

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



TESIS:

Estilos de afrontamiento en adolescentes con trastornos de conducta atendidos
en un Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México

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

Oscar Valdez Santibañez

TUTORA:

Dra. María Elena Márquez Caraveo

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE 2016

CIUDAD UNIVERSITARIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Dr. Oscar Valdez Santibañez

Correo electrónico: sylvan_antiheroe@hotmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. María Elena Márquez Caraveo

Correo electrónico: malenamarquez@gmail.com

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

RESUMEN

Antecedentes

Los estilos de afrontamiento se definen como los procesos personales para enfrentar determinadas situaciones adversas y que pueden cambiar dependiendo de la situación. En los trastornos de conducta (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial), se ha visto una asociación positiva entre dichos trastornos y presencia de estilos de afrontamiento no productivo, sin embargo no hay suficientes estudios en la literatura medica al respecto.

Objetivo

Evaluar el estilo de afrontamiento que utilizan adolescentes con trastornos de conducta.

Material y Métodos

El estudio presente es de tipo transversal, descriptivo, y correlacional. La muestra se integró de 66 pacientes adolescentes tratados en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Se realizó entrevista semiestructurada a cada participante con la aplicación del MINI KID, además de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) para el posterior análisis de datos obtenidos.

Resultados y conclusiones

Para la interpretación de los resultados se utilizó el programa SPSS Statistics versión 20 por medio del cual se hizo la descripción de los datos de la muestra. Se implementó el análisis estadístico prueba t para igualdad de medias. Se encontró que la población con diagnóstico de trastornos de conducta emplean principalmente estilos de afrontamiento no productivo, con significancia estadística en los estilos de afrontamiento no productivo: Hacerse ilusiones (Hi) y Reducción de la tensión (Rt). La población con diagnóstico de trastornos de conducta emplean principalmente estilos de afrontamiento no productivo.

Términos MeSH: Trastornos de conducta, afrontamiento, adolescencia.

ÍNDICE

Hoja de datos.....	1
Resumen.....	2
Introducción.....	5
Marco teórico.....	5
Planteamiento del problema.....	34
Justificación.....	35
Hipótesis.....	36
Objetivos: general y específicos.....	36
Material y métodos.....	36
Resultados.....	39
Discusión.....	44
Conclusiones.....	46
Limitaciones y recomendaciones.....	47
Referencias bibliográficas.....	48
Anexos.....	54

ÍNDICE DE TABLAS Y ABREVIATURAS

Tablas

- Tabla 1 Factores de riesgo y protectores para salud mental en niños y adolescentes.
- Tabla 2 Criterios representativos del DSM IV TR para TDAH.
- Tabla 3 Criterios CIE-10 para TDAH.
- Tabla 4 Criterios DSM-IV TR para Trastorno Disocial.
- Tabla 5 Criterios CIE-10 para Trastorno Disocial.
- Tabla 6 Criterios DSM-IV TR para Trastorno Negativista Desafiante.
- Tabla 7 Criterios CIE 10 para Trastorno Negativista Desafiante.
- Tabla 8 Estudios sobre estilos de afrontamiento en Trastornos de Conducta.
- Tabla 9 Características sociodemográficas.
- Tabla 10 Trastornos psiquiátricos asociados con trastornos de conducta.
- Tabla 11 Trastornos de conducta.
- Tabla 12 Comorbilidad TDAH con Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial.
- Tabla 13 Estilos de Afrontamiento y Trastornos de conducta (TDAH, TND, TD).

Abreviaturas

- TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- TND: Trastorno Negativista Desafiante.
- TD: Trastorno Disocial.
- MINI KID: Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica para Niños y Adolescentes).
- ACS: Adolescent Coping Scale (Escala de Afrontamiento para Adolescentes).

INTRODUCCIÓN

El término afrontamiento (*coping* en inglés) se refiere a los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que se desarrollan para lograr manejar demandas específicas que pueden ser internas o externas, y que para la persona en cuestión están fuera de sus recursos o capacidades. Los estilos de afrontamiento se definen como los procesos personales para enfrentar determinadas situaciones adversas y que pueden cambiar dependiendo de la situación. Durante la adolescencia como una de las fases del ciclo vital, el(la) adolescente asumirá, además de los cambios biológicos, nuevos retos y responsabilidades, así como la búsqueda de su identidad e independencia. Durante esta fase los cambios, las nuevas responsabilidades y la búsqueda de identidad pueden, por muy diversas circunstancias (como un soporte inadecuado de parte de familiares por mencionar un ejemplo), afectar severamente el desarrollo normal del adolescente conllevándolo a establecer dificultades en la adaptación a dichos cambios y de ahí, a la presencia de sintomatología psiquiátrica, como pueden ser los síntomas de tipo conductual.

En el presente estudio se busca obtener la información necesaria que permita identificar los estilos de afrontamiento presentes en adolescentes con trastornos de la conducta (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial) a partir de lo cual se podrán enriquecer a futuro las directrices del tratamiento, estructurando una intervención mas completa y específica en cada paciente.

MARCO TEÓRICO

Características de las teorías sistémicas del desarrollo y su organización

Actualmente el desarrollo infantil y adolescente se explica por medio de las teorías de sistemas del desarrollo, que están edificadas por una metateoría relacional para el desarrollo humano, en donde existe un rechazo de todas las divisiones entre los componentes de la ecología del desarrollo humano: continuidad/discontinuidad y entre estabilidad/inestabilidad. La síntesis sistémica o integración reemplaza a la dicomotización u otras partes reduccionistas del sistema de desarrollo que establece a la ecología del ser humano en distintos niveles de integración. Asimismo, los niveles de organización en conjunto con la ecología del desarrollo humano se encuentran integrados, o bien fusionados. Estos niveles tienen rangos que van de lo biológico a lo psicológico, y de lo cultural a lo histórico. Como una consecuencia de la

integración de niveles, la regulación del desarrollo ocurre a través de conexiones mutuamente influenciadas a través de todos los niveles de desarrollo de sistemas, con grados que van desde los genes y la fisiología de la célula hasta el funcionamiento mental y conducta funcional en la sociedad, cultura, ecología e historia. El carácter de la regulación del desarrollo significa que la integración de las acciones del individuo en el contexto y de los múltiples niveles de contexto del individuo, constituye la unidad fundamental de análisis en el estudio del proceso básico de desarrollo humano. La fusión de los niveles de organización de la ecología del desarrollo humano trae como consecuencia el potencial de cambios sistemáticos, a través de otro concepto importante en la teoría del desarrollo: la plasticidad¹. (Lerner, 2006) Se observó que las trayectorias de cambios individuales pueden variar a través del tiempo y lugares como consecuencia de dicha plasticidad, por lo que puede facilitar las oportunidades para el cambio. Debido a esto, los cambios en contexto individual no se encuentran limitados, y la magnitud de la plasticidad puede llegar a variar a través del ciclo de vida e historia. Sin embargo, el potencial de plasticidad a nivel individual y del contexto constituye la fuerza fundamental para todo el desarrollo humano.

La combinación entre variables a través de los niveles integrados de organización con el sistema de desarrollo que provee las bases del proceso de desarrollo humano puede variar al menos en parte a través de grupos y a nivel individual. Esta diversidad es sistemática y producida por la ideografía, diferenciación de grupos y fenómenos genéricos, con lo cual se llega a presentar cambios intraindividuales observados en cualquier punto del tiempo, con lo cual es evidente la plasticidad del sistema de desarrollo, presentándose una diversidad de significancia substantiva fundamental por la descripción, explicación y optimización de desarrollo humano. Sin embargo es en este proceso del desarrollo humano donde, si bien puede presentarse de manera normal, no está exento de la presencia de alteraciones en el mismo, llegando a presentarse desviaciones o psicopatología. Y es este fenómeno de la psicopatología con la perspectiva del desarrollo que se explicó previamente que produjo el surgimiento de la disciplina científica conocida como psicopatología del desarrollo².

La psicopatología del desarrollo

La psicopatología del desarrollo es una disciplina científica envolvente la cual se enfoca en elucidar el rol que tiene los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del desarrollo normal y anormal a través de la vida. Se propuso que el desarrollo de la psicopatología podría

definirse como el estudio de los orígenes y curso de los patrones individuales en la conducta desadaptativa, cualquiera que sea la causa, las transformaciones en el comportamiento y lo complejo del curso del patrón de desarrollo. Cicchetti y Cohen (2006) remarcaron que el desarrollo de la psicopatología debería extenderse a través de los campos de estudio y del ciclo de la vida, ayudando así al descubrimiento de nuevas verdades sobre procesos de adaptación y desadaptación con la mejor intención de prevenir o aminorar la psicopatología. Asimismo estos autores nos mencionan que ésta disciplina debería contribuir a reducir el dualismo que existe entre el estudio clínico y la investigación de trastornos infantiles y de adultos, entre las ciencias biológicas y de la conducta, entre desarrollo psicológico y psicopatológico y entre ciencia básica y aplicada³. Los teóricos e investigadores en el campo de la psicopatología del desarrollo buscan unir las muchas contribuciones al estudio de los individuos en alto riesgo de desarrollar trastornos mentales así como a quienes empezaron a manifestar dichos trastornos. Asimismo los psicopatologistas del desarrollo luchan por enlazar en una evaluación comprensiva los procesos sociales, psicológicos, biológicos y culturales, así como establecer la interacción a través de éstos niveles de análisis y cómo influyen en el desarrollo del individuo y en los patrones adaptativos o desadaptativos. Múltiples perspectivas teóricas y diversas estrategias de investigación y hallazgos contribuyeron en el nacimiento del campo de la psicopatología del desarrollo. Los factores de riesgo y protectores han sido establecidos en múltiples niveles de análisis y en múltiples dominios. Varios investigadores han demostrado de manera convincente que los riesgos deben ser genéticos, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, afectivos, intrafamiliares, socioeconómicos, sociales y culturales. Es importante considerar el rol que juegan los factores de riesgo en la etiología de la psicopatología. Mientras que un solo factor de riesgo puede tener cierta influencia, es la acumulación y compleja interacción de varios factores de riesgo que incrementan la probabilidad de presentar un trastorno mental⁴. Acorde a la asociación que exista entre factores o características y la aparición de psicopatología, se determinan los niveles de especificidad y el grado en el cual los factores son sugestivos o bien constituyen los procesos causales de contribuir a la aparición de psicopatología.

Tabla 1**Factores de riesgo y protectores para salud mental en niños y adolescentes**

Dominio	Factores de Riesgo	Factores protectores
Biológicos	Exposición a Toxinas durante el embarazo (alcohol, tabaco) Predisposición genética a trastornos psiquiátricos Traumatismo Craneoencefalico Hipoxia y otras complicaciones al nacimiento Malnutrición Otras enfermedades	Edad adecuada al desarrollo físico Buena salud física Adecuada funcionalidad intelectual
Psicológicos	Trastornos del aprendizaje Rasgos de personalidad maladaptativa Abuso físico, emocional, sexual y negligencia Temperamento difícil	Habilidad para aprender de las experiencias Buena autoestima Alto nivel de resolución de problemas Habilidades sociales
Sociales		
a)Familiar	Cuidados inconsistentes Conflicto familiar Pobre disciplina familiar Mala dinámica familiar Fallecimiento de algún miembro de la familia	Apego familiar Oportunidades para involucrarse positivamente con la familia Recompensas por involucrarse en la familia
b)Escolar	Fracaso académico Fracaso de atención de las escuelas para proveer un ambiente apropiado de soporte y aprendizaje Inadecuada/Inapropiada provisión de educación	Oportunidades para el involucramiento en la vida escolar Reforzamiento positivo por aprovechamiento académico Necesidad de logros educacionales
c)Comunitario	Falta de “eficacia comunitaria” Desorganización comunitaria Discriminación y marginación Exposición a violencia Falta de sensación de pertenencia Transiciones (por ej urbanización)	Estar conectado con la comunidad Oportunidades para el uso constructivo del ocio Experiencias culturales positivas Modelos de rol positivos Recompensas por involucramiento con la comunidad Conexión con organizaciones comunitarias incluyendo organizaciones religiosas

Fuente: WHO 2015 Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans

Los investigadores han establecido la importancia que tienen las influencias contextuales para constituir el desarrollo de la psicopatología, por lo que actualmente cuenta con un creciente interés la investigación de como actúan dichas influencias. La edad cronológica así como el estado de desarrollo o nivel de organización psicológica y biológica son importantes para definir el desarrollo de trastornos mentales, lo cual es el foco de atención tanto de investigadores como de clínicos.

Es importante en la perspectiva del desarrollo de la psicopatología enfocarse entre lo normal y anormal del desarrollo. El foco central del desarrollo de la psicopatología involucra dilucidar el proceso del desarrollo y como funciona para examinar los extremos de la distribución (sujetos con psicopatología). Los psicopatologistas del desarrollo también dirigen su atención hacia las variaciones en el continuo entre lo promedio y los extremos, además de evaluar los factores tanto de riesgo como los factores protectores ante situaciones de adversidad. Ahora bien, al mencionar sobre el desarrollo de la psicopatología, la capacidad de adaptación del individuo ante una situación de estrés, la resiliencia, así como los mecanismos que emplee para afrontar dicha situación, el afrontamiento, serán determinantes importantes en la aparición de psicopatología, en donde estilos de afrontamiento de tipo no productivo tienen un riesgo mayor ante la presencia de psicopatología, mientras que estilos de afrontamiento productivos son considerados como protectores. Es aquí donde dichos conceptos cobran importancia, por lo que mas adelante se retomaran y abordarán para así comprender el importante papel que juegan en el desarrollo de la psicopatología, de manera especifica en los trastornos de conducta.

Resiliencia y Afrontamiento

El concepto de resiliencia proviene del latín resilio que significa volver atrás, es un término que emerge de la física para definir la capacidad de un cuerpo de recobrar su forma original tras ser sometido a una fuerte presión que podría alterar su estructura original. Gamezy (Gamezy 1991) definió la resiliencia como la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono (psicológico, social o familiar) ó la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante, mientras que otros autores como Masten (Masten 2001) la define como “un tipo de fenómeno caracterizado por buenos resultados a pesar de las serias amenazas para la adaptación”. Por otro lado, los autores Luthan, Becker y

Cicchetti definen a la resiliencia como un “proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa”⁵.

La resiliencia se caracteriza como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo.

Dada la importancia de la resiliencia en el desarrollo humano no es de extrañarse la existencia de investigaciones al respecto, enfocadas en el proceso de desarrollo del ser humano. Los estudios iniciales sobre la resiliencia se llegaron a hacer en personas con esquizofrenia, así como en personas en situación de pobreza extrema y quienes se encontraban expuestas a estrés, como es en los estudios de Gamezy (Gamezy 1959), quien en la década de los 40 y 50 se llegó a interesar en la competencia de la historia y pronóstico de los pacientes con trastornos mentales altamente incapacitantes, principalmente en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, para posteriormente enfocarse en el estudio de los hijos de padres con trastornos mentales severos⁶. Por otro lado, también los estudios de Werner (Werner 1989) se consideran referencia obligada de las investigaciones sobre resiliencia, desde 1945 y estudiando a niños nacidos en Kanuai (isla de Hawaii) que tuvieran o situaciones o experiencias muy adversas, para luego observar de adultos como un tercio de ellos tenía un comportamiento normal y competente⁷. En las investigaciones sobre la resiliencia se implementaron diversos modelos como son los de tipo longitudinal que, al ser aplicados en la población infantil y adolescente, ayudaron para detectar los factores de riesgo en el proceso de desarrollo normal. En cuanto al aspecto psicopatológico, se elaboraron diseños cuantitativos, lineales y retrospectivos para relacionar antecedentes y factores con determinados tipos de trastornos. Las investigaciones al respecto del contexto patológico en el desarrollo infantil han culminado con el desarrollo de estudios sobre los factores de protección, la perspectiva de la resiliencia así como la vulnerabilidad. Se ha tendido a asociar a la resiliencia con la psicopatología del desarrollo, abarcando la población infantil y adolescente como principal foco de estudio. Desde el estudio de la personalidad resiliente, así como los mecanismos de protección sobre las dificultades en las etapas del ciclo vital han sido puntos clave de la investigación sobre la resiliencia.

Queda claro el interés por estudiar la resiliencia , en donde se ha puesto el interés en los factores de riesgo, observándose evidencia sobre la característica individual de la vulnerabilidad, además de llegar a establecerse un espectro de vulnerable-invulnerable donde se pueden categorizar individuos que cuentan con un riesgo psicosocial que puede, en efecto, volverles vulnerables. Otro punto de interés en el estudio de la resiliencia fueron los mecanismos adquiridos e innatos en procesos de vulnerabilidad e invulnerabilidad, así como las diferencias en la manera de evolucionar y afrontar situaciones difíciles, donde el sentimiento de autoeficacia y la autoestima son características personales en la forma de afrontar el estrés. Asimismo en el estudio de la resiliencia se encuentran una serie de procesos que lleva a cabo el individuo para lograr la adaptación a su entorno, de los cuales unos conllevan a procesos productivos (los que tienen mayor relación con la resiliencia), mientras que otros no lo son, los cuales se engloban en el concepto de afrontamiento. El afrontamiento (o coping en el vocablo inglés) es un concepto que toma en cuenta los esfuerzos afectivos, cognitivos y psicosociales que un sujeto emplea para poder protegerse y controlar las situaciones estresantes a fin de reducirlas o eliminarlas, logrando mantener el equilibrio psicológico. Para comprender más sobre afrontamiento existe otro concepto a considerar: el estrés. Se refiere al concepto de estrés como un tipo de estímulo o conglomerado de estímulos que son externos al individuo, todos ellos con características afectivamente negativas que pueden ser nocivos, dañinos o amenazantes. Desde un punto de vista cognitivo el estrés se considera como un “exceso” o heterogeneidad de estimulación que el individuo no puede procesar de manera correcta. Ahora bien, en las denominadas crisis de la vida, como lo es la pubertad, distintos eventos generan un cambio drástico en el entorno de una persona, lo cual puede producir la aparición de estrés en el individuo. Y es justamente el afrontar este tipo de crisis del ciclo vital lo que permite la autorrealización y desarrollo personal, con lo que da aparición a la conducta apropiada ante el estrés: el afrontamiento. Con esto se puede deducir entonces que el afrontamiento es la respuesta adaptativa al estrés, de lo cual ya se han manejado ambos conceptos en los trabajos de Lazarus y Folkman⁸. En el afrontamiento no siempre se logra resolver la amenaza, más bien se evita el daño o pérdida, llegando a reducirlo o mitigarlo hasta donde se pueda, así como encargarse de las demandas específicas. Se busca para atender la situación el obtener recursos a pesar de la falta de los mismos, mencionándose los momentos de juicio primario

donde se aprecia el evento y el juicio secundario donde tras volver a valorarse la situación se evalúan los recursos disponibles para afrontar.

Existen estrategias de afrontamiento las que se refieren al esfuerzo cognitivo y conductual que debe realizar un individuo para el manejo de dichas demandas externas (ambientales) o internas (emocional) y que son evaluadas como algo que excede a los recursos de la persona. El afrontamiento puede estar orientado hacia: a) las tareas, buscando su resolución de manera lógica con elaboración de un plan o planes, b) los afectos y emociones que vienen con ello y c) los esfuerzos de tipo conductuales y cognitivos que tienen por objetivo afrontar el estresor o estresores. Es así como el afrontamiento se orienta hacia la tarea, la cual se busca resolver, o a la emoción, centrándose en la respuesta emocional. Un tipo de estrategia de afrontamiento inadecuado, como es el de centrarse solo en la respuesta emocional, podría causar una errada toma de decisiones, además de llevar al individuo a estados emocionales negativos y hasta psicopatológicos, lo que da pie a la presencia de la agresividad⁹. Ahora bien, con lo antes mencionado no cabe duda la importante relación que el concepto de afrontamiento y como se manifiesta en las conductas de los individuos, con una evidente influencia e impacto en el bienestar psicosocial, por lo cual a continuación se abordara con mayor detalle el importante papel que juega el afrontamiento en el bienestar.

Bienestar psicosocial y afrontamiento

El concepto de bienestar ha tenido a través del tiempo numerosos autores que han buscado darle un significado estructurado, desde la propia palabra “bienestar” misma que ha progresado para alcanzar a conformar parte del vocabulario empleado en las ciencias de la salud, proviniendo del “bien-estar” (well-being o encontrarse bien) haciendo alusión a encontrarse con satisfacción con la vida¹⁰. El autor Diener en sus trabajos ha agrupado estas concepciones de bienestar en 3 categorías, donde la primera describe al bienestar como la valoración que hace el propio individuo de su vida en términos positivos, la segunda categoría se refiere al predominio de los sentimientos positivos sobre los negativos y la tercera la considera como una virtud¹¹.

El bienestar psicosocial esta en relación con el grado en el que una persona considera su vida como un todo en términos favorables y satisfactorios , asociándolos con estados de alta autoestima, humor positivo y baja sintomatología depresiva. Las variables relacionadas con el bienestar psicológico son la calidad de interacciones sociales, las relaciones familiares

positivas, la personalidad, el autoestima, el autoconcepto. El bienestar psicológico es un concepto complejo que ha sido empleado de un modo impreciso en relación como satisfacción vital y calidad de vida. Horley y Little (1985) definen el bienestar psicológico como percepción subjetiva, estado o sentimiento positivo; la satisfacción es entendida como la gratificación proporcionada por los proyectos personales; mientras que la calidad de vida es el grado en que ésta es percibida favorablemente¹². En este apartado se hace mención de Lawton (1983) quien de hecho hace notar la relevancia del aspecto psicológico con respecto al concepto de “vivir bien”, donde se involucran los componentes psicológicos de competencia conductual, la percepción de la calidad de vida y, por supuesto, el bienestar psicológico¹³.

Se puede evaluar el bienestar psicológico a través de algunos de sus componentes, afectos y cognición, los cuales tienen que ser examinados en diferentes contextos tales como familia y trabajo. Tenemos el modelo de bienestar psicológico multidimensional de Ryff, donde menciona 6 dimensiones que son: autoaceptación, dominio del ambiente, sentimiento de realización en la vida, compromiso vital, autonomía y vínculos¹⁴. Sobre el tiempo de este bienestar no hay acuerdo al respecto mientras que algunos lo consideran estable en base a las experiencias, otros lo consideran no estable a largo plazo. Se habla también del alto y bajo bienestar: Un alto bienestar depende de una apreciación positiva de aquélla que perdura a lo largo del tiempo, y el bajo bienestar depende del desajuste entre expectativas y logros. Sobre afrontamiento y bienestar psicosocial, en un estudio se observó que de hecho existe relación entre el afrontamiento y bienestar psicosocial¹⁵. Se encontró que acorde al bienestar los adolescentes emplean distintos estilos de afrontamiento. El alto bienestar se relaciona con los estilos que se dirigen a resolver el problema y a relacionarse con los demás. Aunque se encontró que el alto bienestar también va relacionado con la estrategia de preocuparse del estilo improductivo, las estrategias de preocuparse no se considerarían de tipo improductivo ya que están asociadas con el alto bienestar. El alto bienestar se relaciona con el estilo y estrategias dirigidas a la resolución de problemas, y el bajo bienestar se relaciona con el estilo improductivo. Con esto se puso de manifiesto que el bienestar psicológico establece diferencias entre los estilos de afrontamiento que se emplean. En cuanto al nivel socioeconómico también se encuentra en relación sobre los estilos de afrontamiento que el adolescente empleara. En un estudio los jóvenes de nivel socioeconómico bajo postergan la satisfacción de sus necesidades por falta de oportunidades con mayor exposición a factores

de riesgo, por el alto nivel de frustración que deben soportar, observándose que en el 45% presenta un bajo nivel de bienestar psicológico y emplearon estrategias tales como: autoinculparse, reducción de la tensión y falta de afrontamiento¹⁶. Dichas respuestas frente a las situaciones de estrés los llevan a evitar pensar en el problema, buscar recompensas alternativas, sintiendo culpa, lo que, indudablemente puede resultar de riesgo para el adolescente.

Estrategias de afrontamiento en la adolescencia normal

El concepto de estrés se ha concebido como un estímulo que llega a impactar o afectar al individuo, como lo definió Pelechano: “estimulo o conglomerado de estímulos (sucesos) los cuales son externos al individuo y de características afectivamente negativas”¹⁷. Por otro lado también tiene un componente cognitivo, como hace mención Fierro, definiéndolo como “un exceso o heterogeneidad de estimulaciones que el individuo no logra procesar de manera adecuada”¹⁸. Durante el ciclo vital se ha visto la aparición de estrés en situaciones o momentos cruciales de la vida del individuo, siendo éstas las denominadas crisis de la vida, que son situaciones de los ciclos vitales o bien biográficos, que modifican de manera drástica el entorno de un individuo. Crisis de este tipo son (o pueden ser): la pérdida de la pareja, la muerte de los padres y otros seres queridos, la pérdida del trabajo, una enfermedad grave invalidante, y también la pubertad. Ahora bien, en todas sus formas, el estrés demanda acción, siendo la acción requerida el afrontamiento por lo cual considerando a la pubertad como una crisis de la vida es esperada la aparición de mecanismos de afrontamiento¹⁹.

Factores involucrados en variación del afrontamiento

a) Conducta agresiva

Se realizó un estudio en una población adolescente sobre el tipo de estrategias de afrontamiento en adolescentes y la conducta agresiva, en donde se observó que con la edad y sobretodo en la población de género femenino, existe una tendencia a emplear estrategias de afrontamiento improductivo como basarse en la esperanza y participación de una salida positiva, sentirse incapaces para tratar el problema y utilizar elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión (ingiriendo bebidas alcohólicas, fumando o con ingesta de sustancias ilícitas)²⁰. Además de esto, buscan el estilo de afrontamiento en relación con los demás, como es compartir el problema con otros hablando (buscando apoyo social), concentrarse en resolver el problema (preocupación), buscar relaciones personales

intimas (invertir tiempo en amistades intimas) preocuparse por sus relaciones con los demás (deseo de pertenencia) esperanza y confianza anticipatoria (hacer ilusiones) y actividades de ocio como estrategias de afrontamiento. Impresiona que los mecanismos de afrontamiento empleados sean de un estilo en relación con los demás, observándose un mayor repertorio de estrategias de afrontamiento al contrario de los varones.

b) Lugar de origen

En el estudio previamente mencionado (Samper y cols 2008) se observó también el estilo de afrontamiento en relación al lugar de origen, observándose que los adolescentes de país de nacimiento en Europa Occidental en comparación con los países de América y Europa del Este son menos agresivos y menos inestables emocionalmente. Se observó que los adolescentes de América Latina tienden a mostrarse más incapaces para tratar el problema y emplean más la oración y la creencia en la ayuda de un líder o un ser superior. Los adolescentes con un nivel alto de agresividad llegan a emplear en mayor medida estilos de afrontamiento improductivo, en tanto los adolescentes menos agresivos se enfocan en estrategias que se dirigen principalmente a la resolución del problema y en estrategias relacionadas con los demás.

c) Exigencias

En la adolescencia las exigencias psicosociales propias de dicha etapa del ciclo vital pueden llegar a afectar en el desarrollo psicológico del individuo, específicamente en cuanto al desarrollo de las estrategias de afrontamiento. Un ejemplo ampliamente investigado son los cambios a nivel escolar que tienen relevancia sobre el desarrollo del individuo, como lo demuestra un estudio de seguimiento realizado a lo largo de tres años con población infantil y adolescente, en donde se encontró que la presencia de agresividad física y verbal disminuyen de manera progresiva entre 4º y 6º de primaria, sin embargo tuvieron un incremento nuevamente en 1º de Secundaria²¹.

d) Edad

En los adolescentes, los estilos de afrontamiento van en relación con un conjunto de acciones y cogniciones que llegan a capacitarlo para tolerar, evitar o minimizar eventos estresantes, e impresionan ser el resultado de procesos de aprendizaje en base a experiencias anteriores, lo cual finalmente determinara las estrategias situacionales así como un estilo estable de afrontamiento²². Acorde a los estudios de estrategias de afrontamiento en la población adolescente, los más jóvenes emplean estilos enfocados en la emoción, y los

mayores van por el estilo enfocado en el problema. Existe un acuerdo en tanto a que los estilos focalizados en la emoción y en el problema llegan a presentarse con mayor frecuencia acorde se incrementa la edad, y que adolescentes mayores tienen un repertorio de respuestas de afrontamiento mas amplio que los menores. Ahora bien, en las estrategias de afrontamiento focalizadas en las emociones, al ser empleada por varones llegan a mejorar los logros académicos y con bienestar psicológico. También se ha visto que con la edad llega a incrementarse el uso de estrategias de tipo improductivo, mas en el genero femenino.

e) Género

En cuanto a género, con los trabajos de Frydenberg y Lewis también se han llegado a mostrar diferencias sobre las estrategias²³, sin embargo se ha encontrado que los varones incrementan la utilización de las estrategias de autoinculparse y de reducir la tensión (estilo improductivo), y en ambos géneros con la edad llega a disminuir el uso de estrategias focalizadas en el problema, y que el repertorio de estrategias aumenta. Por otro lado, las estrategias características a los varones adolescentes fueron: distracción física (deportes, mantenerse en forma) e ignorar el problema (rechazo consciente de la existencia del problema). Las estrategias de las adolescentes mujeres implican el uso de elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva, así como la creencia de la ayuda de un líder o de Dios, además de tender a compartir el problema con los otros y buscar apoyo para su resolución. De las estrategias empleadas en adolescentes mujeres están: hacerse ilusiones, buscar apoyo social, buscar apoyo espiritual, autoinculparse, falta de afrontamiento, reducción de la tensión.

Cabe menciona que dentro de la adolescencia, y ante determinadas situaciones estresantes también puede darse la aparición de comportamientos agresivos, los cuales van relacionados con el componente emocional, por lo que con la finalidad de tener una mayor comprensión de la psicopatología conductual, se abordarán los conceptos de emoción y agresividad.

La emoción y el desarrollo de la agresividad en los trastornos de conducta

Las emociones son procesos que se activan cada vez que nuestro aparato psíquico detecta algún cambio significativo para nosotros. Este hecho las convierte en un proceso adaptativo y que además cuentan con una alta plasticidad y capacidad para evolucionar, desarrollarse y madurar. Las emociones no son procesos estáticos sino que van cambiando en función de las demandas del entorno, lo cual ha sido postulado desde los trabajos de Darwin sobre la

evolución, como lo es en su obra *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales* (Darwin, 1872) donde mencionó que las emociones tienen una función adaptativa, llegando a facilitar la conducta en cada situación. Asimismo, también se postula que la expresión emocional es universal, se encuentra determinada por la genética y además implica un mecanismo comunicativo con una función adaptativa²⁴.

Tras comprender la función de las emociones, también se debe considerar sus componentes, los cuales se dividen en neurofisiológico, cognitivo y conductual. El componente neurofisiológico se presenta por medio de respuestas fisiológicas propias del organismo, como hiperhidrosis, taquicardia, taquipnea, vasoconstricción, hipertensión, tono muscular, modificación en la concentración de neurotransmisores, secreciones hormonales, etc. siendo respuestas involuntarias que el individuo no puede controlar e incluso generar problemas en la salud. Sin embargo, las respuestas fisiológicas propias del componente neurofisiológico pueden llegar a ser manipulables mediante técnicas apropiadas, por ejemplo la relajación. El componente cognitivo o vivencia subjetiva es lo que a veces se denomina sentimiento. Por este componente cognitivo es que se permite calificar el estado emocional y que se le pueda denominar, aunque el etiquetado de las emociones suele estar limitado por el propio lenguaje, y dado que la introspección a veces es el único método para llegar al conocimiento de las emociones de los demás, las limitaciones del lenguaje imponen serias restricciones y dificulta la toma de conciencia de las propias emociones, dando en ocasiones una sensación de “no sé que me pasa”, que puede tener efectos negativos sobre la persona. En cuanto al componente conductual de la emoción, por medio de éste el individuo puede deducir qué tipo de emociones llega a experimentar. Las expresiones faciales, el tono de voz, el lenguaje no verbal, los movimientos corporales, etc., aportan señales de bastante precisión sobre el estado emocional. Este componente puede intentar disimularse y más aun regularse, y se considera un indicador de madurez y equilibrio que tiene efectos positivos sobre las relaciones interpersonales²⁵.

Tras explicar el concepto de emoción, es indispensable mencionar sobre la agresividad, la cual se encuentra presente entre las emociones básicas, siendo parte de la manifestación de la ira (emociones básicas: ira, desagrado, tristeza, sorpresa, miedo, alegría). Además de lo anterior, también es importante considerar que en determinados trastornos psiquiátricos, en este caso en los trastornos de conducta, la agresividad juega un papel importante en la presentación clínica. Se define a la agresividad como un tipo de acción dirigida a causar

daño a otra persona, que puede ser psicológica o física. Existen una serie de factores que constituyen la conducta agresiva en el ser humano, de los cuales se dividen en biológicos y psicosociales.

Factores biológicos de la agresividad

En éstos factores, la diferenciación de géneros se encuentra una mayor prevalencia de conducta agresiva en los machos, no solo en la especie humana, sino en otras especies animales, y es en la especie humana que la agresión se llega a presentar en distintas formas, como lo es la violencia física, los juegos duros o “pesados”, la contra agresión en respuesta a la agresión de otros, solo por mencionar algunos ejemplos. En un estudio de Rutter y cols (1970), se observó que los niños presentan 4 veces más conductas disociales que las niñas, pero además en otro tipo de conductas agresivas como robos con violencia o bien suicidio consumado existe un predominio masculino²⁶. Las diferencias sexuales, siendo de principal interés los cromosomas sexuales y las hormonas (principalmente testosterona) se han estudiado para determinar su importancia en la conducta agresiva, llegándose a encontrar en ambos casos que si bien impresionan juegan un papel en la conducta agresiva, aun no es del todo especificado, requiriéndose de mayor estudio para descartar o establecer firmemente la función de ambos elementos en la conducta agresiva en el ser humano. Sin embargo se ha llegado a establecer la hipótesis de que la conducta agresiva en varones, si bien no es reforzada o esperada, no es castigada de manera tan sistemática como en las mujeres. Una segunda hipótesis menciona que el niño se identifica e imita al padre del mismo sexo o bien a modelos del mismo género. Otro factor involucrado en el desarrollo de la agresividad se centra en el cerebro, donde se ha encontrado que el complejo amigdaloides, el hipotálamo y la sustancia gris central del mesencéfalo se consideran como las estructuras límbicas mas importantes para el control de la agresión, viéndose a través de distintos experimentos cuando llega a destruirse una estructura especifica, como fue en el trabajo de Glusman en ratas y gatos donde se destruyó el núcleo arqueado del hipotálamo, con lo que se produjo la aparición de respuestas agresivas exageradas ante estímulos mínimos²⁷. Asimismo, tras lesiones en la sustancia gris podía anular este síndrome con lo que se demostró las interacciones entre distintas áreas del sistema límbico. En estudios más recientes también se observó que, además de las estructuras cerebrales antes mencionadas, existen otras áreas del cerebro que están involucrada en la aparición de agresividad, como se vio en la corteza orbitofrontal en pacientes con presencia de lesiones en dicha área²⁸.

En el desarrollo de la agresividad el inicio del componente físico y como evoluciona el mismo, es una importante preocupación para los padres debido a la magnitud del deterioro que el individuo puede alcanzar así como la probabilidad que presencia de conductas francamente violentas y dirigidas hacia terceros, que puede generar en los padres una sensación de fracaso en la crianza. El comportamiento de agresividad física llega a presentarse asociado a conductas observadas durante los primeros años de vida, que pueden estar asociadas a su vez con factores de riesgo como son antecedentes de la madre durante el embarazo (consumo de sustancias, infecciones, etc.) así como antecedentes patológicos perinatales como prematurez, peso bajo al nacer, hipoxia neonatal, además de alteraciones a nivel cerebral como son traumatismo craneoencefálico o neuroinfección, que tendrán la posibilidad van a afectar tanto al razonamiento como al control de impulsos en el desarrollo infantil, propiciando dificultades conductuales en los distintos ambientes (familiar y escolar) y la aparición de conductas violentas en situaciones estresantes. Este patrón de agresividad física que puede iniciar durante los primeros años de vida se ha visto que llega a disminuir con el tiempo, donde las habilidades para la relación social inhiben la aparición de conducta agresiva, llegando a ser remplazado por el lenguaje como instrumento de agresión.

Factores psicosociales de la agresividad

Los factores psicosociales cobran un amplio interés en el desarrollo de la agresión, donde incluso se han propuesto diversos modelos teóricos para explicar la conducta agresiva, siendo éstas las teorías instintivas, impulsivas, y modelos de aprendizaje social. La teoría instintiva, que proviene desde los postulados de Freud para su teoría psicoanalítica nos habla de la agresividad como resultado de los instintos autodestructivos y los instintos eróticos y de autoconservación. El modelo impulsivo nos habla de la agresividad como resultado de la obstrucción de actividades dirigidas a un fin determinado. El modelo de aprendizaje social menciona a la conducta como “una interacción recíproca continua entre la conducta y sus condiciones de control...la conducta crea parcialmente el entorno y el entorno resultante a su vez influye en la conducta”²⁹.

También se mencionan los modificadores de la agresión, en donde se estudiaron dichos factores que inhiben o refuerzan la conducta agresiva. La literatura señala asimismo las diferencias individuales, en donde se observó a través de estudios como varía de manera individual la respuesta a estímulos que se espera causen una conducta agresiva en niños, a lo cual también se observó que probablemente los niños que muestran de manera

característica altos niveles de agresión responden en mayor medida a los efectos de la estimulación. También se menciona el contenido y contexto del estímulo, al igual que el estado de activación, donde cobra importancia el estado emocional del espectador justo antes de experimentar un estímulo de agresión, donde una emoción previa como el cólera puede influir en una respuesta agresiva llegando a incrementarla.

Otro factor a destacar sobre la presencia de agresividad es el entorno familiar. Las investigaciones han demostrado que la conducta agresiva de los niños está asociada a extremas actitudes punitivas de los padres, principalmente cuando van asociadas a la frialdad y al rechazo. La punitividad así como la laxitud paterna o ambas representan una respuesta a la conducta del niño. Otra forma de explicar como la punitividad y dureza de los padres está relacionada con la agresividad de los niños que los padres proporcionan un modelo de conducta agresiva que el niño aprende por imitación o identificación. Sin embargo esto no sería la única explicación de la conducta agresiva del niño, dado que no siempre es fácil encontrar una asociación entre la punitividad de los padres y la agresión del niño, considerándose por ejemplo que el castigo que imponen los padres inhibe la conducta agresiva del niño. La falta de adecuada supervisión paterna, así como la frialdad y distanciamiento han sido también otra variable que ha estado relacionada con la agresión. Un padre o padres que sean fríos y distantes pueden ser menos sensibles a los problemas y necesidades de su hijo, lo cual producirá frustraciones y además una seria dificultad de identificar las conductas prosociales de la adultez.

La evolución de la agresividad

Si bien es difícil situar el momento en el que se empieza a presentar la agresividad, se puede decir que la agresión humana aparece entre los 2 y 6 años de edad, y que posterior a los 6 años la agresividad física, tanto en duración como en frecuencia, es menos consistente y llega a ser variable según distintos factores como el nivel educacional, el grado de inteligencia, además del contexto social, por lo que se postula que la agresividad tiene un desarrollo evolutivo. Esta propuesta de desarrollo evolutivo y diferencial para la agresividad, además, ha de tener en cuenta que, como mencionamos anteriormente, existen dos aproximaciones: la agresión instrumental y hostil o emocional. Así entre los dos y los cinco años hay un declive gradual en la agresión instrumental, que postulamos en tanto el escolar incorpora nuevos modelos que le explicitan lo que es aceptable socialmente para adquirir sus objetivos y/o aquello que él considera que es una necesidad propia. De esta manera, aunque

se observe cuantitativamente un decremento de la agresión instrumental, lo que realmente sucede es que el niño ha aprendido a utilizarla de una forma selectiva, con un desarrollo de la empatía y sensibilidad social favorecida por la aparición de la conducta prosocial competente interpretada desde el modelo de desarrollo social presentado por Catalano y Hawkins³⁰. La agresividad sin embargo puede tener una transformación positiva, lo cual se explica con la teoría de la catarsis, la cual nos menciona que la agresión es un impulso unitario que puede canalizarse de forma útil o al menos inocua, con lo cual se afirma que otras actividades pueden convertirse en un sustituto aceptable de la conducta violenta o agresiva. Con esto, se puede considerar a la agresión como un constructo cognitivo relativamente independiente del estado de activación, y que la conducta agresiva llega a presentarse en circunstancias de activación efectiva. Puede tomarse como ejemplo el ejercicio físico durante la cólera tiene efectos beneficios fisiológicos, pero no se determina si hay una reducción de los sentimientos agresivos, por lo que estas afirmaciones aunque interesantes deben tomarse con cautela y sustentarse con mayor evidencia.

Tras revisarse sobre la agresividad y el componente emocional de ésta, y ya que se tiene una mayor comprensión de dichos conceptos a continuación se abordara sobre los trastornos en donde la agresividad es por demás presente: los trastornos de conducta.

Los Trastornos de Conducta: características clínicas

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen un grupo de trastornos los cuales se identifican como trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Este rubro corresponde a la codificación de F90 al F98; en esta sección se encuentran los trastornos hiperkinéticos en el código F90 e incluyen al trastorno de la actividad y de la atención F90.0, otros trastornos hiperkinéticos F90.8, y trastorno hiperkinético no especificado F90.9. En conjunto esta nomenclatura (F90) corresponde a lo que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales tanto en su cuarta (DSM-IV TR) y quinta versión, (DSM V) se denomina trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Dentro de este mismo rubro también se encuentra el código F91 que corresponde a los trastornos disociales. Este rubro incluye el trastorno disocial limitado al ámbito familiar F91.0, el trastorno disocial en niños no socializados F91.1, el trastorno disocial en niños socializados F91.2, otros trastornos disociales F91.8 y el trastorno disocial no especificado F91.9. Esta nomenclatura (F91) se le denomina en DSM IV TR como

trastorno disocial mientras que en DSM V se le conoce como trastorno de conducta. Dentro de los trastornos disociales también se encuentra además de los antes referidos, el trastorno disocial desafiante y opositor F91.3, mientras que tanto en DSM IV TR como DSM V corresponde al denominado trastorno negativista desafiante³¹.

Este tipo de trastornos tienen como eje principal alteraciones a nivel conductual, con factores comunes de causalidad así como una importante relación entre sí a través de la comorbilidad como se verá más adelante. Antes de mencionar a cada trastorno se hace una breve introducción sobre cómo la conducta se desarrolla a lo largo del crecimiento normal en el ser humano.

En el desarrollo de la conducta humana se ha observado que características individuales como la alteración en las funciones ejecutivas, el coeficiente intelectual bajo y la pobreza en la comunicación favorece a la aparición de trastornos de la conducta en la infancia, lo cual puede ser reforzada por los padres cuando éstos se someten o transigen. Además de esto, también intervienen otros factores los que llegan a relacionarse entre sí, de los cuales están los de tipo biológico, psicológicos y sociales, en donde la interacción de dichos factores son predictores del desarrollo de trastornos de conducta de inicio en la infancia y que en la edad adulta llegan a persistir como se ha demostrado en estudios³². Pero entonces también cabe mencionar de qué manera están involucrados los mecanismos de afrontamiento en este tipo de patologías psiquiátricas. Las funciones de afrontamiento en las capacidades de adaptación no se relacionan de manera simple con la edad cronológica, por lo que se llega a encontrar que determinados modelos de conducta pueden ser considerados como normales o esperados en determinadas etapas del desarrollo, que sin embargo de aparecer en etapas tardías pueden considerarse como patológicas. En los niños de entre 2 y 3 años muestran dificultad en obedecer, llegan a oponerse a las reglas y normas establecidas por los padres, además de presentar cierta agresividad en el momento que los padres no logran comprender lo que el infante solicita o bien no asienten a sus deseos. Por otro lado está la etapa de la adolescencia, en donde se cuestionan las normas y reglas, llegando a mostrarse en desacuerdo y tiende a rebelarse ante lo establecido. En estos ejemplos, dichas actitudes se consideran como normales, dado que corresponden a etapas evolutivas donde se busca la adquisición de la autonomía, siendo así la oposición una vía para lograr la consolidación de la identidad. En este punto son los padres y cuidadores quienes cuentan con un papel fundamental para la regulación y manejo de la conducta del niño. Los estilos educativos en

los que predomina el afecto y la flexibilidad suelen ser más efectivos que los autoritarios. Sin embargo el punto en el que se comienza a observar el inminente riesgo de que pueda presentarse un trastorno de conducta es cuando un niño o un adolescente no respeta a los demás, incumple las normas con actitud desafiante, afectando los entornos familiares, escolares y sociales³³.

1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno del desarrollo del autocontrol, en el cual se presentan dificultades para lograr mantener la atención así como para tener control de los impulsos y del nivel de actividad, llegando a causar un importante deterioro de la capacidad para el control de la conducta y mantener de manera enfocada los objetivos o consecuencias a futuro. Los padres de los niños quienes tienen dicho trastorno describen a sus hijos como muy activos o sumamente inquietos, llegando a mencionar que tienen una marcada imposibilidad de mantenerse sentado, o bien moviéndose constantemente en el asiento o pupitre, brincar y correr cuando no deben hacerlo, mantenerse en constante movimiento, llegando hasta a una conducta impredecible, errática y descontrolada que conlleva la imposibilidad de lograr adaptarse al medio escolar y social, además de una evidente afectación en el ambiente familiar. Agregado a lo antes mencionado, también presentan una importante dificultad para mantener su atención enfocada, llegando a distraerse ante estímulos externos irrelevantes, descuidos en actividades no solo escolares sino también cotidianas como las que involucran el autocuidado, no llegan a concluir tareas, tienden a ser sumamente desorganizados y pierden sus objetos personales con suma frecuencia. Los síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad deben estar presentes por un mínimo de 6 meses, causando severa disfunción en al menos dos tipos de ambientes, siendo el familiar y escolar los principales. A continuación se muestran los criterios diagnósticos para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tanto por parte del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales en su quinta versión o DSM V, y también se aprecia posteriormente los criterios diagnósticos acorde a la Clasificación Internacional de enfermedades en su décima versión o CIE-10.

Tabla 2

Criterios del DSM V para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

-
- A. (1) o (2). Seis (o más) de los sig. síntomas de desatención por al menos 6 meses :
- a) No presta suficiente atención a detalles, comete errores por descuido en el trabajo o en otras actividades.
 - b) Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
 - c) No parece escuchar cuando se le habla.
 - d) No sigue instrucciones y no finaliza tareas, encargos u obligaciones en el centro de trabajo.
 - e) Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
 - f) Evita, le disgusta o es renuente a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido
 - g) Extravía objetos necesarios para tareas o actividades
 - h) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
 - i) Es descuidado en las actividades de la vida diaria.
-
2. Seis (o más) de los sig. síntomas de hiperactividad-impulsividad por al menos 6 meses :
- a) Mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en su asiento.
 - b) Abandona su asiento en el aula o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
 - c) Corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
 - d) Tiene dificultades para jugar u ocuparse con tranquilidad a actividades de ocio.
 - e) Está en movimiento o suele actuar como si tuviera un motor.
 - f) Habla en exceso.
 - g) Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
 - h) Tiene dificultades para guardar turno.
 - i) Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.
-
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención estaban presentes antes de los 12 años
C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes
D. Deben existir pruebas claras de un deterioro significativo del funcionamiento social, académico o laboral.
E. Los síntomas no aparecen en el transcurso de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro.
-

Tabla 3

Criterios CIE-10 para Trastornos Hiperkinéticos

Déficit de atención

- 1. Incapacidad para prestar atención a los detalles y errores por descuido en labores escolares y otras.
 - 2. Incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
 - 3. Aparenta no escuchar lo que se le dice.
 - 4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas asignadas.
 - 5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
 - 6. Evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas que requieren un esfuerzo mental mantenido.
 - 7. Pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
 - 8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
 - 9. Es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
-

Hiperactividad

- 1. Muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
 - 2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
 - 3. Corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
 - 4. Dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
 - 5. Exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
-

Impulsividad

- 1. Hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
 - 2. Incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
 - 3. Interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
 - 4. Habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.
-

El inicio no es posterior a los 7 años, los criterios deben cumplirse en más de una situación, los síntomas ocasionan malestar clínico significativo o alteración en rendimiento social, académico o laboral, y no cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

En la etiología del TDAH se han encontrado diversos factores involucrados, entre los que se mencionan: estructuras cerebrales donde se incluyen el hipotálamo, lóbulos frontales, el sistema límbico, el sistema de activación reticular y el cuerpo caloso. Neurotransmisores: los mayormente implicados son norepinefrina, la dopamina y la serotonina, ya que desempeñan un papel importante para el funcionamiento de las áreas frontales y límbicas. Genética: Los padres y hermanos de los niños con TDAH a menudo tienen más trastornos psicopatológicos, siendo probable que la transmisión genética tenga algún papel el TDAH. Antecedentes pre, peri y posnatales, donde la noción de que el TDAH está causado por lesiones cerebrales prenatales o perinatales con toda certeza aun continua en estudio, y se ha observado que el consumo de alcohol por parte de la madre en el periodo prenatal es de especial importancia. Factores psicosociales: A pesar de que las variables psicosociales no se consideran críticas en la etiología del TDAH, sí que parecen desempeñar un papel en el mismo. Además de los ambientes sociales, el ambiente familiar también se encuentra centro de interés en estudios e investigaciones³⁴. Según la presencia de síntomas se describen tres subtipos: TDAH con predominio de déficit de atención, donde se manifiestas mayormente conductas de desatención y menos de hiperactividad-impulsividad, TDAH subtipo predominio hiperactividad-impulsividad en donde se manifiestan mayormente conductas de hiperactividad-impulsividad y menos de desatención, y TDAH subtipo combinado: donde hay presencia significativa de ambos grupos de síntomas.

2. Trastorno Disocial

El Trastorno Disocial (o trastorno de conducta en DSM V) se caracteriza por la persistencia y reincidencia de conductas que violan las normas sociales y los derechos de las personas. Los síntomas que se encuentran en este tipo de trastorno son la agresión a las personas y animales, destrucción o robo de bienes ajenos, así como violación grave de las normas familiares y sociales mediante fugas del hogar, absentismo escolar y vagabundeo antes de los 13 años de edad, además de predilección por el fuego, mentiras constantes y una notable carencia de empatía. La OMS define este trastorno como un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales no adecuadas a la edad del sujeto, provocando un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral, pudiendo presentarse en el hogar, en la escuela y/o en la comunidad. A continuación se muestran los criterios diagnósticos acorde al DSM V, y

también se aprecia posteriormente los criterios diagnósticos acorde al CIE-10.

Tabla 4

Criterios DSM V para Trastorno de la Conducta (Trastorno Disocial)

A. Patrón repetitivo y persistente de comportamiento donde se violan derechos o normas sociales, con 3 (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y mínimo un criterio durante los últimos 6 meses.

1. Acosa, amenaza o intimida a otros;
2. Inicia peleas físicas
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas
4. Ha manifestado crueldad física con personas;
5. Ha manifestado crueldad física con animales;
6. Ha robado enfrentándose a la víctima
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.
8. Ha provocado incendios con la intención de causar daños;
9. Ha destruido propiedades de otras personas
10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona;
11. Miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones);
12. Ha robado objetos de valor sin enfrentamiento con la víctima
13. Permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones, iniciando antes de los 13 años;
14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces (o una vez sin regresar por un largo tiempo);
15. A menudo falta en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años.

B. El trastorno del comportamiento provoca deterioro clínico significativo de la actividad social, académica o laboral

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad

Tabla 5

Criterios CIE-10 para Trastorno Disocial

G1. Patrón de conducta repetitivo y persistente que conlleva la violación de los derechos básicos de los demás o de las normas sociales básicas apropiadas a la edad. La duración debe ser de al menos 6 meses

1. Rabietas excepcionalmente frecuentes y graves para la edad y el desarrollo del niño.
2. Frecuentes discusiones con los adultos.
3. Desafíos graves y frecuentes a los requerimientos y órdenes de los adultos.
4. A menudo hace cosas para molestar a otras personas de forma aparentemente deliberada.
5. Con frecuencia culpa a otros de sus faltas o de su mala conducta.
6. Es quisquilloso y se molesta fácilmente con los demás.
7. A menudo está enfadado o resentido.
8. A menudo es rencoroso y vengativo.
9. Miente con frecuencia y rompe promesas para obtener beneficios y favores o para eludir obligaciones.
10. Inicia con frecuencia peleas físicas (sin incluir peleas con sus hermanos).
11. Ha usado alguna vez un arma que puede causar serios daños físicos a otros
12. A menudo permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición (desde antes de los trece años).
13. Crueldad física con otras personas
14. Crueldad física con los animales.
15. Destrucción deliberada de la propiedad ajena
16. Incendios deliberados con la intención de provocar serios daños.
17. Robos de objetos de un valor significativo sin enfrentarse a la víctima, bien en el hogar o fuera de él
18. Ausencias reiteradas al colegio que comienzan antes de los trece años.
19. Abandono del hogar al menos en dos ocasiones o en una ocasión durante más de una noche
20. Cualquier episodio de delito violento o que implique enfrentamiento con la víctima
21. Forzar a otra persona a tener relaciones sexuales.
22. Intimidaciones frecuentes a otras personas
23. Allanamiento de morada o del vehículo de otros

G2. No cumple criterios para trastorno disocial de la personalidad, episodio depresivo, trastorno del desarrollo o trastorno hiperactivo.

Especificar la edad de comienzo. Inicio en la infancia: Al menos un síntoma disocial comienza antes de los 10 años. Inicio en la adolescencia: No se presentan síntomas disociales antes de los 10 años.

En la etiología del Trastorno Disocial están involucrados componentes genéticos, familiares, sociales y personales. Los antecedentes heredofamiliares representan un predictor importante para la conducta disocial, donde la genética y la dinámica entre y con los progenitores (violencia intrafamiliar, relaciones conflictivas entre los padres, divorcio, ausencia o excesiva supervisión parental, interacción padre-hijo negativa o ausente, disciplina inconsistente o autoritaria) desempeñan un papel fundamental. Las características personales, donde entran en juego los déficits neuropsicológicos, como el CI limítrofe, alteraciones en las funciones ejecutivas y en la comunicación, así como antecedente de violencia ejercida hacia el menor y el género (mayor presencia de dicho trastorno en varones) también son importantes para la etiología del Trastorno Disocial³⁵. En la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10), el Trastorno Disocial se clasifica considerando donde se manifiestan los síntomas y el nivel de socialización: trastorno disocial limitado al contexto familiar, trastorno disocial en niños no socializados, trastorno disocial en niños socializados, trastorno disocial desafiante y opositor, otros trastornos disociales y trastorno disocial sin especificación. Se hace una observación sobre los más relevantes para esta investigación, siendo el trastorno disocial en niños socializados, en el cual el paciente se encuentra integrado con pares, logrando además mantener amistades duraderas con los mismos, llegando a compartir actividades disociales, e involucrándose en actos violentos y delictivos (llegan a conformar grupos sociales denominados pandillas con éstos fines). En el trastorno disocial en niños no socializados, además del comportamiento persistentemente agresivo y violento, el paciente presenta en general dificultades significativas para crear relaciones interpersonales, causando en el paciente aislamiento y rechazo por parte de pares, además de que las relaciones con adultos llegan a estar cargadas de resentimiento y hostilidad.

3. Trastorno Negativista Desafiante

El Trastorno Negativista Desafiante se define por un patrón de conducta recurrente desafiante, negativista, hostil y desobediente dirigido hacia las figuras de autoridad, iniciando generalmente en la etapa escolar, encontrándose que la mayoría de los casos el Trastorno Negativista Desafiante está presente a los 8 años de edad. Los niños con dicho trastorno se caracterizan por presentar constantes discusiones ante las órdenes de los adultos, mantener una actitud abiertamente desafiante y retadora hacia las figuras de autoridad (como son los padres y profesores); son fácilmente irritables, culpan a los demás de sus propios errores,

son rencorosos, llegando a mostrarse resentidos. Se mantiene este comportamiento hostil y negativista a pesar de que éste no les favorezca, prefiriendo salir perdiendo antes de ceder a la figura de autoridad. Son descritos en general por sus padres como niños altaneros, groseros, poco cooperadores y que frecuentemente discuten. Ésta conducta se presenta en mas de un ambiente, siendo el familiar generalmente el inicial para luego manifestarse en otros, como es en el escolar. Tal descripción del niño con Trastorno Negativista Desafiante impresionaría que algunos de los síntomas son parecidos a los trastornos disociales ya mencionados (en niños socializados, no socializados), se diferencia de éstos en que el niño con Trastorno Negativista Desafiante no realiza transgresiones serias de las normas sociales (robo, intimidación, crueldad), ni de los derechos de otras personas. A continuación se muestran los criterios diagnósticos acorde al DSM V, y también se aprecia posteriormente los criterios diagnósticos acorde al CIE-10.

Tabla 6

Criterios DSM V para Trastorno Negativista Desafiante

-
- A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos seis meses y en el que están presentes cuatro o más de los siguientes comportamientos:
1. A menudo pierde la calma
 2. A menudo se molesta con facilidad
 3. A menudo se enfada y es resentido
 4. Discute con la autoridad o con adultos
 5. Desafia activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas
 6. Molesta deliberadamente a otras personas
 7. Acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
 8. Rencoroso o vengativo
-
- B. Deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral
-
- C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado del ánimo
-

Tabla 7

Criterios CIE 10 para Trastorno Disocial Negativista Desafiante

-
- A. Deben cumplirse los criterios generales para el Trastorno Disocial (F91)
 - B. Deben estar presentes 4 o más síntomas del criterio G1 del Trastorno Disocial (F91), aunque no pueden estar presentes más de 2 síntomas de los ítems 9-23
 - C. Los síntomas del criterio B deben ser maladaptativos o inadecuados para el nivel de desarrollo del niño
 - D. Al menos 4 de los síntomas deben estar presentes durante 6 meses como mínimo
-

La etiología del TND es generalmente multifactorial, siendo los factores de riesgo asociados: genéticos, teniendo un patrón multigénico, factores individuales como el genero (principalmente masculino), CI bajo, antecedentes de violencia ejercida hacia el menor,

dificultades en el aprendizaje), antecedentes peri, pre y posnatales (tabaquismo y alcoholismo positivo en el embarazo, peso y talla baja al nacimiento, complicaciones médicas posteriores a la obtención del producto), factores biológicas (disminución del cortisol y elevación de niveles séricos de testosterona), factores sociales como nivel socioeconómico bajo, ambiente comunitario violento, pares con mismos síntomas, factores familiares (violencia intrafamiliar, relaciones conflictiva entre los padres, divorcio, enfermedad mental en alguno de los padres, ausencia o excesiva supervisión parental, interacción padre-hijo negativa o ausente, disciplina inconsistente o autoritaria) Por lo antes mencionado pareciera que estos 3 trastornos (TD, TDAH y TND) comparten varias características clínicas además claro de que se consideran dentro de los trastornos de conducta, sin embargo su relación va mas alla de la sintomatología y de la clasificación en la que se encuentran. Se ha observado cierta comorbilidad en el TDAH con el Trastorno Disocial, que va del 69 hasta un 90%, en conjunto con el consumo de sustancias³⁶ (Alda y cols. 2009) Se ha visto además que el diagnóstico de TDAH es precedente al TND, y este a su vez al de TD. Se ha visto que cerca del 95% de los niños que han padecido TND evolucionan hacia un trastorno disocial³⁷. El TD con frecuencia es la antesala en la etapa adulta al Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Trastornos de conducta y estilos de afrontamiento: hallazgos en la literatura médica

Dentro del amplio acervo de información médica disponible para consulta, existen estudios que tienen como punto de interés los estilos de afrontamiento empleados en la población adolescente normal. Sin embargo, en cuanto a la misma población pero con presencia de trastornos de conducta hay pocos estudios al respecto. A pesar de esto, de la información encontrada tenemos lo mencionado en el estudio de Rucklidge (2008) donde se analizó a un grupo de pacientes adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y sus diferencias acorde al género, se encontró que si bien en el grupo en general se observan estrategias de afrontamiento no productivas, se encontraron menos en mujeres que en varones, pero que conforme crecen y llegan a la adultez esta diferencia desaparece³⁸. Asimismo también se ha observado en cuanto a la patología psiquiátrica presentada en la población adolescente, los estilos de afrontamiento productivos muestran una relación con una disminución en el riesgo de presentar determinados trastornos psiquiátricos entre los que se encuentran el consumo de sustancias así como trastornos disruptivos³⁹. En un estudio realizado en la provincia de Girona, en España, por parte de la Universidad de Girona en

conjunto con la Universidad de Barcelona, Viñas Poch y colaboradores (2012) buscaron analizar las relaciones entre las variables temperamentales y de afrontamiento con las dimensiones psicopatológicas de conducta antisocial y negativista desafiante, y encontraron una correlación positiva de ambas dimensiones psicopatológicas con la aparición de afrontamiento no productivo, y correlación negativa con afrontamiento productivo⁴⁰. En otro estudio realizado en Valencia, España, (Miranda-Casas, 2011) se buscó analizar los factores que mejor predijeran la satisfacción con la vida de niños y adolescentes con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y con problemas de conducta oposicionista y desafiante. Tras el análisis de los datos aparecieron como indicadores de protección los estilos de afrontamiento, donde se hace referencia de manera específica a la búsqueda de apoyo⁴¹.

Sin embargo además de que los estudios se enfocan en la población adolescente con trastornos de conducta (Trastorno Disocial, Trastorno Negativista Desafiante), impresiona también un importante interés por los padres de dichos adolescentes. Dentro de este enfoque se menciona que en un estudio sobre los estilos de afrontamiento de padres con hijos que presentan criterios diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad así como para Trastorno Negativista Desafiante, se encontró que las madres y padres que emplean una pobre disciplina al establecer límites conductuales, así como un implemento exagerado de disciplina presentan estilos de afrontamiento no productivos y conductas maladaptativas⁴². En otro estudio, Evans y colaboradores del año 2009, en el cual luego de dar seguimiento a un grupo de padres de adolescentes con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, se observó que en éstos padres existe variabilidad en la respuesta ante conductas oposicionistas, desafiantes así como delictivas de sus hijos, con presencia de estilos de afrontamiento de tipo no productivos, y tras dichos resultados se hizo la sugerencia de direccionar a dichos padres para poder adquirir estrategias productivas⁴³. En la siguiente tabla se encuentra la información relevante de los estudios sobre estilos de afrontamiento previamente mencionados, donde se incluye el autor, el año, la muestra estudiada, las variables independiente y dependiente además de los hallazgos pertinentes

Tabla 8**Estudios sobre estilos de afrontamiento en Trastornos de Conducta**

Autor , año	Muestra	Variable Independiente	Variable Dependiente	Hallazgo
Rucklidg, (2008)	J.J., Adolescentes con dx TDAH	Diferencias en genero aparición de afrontamiento	en y de TDAH	Se emplean estrategias de afrontamiento no productivo en general, menos en mujeres
Roberts, Roberts C.R., W., (2009)	R.E., Chan Adolescentes con trastornos psiquiátricos	Factores protectores (afrontamiento productivo)	Trastornos disruptivos	Existe disminución en riesgo de presentar trastornos psiquiátricos con estilos de afrontamiento productivos
Viñas Poch, F., González Carrasco M., García Moreno Y., Jane Ballabriga M.C., y Casas Aznar F., (2012)	Adolescentes con sintomatología de trastorno del comportamiento perturbador	Estilos de afrontamiento	de Conducta antisocial y negativista desafiante	Existe correlación positiva de conducta antisocial y negativista desafiante con aparición de afrontamiento no productivo, y correlación negativa con afrontamiento productivo
McKee E. , Harvey E. , Danforth J.S., Ulaszek W.R., Friedman J.L., (2004)	Padres de niños y adolescentes con TDAH	Estilos de afrontamiento de los padres	de TDAH	Existe una maladaptacion y estilos de afrontamiento no productivos en padres que autoreportaron disciplina laxa o exageración en limites disciplinarios
Miranda-Casas A., Presentación-Herrero M.J., Colomer-Diago C., Roselló B., (2011)	Familias con Niños y adolescentes con TDAH	percepciones de satisfacción con la vida	de TDHA con conducta oposicionista y desafiante	Los problemas de conducta de mantienen relación negativa con la satisfacción con la vida. Aparecen como indicadores de protección los estilos de afrontamiento
Evans S.W., M., y Serpell Z.N., (2009)	Sibley Cuidadores de pacientes adolescentes con TDAH	de Características de los cuidadores y presencia de agotamiento de cuidador	TDAH	Los padres presentaron afrontamiento no productivo y mayor agotamiento con conductas negativistas y delictivas

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Prevalencia de trastornos disruptivos en la población adolescente en la Ciudad de México

En los países en desarrollo ha sido difícil lograr unificar criterios para establecer una política de atención en el manejo de enfermedades mentales en pacientes adolescentes, y México no es la excepción. Este problema viene en parte a la falta de datos debido a los escasos estudios estadísticos enfocados en este tipo de trastornos presentes en la población adolescente. En nuestro país son de primordial importancia la evaluación clínica de éste tipo de trastornos, siendo unos de los principales motivos de consulta en nuestra institución. Benjet planteó los problemas mencionados al inicio de este párrafo, con a la realización de estimaciones de prevalencia y severidad de los trastornos mentales en la Ciudad de México, específicamente en la población adolescente, con la tarea de reportar en un periodo de 12 meses la prevalencia así como las correlaciones socio-demográficas asociadas con los trastornos psiquiátricos en adolescentes habitantes de la Ciudad de México, donde se reportó las prevalencias de dichas patologías, así como la severidad de las mismas, y se documentó el uso de servicios, todo con el objetivo de lograr estimarse dichos datos para poder planear y crear una guía publica de política de salud sobre los trastornos mentales en la población adolescente. Tras establecer una muestra de 3005 adolescentes y al emplearse como herramienta diagnóstica el Adolescent Composite International Diagnostic Interview se agrupó a la muestra en grupos según el tipo de trastorno mental (acorde a la clasificación del DSM IV TR) siendo conformados los grupos de trastornos del afecto, trastornos de ansiedad, trastornos por sustancias y trastornos del control de impulso. En el grupo de trastorno de control de impulso se consideraron el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, el Trastorno Negativista Desafiante, el Trastorno de Conducta (Trastorno Disocial) y El Trastorno Explosivo Intermitente. Se encontró que 1 de cada 11 adolescentes ha sufrido una enfermedad mental seria, uno de cada 5 de severidad moderada y uno de cada 10 de severidad leve, la mayoría de los adolescentes no reciben tratamiento y en cuanto al tipo de trastorno mental mas frecuente, se encontró que los trastornos de ansiedad son al parecer los mas frecuentes, sin embargo, cambé mencionar que los trastornos de control de impulsos (TDAH,TND,TD) son los segundos mas frecuentes junto con los trastornos del afecto, por lo cual son de igual manera importantes y relevantes en esta investigación, lo cual deja claro la importancia de la presencia de éstos en la población adolescente mexicana⁴⁴.

La presencia de trastorno mental en la población adolescente mexicana, tomando en consideración tanto prevalencia pero sobretodo el genero también es otro punto relevante en este apartado, donde nuevamente Benjet realiza un estudio a este respecto en 2009. Por medio de datos proporcionados de la Encuesta Nacional Mexicana de Salud Mental Adolescente , y con el objetivo de estimar las diferencias por género de la prevalencia y severidad para 17 trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México y área metropolitana. Se estableció una muestra de adolescentes entre los 12 y 17 años todos residentes de la Ciudad de México conformándose un total de 3005 adolescentes a quienes se les aplico la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (WMH-CIDI-A 3.0) aplicada cara a cara, por medio de una computadora portátil, por encuestadores capacitados en los hogares de los participantes. Los trastornos más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social. En el género femenino 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 oposicionista desafiante, el abuso de alcohol y el trastorno disocial. Los trastornos que se presentaron en edades de inicio más tempranas fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de impulsividad y los trastornos de ánimo. Además los trastornos que se presentaron en edades más tardías fueron los trastornos por uso de sustancias. Las edades de inicio para los trastornos de ansiedad, ánimo y por uso de sustancias son similares entre los sexos, a diferencia de los trastornos de impulsividad en los cuales los hombres tienen edades de inicio más tempranas que las mujeres. Por lo cual se observa que acorde al género, en los varones se muestra una mayor prevalencia de trastornos de la conducta e impulsividad (TND, TD, TDAH) ⁴⁵.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de conducta como son el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial tienen una elevada prevalencia en la población adolescente, lo cual es confirmado acorde a los datos epidemiológicos metropolitanos en la Ciudad de México referidos en los trabajos de Benjet, la prevalencia en la población masculina adolescente sobre el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial ocupan el segundo y cuarto lugar respectivamente, mientras que en la población

femenina adolescente el Trastorno Negativista Desafiante ocupa el tercer lugar. La población adolescente con dichos trastornos de conducta se sabe que emplean mecanismos de afrontamiento, sin embargo se desconoce que tipo de estilos y estrategias se utilizan en particular, y con dicha información además de obtener una mayor comprensión sobre los trastornos de conducta se podrán establecer estrategias de tratamiento, pero lo que para lograr obtener dicho conocimiento es necesario estudiar con mayor detalle a esta población. Y debido a esto, el presente trabajo plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las estrategias y estilos de afrontamiento utilizados por los pacientes adolescentes que presentan trastornos de conducta y que acuden a un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México para atención?

JUSTIFICACIÓN

El afrontamiento se relaciona con un conjunto de acciones y cogniciones que capacitan para tolerar, evitar o minimizar los efectos negativos producidos por un evento estresante⁴⁶. En la adolescencia, al no tener un estilo de afrontamiento productivo, existe el riesgo de poder desarrollar conductas desadaptativas, lo cual es un tema de importancia en el campo de la investigación clínica. Sin embargo existen pocos artículos que traten sobre los estilos de afrontamiento y la población adolescente en México. En los estudios de Benjet y colaboradores de 2008 se hace mención de los pocos datos existentes sobre los trastornos psiquiátricos de la población adolescente en los países de desarrollo, lo cual ha sido un impedimento para lograr establecer políticas públicas de salud mental⁴⁷. Según los datos estadísticos del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, en la morbilidad hospitalaria en el año 2015, los trastornos de conducta representaron el 11% del total de los diagnósticos a atendidos⁴⁸. Asimismo, en dicha institución y en el mismo año, los registros señalaron sobre la morbilidad en el servicio de consulta externa que se atendieron un total de 3466 casos de trastornos de conducta: en la perturbación de la actividad y la atención hubo 668 casos (19.2%), en trastorno opositor desafiante 104 casos (3%) y trastorno de la conducta sociable 37 casos (1.0%)⁴⁹. El TDAH, el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial cuentan con una importante presencia tanto en los servicios de hospitalización como en consulta externa. También debemos considerar la importancia en el ámbito clínico, donde los trastornos de conducta en la infancia y adolescencia, de no hacer las intervenciones clínicas correspondientes, presentarán complicaciones así como

perpetuación de conductas seriamente disfuncionales en la adultez.

Al tener un mejor conocimiento sobre los estilos de afrontamiento presente en los pacientes se podrán establecer mejores directrices para la intervención, manejo y tratamiento de pacientes con trastorno de conducta y así evitar la evolución del padecimiento. Es por ello que, al considerar que los trastornos de conducta figuran dentro de los diagnósticos clínicos más detectados y tratados en nuestra institución, así como la importancia clínica y en la practica diaria de nuestra institución, se considera importante la realización de este estudio para conocer los estilos de afrontamiento en adolescentes y en base a esto desarrollar adecuadas estrategias de intervención y tratamiento.

HIPÓTESIS

Los adolescentes con trastornos de conducta presentan predominantemente un estilo de afrontamiento no productivo debido a los síntomas clínicos de dichos trastornos y a la disfunción que producen.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

General:

Evaluar el estilo de afrontamiento que utilizan adolescentes con trastornos de conducta.

Específicos:

1. Identificar los estilos de afrontamiento mas empleados en la población en estudio.
2. Identificar las características sociodemográficas de la población estudiada.
3. Identificar los trastornos psiquiátricos así como comorbilidad asociada a la población en estudio.
4. Relacionar los resultados de los instrumentos de medición con las variables de la muestra.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño: es un tipo de estudio transversal, descriptivo, y correlacional.

Tipo de selección: no probabilística.

Tamaño de muestra: n de 66 pacientes en total.

Muestra: para la conformación de la muestra fueron seleccionaron pacientes adolescentes tratados en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

Criterios de inclusión: sujetos hombres y mujeres de entre 12 a 17 años, alfabetizados, que tengan atención psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y que hayan aceptado participar y firmar consentimiento.

Criterios de exclusión: pacientes con discapacidad intelectual, así como alteración física o mental que les impida la comprensión del estudio.

Criterios de eliminación: no haber contestado correctamente los ítems de evaluación o bien abandonar el estudio.

Al inicio del estudio se incluyeron a 75 pacientes para conformar la muestra, sin embargo 9 pacientes no cumplieron con los criterios de inclusión por lo que se obtuvo una muestra final total de 66 pacientes.

Variables:

Variable dependiente: Estilo de afrontamiento.

Variable independiente: Trastorno de conducta (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno Disocial).

Definiciones conceptual y operacional:

Definición conceptual de afrontamiento: Se describen como conductas que se emplean para lograr una transición y adaptación efectivas a las circunstancias que generan estrés dichas conductas son cambiantes según el contexto y las condiciones desencadenantes del estrés

Definición operacional de afrontamiento: puntuación obtenida de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS. Frydemberg y Lewis 1997).

Definición conceptual de Trastornos de Conducta: grupo de trastornos del comportamiento de inicio habitual en la infancia y adolescencia en donde se incluyen el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial.

Definición operacional de Trastornos de Conducta: puntuación obtenida en los apartados del MINI KID correspondientes a Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial.

Procedimiento:

Es un derivado del proyecto a cargo de la Dra. María Elena Márquez Caraveo, aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, con el

número de registro 113-03-0315 con fecha de aprobación el día 1ro de abril de 2015. De este proyecto se desprende el actual trabajo, con número de registro 113-03-0315 (ver anexo 1). Para la elaboración del presente trabajo se captaron pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. A los pacientes que aceptaron participar se les realizó la entrevista diagnóstica que consistió en la aplicación del MINI KID. Asimismo se les aplicó la Escala de Afrontamiento para Adolescentes. Una vez obtenida la información tanto clínica como sociodemográfica de la muestra se procedió al análisis estadístico de los datos recabados. Tras el análisis de la información se obtuvieron los resultados, con la discusión y conclusiones respectivas.

Cronograma

Captación de pacientes y datos sociodemográficos: de Enero a Mayo de 2016 (5 meses, 40% del tiempo usado).

Aplicación de escalas: de Junio a Octubre de 2016 (5 meses, 40% del tiempo usado).

Análisis estadístico: de Noviembre a Diciembre de 2016 (2 meses, 20% del tiempo usado).

Instrumentos de medición

MINI KID

La Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica para Niños y Adolescentes (Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents o MINI KID), es la entrevista clínica basada en el Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). El MINI es una entrevista clínica diagnóstica estructurada elaborada por D. Sheehan, D. Shytle y K. Milo de la Universidad de South Florida en Tampa, Florida (E.U.), en conjunto con Y. Lecrubier y T. Hergueta del Hôpital de la Salpêtrière en Paris (Francia) entre los años 1992, 1994 y 1998, la cual fue validada contra la Structured Clinical Interview for DSM Diagnoses (SCID-P) y el Composite International Diagnostic Interview for ICD-10. La validación de dicha entrevista fue con la opinión experta de cuatro países europeos e investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental de EU, que consideraron al MINI como una alternativa válida y más eficiente a la SCID-P y el CIDI. Este instrumento está altamente estructurado, organizado por secciones sindromáticas y diseñado con preguntas de salto, que permite evaluar el inicio, la duración y el deterioro relacionado con los padecimientos. El MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve que explora, para detección u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. La entrevista MINI-KID fue desarrollada por los mismos autores con la finalidad de contar

con un instrumento que fuese más corto y fácil de administrar en comparación con otros aplicables a niños y adolescentes. Utiliza un lenguaje más fácil de entender para este grupo de edad conservando las características esenciales del MINI.

Escala de Afrontamiento para Adolescentes

Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Adolescent Coping Scale o ACS) (Frydenberg y Lewis, 1996). Esta escala fue elaborada originalmente en 1993. Es una escala autoaplicable que evalúa las distintas formas que los adolescentes utilizan para afrontar sus problemas. Estudios de validación: en 1997 Pereña y Seisdedos, realizaron la versión española. En la versión original se evalúan 18 estrategias de afrontamiento (de 3 a 5 ítems por escala) cuyas puntuaciones se transforman a una escala común para todas ellas que facilita la comparación intraindividual. En una revisión posterior de este instrumento (Frydenberg y Lewis, 1996) se propone una estructura factorial en la que las 18 estrategias se agrupan en tres estilos de afrontamiento: productivo, no productivo y orientado hacia otros. Es una escala autoaplicable que evalúa las distintas formas o modos que los adolescentes utilizan para afrontar sus problemas. Consta de dos partes: la primera es una pregunta abierta sobre los principales problemas vividos durante los últimos 6 meses. La segunda parte consiste en un inventario en forma de autoinforme compuesto por 80 elementos, 79 de tipo cerrado y uno abierto al final. Los 79 elementos cerrados se puntúan mediante una escala de tipo Likert.

Análisis estadístico:

Para la interpretación de los resultados se utilizó el programa IBM SPSS Statistics versión 20, con el cual se midieron los puntajes obtenidos de las escalas a través de la obtención de medias, así como la aplicación de la prueba t para igualdad de medias para elaborar las comparaciones correspondientes.

Consideraciones éticas:

Se informó al paciente y familiar sobre el procedimiento, en que consiste y que mide, y tras obtener su autorización por escrito se aplicó dicha escala. Con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, la investigación se clasifica de bajo riesgo por tratarse de un estudio documental.

El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro como se muestra en el Anexo 2, además de que el autor del realizó el curso "Protección de los participantes humanos de la investigación" de los

Institutos Nacionales de Salud (NIH), como se muestra en el Anexo 3.

RESULTADOS

Inicialmente se aplicó la ACS así como el MINI KID a una población total de 75 pacientes. Se menciona que 5 pacientes no lograron completar el ACS, 2 pacientes no respondieron el MINI KID, un paciente no obtuvo puntaje positivo para ningún rubro diagnóstico de dicho instrumento y un paciente no tenía expediente clínico en nuestra institución, por lo que el total de la muestra para fines de esta investigación fue de 66 pacientes que si que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la interpretación de los resultados de utilizó el programa SPSS Statistics versión 20.

Tabla 9

Características sociodemográficas de los adolescentes con trastorno de conducta y sin trastornos de conducta (N=66)

	Participantes en estudio		
	Con trastorno de conducta (TDAH, TND, TD) n=38	Sin trastorno de conducta n=28	Total n=66
Edad x̄ (min-max)	14(11-17)	14.17 (11-17)	
	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo			
Masculino	9 (24)	11(39)	20 (30)
Femenino	29 (76)	17(61)	46 (70)
Escolaridad			
4° primaria	1 (3)	1 (4)	2 (4)
5° primaria	4 (10)	1(4)	5 (8)
6° primaria	5 (13)	5 (18)	10 (15)
1° secundaria	6 (16)	5 (18)	11 (16)
2° secundaria	11 (29)	6 (20)	17 (25)
3° secundaria	9 (23)	3 (11)	12 (18)
1° bachillerato	0 (0)	5 (18)	5 (7)
2° bachillerato	1 (3)	0 (0)	1 (2)
3° bachillerato	1 (3)	2 (7)	3 (5)
Ocupación :			
Estudio	32 (85)	21 (75)	53 (80)
Estudio y trabajo	2 (5)	1 (4)	3 (5)
Solo trabajo	0 (0)	2 (7)	2 (3)
Trabajo eventual	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ni estudio ni trabajo	4(10)	4 (15)	8 (12)

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, TND: Trastorno Negativista Desafiante, TD: Trastorno Disocial

En la tabla 9 se describen las características sociodemográficas, la muestra estuvo constituida por 66 adolescentes, la edad media de los sujetos con trastorno de conducta fue de 14 y para aquellos sin trastorno de conducta fue de 14.17, en ambos casos con un rango de edad que va de entre los 11 y 17 años. En cuanto al sexo se observó un predominio del femenino con 46 sujetos (70%) y 20 sujetos masculinos (30%); de estos, 29 mujeres y 9 varones se encontraban en el grupo con trastorno de conducta. Sobre el nivel de educación, la mayoría de los sujetos se encontraban en nivel secundaria, específicamente en segundo año de secundaria siendo de un 25%, un 18% en tercer año de secundaria y un 16% en primer año de secundaria, mientras que en nivel bachillerato se encontró hasta un 7% en primer año de dicho nivel escolar. Con respecto a la actual ocupación de los sujetos en estudio, la mayoría se encuentra estudiando, con un porcentaje del 80%.

Tabla 10

Trastornos psiquiátricos en los adolescentes con trastornos de conducta y sin trastornos de conducta (TDAH, TOD, TD) (N=66)

	Participantes en estudio					
	Con trastorno de conducta n=38		Sin trastorno de conducta n=28		Total n=66	
	N	%	N	%	n	%
Ideación suicida, autolesiones	27	41	22	33	49	74
TDM episodio único	22	33	22	33	44	66
Distimia	18	28	17	26	35	54
Trastorno por estrés postraumático	7	11	2	3	9	14
Trastorno de ansiedad generalizada	6	9	4	6	10	15
Trastorno de ansiedad de separación	5	8	1	2	6	10
Trastorno de angustia actual	5	8	0	0	5	8
Fobia social no especificada	4	6	0	0	4	6
Fobia específica	4	6	0	0	4	6
Agorafobia	3	5	1	2	4	7
Trastorno de angustia de por vida	3	5	0	0	3	5
Dependencia de sustancias	3	5	0	0	3	5
Abuso de sustancias	2	3	1	2	3	5
Abuso de alcohol	2	3	1	2	3	5
Dependencia de alcohol	2	3	0	0	2	3
TDM recurrente	1	2	0	0	1	2
Bulimia nerviosa	1	2	0	0	1	2
Trastorno adaptativo	1	2	0	0	1	2
Trastorno obsesivo compulsivo	0	0	1	2	1	2
Anorexia nerviosa	0	0	1	2	1	2

TDM: Trastorno Depresivo Mayor, TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, TND: Trastorno Negativista Desafiante, TD: Trastorno Disocial

En la tabla 10 se muestran los trastornos psiquiátricos que se encuentran principalmente asociados con los trastornos de conducta acorde a la muestra del estudio, y se observa que en el grupo con trastorno de conducta hay un 41% de asociación con ideación suicida y autolesiones, seguido de un 33% de trastorno depresivo mayor episodio único y con un 28% de distimia. Asimismo se observa que tras dichos diagnósticos siguen en como trastornos psiquiátricos con mayor asociación los trastornos que involucran a la ansiedad: trastorno por estrés postraumático (11%), trastorno de ansiedad generalizado (9%), trastorno de ansiedad por separación (8%), trastorno de angustia actual (8%), fobia social no específica (6%), fobia específica (6%), agorafobia (5%), trastorno de angustia de por vida (5%).

Tabla 11

Trastornos de conducta (TDAH, TND, TD) (N=38)

	Participantes con trastorno de conducta n=38 (100%)	
	N	%
TDAH mixto	14	37
TDAH desatento	8	21
TDAH hiperactivo impulsivo	2	5
Trastorno Disocial	13	34
Trastorno Negativista Desafiante	31	82

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

En la tabla 11 se describen los porcentajes de los tipos de Trastornos de conducta encontrados en la muestra diagnosticados con MINI KID, donde el mayor número de diagnósticos de trastornos de conducta encontrados fue de Trastorno Negativista Desafiante con un porcentaje de hasta un 82% diagnosticado, seguido del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de tipo mixto, el cual se diagnóstico hasta en un 37% de la muestra estudiada.

Tabla 12

Comorbilidad Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) con Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial (N=38)

	Participantes con Trastornos de Conducta n=38 (100%)					
	TDAH mixto		TDAH desatento		TDAH hiperactivo impulsivo	
	N	%	N	%	N	%
Trastorno Disocial	7	18	1	3	2	5
Trastorno Negativista Desafiante	12	32	4	12	1	3

En la tabla 12 se describen las comorbilidades presentadas en la muestra con trastorno de conducta, donde se observa que un mayor porcentaje de comorbilidad (32%) entre Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tipo mixto, y Trastorno Negativista Desafiante, seguido de comorbilidad entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad tipo mixto y Trastorno Disocial (18%).

Tabla 13

Estilos de afrontamiento y trastornos de conducta (TDAH, TND, TD) (N=66)

		Participantes en estudio							
		Con trastorno de conducta n=38		Sin trastorno de conducta n=28		Total n=66			
Estilos de afrontamiento	Estrategias de afrontamiento	\bar{x}	d.e	\bar{x}	d.e	\bar{x}	d.e	T	Sig.
Afrontamiento productivo	Rp	2.98	.86	2.94	.86	2.96	.85	-0.033	.974
	Po	2.92	.99	2.89	.94	2.91	.96	0.000	1.000
	Ai	2.96	.97	2.71	.90	2.86	.94	-0.106	.916
	Dr	3.18	.83	2.92	.82	3.06	.83	1.345	.184
	Fi	2.84	.96	2.79	.97	2.81	.95	1.017	.313
	Pe	3.11	.85	3.02	.83	3.07	.83	0.573	.569
	Es	2.90	.92	3.33	.75	3.09	.87	1.930	.058
Afrontamiento no productivo	Ip	2.36	.80	2.27	.96	2.32	.86	-0.984	.329
	Re	3.23	.97	2.90	.97	3.09	.98	-1.289	.202
	Na	2.48	.81	2.18	.73	2.36	.79	-1.531	.131
	Cu	3.22	1.04	2.84	1.14	3.06	1.09	-1.747	.086
	Rt	2.64	.91	2.18	.92	2.44	.94	-2.104	.039*
	Hi	2.79	.75	2.41	.76	2.63	.77	-2.083	.042*
	Pr	3.11	.91	3.29	.65	3.18	.81	0.583	.562
Relacionado a otros	Ap	2.50	.99	2.62	.82	2.55	.92	-0.390	.696
	As	2.93	.90	2.93	.98	2.93	.93	-0.249	.804
	Ae	2.16	.84	2.02	.80	2.10	.82	-1.872	.066
	So	1.95	.68	1.94	.73	1.94	.69	-0.567	.573

*p < .05. Rp=Concentrarse en resolver el problema; Po=Fijarse en lo positivo; Ai=Invertir en amigos íntimos; Dr=Buscar diversiones relajantes; Fi=Distracción física; Pe=Buscar pertenencia; Es=Esforzarse y tener éxito; Ip=Ignorar el problema; Re=Reservarlo para sí; Na=Falta de afrontamiento; Cu=Autoinculparse; Rt=Reducción de la tensión; Hi=Hacerse ilusiones; Pr=Preocuparse; Ap=Buscar ayuda profesional; As=Buscar apoyo social; Ae=Buscar apoyo espiritual; So=Acción social.

En la tabla 13 se encuentran las estrategias de afrontamiento empleadas por los sujetos y su relación con trastornos de conducta. Sobre las estrategias relacionadas con el afrontamiento productivo, observamos que los sujetos del grupo con trastorno de conducta obtuvieron puntuaciones medias más altas en Buscar diversiones relajantes (Dr) e Invertir en amigos

íntimos (Ai) en comparación con el grupo sin trastorno de conducta. En el afrontamiento no productivo los sujetos del grupo con trastorno de conducta obtuvieron puntuaciones medias más altas en las estrategias: Reservarlo para sí (Re), Autoinculparse (Cu), Preocuparse (Pr), Hacerse ilusiones (Hi), Reducción de la tensión (Rt). Finalmente en el estilo de afrontamiento denominado relacionado a otros se obtienen medias más altas en los sujetos con trastornos de conducta en las estrategias: Buscar apoyo social (As), Buscar apoyo profesional (Ap). Posteriormente se implemento el análisis estadístico prueba t para igualdad de medias donde se obtuvo significancia estadística en las estrategias de afrontamiento Reducción de la tensión (Rt) y Hacerse ilusiones (Hi).

DISCUSIÓN

Los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan ante determinadas situaciones con la finalidad de lograr la adaptación denominados estilos de afrontamiento son de vital importancia su comprensión y entendimiento⁵⁰, mas aun considerando la aparición de los mismos tanto en situaciones que se considera de esperada su aparición, como lo es en el inicio de la adolescencia, o bien ante presencia de patología psiquiátrica, haciendo referencia en este caso en particular a los denominados trastornos conductuales que engloban el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial. Acorde a las situaciones en las que se llegan a presentar dichos estilos de afrontamiento, éstos pueden ser de tipo productivo o bien no productivo, siendo este último el mas esperado en casos de presencia de patología psiquiátrica⁵¹. En la comprensión de dichos estilos de afrontamiento de aparición ante patología psiquiátrica, es de importancia la evaluación de dichas estrategias, para tener una mayor comprensión de dichos estilos de afrontamiento, lograr identificar el tipo de estilo presente (productivo, no productivo, relacionado a otros) con lo cual se logrará poder establecer intervenciones oportunas para la mejor adaptabilidad del paciente a sus distintos ambientes (escolar, social y familiar).

En el análisis de los resultados se encontraron los siguientes puntos a destacar

1. En la población de adolescentes con trastorno de conducta estudiada presentaron predominantemente estilos de afrontamiento no productivos por lo que se cumplió la hipótesis de este estudio
2. Características sociodemográficas: los participantes en este estudio fueron en su mayoría de genero femenino, conformando el 70% de la población total estudiada, lo

cual es de destacarse dado que la mayoría de los estudios abarcan una mayor cantidad de población masculina dado que es en dicha población donde se presenta con mayor frecuencia los trastornos de conducta. Asimismo se encontró que, si bien no fue el objetivo del presente trabajo, el 5% de los participantes trabajan y el 3% trabajan y estudian, mientras que un 12% no trabaja ni estudia, lo que es de resaltar dado que son pacientes menores de edad, por lo que deberá considerarse para investigar en futuros trabajos sobre las repercusiones de dichas características.

3. Trastornos psiquiátricos asociados a trastornos de conducta: se encontró que los pacientes con trastornos de conducta muestra una asociación en primer lugar con los trastornos psiquiátricos de tipo afectivo específicamente con trastorno depresivo, distimia así como ideación suicida y autolesiones. En segundo lugar se observo asociación de los trastornos de conducta con trastornos psiquiátricos con síntomas ansiosos, como son el trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada trastorno de ansiedad por separación y trastorno de angustia actual.
4. Comorbilidad: se encontró que entre los trastornos de conducta existe una alta comorbilidad en cuanto al Trastorno Negativista Desafiante, el cual se manifiesta hasta en un 32% de los casos de TDAH mixto en la población estudiada. Además, el Trastorno Negativista Desafiante fue el trastorno más diagnosticado por medio de MINI KID en la población en estudio, con un porcentaje del 82%, seguido por el TDAH mixto con un 37% y el Trastorno Disocial en un 34% de los diagnósticos encontrados.
5. Afrontamiento y trastornos de conducta: En los estilos de afrontamiento no productivo se encontró significancia estadística entre los mecanismos de afrontamiento no productivo Hacerse ilusiones (Hi) y Reducción de la tensión (Rt), lo que nos indica que en la población con trastorno de conducta en la presentación clínica es de esperarse un inadecuado manejo del estrés, con presencia de tensión, además de presentar inadecuadas expectativas. Si bien no fue parte de los objetivos de este trabajo, se encontró que entre los estilos de afrontamiento productivo, en esta población las que fueron mas empleadas son Buscar diversiones relajantes así como Buscar pertenencia.
6. Hallazgos y la literatura medica: se encontró que dentro de los trastornos de conducta hallados en la población estudiada, fue el Trastorno Negativista Desafiante el que tuvo un mayor porcentaje y, acorde a los trabajos de Benjet⁵², dicho diagnóstico ocupa el

segundo lugar de prevalencia en la población masculina adolescente y el tercer lugar en la población femenina adolescente en la Ciudad de México, por lo que dichos resultados son representativos de dichos estudios y van acorde a la literatura epidemiológica. Ahora bien sobre el afrontamiento y los trastornos de conducta, en la literatura medica se ha visto que en la población adolescente se emplean estrategias de afrontamiento no productivas, mientras que en el Trastorno Disocial así como en el Trastorno Negativista Desafiante, como lo menciona el estudio de Viñas Poch y colaboradores de 2012, se encontró una correlación positiva entre la aparición de afrontamiento no productivo con la conducta antisocial y negativista desafiante, lo cual también va acorde a lo hallado en este trabajo donde la significancia estadística se halló en los estilos de afrontamiento no productivo, en las estrategias de Hacerse ilusiones (Hi) y Reducción de la tensión (Rt)⁵³.

Con los hallazgos encontrados en esta investigación son de hecho esperados considerando el tipo de patología psiquiátrica presente en la población en estudio, aunque cabe mencionar que evaluar los estilos de afrontamiento presente en los pacientes con trastornos de conducta fue el objetivo principal de ésta investigación el cual se cumplió, así como la identificación específica de dichos tipos de afrontamiento.

CONCLUSIONES

La población de pacientes adolescentes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro con diagnóstico de trastorno de conducta entre los cuales se engloban el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial, fueron evaluados en cuanto a las estrategias de afrontamiento que presentan, y tras las mediciones correspondientes en esta población en estudio se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. La población con diagnóstico de trastornos de conducta emplean principalmente estilos de afrontamiento no productivo.
2. Dentro de los estilos de afrontamiento no productivos, las estrategias con medias mas altas en la población estudiada fueron: Reservarlo para sí (Re), Autoinculparse (Cu), Preocuparse (Pr), Hacerse ilusiones (Hi), Reducción de la tensión (Rt)
3. Se encontró significancia estadística en los estilos de afrontamiento no productivo:

Hacerse ilusiones (Hi) y Reducción de la tensión (Rt)

4. Se encontró que la población con trastornos de conducta emplean estrategias de afrontamiento productivas Buscar diversiones relajantes (Dr) y Buscar pertenencia (Pe)
5. Existe una asociación importante entre los trastornos de conducta y los trastornos psiquiátricos afectivos de tipo depresivos así como con los trastornos de ansiedad
6. De los trastornos de conducta, el Trastorno Negativista Desafiante fue el que mas se encontró en la población estudiada, además de ser la patología más comórbida con los demás trastornos de conducta.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Debido a que este estudio se diseñó de tipo transversal y descriptivo no se pudo definir causalidad. Con base a los hallazgos se recomienda que se deban establecer estrategias que fomenten por un lado la disminución del uso de estrategias de afrontamiento de tipo no productivas y que asimismo se busque establecer el desarrollo de estrategias de afrontamiento productivas. También se recomienda que con base a la importante asociación encontrada con los trastornos de conducta y los trastornos afectivos y ansiosos debe hacerse una adecuada semiología de datos clínicos tanto afectivos como ansiosos en pacientes en quienes se sospeche de trastorno de conducta, con la finalidad de poder hacer una adecuada integración diagnóstica o bien hacer una oportuna detección de dichas patologías afectivas y ansiosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Lerner RM. Manual de psicología infantil volumen 1: Modelos Teóricos de Desarrollo Humano, 6ta edición, New Jersey Estados Unidos: Editorial Wiley & sons inc.; 2006.

²Lerner RM. Manual de psicología infantil volumen 1: Modelos Teóricos de Desarrollo Humano, 6ta edición, New Jersey Estados Unidos: Editorial Wiley & sons inc.; 2006.

³Cicchetti D, Cohen D. Developmental Psychopathology volumen 2, 2da edición New Jersey Estados Unidos: Editorial Wiley & sons inc.; 2006.

⁴Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Centre for Mental Health Services, Promotion and Prevention in Mental Health. Strengthening Parenting and Enhancing Child Resilience. Rockville, MD: DHHS Publications No. CMHS-SVP-0175; 2007.

⁵Becoña E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2006; 11(3): 125-146.

⁶Garnezy N y Rodnick E. Premorbid adjustment and performance in schizophrenia: Implication for interpreting heterogeneity in schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disease. 1959; 129: 450-466.

⁷Werner EE. High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. American Journal of Orthopsychiatry. 1989; 59: 72-81.

⁸Lazarus RS y Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.

⁹Castaño EF y Del Barco BL. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2010; 10(2): 245-257.

¹⁰Fierro A. Sobre la vida feliz. Málaga: Aljibe; 2000.

¹¹Dieter E. The Science of Well-Being. The Collected Works of Ed Diener. Illinois, Springer:

2008.

¹²Hortley J. y Little B.R. Affective and cognitive components of global subjective well-being measures. *Social Indicators Research*. 1985; 17: 189-197.

¹³Lawton MP. The varieties of well-being. *Experimental Aging Research*. 1983; 9: 65-72.

¹⁴Ryff, C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989; 57(6): 1.069-1.081.

¹⁵González R, Montoya I, Casullo M y Bernabéu J. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*. 2002; 14: 363-368.

¹⁶Figuroa MI, Contini N, Lacunza AB, Levín M, y Suedan AR. Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*. 2005; 21 (1): 66-72.

¹⁷Pelechano V. Familia, stress y enfermedad. *Análisis y modificación de conducta*. 1991; 55(17): 729-774.

¹⁸Fierro A. *Personalidad, sistema de conductas*. México: Trillas; 1983.

¹⁹Hombrados MA, Fierro A. *Estrés y salud*. Valencia España. Promolibro; 1999.

²⁰Samper P, Tur AM, Mestre V y Cortés MT. Agresividad y afrontamiento en la adolescencia. Una perspectiva intercultural. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2008; 8 (3): 431-440.

²¹Mestre V, Samper P, Tur A y Nácher MJ. Estilos de crianza y variables escolares relacionadas con la conducta prosocial y la conducta agresiva: un estudio longitudinal. Proyecto de Investigación del Plan Nacional del Ministerio de Ciencia y Tecnología. 2005.

²²Donaldson D, Prinstein MJ, Danovsky M. y Spirito A. Patterns of children.s coping with life

stress: Implications for clinicians. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2000; 70(3): 351-359.

²³Frydenberg E y Lewis R. Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*. 1991; 14: 119-133.

²⁴Fernández AE, García RB, Jimenez SM, Martín DM y Domínguez SF. *Psicología de la emoción*. Madrid, Editorial Universitaria Ramón Areces, UNED; 2010.

²⁵Bisquerra AR. Educación emocional y competencias básicas para la vida, *Revista de Investigación Educativa*. 2003; 21(1): 7-43.

²⁶Rutter ML, Graham PJ y Yule W. *A Neuropsychiatric Study in Childhood*. London Heinemann: SIMP;1970.

²⁷Glusman M. The Hypothalamic "savage" syndrome. *Agressions*. Research Publications ARNMS. 1974; 52: 52-92.

²⁸Epstein DJ, Legarreta M, Bueler E, King J, McGlade E, Yurgelun-Todd D. Orbitofrontal cortical thinning and aggression in mild traumatic brain injury patients. *Brain and Behavior*, 2016; 6 (12): 1-10.

²⁹Bandura A. *Agression, a Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall; 1973.

³⁰Hernández GE. *Agresividad y relación entre iguales en el contexto de la enseñanza primaria estudio piloto [Trabajo de investigación para doctorado]*, Oviedo Asturias, España. Universidad de Oviedo; 2001.

³¹Organización Mundial de la Salud. *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con Glosario y Criterios Diagnósticos de Investigación CIE-10: CDI-10*. Décima edición. México: Editorial Médica Panamericana; 2010.

³²Odgers CL, Moffitt TE, Broadbent JM, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, Poulton R, Sears MR, Thomson WM, Caspi A. Female and male antisocial trajectories: from childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*. 2008; 20 (2): 673-716.

³³Alda JA, Arango C, Castro J, Petitbo MD, Sotullo C, San L. Trastronos del comportamiento de la infancia y la adolescencia ¿Qué está sucediendo?. Espluges de Llobregat: Hospital de San Juan de Déu. FAROS; 2009.

³⁴Martínez SMJ. Características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Universidad de Murcia; 2007.

³⁵Mobilli RA, Rojas MC. Aproximación al adolescente con trastorno de conducta disocial. *Medigraphics*. 2006; 8 (2): 121-123.

³⁶Alda JA, Arango C, Castro J, Petitbo MD, Sotullo C, San L. Trastronos del comportamiento de la infancia y la adolescencia ¿Qué está sucediendo?. Espluges de Llobregat: Hospital de San Juan de Déu. FAROS; 2009.

³⁷Gratch LO. El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD), clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, adolescencia y la adultez. México: Editorial Médica Panamericana; 2009.

³⁸Rucklidge JJ. Gender differences in ADHD: implications for psychosocial treatments, *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2008; 8: 643-655.

³⁹Roberts RE, Roberts CR, Chan W. One-year incidence of psychiatric disorders and associated risk factors among adolescents in the community. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009; 50 (4): 405-415.

⁴⁰Viñas PF, González CM, García MY, Jane BMC, y Casas AF. (2012) Comportamiento perturbador en la adolescencia y su relación con el temperamento y los estilos de

afrontamiento. *Psicothema*. 2012; 24(4): 567-572.

⁴¹Miranda-Casas A, Presentación-Herrero MJ, Colomer-Diago C, Roselló B. Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de Neurología*. 2011; 52 (1):119-126.

⁴²McKee TE, Harvey E, Danforth JS, Ulaszek WR, y Friedman JL. The Relation Between Parental Coping Styles and Parent-Child Interactions Before and After Treatment for Children With ADHD and Oppositional Behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2004; 33 (1): 158-168.

⁴³Evans SW, Sibley M, y Serpell ZN. (2009), Changes in Caregiver Strain Over Time in Young Adolescents With ADHD: The Role of Oppositional and Delinquent Behavior. *Journal of Attention Disorders*. 2009; 12 (6): 516-524.

⁴⁴Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008; pp: 1-10.

⁴⁵Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, Cruz C. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. 2009; 32(2): 155-163.

⁴⁶ González R, Montoya I, Casullo M y Bernabéu J. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*. 2002; 14: 363-368.

⁴⁷ Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008; pp: 1-10.

⁴⁸Secretaría de Salud, registros hospitalarios. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N.

Navarro: morbilidad hospitalaria por edad y sexo, diagnósticos principales global. México; 2015.

⁴⁹Secretaría de Salud, división de mejora continua de la calidad. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: morbilidad de consulta externa. México; 2015.

⁵⁰ González R, Montoya I, Casullo M y Bernabéu J. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*. 2002; 14: 363-368.

⁵¹Roberts RE, Roberts CR, Chan W. One-year incidence of psychiatric disorders and associated risk factors among adolescents in the community. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009; 50 (4): 405-415.


⁵² Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008; pp: 1-10.

⁵³ Viñas PF, González CM, García MY, Jane BMC, y Casas AF. (2012) Comportamiento perturbador en la adolescencia y su relación con el temperamento y los estilos de afrontamiento. *Psicothema*. 2012; 24(4): 567-572.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de aprobación del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil

Dr. Juan N. Navarro



Oficio: DI/CI/956/0516
Asunto: registro de tesis derivada
México, D.F., a 2 de Mayo de 2016

Dra. Maria Elena Márquez Caraveo
Investigador responsable
Presente

Relacionado con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Proyecto: **Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: Bases para la intervención**
No. de registro: **I13-03-0315**
Aprobación CI: **1 abril 2015**

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO**


Título: **Estilos de afrontamiento en sujetos adolescentes con antecedentes de conductas disociales atendidos en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México**
No. Registro: **I13-03-0315-Td**
Tesis de: **Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente.**
Tesisista: **Oscar Valdez Santibáñez**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesisista:

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) a través del tesisista asignado, un informe de los avances del proyecto derivado durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como envío de pdf's de los productos generados (presentaciones en congresos, etc.).
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.




Atentamente


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

Cc: Registro de productividad
Archivo

Comisión Ejecutiva de Investigación Científica y Tecnológica
Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México

Anexo 2. Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

  
Comité de Ética en Investigación

"2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"

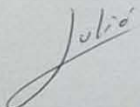
12/12/2016
Oficio no. 42

Dr. Oscar Valdez Santibañez
Tesista

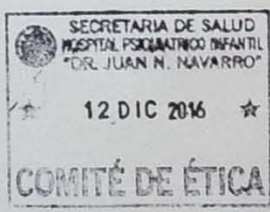
Por medio de la presente hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos secundarios derivados del proyecto: **"Estilos de afrontamiento en adolescentes con trastornos de conducta atendidos en un hospital psiquiátrico infantil de la ciudad de México"**.

Por lo que se extiende una carta de conformidad del cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Atte.

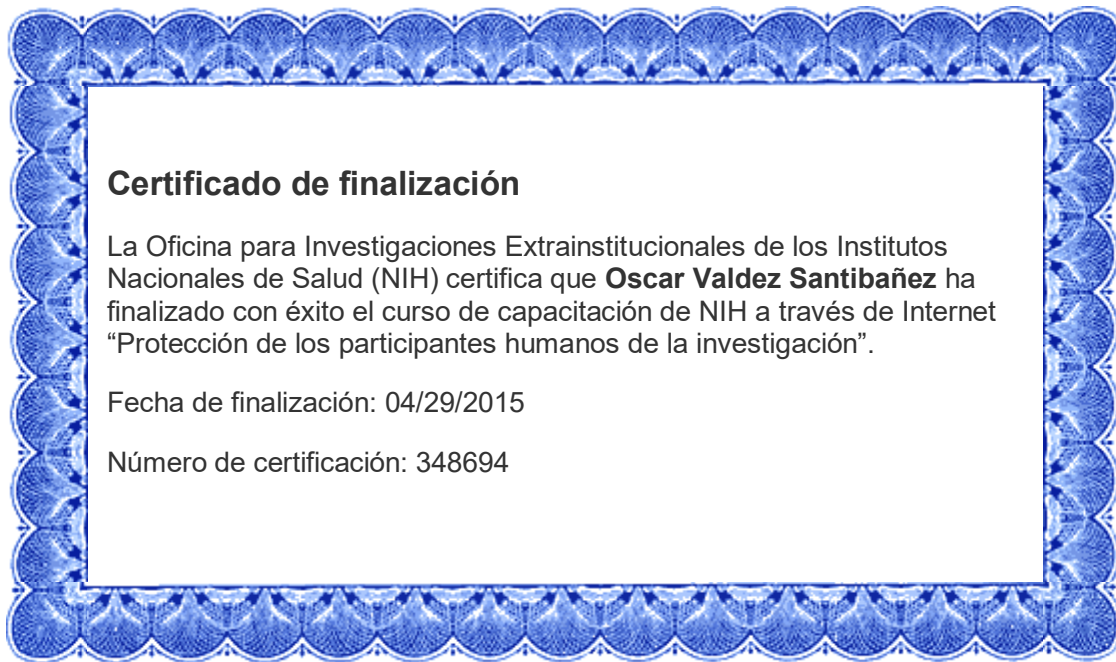


Dr. Julio César Flores Lázaro
Presidente del Comité de Ética en Investigación



Av. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan, C.P 14080, México DF
Teléfono 5573-2855, 5573-4866 y 5573-4844, www.sap.salud.gob.mx

Anexo 3. Certificado del curso de capacitación de NIH del autor



Anexo 4. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Titulo de la investigación

Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención

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.

Se aplicarán instrumentos tipo cuestionario que miden la intensidad de problemas como la depresión, la ansiedad, los problemas de atención o la conducta, además de que entrevistarán a mi hijo/a y a mí sobre estos temas. También pedirán que mi hijo/a y uno de sus papás respondamos a cuestionarios que evalúan el estilo de respuesta al estrés, aspectos del funcionamiento familiar y la presencia de situaciones de apuro económico. Los instrumentos que están en los cuestionarios y en la entrevista se llaman: Estatus socioeconómico, Escala de afrontamiento, Instrumento de evaluación de relaciones intrafamiliares, Autoinforme y Reporte del comportamiento de jóvenes, Estilos de crianza, Escala global de estrés para adolescentes y Mini entrevista internacional neuropsiquiátrica.

Estos cuestionarios y las entrevistas de la investigación, no tienen costo para nosotros y serán aplicadas en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual.

Beneficios del estudio

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

Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio

Si mi hijo/a y yo tenemos cualquier pregunta acerca de este estudio nos pondremos en contacto con la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, quien es la investigadora responsable y que se encuentra en la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", o podemos localizarla en el teléfono 54 85 43 70, en el turno matutino (7.30 am a 2.30 pm).

Derecho a retirarse del estudio

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

Confidencialidad

Las personas que participan en el estudio se comprometen a que la información obtenida de mi hijo/a se mantendrá confidencial. Los resultados de las evaluaciones pueden publicarse para fines científicos, siempre y cuando no se divulgue su identidad. Además me han enterado que la información puede ser mantenida y procesada en una computadora.

Firmas del Consentimiento informado

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

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

_____ Nombre completo y firma del 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 de la persona testigo 1	_____ Fecha
_____ Dirección	_____ Relación con el paciente
_____ Nombre completo y firma de la persona testigo 2	_____ Fecha
_____ Dirección	_____ Relación con el paciente
_____ Nombre completo y firma del investigador que explicó la información de este consentimiento	_____ Fecha

Anexo 5. Asentimiento informado

Asentimiento Informado

Título del estudio de investigación

Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención.

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.

Resolveré cuestionarios sobre instrumentos que miden la intensidad de problemas como la depresión, la ansiedad, y problemas de atención o de conducta, además me entrevistarán sobre estos temas. También me pedirán que responda a cuestionarios que evalúan el estilo de respuesta al estrés, aspectos del funcionamiento familiar, y la presencia de situaciones de apuro económico. Los instrumentos que están en los cuestionarios y en la entrevista se llaman: Estatus socioeconómico, Escala de afrontamiento, Instrumento de evaluación de relaciones intrafamiliares, Autoinforme y Reporte del comportamiento de jóvenes, Estilos de crianza, Escala global de estrés para adolescentes y Mini entrevista internacional neuropsiquiátrica.

Estos cuestionarios y las entrevistas del estudio, no tienen costo para nosotros y serán aplicados en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual.

Beneficios del estudio

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

Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio

Si tengo cualquier pregunta acerca de este estudio me puedo poner en contacto con la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, quien es la investigadora responsable y que se encuentra en la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", o podemos localizarla en el teléfono 54 85 43 70, en el turno matutino (7.30 am a 2.30 pm).

Derecho a retirarme del estudio

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

Confidencialidad

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

Firmas del 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 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 de la persona testigo 1	_____ Fecha
_____ Dirección	_____ Relación con el paciente
_____ Nombre completo y firma de la persona testigo 2	_____ Fecha
_____ Dirección	_____ Relación con el paciente
_____ Nombre completo y firma del investigador que explicó la información de este consentimiento	_____ Fecha

M.I.N.I. KID

MINI ENTREVISTA INTERNACIONAL NEUROPSIQUIÁTRICA

Para niños y adolescentes

Spanish for Mexico Translation Version 6.0

DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo, J. Janavs
University of South Florida College of Medicine - Tampa, EE.UU.

FRANCIA: Y. Lecrubier
Centre Hospitalier Sainte-Anne - Paris, Francia

© Copyright 1998-2010 Sheehan DV y Lecrubier Y.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida ni transmitida de ninguna forma, o por ningún medio, electrónico o mecánico, incluso por fotocopiado, ni por ningún sistema de recuperación o almacenaje de información, sin el permiso por escrito del Dr. Sheehan o del Dr. Lecrubier. Los investigadores y profesionales de la salud mental que trabajan en organizaciones sin fines de lucro o en organizaciones públicas (incluyendo universidades, hospitales sin fines de lucro e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias en papel del instrumento M.I.N.I. KID para su propio uso clínico e investigación.

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Nuestro objetivo es asistir con mayor eficacia y exactitud en la evaluación y el rastreo de pacientes. Antes de llevar a cabo cualquier acción basada en los datos recolectados y procesados por este programa, los mismos deberán ser revisados e interpretados por un profesional de la salud mental certificado. Este programa no está diseñado ni tiene como objetivo suplir una completa evaluación médica y psiquiátrica del profesional de la salud mental o psiquiatra calificado y certificado. Fue diseñado sólo como un instrumento para facilitar la recopilación precisa de datos y el procesamiento de síntomas obtenidos por personal capacitado.

M.I.N.I. KID 6.0 (January 1, 2010).

- 1 -

M I N I K I D - Mexico/Spanish - Version of 17 Nov 10 - Mapi Research Institute.
05879 / M I N I K I D 6_0_AUS 0_spa-MX doc

Anexo 7. Escala de Afrontamiento para Adolescentes, ACS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"



**CUADERNILLO
PARA ADOLESCENTES**

CLÍNICA

**PROYECTO PAPIIT
IN303714-3**

Responsable en la FES Zaragoza

Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Responsable en el Hospital

Dra. María Elena Márquez Caraveo

no: Barcelata Eguiarte y Márquez Caraveo
ril2015

PAPIIT IN303714-3