

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

.....
□ □ **FACULTAD DE MEDICINA**
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

Evaluación de sucesos de vida y psicopatología en adolescentes:
factores de riesgo y protección en adolescentes mexicanos de un hospital
psiquiátrico de la Ciudad de México.

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

Maria Guadalupe Castro Becerra

TUTORA:

Dra. María Elena Márquez Caraveo

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Maria Guadalupe Castro Becerra.

Correo electrónico: dra.maria.g.castro@gmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. María Elena Márquez Caraveo.

Correo electrónico: malenamarquezc@gmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Nombre de los asesores:

Dra. Blanca Barcelata Eguiarte.

Correo electrónico: bareg7@hotmail.com

Institución donde labora: FES Zaragoza.

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6
Marco Teórico	7
Planteamiento del problema	16
Justificación	16
Hipótesis	18
Objetivos	18
Material y métodos	18
Resultados	26
Discusión	35
Conclusión	41
Bibliografía	42
Anexos	46

ÍNDICE (tablas y figuras)

Tabla 1	Factores selectivos de riesgo y protección para la salud mental en niños y adolescentes	12
Figura 1	Procedimiento de recolección de datos	24
Tabla 2	Datos sociodemográficos de los adolescentes participantes (N=128)	26
Tabla 3	Datos sociodemográficos de los padres de los adolescentes participantes (N=128)	27
Tabla 4	Características del tipo de hogar al que pertenecen los participantes (N=128)	28
Tabla 5	10 Sucesos de vida más frecuentes en los adolescentes participantes	29
Tabla 6	Promedio de sucesos de vida experimentados por los participantes (N=128)	29
Tabla 7	Porcentaje de sucesos de vida reportados por los participantes (N=128)	30
Tabla 8	Características diagnósticas de los participantes según MINIKID (N=128)	31
Tabla 9	Frecuencias de trastornos psiquiátricos identificados por MINIKID (N=128)	32
Tabla 10	Número de diagnósticos por área (N=128)	33
Tabla 11	Asociación entre psicopatología y sucesos de vida (N=128)	33
Tabla 12	Sucesos de vida considerados de mayor impacto de acuerdo a valoración subjetiva	35

RESUMEN

La adolescencia es un periodo de cambios mayores respecto de la maduración física, fisiológica, cognitiva y emocional, con desarrollo neurobiológico marcado que la hace particularmente sensible a la influencia ambiental. Un suceso de vida es cualquier experiencia que tiene el potencial de producir estrés. Experiencias como maltrato físico, abuso sexual, dificultades familiares y económicas, a menudo representan factores de riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos en el adolescente. Aunque la mayoría de los adolescentes supera esta etapa del desarrollo sin ayuda profesional, muchos de ellos presentan dificultades en el afrontamiento del estrés, desarrollando dificultades adaptativas y eventualmente trastornos psiquiátricos, aunque no todos los jóvenes que experimentan adversidad desarrollan la psicopatología. La resiliencia es un constructo que puede ser evaluada en términos de ausencia de psicopatología más que una adaptación excelente en todos los dominios, implica indicadores de ajuste negativos como positivos y puede identificarse a través de indicadores emocionales y conductuales. Se han documentado, en países desarrollados, asociaciones entre la adversidad en la niñez y los trastornos psiquiátricos, y se ha dado poca atención sobre el papel de la cultura en el desarrollo entre los grupos de minorías étnicas, o de países de ingresos medios y bajos. Se requieren este tipo de estudios que proporcionan evidencia sobre la necesidad de dar prioridad a la salud mental, en todas las regiones del mundo. La comprensión de los factores que aproximan o alejan a un individuo de un riesgo elevado, permitiría proveer de una guía para la prevención primaria.

Términos Mesh: adolescencia, resiliencia, psicopatología.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida que implica por sí misma varios retos en el desarrollo del individuo pues debe adaptarse y asimilar cambios a nivel biológico, psicológico, emocional, familiar y social. Ocurre en ambientes diversos tanto de apoyo como de adversidades que obstaculizan el desarrollo sano.

Los sucesos de vida, tanto positivos como negativos influyen el desarrollo de los individuos, sobretodo en etapas que se consideran vulnerables. Existen individuos quienes a pesar de cursar la etapa de la adolescencia en un ambiente cuyas características podrían considerarse adversas, no desarrollan psicopatología pudiendo desarrollarse de forma adaptada y productiva, mientras que otros desarrollan dificultades en su funcionamiento.

El descubrimiento de las características que confieren tanto riesgo como fortaleza a los individuos, así como de los sucesos de vida que pudieran regular el impacto de los estresores fungiendo como factores protectores, podrían convertirse en un recurso sobre el cual invertir esfuerzos para contribuir en el desarrollo de los individuos durante esta etapa que es crítica en la adquisición de habilidades y recursos.

La perspectiva de la resiliencia proporciona un marco útil para considerar cómo algunos factores operan fomentando el desarrollo positivo de la juventud. Así mismo, este enfoque es altamente relevante al evaluar las intervenciones diseñadas para mejorar los factores promotores del desarrollo sano de los adolescentes. Es posible, así, generar un marco conceptual y un tema unificador que pueda guiar a los investigadores y profesionales interesados en el estudio y la mejora de los bienes y recursos, de acuerdo a los requerimientos y características propios de cada entorno cultural y socioeconómico. De ahí la importancia de estudiar los factores que se relacionan con la resiliencia en los adolescentes de nuestra cultura, en particular los sucesos de vida que pudieran resultar tanto protectores como de riesgo para los adolescentes de estratos socioeconómicos bajos y en medios clínicos, para contar con mejores guías de intervención preventiva y terapéutica.

MARCO TEÓRICO

La adolescencia es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. Es un periodo de cambios mayores, la fase final del crecimiento y la maduración física, fisiológica, cognitiva y emocional. Representa una situación en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones que dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (2014) el periodo de la adolescencia comprende entre los 10 y los 19 años de edad. Para la UNICEF (2011)², la adolescencia puede segmentarse en tres etapas: adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad), mediana (14-16), y tardía (17-19). En general se considera que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano en el que existen variaciones individuales. Estos grupos de edad representan una alta proporción de la población en la mayoría de los países latinoamericanos³.

La adolescencia está marcada por numerosas tareas de desarrollo, incluyendo la formación de la identidad, la aceptación de los compañeros y de las relaciones románticas, al tiempo que se experimentan cambios cognitivos y biológicos. Algunos autores enfatizan el aspecto biológico, otros el psicológico y social, o bien, la combinación de todos¹.

El enfoque en la adolescencia es importante teniendo en cuenta que este es un momento de cambios significativos⁴, caracterizados por el desarrollo neurobiológico marcado, sólo superados por la infancia en su extensión, por lo tanto, el aumento de la plasticidad del cerebro durante este tiempo puede hacer que el cerebro de los adolescentes sea particularmente sensible a la influencia ambiental^{5,6,7}.

Los cambios normativos, conformados por aquellos eventos que todos los jóvenes deben confrontar, pueden ir acompañados de otros sucesos de vida adversos, no normativos. Estos se refieren a cualquier cambio en el ambiente que provoque un alto grado de tensión emocional que interfiera con los patrones normales de respuesta de los individuos y que pueden incrementar el nivel de estrés que experimentan algunos jóvenes⁸.

Un suceso de vida es cualquier experiencia, situación o acontecimiento que ocurre a un individuo, familia o comunidad que tiene el potencial de producir estrés, por lo que, dependiendo de las condiciones personales o contextuales de un adolescente, puede convertirse en un estresor. Experiencias como maltrato físico, riñas familiares, divorcio de los padres, haber sido víctima de abuso sexual, y dificultades económicas entre otras, a menudo representan factores de riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos en el adolescente⁹.

Así mismo, la neurociencia social ha demostrado cómo los factores biológicos influyen en el comportamiento social. Estudios de gemelos longitudinales encontraron que las diferencias genéticas representan el 24-70% de la varianza en las medidas de apoyo social. La búsqueda de los genes clave que representan riesgo para los trastornos mentales ha sido difícil, lo cual puede reflejar factores ambientales que no son tomados en cuenta en los estudios tradicionales de cualquiera de los genes candidatos. Aunque el apoyo social fue conceptualizado inicialmente como una variable puramente ambiental, la neurociencia social ha demostrado cómo los factores biológicos influyen en el comportamiento social¹⁰.

La adolescencia no ha recibido la atención adecuada, pues muchos autores la consideran una fase pasajera de la vida del ser humano (Lucio 2003). Sin embargo, el desarrollo de la adolescencia tiene una serie de dificultades para el individuo. La conducta del adolescente debe evaluarse dentro del contexto familiar y social. Aunque la mayoría de los adolescentes supera esta difícil etapa del desarrollo sin ayuda profesional, muchos de ellos presentan dificultades en el afrontamiento del estrés, desarrollando dificultades adaptativas y eventualmente trastornos psiquiátricos. Se sugiere también la existencia de diferencias entre géneros, se ha reportado que las mujeres reportan niveles más altos de depresión que los hombres entre los 12 a los 18 años de edad^{1,4}.

La adversidad crónica y el estrés desde los primeros años de vida han sido teorizados como un factor etiológico en el desarrollo de la psicopatología. La hipótesis del modelo de diátesis estrés es que las experiencias estresantes de la vida (medio ambiente) precipitan la aparición de psicopatología sólo en la presencia de cierta

predisposición genética (la diátesis)¹¹. A diferencia de las diátesis que son específicas para el desarrollo de un trastorno particular, los eventos de estrés ambiental no son específicos de una patología dada¹². La perspectiva psicopatológica del desarrollo plantea una relación compleja entre estrés, riesgo, psicopatología y resiliencia, constructos vinculados con el proceso de adaptación-desadaptación durante la adolescencia⁹.

Con eventos traumáticos agudos y la posterior aparición de trastornos psiquiátricos el vínculo temporal es explícito. Las adversidades crónicas tienen asociaciones temporales menos claras que dificultan la comprensión de los mecanismos de la patogénesis. Se ha sugerido que el estrés durante la vida temprana reduce el umbral de reactividad al estrés más tarde y por lo tanto aumenta el riesgo de la aparición de la enfermedad en la vida futura. La investigación ha proporcionado otras explicaciones teóricas, tales como el impacto del estrés temprano en la función del eje y el cerebro hipotálamo-hipófisis-suprarrenal¹².

Las adversidades de la infancia se asocian con un 20-60% más de riesgo de trastornos psiquiátricos, se estima que representan riesgo para casi el 45% de los trastornos de inicio en la infancia y hasta el 32% de los trastornos del adulto. Más de dos tercios de una muestra de adolescentes mexicanos informaron al menos 1 de 12 adversidades estudiadas, siendo la más común la económica (24,5%). Un tercio de estos jóvenes reunió criterios para cualquier trastorno psiquiátrico (8.5% cualquier trastorno grave), la ansiedad fue el más común (29,8%), seguida por los trastornos del comportamiento (15,3%) y los trastornos del estado de ánimo (7,2%)¹³.

No todos los jóvenes que experimentan adversidad en la niñez desarrollan la psicopatología. Otros factores de riesgo (como la vulnerabilidad genética) y factores protectores (como habilidades cognitivas, el temperamento, estrechas relaciones con adultos de confianza y competentes, las conexiones con compañeros prosociales, el barrio y la calidad de la escuela) juegan un papel en la probabilidad de desarrollar, o no, un trastorno¹⁴.

La preocupación mundial sobre las consecuencias de los desastres, la violencia, las enfermedades, la desnutrición, el maltrato y otras amenazas para el desarrollo

humano y el bienestar han provocado un aumento del interés internacional de la ciencia sobre la resiliencia. Se han destacado los avances y problemas en la investigación que tiene como objetivo comprender las variaciones en la adaptación humana a las experiencias adversas¹⁵.

El concepto de resiliencia proporciona el andamiaje para el estudio y la comprensión de por qué algunos jóvenes llegan a ser adultos sanos, a pesar de los riesgos de la exposición. La resiliencia centra la atención en un contexto social positivo, y las variables individuales que interfieren o perturban las trayectorias de desarrollo de riesgo para los problemas de conducta, problemas mentales, y los malos resultados de salud. Estos factores contextuales y sociales positivos, así como las variables individuales se llaman factores promotores y operan en contra de los factores de riesgo, ayudando a los jóvenes a superar los efectos negativos de la exposición al riesgo. Se identifican dos tipos de factores promotores: activos y recursos. Se definen como activos los factores positivos que residen dentro de los individuos, como la autoeficacia y autoestima. Los recursos se refieren a factores externos, tales los padres, adultos mentores y programas juveniles que proporcionan los jóvenes la oportunidad de aprender y practicar habilidades. Los activos y recursos proporcionan atributos necesarios para un desarrollo saludable¹⁶.

La resiliencia es un constructo que se refiere a dos dimensiones básicas: 1. adaptación positiva y 2. presencia de estrés, riesgo y/o adversidad. Puede ser evaluada en términos de ausencia de psicopatología más que una adaptación excelente o positiva en todos los dominios. Implica indicadores de ajuste negativos como positivos. Puede identificarse a través de indicadores emocionales y conductuales¹⁵.

La investigación en resiliencia gira en torno a los procesos de riesgo, vulnerabilidad y protección. El concepto de riesgo del modelo médico transferido a las ciencias sociales se refiere a las características de una persona o del medio ambiente que limitan, impiden o representan una amenaza para su desarrollo teniendo como consecuencia desenlaces negativos. Estadísticamente implica un aumento en la probabilidad de presentar una alteración en el curso del desarrollo en dominios "críticos"^{17,18}.

La vulnerabilidad implica factores personales y/o medioambientales que aumentan los efectos negativos de una condición de riesgo¹⁹. La protección es un proceso en el que intervienen factores individuales y/o medioambientales que a pesar del riesgo, logran atenuar las repercusiones del riesgo y el estrés, por lo que son denominados protectores cuando contribuyen a la adaptación positiva²⁰. Estos pueden ser definidos a partir de atributos personales como el afrontamiento, la inteligencia, la personalidad, la autoeficacia, y/o medioambientales, como una organización familiar funcional o el apoyo de los padres lo que contribuye a que las personas puedan enfrentar y superar situaciones adversas²¹.

Por otra parte, los modelos de resiliencia subrayan la importancia de la percepción o valoración subjetiva de dichas experiencias. El desequilibrio entre la percepción y la evaluación de un suceso, y de los recursos disponibles para enfrentarlo, es lo que da pauta para que una experiencia sea interpretada como negativa o estresante. Algunos estudios subrayan la importancia de la valoración subjetiva como un proceso básico en el surgimiento del estrés. Se indica que la percepción de las experiencias vitales varía en función del sexo y la edad, lo cual puede estar matizado por otras variables contextuales como el nivel socioeconómico⁹.

Se han observado un mayor número de sucesos estresantes en muestras clínicas que subclínicas. La investigación en población mexicana sugiere que los adolescentes de poblaciones marginadas presentan con frecuencia adversidad económica, seguida de otros sucesos estresantes como violencia familiar⁹.

Estudios multifactoriales^{22,23} muestran que las variables asumen su carácter de protección o riesgo en función de la interacción de condiciones individuales y del entorno. La Organización Mundial de la Salud (2005)²⁴, relaciona el dominio y la naturaleza de estos factores de la siguiente manera (tabla siguiente página)

Tabla 1: Factores selectivos de riesgo y protección para la salud mental de niños y adolescentes (WHO, 2005).

Dominio	Factores de riesgo	Factores protectores
Biológico	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a toxinas en el embarazo (tabaco y alcohol) • Predisposición genética a trastornos psiquiátricos • Trauma en la cabeza • Hipoxia al nacimiento y otras complicaciones • Infección por VIH • Desnutrición • Otras enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de desarrollo físico apropiado • Buena salud física • Buen funcionamiento intelectual
Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del aprendizaje • Rasgos desadaptativos de la personalidad • Abuso o negligencia sexual, física y emocional • Temperamento difícil 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad para aprender de las experiencias • Buena autoestima • Alto nivel en la capacidad de resolución de problemas • Habilidades sociales
Social a) Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado inconsistente • Conflicto familiar • Pobre disciplina familiar • Pobre manejo familiar • Muerte de un miembro de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Vínculo familiar • Oportunidades de implicación positiva en la familia • Gratificación en la participación familiar
b) Escuela	<ul style="list-style-type: none"> • Fracaso académico • Fracaso de la escuela para proveer un ambiente apropiado que apoye la asistencia y el aprendizaje • Provisión de una educación inadecuada/ inapropiada 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad para involucrarse en la vida escolar • Reforzamiento positivo para el rendimiento académico • Identidad con la escuela o necesidad de un logro educacional

c) Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de una “eficacia comunitaria” (Sampson, Raudenbush y Earls, 1997) • Comunidad desorganizada • Discriminación y marginación • Exposición a violencia • Falta de un sentido de “lugar” (Fullilove, 1996) • Transiciones (urbanización) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conexión con la comunidad • Experiencias culturales positivas • Oportunidad para el uso de tiempo libre en forma constructiva • Modelos de roles positivos • Gratificación por la participación en la comunidad • Conexión con organizaciones comunitarias incluyendo organizaciones religiosas
--------------	---	--

Se ha sugerido que los eventos positivos pudieran servir como amortiguadores del estrés, como moderadores de los efectos de los eventos negativos de vida^{25,26,27}. En algunos estudios transversales se han probado relaciones causales, es poco claro si los resultados son generalizables²⁸. y existen otros estudios que han encontrado resultados que no apoyan el modelo de regulación del estrés mediante el apoyo social percibido por lo menos para la depresión^{29,30}.

Una gran cantidad de estudios en animales indican que la mejora del medio ambiente tiene efectos sobre el desarrollo del cerebro durante toda la vida. Se ha demostrado que el desarrollo de grosor cortical durante la adolescencia se relaciona con el funcionamiento cognitivo y emocional. Se requieren más estudios para la comprensión de cómo los efectos neurobiológicos de la crianza positiva pueden cambiar o desarrollarse con el tiempo^{5,6,7}.

De acuerdo con Lazarus, los sentimientos de felicidad y satisfacción facilitan el afrontamiento al proveer un “respiro” de las situaciones estresantes, al ayudar a sostener la actividad que se necesita para resolver una crisis, o al restaurar los recursos psicológicos empobrecidos durante los procesos de adaptación del organismo al estrés (Cohen 1983). El potencial estresante de un suceso puede ser tan alto que otros factores, considerados protectores como el afrontamiento activo o el apoyo parental, pueden resultar poco eficaces para moderarlo⁹.

El apoyo social y familiar funcionan como moderadores de la ansiedad, depresión y otros problemas de conducta. Sin embargo, en ambientes de pobreza, ansiedad y riesgo psicosocial puede ser un factor de riesgo. En contraste, hay evidencia de que la flexibilidad, cohesión y comunicación familiar constituyen factores de protección y los más fuertes predictores de resiliencia en situaciones de adversidad múltiple y pobreza crónica⁹.

En el caso de los síntomas depresivos, los datos encajan en una hipótesis de patrón amortiguador que sugiere que tanto el soporte social como los eventos positivos protegen contra los efectos patogénicos de los niveles elevados del estrés, pero son relativamente poco importantes para aquellos con niveles bajos de estrés. Se sugiere que la autoestima y la apreciación de apoyo son los principales responsables

de las interacciones reportadas entre los estresores negativos y el apoyo social²⁵.

Muchos jóvenes en los países de bajos ingresos están expuestos a la violencia relacionada con la guerra, son huérfanos a causa del SIDA y trabajan largas horas en condiciones peligrosas^{12,31,32}. De acuerdo a Benjet el 69% de los adolescentes en la Ciudad de México han experimentado al menos un evento traumático, sin embargo, sólo el 7% desarrolló el trastorno de estrés postraumático⁹. En México, Villatoro y colaboradores encontraron una prevalencia de maltrato de 16% a 20%, siendo el maltrato físico grave y el maltrato emocional los más frecuentes³³.

El malestar psicosocial puede conducir al desarrollo de trastornos psiquiátricos. En México, los estudios epidemiológicos estiman que 16% de la población entre cuatro y 16 años presenta algún tipo de problema psicopatológico³. Uno de cada once adolescentes en el Área Metropolitana de la Ciudad de México ha sufrido un trastorno mental grave, uno de cada cinco un trastorno de gravedad moderada y uno de cada diez un trastorno leve¹⁴. En los últimos años los problemas de salud mental en la población infantil y adolescente van en aumento, señalándose como prioritarios para su atención³.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que las personas que experimentan adversidad crónica desde la niñez tienen una mayor probabilidad de abuso de sustancias y dependencia, así como otros trastornos psiquiátricos³⁴. Según datos de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (EMSMA¹⁴), los trastornos individuales más frecuentes para nuestra población en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social. Para las mujeres, los trastornos más prevalentes en orden decreciente fueron las fobias, la depresión mayor, el trastorno negativista desafiante, la agorafobia sin pánico y la ansiedad por separación. Mientras que en los varones, los trastornos más prevalentes después de las fobias fueron: el trastorno negativista desafiante, el abuso de alcohol y el trastorno disocial. Las mujeres presentaron un mayor número de trastornos y una mayor prevalencia de cualquier trastorno¹⁴.

La mayoría de las investigaciones se basan en gran medida en las muestras europeas-americanas, con poca atención sobre el papel de la cultura en el desarrollo

entre los grupos de minorías étnicas, o de países de ingresos medios y bajos⁴. Se han documentado, en países desarrollados, asociaciones entre la adversidad en la niñez y los trastornos psiquiátricos. La mayoría de los jóvenes del mundo, sin embargo, viven en los países más pobres y se enfrentan a tipos adicionales de la adversidad para los que se dispone de datos limitados. Se requieren este tipo de estudios que proporcionan evidencia de la necesidad de dar prioridad a la salud mental en las regiones del mundo donde la prioridad es a menudo la supervivencia y las necesidades básicas de salud física¹². Los estudios longitudinales que se basan en una amplia vinculación de factores genéticos, medio ambiente, la estructura y función del cerebro son los caminos a seguir para mejorar nuestra comprensión y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos¹⁰

En síntesis, la investigación multifactorial enfatiza la importancia del equilibrio de los recursos de tipo personal, familiar y social en la resiliencia^{35,36}. El enfoque de protección y riesgo exige superar modelos tradicionales de causalidad y tratamiento. Así mismo, se reconoció que, en las diferentes edades, la comprensión de los factores que aproximan o alejan a un individuo de un riesgo elevado, permitiría comprender el desarrollo y proveer de una guía para la prevención primaria^{37,38,39}.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre los sucesos de vida y la psicopatología medida a través del Minikid en adolescentes de una población clínica, que proviene de un estatus socioeconómico bajo?

JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes representan una alta proporción de la población en la mayoría de los países latinoamericanos, incluyendo a México. Son una población vulnerable debido a que se trata de una etapa de retos para el desarrollo por sí misma para el individuo y para quienes lo rodean. Lo anterior, aunado a las condiciones familiares, sociales y económicas, incrementa el riesgo de que se presenten alteraciones en la

consecución de la madurez física, psicológica y emocional que se requiere para lograr un funcionamiento adecuado en las etapas posteriores de la vida.

En nuestro país se ha sugerido dar prioridad a la salud mental de los adolescentes en base a las estimaciones tan elevadas de psicopatología, dentro de lo cual se incluye la identificación de factores de riesgo y protectores que influyan en este grupo etario.

Según datos del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro, en los últimos 3 años ha ido en aumento el número de pacientes entre 10 y 17 años de edad que solicitan atención psiquiátrica mediante consulta externa con incremento del 8% para el 2014, siendo los diagnósticos principales los relacionados con síntomas afectivos, perturbaciones de la actividad y de la atención, de ansiedad y de conducta, mismos que se ha reportado pueden prevenirse y tratarse mediante intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

Se ha dirigido la atención hacia el concepto de resiliencia como medio de estudio sobre los jóvenes en riesgo, ya que da la posibilidad de explicar el fenómeno relativo a que algunas personas no desarrollan psicopatología a pesar de haber vivido situaciones consideradas como adversas. Se ha observado que los factores de riesgo y protectores contra el desarrollo de psicopatología no sólo residen dentro de los individuos, sino también en sus familias y comunidades, lo que sugiere directrices para el trabajo futuro sobre la construcción de la capacidad de recuperación.

Aunque se han hecho asociaciones entre la adversidad en la niñez y los trastornos psiquiátricos, éstas se han documentado en personas que viven en los países desarrollados. Tal y como lo menciona Benjet, se requieren estudios que proporcionen evidencia de la necesidad de dar prioridad a la salud mental en las regiones del mundo donde la prioridad es a menudo la supervivencia y las necesidades básicas de salud física.

HIPÓTESIS

Un mayor número de sucesos de vida positivos se asocian a menor severidad de trastorno mental (comorbilidad) mientras que los negativos se asocian a mayor comorbilidad.

Los sucesos de vida positivos son un factor protector al favorecer una adaptación positiva. Los sucesos de vida negativos son un factor de riesgo para la presentación de trastornos psiquiátricos en los adolescentes.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

General:

Evaluar la presencia y número de sucesos de vida y su relación con la presencia de psicopatología en una población clínica de adolescentes provenientes de estatus socioeconómico bajo.

Específicos:

- 1) Describir las características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad y escolaridad).
- 2) Describir los sucesos de vida positivos y negativos de los participantes en el último año.
- 3) Identificar las principales características diagnósticas de los participantes.
- 4) Establecer la relación entre el número de sucesos de vida y la psicopatología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño

Investigación observacional, prospectiva, transversal y correlacional, con estudios comparativos y de diseños de series cronológicas, en un grupo de adolescentes urbanos de estatus socioeconómico bajo provenientes del Hospital Psiquiátrico

Infantil (HPI)

Variables

Variable Contextual

Estatus socioeconómico bajo: Condición económica que puede ser definida por varios elementos y a partir de diferentes indicadores como bajo ingreso económico, infraestructura física condiciones de la vivienda; hacinamiento o altos índices de densidad demográfica; bajo nivel educativo y tipo de ocupación de los padres (Boltvinik 1999).

Variable independiente

Evento Vital o suceso de vida positivo o negativo: Es cualquier evento que ocurre a un individuo o familia que tiene el potencial de producir estrés (Plunkett 2000).

Variable Dependiente

Resiliencia. Adaptación positiva en una situación de adversidad ya sea matizada por la exposición a estresores crónicos de manera permanente o por experimentar una situación en la cual el riesgo es significativo que implique ausencia de trastornos psicológicos conforme a una norma y edad en un momento determinado (Luthar 2006, Masten 2006).

Trastornos de salud mental: Se medirá mediante un enfoque categórico (Minikid)

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Estatus socioeconómico.	Ordinal	Escala de percepción de ingresos económicos, sección del Cuestionario de estudiantes.

Características sociodemográficas	Nominal	Cuestionario
Sucesos de vida.	Nominal	Sucesos de Vida -versión para adolescentes.
Trastornos de Salud Mental.	Nominal	MiniKid.

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos por estar validados para población mexicana:

Estatus socioeconómico (ESE) bajo: se propone la utilización de la definición propuesta por Flanagan y Layfield (1999). Esta definición es comúnmente referida en la psicología del desarrollo y alude al nivel o al NSE, como una medida multidimensional resultado de la combinación del ingreso, de la educación y de la ocupación de los padres. De acuerdo a esta definición se propone evaluar el instrumento desarrollado por González-Salgado (1967), reportado en la investigación en México (DeLicardie, E. R. y Cravioto, J 1974; Ontiveros, 2000; Márquez, 2007, 2008) pero del cual no se han referido sus propiedades psicométricas ya que incluye la perspectiva multidimensional referida en una escala ordinal cuyo valor mínimo es 4 (estatus o nivel más alto) y máximo de 24 (estatus o nivel más alto) o la versión ajustada de la Ficha Socioeconómica utilizada en el Macroproyecto de la UNAM (Lucio, 2007) y por Barcelata en estudios previos sobre resiliencia y pobreza (2011).

Sucesos de Vida -versión para adolescentes- (Lucio y Durán, 2003). Es un autoinforme que evalúa los sucesos de vida estresantes, ocurridos en el último año, a partir de la percepción subjetiva del propio adolescente. Consta de 130 reactivos, 129 reactivos con cuatro opciones de respuesta: a. me sucedió y fue bueno para mí; b. me sucedió y fue malo para mí; c. me sucedió y no tuvo importancia; d. no me sucedió, y una pregunta abierta. Los reactivos están distribuidos en siete áreas: familiar, social, personal, salud, logros y fracasos, escolar y problemas de conducta. La aplicación puede ser individual y colectiva, autoaplicable, a través del uso de

hojas e respuesta para calificación manual o por lectora óptica y tiene una duración aproximada de 20 min. Se puede realizar evaluación cuantitativa y cualitativa, para el presente estudio se consideró la cualitativa, en donde hay que revisar como evalúa el sujeto los sucesos negativos, en particular los que están por encima del rango esperado de puntuación T (70 o más), es decir, si los considera buenos, malos o indiferentes. El cuestionario está desarrollado en español (México) como idioma original. Se reportan (Ávila, Heredia & Lucio, 2006; Lucio, Barcelata & Durán, 2003; Lucio, Pérez y Farías, & Durán, 2004) coeficientes de consistencia interna Kuder-Richarson de .89; de la estabilidad temporal de .75, y un índice de correlación media de .76 en la validez concurrente. (Avila 2006).

Minikid: 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) (Sheehan D., Shytle D., Milo K., Janavas J. & Lecrubier, Y. 2010; De la Peña Olvera F., Esquivel –Adame G., Pérez González A., Palacios L, 2009). El MINI-KID es una breve entrevista estructurada de elección para el diagnóstico conforme al DSM-IV y CIE-10, se encuentra dividida en módulos identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica (A-X). La validez y confiabilidad del instrumento ha sido establecida con respecto al CID-I y la confiabilidad con respecto al KSADS (Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. 1997; Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D 1998). Se requiere previo entrenamiento para su aplicación

Participantes (N)

Para el estudio se consideraron los datos de 128 adolescentes, hombres y mujeres, de 11 a 17 años 11 meses de edad. La muestra proviene de la Clínica de la Adolescencia, del servicio de Admisión Continua y de las Unidades de Hospitalización Varones y Mujeres del HPI con presencia de trastornos internalizados y externalizados.

Muestreo

La muestra es no probabilística e integrada de forma intencional, por cuota, a fin de garantizar el control de algunas variables como sexo, edad, nivel educativo y nivel socioeconómico (Kerlinger 2002). Para la participación se solicitó el consentimiento por escrito de los padres y tutores..

Criterios de Inclusión

- 11 a 17 años, 11 meses de edad.
- Ser paciente de consulta interna o de hospitalización en el HPI
- Presentar algún trastorno internalizado o externalizado de acuerdo al Auto-informe de la Conducta
- Presentar nivel socioeconómico bajo

Criterios de Exclusión

- Presencia de trastorno psicótico severo con delirios, alucinación, agresividad, etc. debido a esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso/dependencia a drogas o retraso mental que impida la comprensión y respuesta del auto-informe de la conducta.
- Estar bajo efecto de sedación importante, acatisia o algún otro efecto colateral importante de la medición prescrita en hospitalización

Criterios de eliminación

- No llenar adecuadamente los consentimientos.
- Que el participante retire su consentimiento.

Escenario

Se realizaron las entrevistas a los participantes en espacios asignados por la institución de salud pública participante en el proyecto.

Procedimiento

El presente proyecto corresponde a una investigación de campo transversal y correlacional con registro 113/01/0412/Td a cargo de la Dra. Maria Guadalupe Castro Becerra, derivado del proyecto con clave 113/01/0412 cuya investigador principal es la Dra. María Elena Márquez Caraveo que fue dictaminado como aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Consiste en una evaluación diagnóstica de un grupo clínico para el cual se utilizan los datos obtenidos de instrumentos aplicados a jóvenes de muestra clínica.

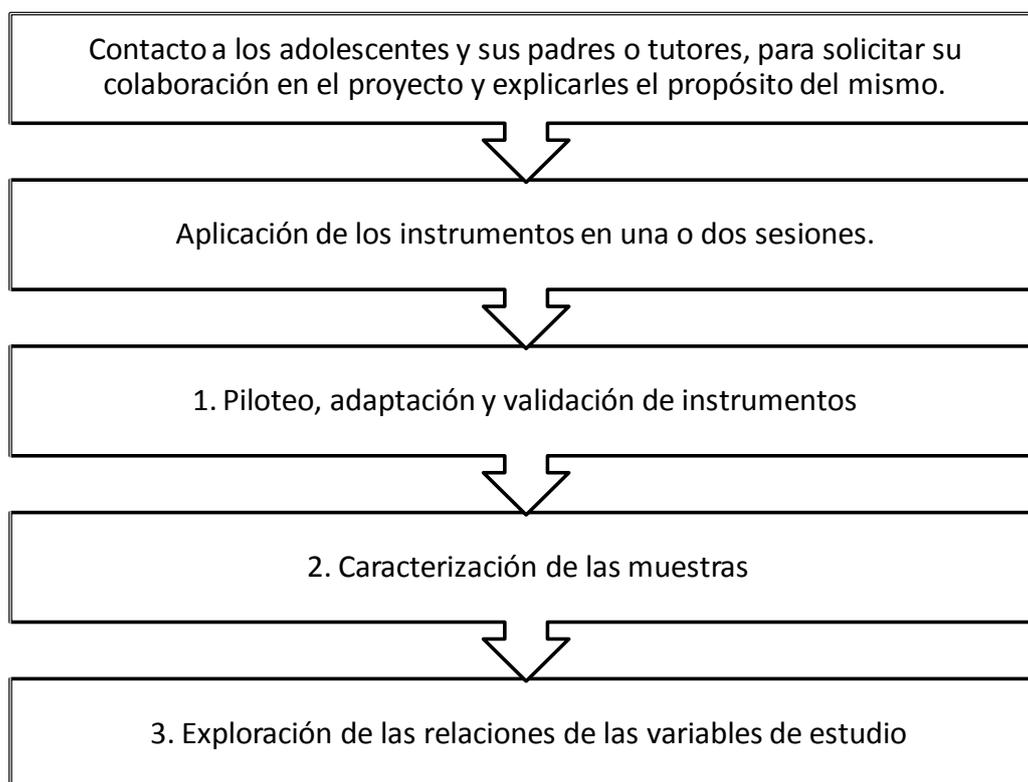
Para el desarrollo del proyecto se contactó a los adolescentes y sus padres o tutores, para solicitar su colaboración en el proyecto de investigación explicándole el propósito del mismo.

Todos los instrumentos se presentaron integrados en cuadernillos o cuestionarios los cuales se aplicaron en una o dos sesiones dependiendo del tipo de muestra y en función de los encuadres institucionales.

La evaluación diagnóstica se llevó 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, en este caso el número de sucesos de vida positivos y negativos, así como por área y la presencia de Trastornos de Salud Mental.

En el siguiente diagrama de flujo se esquematiza el proceso que se siguió para el procedimiento:

Figura 1: Procedimiento de recolección de datos



Consideraciones éticas

El presente estudio se llevó a cabo de acuerdo a la declaración de Helsinki. Se hizo énfasis en el anonimato atendiendo a la Ley General de Salud en su artículo 13; así como en base al artículo 14 fracción 1. Este estudio se ajustó a los principios éticos que lo justifiquen en base a la fracción V y se contó con el consentimiento informado.

Este estudio no tiene características intervencionistas y no se sometió a los participantes a ningún riesgo que afectara su salud previa. Se presentó al comité de ética y vigilancia para su revisión y se contó con la 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 fueron manejados de manera confidencial, así como también el anonimato de las participantes. La información que se obtuvo solo tuvo el propósito de formación e investigación. Se les solicitó a las participantes y sus padres o tutores que firmaran una carta de consentimiento y asentimiento informado que se encuentra en el anexo de este documento y que fue previamente aceptado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

Análisis estadístico

A través de estadística descriptiva se llevaron a cabo medidas de tendencia central tales como moda, mediana y promedio, así como de dispersión (s^2), con el fin de describir la muestra y las puntuaciones de los instrumentos. Mediante la ji cuadrada se buscó establecer la relación entre los sucesos de vida y la psicopatología a un nivel de significancia de 0.05.

RESULTADOS

Tabla 2
Datos sociodemográficos de los
adolescentes participantes (N=128)

Variable	n	%
Sexo		
Masculino	70	57
Femenino	54	44
Edad		
10 a 12 años	15	12
13 a 15 años	78	61
16 a 18 años	35	27
Escolaridad		
4° primaria	1	1
5° primaria	2	2
6° primaria	8	7
1° secundaria	21	18
2° secundaria	28	24
3° secundaria	30	28
1° bachillerato	17	15
2° bachillerato	6	5
3° bachillerato	1	1
Ocupación		
Estudia	102	80
Trabaja	6	5
Estudia y trabaja	11	9
Ninguna	9	7
Religión		
Católica	85	86
Protestante	9	7
Ninguna	5	5
Sin respuesta	29	23

En la tabla 2 se observa que la mayoría de los participantes son del sexo masculino (57%), con predominio de edades entre 13 y 15 años de edad (61%), seguidos del grupo de 16 a 18 años de edad (27%) y por último el grupo de 10 a 12 años de edad (12%). Referente a la escolaridad, la mayoría se agrupan en escolaridad secundaria (70%). La mayor parte de los participantes se dedican a estudiar únicamente (80%). La mayoría refirieron tener religión católica (86%).

Tabla 3
Datos sociodemográficos de los padres de los adolescentes
participantes (N=128)

Variable	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 a 60	11	9	9	7
Mayor de 60	3	2	0	0
Ya falleció	2	2	1	1
Se desconoce	18	14	0	0
Sin respuesta	2	2	1	1
Estado civil				
Soltero/Divorciado/Viudo	24	19	41	34
Casado/Unión libre	82	61	86	68
Sin respuesta	22	17	1	1
Escolaridad				
Sin estudios	4	4	3	3
Primaria	13	12	6	5
Secundaria/Escuela Técnica	27	28	58	45
Preparatoria/Bachillerato técnico	38	36	44	34
Licenciatura/Escuela normal	16	15	11	9
Posgrado	7	8	6	5
Desconoce	21	16	0	0
Sin respuesta	2	2	0	0
Ocupación				
Desempleado	4	3	5	5
Subempleado/eventual	29	23	11	11
Obreros/Campesinos	10	8	7	7
Empleado/Oficinista	22	17	16	15
Comerciante/Por su cuenta	9	7	18	17
Profesionista	3	2	1	1
Hogar	0	0	45	43
Pensionado	0	0	1	1
Sin respuesta	51	40	24	19

En la tabla 3 se observan las características sociodemográficas de los padres y de las madres de los participantes. Con respecto a los padres el 71% se encuentran entre los 30 y los 50 años de edad, tienen escolaridad preparatoria o de bachillerato técnico (36%) y la ocupación que predomina es subempleado/eventual (23%). Con respecto a las madres predomina el grupo de edad entre 30 y 40 años (56%), el 68% son casadas o viven en unión libre, y el grado de escolaridad con mayor porcentaje es el de secundaria/escuela técnica (45%), la mayoría son amas de casa (43%).

Tabla 4
Características del tipo de hogar al que pertenecen los participantes (N=128)

Tipo de Hogar	n	%
Familiar nuclear (n=72)		
Biparental	40	31
Monoparental madre	18	14
Monoparental padre	2	2
Familia reconstruida padrastro	12	9
No familiar nuclear (n=54)		
Biparental + familiares	16	13
Monoparental madre+ familiares	20	16
Monoparental padre+ familiares	3	2
Familia reconstruida padrastro + familiares	5	4
Familia reconstruida madrastra + familiares	0	0

Como se muestra en la tabla 4, el porcentaje mayor de los participantes pertenecen a familia con estructura biparental (31%), seguido por el 16% quienes son parte de la familia extensa conformada por madre + familiares, después la nuclear monoparental madre (14%), la de biparental + familiares dentro de la familiar extensa (13%) y la familiar reconstruída con padrastro en el 9% de los casos.

Tabla 5
10 Sucesos de vida más frecuentes en los adolescentes participantes

Suceso	Area	Posit/ Negat	Nor/ Nnor	n	%
1 Me enviaron con un psicólogo o terapeuta	Salud	Posit	Nnor	111	87
2 Mejoraron mis relaciones con otras personas	Social	Posit	Nor	101	79
3 Conocí nuevos amigos(as)	Social	Posit	Nor	100	78
4 Me deprimí	Personal	Negat	Nor	99	77
5 Comparto más tiempo con mis amigos(as) o compañeros(as)	Social	Posit	Nor	98	77
6 Conocí a alguien que me da buenos consejos	Social	Posit	Nor	97	76
7 Dejé de ver a a algunos amigos(as)	Social	Negat	Nor	94	73
8 Empiezo a cambiar físicamente	Personal	Posit	Nor	92	72
9 Tuve cambios negativos en mi forma de ser	Personal	Negat	Nor	91	71
10 Empecé a tener novio (a)	Social	Posit	Nor	88	69

En la tabla 5 se enlistan los 10 sucesos de vida más frecuentes presentados por los adolescentes participantes en orden descendente según la frecuencia, así mismo, se describe a que área pertenecen, si son positivos o negativos, normativos o no normativos, la frecuencia y el porcentaje de presentación. Entre los 10 sucesos de vida más frecuentes, seis se ubicaron dentro del área social, tres en el personal y

uno dentro del área de la salud, siete fueron positivo y tres negativos, sólo se presentó un no normativo.

Tabla 6

Promedio de sucesos de vida experimentados por los participantes (N=128)

Área	Total	Posit	Negat	Norm	Nnorm
Familiar (41/129)	8 /41	1 /4	7 /37	2 /6	6 /35
Social (21/129)	9 /21	6 /11	3 /10	8 /16	1 /5
Personal (22/129)	8 /22	3 /7	5 /15	6 /12	2 /10
Problemas de conducta (13/129)	3 /13	N A	3 /13	1 /3	2 /10
Logros y fracasos (13/129)	4 /13	2 /8	2 /5	3 /7	1 /6
Salud (12/129)	4 /12	1 /2	3 /10	1 /3	3 /9
Escolar (7/129)	3 /7	2 /3	1 /4	2 /5	1 /2
Todas	39 /129	15 /35	24 /94	23 /52	16 /77

En la tabla 6 presentamos el promedio de sucesos presentados por los participantes del estudio. Observamos que considerando todas las áreas es mayor el número de sucesos negativos que asciende a 24 en comparación con los 15 positivos, así mismo es mayor en número de sucesos normativos con valor de 23 y 16 no normativos. Considerando las áreas por separado, se observa que en 3 de las 6 áreas que incluyen posibilidad de sucesos tanto positivos como negativos predomina la presentación de sucesos negativos (familiar, personal y salud). En 2 de las áreas predominaron los sucesos positivos, aunque no con la misma diferencia en frecuencia que con los sucesos negativos (social y escolar). Sin omitir mencionar el área de problemas de conducta en el que sólo existe posibilidad de sucesos negativos.

Tabla 7
Porcentaje de sucesos de vida reportados por los participantes.
(N=128)

Area	Total %	Posit %	Negat %
Familiar (41/129)	20	25	19
Social (21/129)	43	55	30
Personal (22/129)	36	43	33
Problemas de conducta (13/129)	23	N	23
Logros y fracasos (13/129)	31	25	40
Salud (12/129)	33	50	30
Escolar (7/129)	43	67	25
Todas	30	43	26

En la tabla 7 observamos los porcentajes de presentación de los sucesos de vida tanto positivos como negativos reportados por los participantes. Los porcentajes mayores, 43%, fueron reportados en el área social y personal, seguidos del 36% en el área personal, 33% en la de salud, 31% en la de logros y fracasos y finalmente 23% en la familiar. Respecto de los positivos, el porcentaje mayor se ubica en el área escolar con un 67% de la muestra, seguido por el 55% del área social, 50% de la de salud y 43% de la personal. Con relación a los negativos el porcentaje mayor, 40% se observa en el área de logros y fracasos, posteriormente un 33% en el área personal y 30% tanto en el área social como de salud.

Tabla 8
Características diagnósticas de los participantes según
MINIKID (N=128)

Diagnóstico	n	%
Riesgo suicida	87	68
Comportamiento suicida	72	56
Trastorno negativista desafiante	71	55
Episodio depresivo mayor actual	57	45
Episodio depresivo mayor pasado	56	44
Distimia	51	40
TDAH micto	42	33
Riesgo suicida alto	38	30
Trastorno de ansiedad generalizada	35	27
Trastorno disocial	32	25
Riesgo suicida bajo	27	21
Episodio depresivo mayor recurrente	25	20
Trastorno de angustia de por vida	25	20
Riesgo suicida modeado	22	17
Agorafobia	20	16
Trastorno de ansiedad de separación	18	14
Fobia específica	17	13
Anorexia nerviosa	17	13
Trastorno de angustia actual	16	13
Trastorno depresivo mayor recurrente	15	12
Dependencia de sustancias	15	12
TDAH hiperactivo impulsivo	14	11
Fobia social generalizada	11	9
Abuso de sustancias	11	9
Trastorno por estrés postraumático	9	7
Trastorno depresivo mayor actual	8	6
Dependencia de alcohol	8	6
Abuso de alcohol	8	6
Bulimia nerviosa	8	6
Trastorno depresivo mayor pasado	6	5
TDAH desatento	6	5
Fobia social no generalizada	5	4
Anorexia nerviosa con atracones	4	3
Trastorno psicótico de por vida	3	2
Trastorno del humor con rasgo psicótico actual	3	2
Episodio hipomanico pasado	2	2
Trastorno adaptativo	2	2
Episodio maniaco pasado	1	1
Episodio hipomaniaco actual	1	1
Trastorno psicótico actual	1	1
Descartar causas mñedicas, orgánicas o por alguna sustancia	1	1
Trastorno generalizado del desarrollo	1	1

En la tabla 8 presentamos la frecuencia de presentación de diagnósticos identificados en los participantes de acuerdo al instrumento minikid. Observamos en primer lugar la presencia de riesgo suicida (n=87, 68%), seguido de trastorno negativista desafiante (n=71, 55%), y en tercer lugar Episodio depresivo mayor actual (n=57, 45%).

Tabla 9

Frecuencias de trastornos psiquiátricos identificados por MINIKID (N=128)

Trastornos afectivos	n	%
Episodio depresivo mayor actual	57	45
Episodio depresivo mayor pasado	56	44
Distimia	51	40
Episodio depresivo mayor recurrente	25	20
Trastorno depresivo mayor recurrente	15	12
Trastorno depresivo mayor actual	8	6
Trastorno depresivo mayor pasado	6	5
Episodio hipomaniaco pasado	2	2
Episodio maniaco pasado	1	1
Episodio hipomaniaco actual	1	1
Comportamiento suicida	n	%
Ideación suicida y autolesiones	72	56
Riesgo alto	38	30
Riesgo bajo	27	21
Riesgo moderado	22	17
Trastornos ansiosos	n	%
Trastorno de ansiedad generalizada	35	27
Trastorno de angustia de por vida	25	20
Agorafobia	20	16
Trastorno de ansiedad de separación	18	14
Fobia específica	17	13
Trastorno de angustia actual	16	13
Fobia social generalizada	11	9
Trastorno por estrés postraumático	9	7
Fobia social no generalizada	5	4
Trastornos por uso de sustancias	n	%
Dependencia de sustancias	15	12
Abuso de sustancias	11	9
Abuso de alcohol	8	6
Dependencia de alcohol	8	6
Trastornos conductuales	n	%
Trastorno oposicionista desafiante	71	55
TDAH mixto	42	33
Trastorno disocial	32	25
TDAH hiperactivo/impulsivo	14	11
TDAH inatento	6	5
Trastornos de alimentación	n	%
Anorexia nerviosa	17	13
Bulimia nerviosa	8	6
Anorexia nerviosa con atracones	4	3
Trastornos psicóticos	n	%
Trastorno del humor con rasgos psicóticos	3	2
Trastorno psicótico de por vida	3	2
Trastorno psicótico actual	1	1
Otros	n	%
Trastorno adaptativo	2	2
Trastorno generalizado del desarrollo	1	1
Descartar causas médicas, orgánicas o por alguna sustancia	1	1

En la tabla 9 observamos los diagnósticos de los participantes obtenidos mediante Minikid de acuerdo a su clasificación y en frecuencia descendente por área.

Tabla 10
Número de diagnósticos por área (N=128)

Diagnósticos	Consulta externa	Hospitalización
mínimo	1	1
máximo	14	16
moda	3	4
mediana	4	6

La tabla 10 muestra el mínimo de diagnósticos presentados por los participantes que tanto para la consulta externa como para la hospitalización corresponden a uno. El número máximo de diagnósticos se encontró más elevado entre los pacientes de hospitalización quienes presentaron hasta 16 diagnósticos, y que fue de 14 para los participantes de la consulta externa. El número de diagnósticos más frecuente para los participantes de la consulta externa fue de 3 y para los participantes de hospitalización de 4. La mediana de diagnósticos para los participantes de la consulta externa fue de 4 y de la hospitalización de 6.

Tabla 11
Asociación entre psicopatología y sucesos de vida (N=128)

Sucesos de vida	Número de diagnósticos según MINIKID		X ² (1)	p
	1 a 4	5 a 16		
Positivos				
Igual o mayor a 15	24	39	5.313	0.021
Menor a 15	38	27		
Negativos				
Igual o mayor a 24	18	39	11.694	0.001
Menor a 24	44	27		

En la tabla 11, presentamos las tablas de contingencia elaboradas con los datos obtenidos del análisis de los sucesos de vida positivos presentados por los participantes, mismos que se dividieron en dos grupos tomando como punto de corte el 15, debido a que este es el valor de la media obtenida de los participantes, y se compara con los diagnósticos identificados en los participantes mediante el minikid, mismos que se dividieron en dos grupos tomando como referencia el 5 que es la mediana de la muestra en general. Observamos que 24 de los participantes que

presentaron 15 o más sucesos positivos presentaron 1 a 4 diagnósticos, comparados con 39 de los mismos en quienes se identificaron 5 a 16 diagnósticos. Así mismo la tabla nos informa sobre 38 participantes quienes reportaron menos de 15 sucesos de vida positivos y quienes de acuerdo a minikid presentaron 1 a 4 diagnósticos, comparados con 27 participantes que presentaron 5 a 16 diagnósticos. Respecto de los sucesos de vida negativos, se dividieron en dos grupos considerando la media de presentación de los mismos entre los participantes (con valor de 24); y los diagnósticos de los participantes según el minikid, de igual forma divididos en dos grupos tomando como punto de corte el valor de la mediana de los datos (en este caso de cinco). Se observa que 39 de los participantes que presentaron 24 o más sucesos de vida negativos en el último año tuvieron de 5 a 16 diagnósticos según el minikid, comparados con 18 de los participantes con las mismas características quienes presentaron únicamente 18 diagnósticos. Veintisiete de los participantes que informaron haber cursado con menos de 24 sucesos de vida negativos en el último año, se identificaron con 5 a 16 diagnósticos según el minikid, en comparación con 44 de los participantes dentro de este grupo en quienes se identificaron 1 a 4 diagnósticos según el minikid. Se observa el resultado al aplicar ji cuadrada, en donde observamos significancia estadística para ambos. En relación a la tabla 8, se obtuvo ji cuadrada de 5,313 con un grado de libertad y significancia estadística de 0.021. En relación a la tabla 9 el valor de ji cuadrada obtenido fue de 11,694, con un grado de libertad y significancia estadística de 0,001.

Tabla 12

Sucesos de vida considerados con mayor impacto de acuerdo a valoración subjetiva

Suceso	Área	Posit/ Negat	Nor/ Nnor	n	%	Bueno n	Malo n	Regular n
1 Conocí a alguien que me da buenos consejos	Social	Positivo	Nor	97	76	86	2	9
2 He pensado en matarme	Personal	Negat	Nnor	77	60	8	54	15
3 Mis padres se separaron o divorciaron	Familiar	Negat	Nnor	44	34	9	25	10
4 Tuve relaciones sexuales por primera vez	Personal	Positivo	Nor	40	31	22	7	11
5 La curiosidad sexual me llevó a mi primera relación sexual	Personal	Positivo	Nor	35	27	16	9	10
6 Abandoné la escuela	Escolar	Negat	Nnor	29	23	2	22	5
7 Tomé drogas	Probl Cond	Negat	Nnor	29	23	2	1	8
8 Empecé a consumir drogas	Salud	Negat	Nnor	28	22	7	1	3
9 Fui golpeado por algún miembro de la familia	Familiar	Negat	Nor	27	21	2	17	8
10 Me fui de la casa	Familiar	Negat	Nnor	26	20	7	11	8
11 Abusaron sexualmente de mi o fui violada(o)	Personal	Negat	Nnor	25	20	1	21	3
12 Dejé de consumir drogas	L y F	Positivo	Nnor	24	19	14	5	5
13 Tengo prblemas con las drogas	Salud	Negat	Nnor	21	16	14	17	14
14 Estoy en libertad condicional	Probl Cond	Negat	Nnor	19	15	13	1	4
15 Me hospitalizaron por sobredosis	Salud	Negat	Nnor	18	14	7	3	1
16 Soy lastimado (a) o alguien abusa de mí físicamente	Personal	Negat	Nnor	17	13	2	8	7
17 Un miembro de la familia se suicidó	Familiar	Negat	Nnor	12	9	1	7	4
18 Me corrieron de la casa	Familiar	Negat	Nnor	10	8	2	6	2
19 Mi papá fue enviado a prisión por un año o más	Familiar	Negat	Nnor	8	6	0	3	5
20 Me embaracé (si eres mujer) o embaracé a mi novia	Personal	Negat	Nnor	8	6	5	2	1
21 Murió mi papá	Familiar	Negat	Nnor	7	5	3	2	2
22 Murió un hermano(a)	Familiar	Negat	Nnor	7	5	3	2	2
23 Tuve un aborto provocado o mi novia tuvo un aborto+B2	Personal	Negat	Nnor	5	4	1	4	0
24 Mi mamá fue enviada a prisión por un año o más	Familiar	Negat	Nnor	3	2	0	1	2
25 Murió mi mamá	Familiar	Negat	Nnor	3	2	1	2	0
26 Tuve un hijo	Personal	Negat	Nnor	3	2	1	1	1
27 Fui encarcelado por robar	Probl Cond	Negat	Nnor	3	2	4	1	17

En la tabla 12 se muestran los sucesos de vida considerados, por consenso entre los investigadores participantes de este estudio, como de mayor impacto en la vida de los participantes. Observamos que 10 de ellos pertenecen al área familiar, sólo un a la social, escolar y de logros y fracasos respectivamente, 5 a la personal, 3 a la de salud y 3 a la de problemas de conducta. La mayoría de ellos están clasificados como Negativos y No normativos. Ocupa en primer lugar en frecuencia uno del área social *Conocí a alguien que me da buenos consejos*, seguido por *He pensado en matarme*, el área personal y en tercer lugar *Mis padres se separaron o divorciaron* del área familiar.

DISCUSIÓN:

El propósito principal de este trabajo fue evaluar la presencia y número de sucesos de vida y su relación con la presencia de psicopatología en una población clínica de adolescentes provenientes de estatus socioeconómico bajo.

Nos enfocamos en esta transición del desarrollo porque la exposición a los eventos negativos en este periodo es un factor de riesgo para muchos resultados negativos

para la salud mental¹⁰. En contraste, los eventos positivos se han reportado como probables factores protectores para la salud mental y promotores de resiliencia¹⁶.

Con relación a los datos sociodemográficos de los participantes tuvimos un mayor porcentaje de mujeres lo cual es similar a los datos publicados por el INEGI en el 2010 para la población mayor a 12 años de edad en el Distrito Federal (57% de mujeres en nuestra estudio, comparado con el 52.2% reportado por el INEGI).

La escolaridad máxima de los participantes se agrupó en torno a los tres años de secundaria, de igual forma se reporta (según el INEGI) que el 95% de la población entre los 12 y los 14 años de edad continúan acudiendo a la escuela. No obstante, en nuestra muestra también observamos que el 20% estudiaban y trabajaban, sólo trabajaban o no realizaban actividad alguna, lo cual se ha reportado de la misma forma por Benjet, y que también se ha descrito como situación de riesgo dependiendo del tipo de trabajo y el objetivo con el que se realice. Desde el 2002, Bynner describió que el hecho de trabajar durante la adolescencia pudiera ser un factor protector si esta iba encaminado a desarrollar habilidades para el desarrollo profesional y dentro de un programa diseñado para desarrollar habilidades en determinadas áreas, sin embargo, al considerar los motivos por los que los participantes del presente estudio requieren trabajar en la adolescencia, estos se relacionan con dificultad en la economía y en lo familiar, que los obliga a aportar recursos económicos distrayéndose de su actividad académica, además de las dificultades propias de los trastornos psiquiátricos que padecen y que los han llevado a abandonar la escuela.

Los porcentajes obtenidos respecto de la religión entre los adolescentes participantes quienes tienen como religión predominante la católica (86%) son similares a los informados por el INEGI para la misma religión (83%).

Con relación a los padres de los participantes, se encontró que la mayoría se encuentran casados o en unión libre, en un porcentaje un poco mayor al esperado según los datos del INEGI (61% para los hombres y 68% para las mujeres en comparación con el 59% general reportado por el INEGI).

El porcentaje mayor de padres se agrupó en la escolaridad preparatoria/bachillerato técnico (36%) y de mujeres en secundaria/escuela técnica (45%). Los datos por grupos de edad muestran que relación inversa entre el promedio de escolaridad y la edad, es decir, a mayor edad, menor es el promedio de escolaridad alcanzado. En el 2009, entre la población joven de 15 a 29 años el promedio de escolaridad logrado

es prácticamente igual para hombres y mujeres con 9.7 y 9.8 años, respectivamente; mientras que en el grupo extremo de 75 años y más, las mujeres alcanzan un promedio de tres grados de estudio y 3.5 los hombres. La menor brecha por sexo se registra en las áreas urbanas con medio año más para los hombres; pero la diferencia entre los hombres y las mujeres urbanos-rurales es de poco más de tres años.

Diversos factores sociales, culturales, económicos y geográficos contribuyen a las diferencias entre hombres y mujeres en materia educativa, entre ellos la pobreza, costumbres y prácticas culturales que atribuyen más valor a la enseñanza de los varones que a la de las mujeres pueden crear enormes obstáculos a la paridad de género como ocurre en nuestra población estudiada (mujeres y hombres).

Respecto de la ocupación de los padres, sólo el 3% de los hombres y el 5% de las mujeres reportaron estar desempleados, lo cual corresponde con los datos reportados por el INEGI, en el que el 5.5% de los hombres y el 3.8% de las mujeres de la población en edad económicamente activa reportaron no tener alguna ocupación.

Con relación a las características del tipo de hogar al que pertenecen los participantes, observamos que el 56% pertenecen a familiar nuclear (n=72), el 42% a familia extensa (n=54) y el 2% no viven en familia (n=2), datos que contrastan con los reportados por el INEGI en el 2005, en los que se informó que aproximadamente 97 millones de personas viven en familia, de los cuales 66 millones son nucleares (68%) y 30 millones familias extensas (31%). Este incremento en familias extensas en nuestra muestra, de acuerdo a la comparación señalada, podría deberse a las características propias de una muestra clínica, en la que muchas veces los integrantes de la familia nuclear requieren apoyarse en la familia extensa para sobrellevar la carga que implica contar con un miembro con uno o más trastornos psiquiátricos.

En forma más específica, el 31% de los participantes pertenecen a familia con estructura biparental, seguido por el 16% quienes son parte de la familia extensa conformada por madre + familiares, y después 14% quienes se ubican en la nuclear monoparental madre. Esto corresponde a lo que CONAPO⁴² señala en relación al aumento en el número de hogares que cuentan con la contribución económica de las mujeres, cuatro de cada diez hogares son sostenidos únicamente por ellas, lo cual implica cambios en la dinámica, por ejemplo que los hijos pasen al cuidado de otros

familiares, el surgimiento de hijos parentales, o la escasa o nula supervisión de los padres a sus hijos durante prolongados periodos de tiempo.

Existe evidencia sobre el incremento en el estrés que producen los cambios sociales, psicológicos y biológicos que ocurren en la transición de la infancia a la adolescencia. Los estudios muestran que los eventos que ocurren durante la adolescencia como la transición puberal y el nuevo enfoque en las relaciones interpersonales contribuyen con este incremento de estrés¹⁰, lo cual es congruente con los resultados obtenidos en este estudio en el que dentro de los diez sucesos de vida más frecuentes, predominan los del área social, seguidos por los del área personal, lo cual también se observó previamente en el estudio publicado por Ávila y cols. en el 2006, quien describe que los sucesos que se presentaron con mayor frecuencia corresponden a las áreas social, familiar y personal, contrasta con nuestra muestra en el hecho de que ningún suceso del área familiar se colocó dentro de los diez más frecuentes.

El orden de aparición de los 10 sucesos más frecuentes resulta representativos de las características de esta muestra clínica en un medio de tratamiento y a continuación se describen: En primer lugar aparece “Me enviaron con un psicólogo o terapeuta (n=111, 87%), lo cual es esperado incluso para toda la muestra aunque no haya sido reportado por todos los participantes. En segundo y tercer lugar aparecen sucesos del área social “Mejoraron mis relaciones con otras personas” y “Conocí nuevos amigos(as)” (n=101, 79% y n=100, 78% respectivamente), lo cual podría también estar relacionado con el inicio del tratamiento de los mismos. En cuarto lugar aparece un suceso del área personal “Me Deprimí”, nuevamente mostrando congruencia con las características de la población clínica. Del quinto al séptimo lugar se posicionaron sucesos del área social nuevamente “Comparto más tiempo con mis amigos y compañeros(as)”, “Conocí a alguien que me da buenos consejos” y “Dejé de ver a algunos amigos (as)” (n=98, 77%; n=97, 76% y n=94, 73% respectivamente), mismos que de igual forma tienen congruencia dentro de nuestra población de estudio pues nos indican mejoría en relaciones sociales probablemente relacionadas con el inicio del tratamiento. Posteriormente aparecen dos sucesos del área personal “Empiezo a cambiar físicamente” y “Tuve cambios negativos en mi forma de ser” (n=92, 72% y n=91, 71% respectivamente), y en décimo lugar otro suceso del área social “Empecé a tener novio” (n=88, 69%, éstos tres últimos correspondientes al ciclo de vida que cursan los participantes, la adolescencia.

En nuestra muestra se encontró que dentro de los diez sucesos de vida más frecuentes, tres corresponden al área personal siendo dos de ellos negativos, lo cual también se encontró también en el estudio de Ávila en donde se encontró una mayor cantidad de sucesos negativos dentro del área familiar y personal, éstos mismos autores mencionan que estos jóvenes contaron con recursos sociales que les ayudan a enfrentarlos, ya que es el área social en los reactivos positivos la que cuenta con la media más alta, situación que de igual forma se encontró en nuestro estudio en donde 5 de los 6 sucesos sociales más frecuentes son positivos.

Se han descrito componentes que incluyen factores protectores y de riesgo. Los protectores pueden ser individuales (afrontamiento, esperanza y perspectiva espiritual), familiares (soporte y recursos), y sociales (recursos de salud y de integración social). En otros modelos se consideran también factores socioculturales que pudieran favorecer o entorpecer los resultados de salud en la adolescencia. En estos modelos la resiliencia representa la interacción entre los factores de riesgo y los protectores. La resiliencia se ha medido de acuerdo a la autoestima, el desempeño académico, la salud física, el afrontamiento, la adaptación y la ausencia de trastornos mentales y comportamientos delictivos⁴⁴. Como mencionan Lucio y Durán¹, una puntuación elevada en los sucesos positivos podría indicar que probablemente el joven cuenta con experiencias positivas que podrían funcionar como factores protectores, y son los sucesos negativos los que se consideran para determinar la posibilidad de riesgo o alteración.

A este respecto, dichas autoras indican que las áreas más relevantes para determinar si hay probabilidad de desarrollar alguna patología son la familiar, la personal, la social y la de problemas de conducta por ser las más confiables y válidas del instrumento. Las áreas de logros y fracasos, de salud y la escolar pueden, sin embargo, proporcionar también datos importantes⁴⁵. Una revisión de la literatura encontró que de 60 estudios prospectivos que examinaron la asociación entre estrés y psicopatología en niños y adolescentes, 53 reportaron evidencia de que los estresores contribuyen a la psicopatología.

En nuestra población encontramos el mayor porcentaje de ocurrencia de sucesos a los participantes en el último año correspondientes al área escolar y social en primer lugar (43% de los participantes los reportaron), seguidos del área personal (36% de los participantes), posteriormente los de salud (33%) y de logros y fracasos (31%), que están dentro de las áreas consideradas con más importancia respecto al aporte

de datos por las autoras del instrumento. Dentro de estas predominaron los sucesos positivos presentándose en un 67% dentro del área escolar, 55% dentro del área social, 43% en la personal y 50% de salud, lo cual llama la atención dado que se trata de muestras clínicas, sin embargo, debemos considerar que son participantes que se encuentran ya dentro de un área de diagnóstico y tratamiento, así como el hecho de que únicamente se cuenta con el reporte de los sucesos de vida ocurridos en el último año.

Los diagnósticos más frecuentes identificados por minikid en la población estudiada fueron en primer lugar el riesgo suicida (n:87, 68%), seguido por la ideación suicida (n:72, 56%), trastorno negativista desafiante (n=71, 55%), episodio depresivo mayor actual (n=57, 45%) y episodio depresivo mayor pasado (n=56, 44%). Al comparar estos resultados con los obtenidos por Benjet¹⁴ observamos que coinciden en relación a los trastornos depresivos, sin embargo, contrasta con los de ansiedad, de control de impulsos y por uso de sustancias, situación esperable debido a que dichos reporte se hizo sobre una muestra comunitaria y nosotros trabajamos con una muestra clínica, lo cual explica el hecho de que la conducta suicida se ubique en los primeros lugares de frecuencia.

De acuerdo a los reportes de morbilidad en consulta externa de los últimos 3 años, los trastornos afectivos de tipo depresivo ocupan los primeros lugares, en combinación con las perturbaciones de la actividad y de la atención, seguidos en el sexto lugar los trastornos de ansiedad y en seguida el trastorno opositor desafiante, mismos que muestran mejor correspondencia con los obtenidos en nuestro estudio.

Se ha sugerido que los factores de vulnerabilidad para la psicopatología, como el comportamiento oposicionista que se presume es hereditario, podrían orientar a los niños y adolescentes a buscar o crear estresores de vida, o llevan a respuestas adaptativas inefectivas y en este sentido habría que considerar la direccionalidad de la influencia entre estresores de vida y psicopatología en ambos sentidos, sin embargo, en este estudio consideramos la psicopatología como variable dependiente y a los sucesos de vida como variable independiente, encontrando que a menor número de sucesos de vida positivos se presentaron mayor cantidad de diagnósticos en minikid, y el presentar mayores sucesos de vida negativos se relacionó de igual forma con mayor cantidad de diagnósticos en minikid. Los resultados obtenidos mediante aplicación de ji cuadrada demuestran significancia estadística relacionados con esta asociación, lo cual es congruente con los

resultados obtenidos en estudios previos^{10,44,45}. Lo anterior sugiere que los sucesos de vida positivos son factores protectores, y el no contar con ello podría ser un factor de riesgo para presentación de psicopatología, y que los sucesos de vida negativos podrían ser por sí mismos factores de riesgo para la presentación de psicopatología. Respecto de los sucesos evaluados en forma subjetiva como los de mayor impacto, observamos que la mayoría de los mismos se encuentran ubicados dentro del área familiar, aunque el de mayor frecuencia está ubicado dentro del área social *Conocí a alguien que me da buenos consejos*, lo cual es esperado que se presente en la presente muestra clínica y que pudiera estar refiriéndose incluso al personal de salud encargada de la atención de los mismos. En segundo lugar se observa un suceso del área personal *He pensado en matarme*, cuya presentación de igual forma muestra congruencia en ésta muestra. En total, de los 27 sucesos, 10 de ellos pertenecen al área familiar, 5 a la personal, 3 a la de salud y 3 a la de problemas de conducta, sólo uno a la social, escolar y de logros y fracasos respectivamente. La mayoría de ellos están clasificados como Negativos y No normativos. Estos resultados son equiparables a los reportados previamente en la literatura en los que se ha reportado que los adolescentes con depresión experimentaron un mayor impacto de sucesos estresantes negativos relacionados con la dinámica familiar, las relaciones sociales, dificultades personales, problemas de conducta, en el ámbito escolar, preocupación por la salud y finalmente logros y fracasos.

CONCLUSIONES: En este estudio se encuentra asociación entre los sucesos de vida, tanto positivos como negativos, reportados por los pacientes y la presentación de trastornos psiquiátricos en adolescentes pertenecientes a una muestra clínica de un hospital psiquiátrico de la ciudad de México. Los sucesos de vida negativos se relacionan con mayor severidad de psicopatología y comorbilidad. Los sucesos de vida positivos se relacionan con menor severidad. Lo anterior nos orienta a considerar ambos para intervenciones de intervención y manejo más allá del fármaco. Los datos obtenidos son congruentes con estudios previos realizados tanto en poblaciones comunitarias y clínicas en nuestro país y a nivel internacional. Estos datos nos orientan a continuar realizando investigación para nuestra población, y conocer así los sucesos de vida que pudieran estar asociados con riesgo para presentar psicopatología en nuestros pacientes con el objetivo de ampliar las estrategias de intervención y tratamiento.

LIMITACIONES: Para determinar la inferencia causal se requiere necesariamente realizar estudios longitudinales. En este estudio no se conoce el estado previo de los participantes por lo que esta inferencia no se puede obtener. Otra limitación es que los resultados de este estudio es que solo aplica para población clínica de estatus socioeconómico bajo, por lo que valdría la pena realizar otros estudios con muestras comunitarias y en otras clases socioeconómicas. Un aspecto más a considerar para futuros estudios es el incluir multiinformantes para obtener datos más confiables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lucio, E. & Durán, C. (2003). Cuestionario de Sucesos de Vida. México: El Manual Moderno.
2. Estadísticas Sanitarias Mundiales, OMS 2011 en http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
3. Caraveo-Anduaga JJ. (2011). Eficiencia y validez concurrente del CBTD para la vigilancia de la salud mental de niños y adolescentes en un centro de atención primaria de México. *Revista de Investigación Clínica*.63 (6). Pp: 590-600.
4. Zeiders Z. (2013). Mexican-Origin Youths' Trajectories of Depressive Symptoms: The Role of Familism Values. *Journal of Adolescent Health*, 53, pp: 648-654.
5. Paus T. (2005). Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence. *Trends in Cognitive Science*, 9(2). Pp: 60-68.
6. Buwalda B.(2011). Social behavior and social stress in adolescence: A focus on animal models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, pp: 1713 - 1721.
7. Whittle S. (2014). Positive parenting predicts the development of adolescent brain structure: A longitudinal study. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 8, pp: 7-17.
8. Arenas-Landgrave P. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *RIDEP*, 33 (1), pp: 51-74.

9. Barcelata B. (2012). Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas. *Salud Mental*. 35, pp: 513-520.
10. Johnson D. (2013). Genetic and environmental influences on negative life events from late childhood to adolescence. *Child Dev*. 84(5); pp:1823-1839.
11. Rosenthal D. (1966). The offspring of schizophrenic couples. *J Psychiatr Res*;4(3):169-188.
12. Benjet C, (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research*; 44. Pp:732-740.
13. Benjet C. (2011). The association of chronic adversity with psychiatric disorder and disorder severity in adolescents. *Aur Child Psychiatry*. 20. Pp: 459-468.
14. Benjet C. (2009). Descriptive Epidemiology of Chronic Childhood Adversity in Mexican Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 45. Pp: 483-489.
15. Masten A. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, 85 (1), Pp: 6–20.
16. Zimmerman M. (2013). Resiliency Theory: A Strengths-Based Approach to Research and Practice for Adolescent Health. *Health Educ Behav*,40 (4), pp: 381–383.
17. Rutter M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*; 24, pp:335-344.
18. Sameroff A. (2006). Impact of parental psychopathology: Diagnosis, severity, or social status effects?. *Infant Mental Health Journal*; 4(3), pp:236-249.
19. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543–562.
20. Benard B. (1991) *Fostering resiliency in kid: protective factors in the family, school and community*. Portland: Northwest Regional Educational Laboratory.
21. Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. En S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 130-155). New York: Cambridge University Press.
22. Barrett HC. (2005). Accurate judgments of intention from motion alone: A cross-cultural study. *Evolution and Human Behavior*, 26, 313-331.

23. Pinkerton J. (2007). Family support, social capital, resilience and adolescent coping. *Child and family social work*. 12(3); pp: 219-228.
24. http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf. OMS 2005.
25. Cohen S. (1983). Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress. *Journal of Applied Social Psychology*. 12, 2. Pp: 99-125
26. Cohen L. (1984) Positive Life Events and Social Support and the Relationship Between Life Stress and Psychological Disorder. *American Journal of Community Psychology*. 12(5). Pp: 567-587.
27. Musitu G. (2014). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona. Editorial UOC.
28. Reich J. (1982). Life events and personal causation: Some relationships with satisfaction and distress. *Journal of Personality and Social Psychology*. 41. Pp: 1002-1012.
29. Barrón A. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Aprendizaje, Revista de Psicología Social*. 7(1). Pp: 53-59.
30. Burton E, Stice E, Seeley J. A prospective Test of the stress-buffering model of depression in adolescent girls: No support once again. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004. 72(4). Pp: 689-697.
31. Hamidreza Z. (2010). Parenting styles and resilience. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, pp:1067–1070.
32. Zolkoski S. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34, pp: 2295–2303.
33. Ulloa R. (2011). Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud Mental*. 34. Pp: 219-225.
34. Benjet C, (2013). Chronic childhood adversity and stages of substance use involvement in adolescents *Drug and alcohol Dependence*. 131; Pp: 85-91.
35. Aguilera M. (2009). Early adversity and 5-HTT/BDNF genes: new evidence of gene-environment interactions on depressive symptoms in a general population. *Psychol Med*. 39: 1425–32.
36. Jaffee SR, (2003). Life with (or without) father: the benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Dev*. 74(1). Pp:109-126.

37. Daigneault I. (2013). Psychometric properties of the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) among samples of French Canadian youth. *Child Abuse & Neglect*, 37, pp: 160 – 171.
38. Guthrie B. (2002). Ebb and flow when navigating adolescence: Predictors of daily hassles among African-American adolescent girls. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 7 (4), pp: 143-152.
39. Lantz P. (2005). Stress, Life Events, and Socioeconomic Disparities in Health: Results from the Americans' Changing Lives Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (3), pp: 274-288.
40. Seligman, M. (2011). Building Resilience. *Harvard Business Review*, 89 (4), pp: 100-6.
41. Obrist B. (2010). Multi-Layered Social Resilience: A New Approach in Mitigation Research. *Progress in Development Studies*, 10, pp: 283 – 293.
42. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el Desarrollo Mundial. Panorama General. Igualdad de Género y desarrollo. 2012.
43. Heredia-Ancona M. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Revista latinoamericana de medicina conductual*. 1 (2), pp: 49-57.
44. Ahern N (2006). Adolescent Resilience: An evolutionary Concept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*. 21(3), pp: 175-185.
45. Avila M (2006). Confiabilidad interna y estabilidad temporal del cuestionario de sucesos de vida para adolescents en estudiantes mexicanos. *Enseñanza e investigación en psicología*. 11 (1). Pp: 97-113.

ANEXOS

Consentimiento Informado

Título de la investigación: Evaluación de factores de riesgo y protección para la promoción de la resiliencia en adolescentes y familias.

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 Apresiasi3n de Apoyo Social, Evaluaci3n de Relaciones Intrafamiliares, Escalas de Afrontamiento para Adolescentes, Estatus socioecon3mico. Estas aplicaciones y las entrevistas de la investigaci3n, no tienen costo para nosotros y ser3n aplicadas en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual.

Beneficios del estudio

El beneficio es que mi hijo/a recibir3 una valoraci3n adicional sobre su problem3tica, que apoyar3 a su tratamiento en el hospital. Los resultados de la valoraci3n se agregar3n al expediente cl3nico, y de ah3 el m3dico tratante podr3 consultarlos para enriquecer el plan terap3utico 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 M3rquez Caraveo, quien es la investigadora responsable y que se encuentra en la Divisi3n de Investigaci3n del Hospital Psiqui3trico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", o podemos localizarla en el tel3fono 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 atenci3n m3dica de mi hijo/a en el hospital. Si deseo retirar a mi hija del estudio debo notificarlo a la Dra. Ma. Elena M3rquez.

Confidencialidad

Se comprometen a que la informaci3n obtenida de mi hijo/a se mantendr3 confidencial. Los resultados de las evaluaciones de mi hijo/a pueden publicarse para fines cient3ficos, siempre y cuando no se divulgue su identidad, adem3s la informaci3n 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

Asentimiento Informado

Título del estudio de investigación: Evaluación de factores de riesgo y protección para la promoción de la resiliencia en adolescentes y familias.

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 Apresiasi3n de Apoyo Social, Evaluaci3n de Relaciones Intrafamiliares, Escalas de Afrontamiento para Adolescentes, Estatus socioecon3mico. Estos cuestionarios y las entrevistas del estudio, no tienen costo para nosotros y ser3n aplicados en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual.

Beneficios del estudio

El beneficio es que recibir3 una valoraci3n adicional, que apoyar3 mi tratamiento en el hospital. Los resultados de la valoraci3n se agregar3n al expediente cl3nico, y de ah3 el m3dico tratante podr3 consultarlos para enriquecer el plan terap3utico 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 M3rquez Caraveo, quien es la investigadora responsable y que se encuentra en la Divisi3n de Investigaci3n del Hospital Psiqui3trico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", o podemos localizarla en el tel3fono 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 atenci3n m3dica que recibo en el hospital. Si deseo retirarme del estudio s3lo debo notificarlo a la Dra. Ma. Elena M3rquez.

Confidencialidad

En este estudio se comprometen a que la informaci3n de los cuestionarios y las entrevistas se mantendr3 confidencial. Los resultados de las valoraciones pueden publicarse para fines cient3ficos, siempre y cuando no se mencione mi identidad, adem3s la informaci3n puede ser mantenida y procesada en una computadora.

Firmas del Asentimiento 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 asentimiento.

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Hospital Psiquiátrico Infantil
"Dr. Juan N. Navarro"

CUADERNILLO PARA ADOLESCENTES

CLÍNICA

PROYECTO PAPIIT
IN303512-2

Responsable

Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Diseño: Barcelata, Barrón y Márquez



UNAM

Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

CUADERNILLO PARA ADOLESCENTES

v. 2012HPI

Somos un grupo de investigadores de la UNAM y del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, que estamos llevando una serie de evaluaciones como parte de una investigación (PAPIIT IN303512-2) y trabajos con adolescentes y sus familias para desarrollar programas de prevención y apoyo en diferentes áreas. Cualquier pregunta o inquietud al respecto podemos aclararla con gusto.

El objetivo de este cuestionario es indagar sobre algunas situaciones que tienen que ver con los adolescentes para conocerlos mejor. La **información** será **totalmente CONFIDENCIAL**. Ni tus padres, ni tus tutores, tendrán acceso a la información que nos proporcionas de manera individual. De tu **participación** se podrán derivar recomendaciones muy útiles para los adolescentes como tú y sus familias.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Contesta abiertamente lo que tú piensas ya que **no hay respuestas buenas o malas**, ni calificación, ni sanciones.
- Hay **diferentes secciones** con opciones diferentes para contestar. Antes de contestar **lee con cuidado cada una de las instrucciones específicas** para cada sección
- Todos los cuestionarios son individuales. Por favor contesta en silencio y no comentes tus respuestas con tus compañeros
- Si tienes alguna **duda** al respecto de las preguntas, frases o palabras empleadas, levanta la mano: **con confianza pregúntanos**, y con mucho gusto te orientaremos en tu lugar.
- Por favor, **NO dejes ninguna pregunta sin responder**.

¡GRACIAS POR PARTICIPAR!

M.I.N.I. KID

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW 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

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias de la M.I.N.I. para su uso personal.

La MINI para adultos está disponible:

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

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

- MINI cambios, adelantos & revisiones
- Traducciones de la MINI en mas de 30 idiomas
- La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias
- La MINI Plus para la investigación
- La MINI Kid para niños y adolescentes
- La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamieto

Oficio: DI/CI/935/0415
Dictamen: Aprobación
México, D.F., a 1 de Abril de 2015

María Guadalupe Castro Becerra
Presente

Por este medio le informamos que derivado del proyecto "Evaluación de factores de riesgo y protección para la promoción de la resiliencia en adolescentes y familias" con la clave I13/01/0412, el proyecto de investigación "Evaluación de sucesos de vida y psicopatología en adolescentes: factores de protección en adolescentes mexicanos de un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México" queda registrado en esta División de Investigación con la clave I13/01/0412/Td 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 un ejemplar del producto final de la tesis, 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


Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Jefa de la División de Investigación

Ccp. Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, Investigador principal HPIJNN, presente
Registro de productividad
Archivo

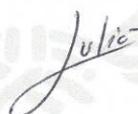
15/07/2015

Dra. María Elena Márquez Caraveo
Investigadora principal

Atención a:
Dra. María Guadalupe Castro Becerra
Tesisista

Por medio de la presente hago constar que durante la realización de la tesis: Evaluación de sucesos de vida y psicopatología en adolescentes: factores de riesgo y protección, en adolescentes mexicanos en una hospital psiquiátrico de la ciudad de México" análisis secundario de datos del proyecto de investigación: "Evaluación de factores de riesgo y protección para la promoción de la resiliencia en adolescentes y familias". Se cumplieron con las normativas éticas en materia de investigación.

Atentamente



Dr. Julio César Flores Lázaro
Presidente del Comité de Ética en Investigación

