y las entrevistas del estudio, no tienen costo para nosotros y serán aplicados en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual.

Beneficios del estudio

El beneficio es que recibiré una valoración adicional, que apoyará mi tratamiento en el hospital. Los resultados de la valoración se agregarán al expediente clínico, y de ahí el médico tratante podrá consultarlos para enriquecer el plan terapéutico habitual en el hospital.

Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio

Si tengo cualquier pregunta acerca de este estudio me puedo poner en contacto con la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, quien es la investigadora responsable y que se encuentra en la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, o podemos localizarla en el teléfono 54 85 43 70, en el turno matutino (8.30 am a 3.30 pm).

Derecho a retirarme del estudio

Soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte la atención médica que recibo en el hospital. Si deseo retirarme del estudio sólo debo notificarlo a la Dra. Ma. Elena Márquez.

Confidencialidad

En este estudio se comprometen a que la información de los cuestionarios y las entrevistas se mantendrá confidencial. Los resultados de las valoraciones pueden publicarse para fines científicos, siempre y cuando no se mencione mi identidad, además la información puede ser mantenida y procesada en una computadora.

Firmas del Consentimiento Informado

Se me ha explicado y he leído la información anterior, a mí y a mi padre/madre o tutor se nos ha ofrecido amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Acepto participar en este estudio, y entiendo que esta participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que desee, sin que tenga algún perjuicio por eso.

Firmo este documento para establecer mi participación voluntaria en el estudio, y también aparece la firma de mi padre/madre o tutor, quien consiente nuestra participación en forma voluntaria.

Nombre completo y firma del o la adolescente	Fecha
Nombre completo y firma de la madre o tutor	Fecha
Nombre completo y firma del padre o tutor	Fecha
Nombre completo y firma del investigador que explicó la información de este consentimiento.	Fecha
Nombre completo y firma de la persona testigo	Fecha
Dirección	
Relación con la participante	
	Fecha
Nombre completo y firma de la persona testigo	
Dirección	
Relación con la participante	

Anexo 5

Oficio: DI/CI/897/0414
Dictamen: Aprobación
México, D.F., a 11 de Abril de 2014

Ana Luisa Balmaceda Ostos
Presente

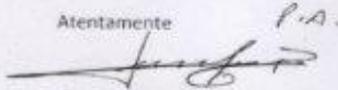
Por este medio le informamos que el proyecto de investigación derivado del proyecto "Adolescentes con problemas de salud mental: un enfoque de riesgo y protección" registrado en esta División de Investigación con la clave I13010412 con título "El funcionamiento familiar como factor de protección o vulnerabilidad de psicopatología en el adolescente", ha sido registrado con la clave I13,01,0412/Tc y dictaminado como: **Aprobado**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquiere en calidad de tesista:

- Entregar una copia del presente a sus tutores.
- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) un informe de los avances de su proyecto, entregar su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de **Mayo** en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.) y el registro de pacientes de su investigación.
- Al concluir su tesis no olvide llenar el **informe final** en la página arriba mencionada para evitar solicitarle su informe faltante.
- Al término de su proyecto entregar dos ejemplares del producto final de la tesis, uno para el área de investigación y otro como acervo para la biblioteca del hospital incluyendo los sellos de la biblioteca de la UNAM y del HPIDJNN.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente



Dr. Humberto Nicolini Sánchez
Presidente del Comité de Investigación

Ccp. Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, Investigador principal del HPIDINN: Presente
Registro de productividad, HPIDINN. Presente
Archivo

Anexo 6



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



No. de oficio: CEI/138
Asunto: Dictamen de aprobación.

México D.F. A 29 de Junio del 2012

DRA. MA. ELENA MÁRQUEZ CARRAVEO
INVESTIGADOR PRINCIPAL

Comunico a usted que el Comité de Ética en Investigación, ha evaluado el protocolo titulado "*Adolescentes con problemas de salud mental: un enfoque de riesgo y de protección*", con clave en el hospital *IIS/01/0412*, en donde usted aparece como investigador principal, mismo que se encuentra derivado de un proyecto de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA-UNAM), denominado "*Evaluación de factores de riesgo y protección para la promoción de la resiliencia en adolescentes y familias*", con clave y registro PAPIIT IN303512-2, del cual es Responsable la Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte y Corresponsable la Lic. Margarita Villaseñor Ponce, profesoras de la Carrera de Psicología de la FES Zaragoza, UNAM.

El Comité de Ética en Investigación decide dar al protocolo el carácter de **aprobado**.

En su caso sólo resta mencionar que en el apartado de confidencialidad en el consentimiento informado incluya una leyenda que aclare lo qué sucederá con la información en caso de que quien participe decida retirarse.

Tengo a bien recordarle que debe cumplir con la obligación de notificar a este comité sobre todo evento que reestructure las condiciones éticas del proyecto, de comunicar el inicio y fin del reclutamiento de sujetos de investigación y la finalización del estudio, así como también de entregar por escrito un informe final.

Debe tener presente que los compromisos que usted ha adquirido con el hospital incluyen la imprescindible devolución de los resultados a los participantes en el protocolo que son sujetos de estudio.

Atentamente


PSICÓTERAPEUTA JUAN ALBERTO SANEN LUNA
SECRETARIO DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

C.c.p. Dra. Dora María Pérez Ordoz - Directora del Hospital
L. E. O. Lucía Arciniega Buenrostro - Secretaria de la Comisión de Investigación
Archivo del Comité de Ética en Investigación



Av. San Buenaventura 86 Col Belisario Domínguez Del. Tlalpan C.P 14080 México DF
5573-2855 5573-4866 5573-4844