

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



**TESIS:**

Relación entre estilos de crianza y psicopatología adolescente en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

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

Eunice Iliáina Borrayo Magaña

**TUTORA:**

Dra. María Elena Márquez Caraveo

---

**CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## HOJA DE DATOS

### **Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:**

Dra. Eunice Iliáina Borrayo Magaña

Correo electrónico: eunic\_brry@hotmail.com

### **Nombre del Tutor (a):**

Dra. María Elena Márquez Caraveo

Correo electrónico: malenamarquezc@gmail.com

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

### **Nombre de los asesores:**

Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Correo electrónico: [bareg7@hotmail.com](mailto:bareg7@hotmail.com)

Institución donde labora: Universidad Nacional Autónoma de México FES Zaragoza

Mtra. Verónica Pérez Barrón

Correo electrónico: veronicaperezbarron@gmail.com

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Se agradece al proyecto PAPIIT IN 305917 “**Análisis ecológico multifactorial de la adaptación adolescente en entornos vulnerables y de adversidad para la promoción de un desarrollo positivo**” financiado por la DGAPA-UNAM con sede en FES Zaragoza, las facilidades proporcionadas para la realización de este proyecto de tesis

## **RESUMEN:**

**Antecedentes:** Hoy día se reconoce que la familia, y en particular la crianza, es un factor de riesgo o de protección, sin dejar de reconocer el rol que otros factores de riesgo, desempeñan en el desarrollo de la psicopatología infantil.

**Objetivo:** Evaluar si existe relación entre el estilo de crianza de mayor calidez y la presencia de menor psicopatología, así como si existe relación entre el estilo de crianza de mayor rechazo y el estilo de mayor control con la presencia de una mayor psicopatología, así mismo, si existe relación entre los estilos de crianza y trastornos psiquiátricos específicos en una población adolescente del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

**Material y método:** Se evaluaron 103 adolescentes entre 11 y 17 años de edad que contaban con expediente clínico en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Por medio de la entrevista MINI-KID se determinó la presencia de trastornos psiquiátricos. Se les aplicó la escala de EMBU para establecer el tipo de crianza. Se realizó un análisis por medio de chi-cuadrada.

**Resultado:** se comprobó que existe relación entre el estilo de control del padre y la presencia de trastornos afectivos, el estilo de rechazo del padre y la presencia de trastornos de ansiedad, el rechazo de la madre y la presencia de trastornos de conducta y entre el control del padre y la presencia de conducta suicida.

**Conclusiones:** Los datos de este estudio aportan una base empírica de la importancia de la relación entre estilos de crianza y psicopatología

**Términos MeSH:** Estilos de crianza, psicopatología, adolescentes

# ÍNDICE

Índice general

Introducción.....	6
Marco teórico.....	7
Crianza.....	7
Estilos parentales .....	8
Estilos de crianza.....	10
Psicopatología y crianza .....	12
Justificación.....	19
Planteamiento del problema.....	19
Hipótesis.....	20
Objetivos.....	20
Material y métodos.....	20
Resultados.....	26
Discusión.....	40
Conclusiones.....	43
Limitaciones y recomendaciones.....	44
Referencias.....	45
Anexos.....	52

## Índice de figuras y tablas

Figura 1. Modelo contextual del estilo de paternidad .....	8
Figura 2. Flujograma de actividades.....	23
Tabla 1. Definición de variables.....	22
Tabla 2. Cronograma de actividades .....	23
Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes .....	26
Tabla 4. Características de los hogares de los participantes.....	27
Tabla 5. Características diagnósticas de los participantes (Minikid).....	28
Tabla 6. Trastornos psiquiátricos identificados, clasificados por tipo de trastorno.....	29
Tabla 7. Medias de las sumatorias de los estilos de crianza.....	30
Tabla 8. Consolidado de resultados de la relación entre estilos de crianza y los trastornos psiquiátricos.....	31
Tabla 9. Relación entre los estilos de crianza y el mayor o menor presencia de psicopatología en los participantes.....	32
Tabla 10. Relación entre los estilos de crianza y la presencia de trastornos afectivos en los participantes.....	33
Tabla 11. Relación entre los estilos de crianza y la presencia de trastornos de ansiedad en los participantes.....	34
Tabla 12. Relación entre los estilos de crianza y la presencia de trastornos por consumo de sustancias en los participantes.....	35
Tabla 13. Relación entre los estilos de crianza y la presencia de trastornos de conducta en los participantes.....	36
Tabla 14. Relación entre los estilos de crianza y la presencia de trastornos psicóticos en los participantes.....	37
Tabla 15. Relación entre los estilos de crianza y la presencia de trastornos de la alimentación en los participantes.....	38
Tabla 16. Relación entre los estilos de crianza y la presencia de conducta suicida en los participantes.....	39

## INTRODUCCIÓN

En la literatura se refiere que la familia y su funcionamiento, juegan un rol importante en el desarrollo de los adolescentes. El estilo parental es un componente más específico del mundo familiar que alude a la relación del adolescente con padre y madre, en particular en los aspectos relativos a la crianza. Existen datos científicos sólidos que sugieren que los ambientes de crianza ejercen efectos importantes sobre una variedad de desenlaces, que incluyen desde variaciones en el contexto del funcionamiento adaptativo, el desarrollo psicológico saludable y el éxito en la escuela, hasta desenlaces psicopatológicos como el uso y abuso de drogas, el comportamiento agresivo y problemas de ansiedad en niños y adolescentes. Existe información acerca de cómo las prácticas de calidez, rechazo y control psicológico, se relacionan con los diferentes tipos de psicopatología y conducta suicida, sin embargo, no se ha realizado uno en población clínica adolescente mexicana, por lo que este estudio busca observar la relación entre estilos de crianza y la presencia o ausencia, así como el tipo de psicopatología con el que se relacionan, esto con el fin de diseñar a futuro, intervenciones basadas en información confiable obtenida de la investigación.

## MARCO TEÓRICO

Diversos estudios acerca de factores de riesgo y protección en el desarrollo infantil<sup>1-5</sup>, coinciden con los modelos contemporáneos del desarrollo, que explican la relación con las interacciones dinámicas continuas entre el niño, la experiencia provista por la familia y el contexto social<sup>6-10</sup>. Hoy día se reconoce que la familia, y en particular la crianza, es un factor de riesgo o de protección, sin dejar de reconocer el rol que otros factores de riesgo, desempeñan en el desarrollo de la psicopatología infantil<sup>9-10</sup>.

Una definición comúnmente utilizada de salud mental es "... un estado de bienestar en el cual el individuo realiza sus propias habilidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad"<sup>11</sup>.

Esta definición, deja claro que el bienestar mental o psicológico está influenciado no sólo por características o atributos individuales, sino también por las circunstancias socioeconómicas en las que las personas se encuentran y el entorno más amplio en el que viven. De acuerdo al enfoque de la Organización Mundial de la Salud, OMS sobre los factores que influyen en la salud mental del individuo o la génesis de psicopatología, intervienen factores individuales, ambientales, sociales y económicos. Esta perspectiva, la comparte la psicopatología del desarrollo, que es una disciplina científica que estudia la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo normal o anormal<sup>11-12</sup>.

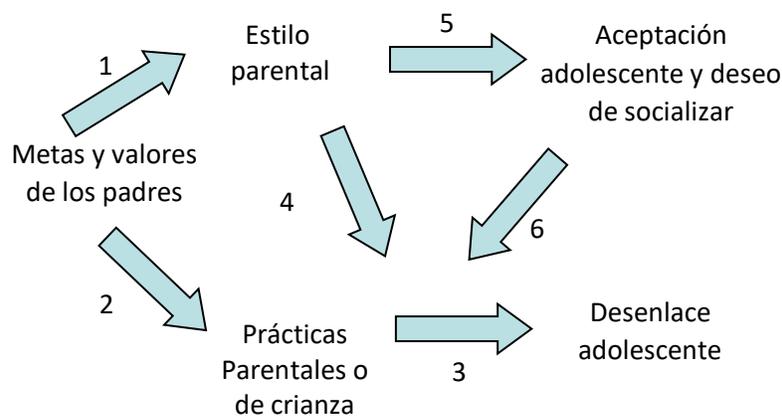
### **Crianza**

Crianza, se define como la acción de criar (Alboukrek, 2004), este término está orientado a la acción, significa no sólo el acto biológico sino también el acto de cuidar, alimentar y proteger. Este significado es dinámico y no necesariamente basado en una relación biológica, significa la "responsabilidad asumida por los padres respecto al crecimiento físico y desarrollo emocional y social" de un hijo (Smith, 1999)<sup>13</sup>.

Darling y Steinberg en 1993 definieron el estilo parental como la constelación de actitudes comunicadas hacia el niño y que crean un clima emocional en que las conductas parentales se expresan. Estas actitudes se expresan como los comportamientos de los padres no dirigidos

a un fin, tales como la expresión espontánea de las emociones a través de los gestos, los cambios en el tono de voz, el lenguaje corporal, la inatención y las explosiones temperamentales<sup>14</sup>. Por su parte las prácticas parentales son aquellas conductas específicas y orientadas a un fin, en que los padres ejercen sus obligaciones o deberes, las cuales tienen una meta social (objetivo de socialización) y un contenido específico. Estas prácticas se comprenden mejor bajo un dominio de socialización circunscrito, por ejemplo, el logro académico, la independencia o la cooperación con los pares. De acuerdo a estos autores, las predicciones respecto a las consecuencias de distintas técnicas de socialización deben considerar tanto el estilo como la práctica y proponen un modelo contextual de influencia parental en el desarrollo infantil que se observa en la Figura 1<sup>13</sup>.

**Figura 1. Modelo contextual del estilo de paternidad de Darling y Steinberg (1993).**



Fuente: Márquez MA. Correlatos familiares, de crianza e implicación parental como predictores del rendimiento académico. [Tesis doctoral]. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, 2007

### **a) Estilos parentales**

Lamb, Pleck y Levine en 1985, distinguen varios tipos de implicación parental: interacción, disponibilidad, y responsabilidad. Los autores entienden por interacción el contacto directo del progenitor con el hijo a través de actividades compartidas y de provisión de cuidados; por disponibilidad, el estar presente o accesible al niño sea que esté o no ocurriendo una interacción directa; y por responsabilidad, el rol que adopta el progenitor al asegurarse de que el niño está cuidado y que cuenta con los recursos que le sean necesarios. Este tipo de conceptualizaciones dio lugar a diversas investigaciones acerca de la cantidad y calidad de los intercambios diferenciando las díadas madre-hijo y padre-hijo. Se han empleado diferentes

enfoques dirigidos a la creación de tipologías al examinar los estilos o tipos de prácticas de crianza de los hijos. Sin duda, la tipología más incluyente ha sido la de Baumrind (1971), quien distingue tres tipos de crianza parental: con autoridad (“authoritative”), autoritaria, (“authoritarian”) y permisiva (“permissive”). Maccoby y Martin en 1983, extendieron la tipología de Baumrind, agregando un cuarto tipo de estilo parental caracterizado por la negligencia y la falta de compromiso<sup>15</sup>.

A partir del nivel de exigencia y la capacidad de respuesta, se constituye una tipología de cuatro estilos parentales: autoritario, democrático, indulgente e inconsistente. Cada uno de estos estilos refleja diferentes patrones de valores parentales, prácticas y comportamientos que ocurren de manera natural y que distinguen el balance de respuesta y exigencia. El estilo indulgente también se conoce como permisivo; y el inconsistente, como negligente. Los cuatro estilos proveen una constelación de conductas parentales tales como calidez, exigencia paterna y autonomía otorgada. El estilo autoritario se caracteriza por una baja sensibilidad, alta exigencia y poca autonomía otorgada; el democrático, por alta sensibilidad, alta exigencia paterna y alta autonomía otorgada; el permisivo, muestra altos niveles de sensibilidad y autonomía otorgada y bajos niveles de exigencia paterna; el negligente muestra poco compromiso, bajos niveles de calidez, exigencia y autonomía otorgada<sup>16</sup>.

El estilo autoritario implica poder de aserción sin calidez, ni cuidado o comunicación<sup>17</sup>. Los padres autoritarios intentan controlar las conductas y actitudes de los hijos con un conjunto absoluto de normas; valoran la obediencia, el respeto a la autoridad y la preservación del orden; carecen de sensibilidad hacia sus hijos, a los que demandan una alta madurez debido a que son intolerantes ante comportamientos inapropiados<sup>18</sup>. Son padres estrictos, pueden ser altamente intrusivos, esperan obediencia a sus órdenes sin ninguna explicación y reafirman el poder cuando sus hijos se portan mal; ofrecen ambientes ordenados y estructurados, con reglas claramente definidas<sup>19</sup>.

Los padres democráticos, tienen controles firmes sobre las conductas de sus hijos y hacen fuertes demandas encaminadas a la madurez; son flexibles y están dispuestos a escuchar el punto de vista de sus hijos; frecuentemente se ajustan a los comportamientos de éstos. Combinan su estilo con calidez, cariño, límites firmes, un alto nivel de supervisión, democracia y apertura en la comunicación; escuchan la opinión de los hijos y explican las razones de los castigos<sup>19</sup>. Se considera este estilo de crianza como el ideal en la formación de los hijos porque

se asocia con una alta autoestima y una baja depresión y ansiedad<sup>20</sup>. Cuando los padres utilizan un estilo de crianza permisivo, el apoyo es alto y el control es bajo. Es un estilo libre que permite a los hijos regular sus propias actividades con poca interferencia de los padres, debido a que no imponen reglas, solo las enuncian sin consecuencias por su transgresión, situación que permite su fluctuación y transformación constante<sup>14</sup>.

Los padres negligentes muestran poco o ningún compromiso con su rol, no ponen límites a sus hijos porque se carece de interés en hacerlo, son pocas las respuestas afectivas o de control conductual en situaciones diarias y/o en aquellas en que críticamente se requieren. Son padres que puntúan bajo en las dimensiones de exigencia y afectividad; en casos extremos, explícitamente rechazan a sus hijos<sup>14</sup>.

#### **a) Estilos de crianza**

Cuando se relacionan con los hijos y realizan sus funciones, los padres ponen en práctica unas tácticas llamadas estilos educativos, prácticas de crianza o estrategias de socialización, con la finalidad de influir, educar y orientar a los hijos para su integración social. Las prácticas de crianza difieren de unos padres a otros y sus efectos en los hijos también son diferentes<sup>20</sup>.

Con las prácticas de crianza los padres pretenden modular y guiar las conductas de los hijos en la dirección que ellos valoran y desean y de acuerdo a su personalidad<sup>21</sup>.

El constructo estilo de crianza, fue diseñado como una herramienta heurística inicialmente desarrollada para describir el ambiente o clima emocional. La investigación cualitativa y cuantitativa de los estilos de crianza se focalizó en tres de sus componentes: a) la relación emocional (actitudes) entre los padres y el niño; b) las prácticas y conductas de los padres (prácticas parentales o de crianza); y c) el sistema de valores y creencias de los padres<sup>13</sup>.

El término estilos de crianza, se refiere a la constelación de actitudes alrededor del menor, que involucran como se comunican con el niño y se crea el clima emocional con los padres y en donde se expresan las conductas del infante. Parte de los estilos de crianza son la calidez, el rechazo y el control parental. Las investigaciones han encontrado que una baja calidez por parte de los padres y un control inapropiado, así como el rechazo, son un importante factor de riesgo para la aparición de psicopatología en adolescentes<sup>22-24</sup>.

Los primeros estudios reunieron información relacionada con las técnicas disciplinarias, las reacciones típicas a conductas específicas de los niños y los valores subyacentes al proceso de la crianza a través de entrevistas, cuestionarios y escalas de actitudes. Posterior a la revisión de la literatura, desde 1959, Schaefer, identificó dos variables ortogonales: calidez / aceptación versus hostilidad / rechazo y control versus autonomía. Otros autores propusieron otra combinación de variables como: aceptación/rechazo y restricción/permisividad (Becker, 1964); democracia/autocracia e implicación/despreocupación (Baldwin, 1955); empatía/indiferencia y sobreprotección intrusiva (Parker, Tupling & Brown, 1979), o sensibilidad (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971)<sup>13</sup>.

Se propone que el proceso primario de influencia del estilo parental es indirecto, ya que modifica la capacidad del niño de socialización y con esto moldea la efectividad de las prácticas parentales. Desde esta perspectiva, el estilo de crianza, puede considerarse como una variable contextual, que modera la relación entre las prácticas específicas y los desenlaces específicos<sup>20</sup>. Un ejemplo de esta relación es la presentada por Steinberg y colaboradores en 1992, demostraron que la efectividad, con la que los padres se implican en los estudios de los hijos facilita el logro académico de los adolescentes<sup>25</sup>.

Para evaluar los estilos y las prácticas parentales se han diseñado instrumentos con diferentes propósitos, para etapas específicas de la niñez y la adolescencia<sup>26-27</sup>.

Schaefer en 1965 propuso un inventario en el que los niños son los informantes de las prácticas de crianza ya que se propuso que la percepción infantil de la conducta parental puede estar más relacionada con su adaptación que la conducta en sí misma. Uno de los primeros instrumentos que se desarrollaron fue el CRPBI (Children's Report of Parental Behaviour Inventory, Schaefer, 1965). Incluye las dimensiones de calidez/aceptación versus (vs.) rechazo, las de autonomía contra el control psicológico y las de control firme contra el control relajado<sup>28</sup>. El estudio de Knight y colaboradores de 1992 alertó sobre la precaución que debe tenerse respecto a la transferibilidad cultural de los instrumentos<sup>29</sup>. Con un énfasis transcultural, Knight, Virdin y Roosa en 1994 demostraron que pese a las diferencias en variables familiares sociales tales como, conducta de los padres, la comunicación y la cohesión/adaptación, entre dos grupos étnicos (anglosajones y latinoamericanos) y, a pesar de que los resultados revelaron que las madres latinas exhiben puntajes altos en escalas de

rechazo, inconsistencia, control hostil y cohesión comparadas con las anglosajonas, estas diferencias no se relacionan con la salud mental en los preadolescentes estudiados<sup>30</sup>.

Otro de los instrumentos con los que se cuenta es el PBI (Parental Bonding Instrument, Parker et al., 1979), cabe destacar que se desarrolló en Australia. Su estructura bidimensional informa de la dimensión de cuidado contra indiferencia y de la de autonomía vs. sobreprotección. El informe de las propiedades psicométricas incluyó la diferenciación entre el padre y la madre<sup>31</sup>.

El Eigna Minnen Beträffande Uppfostran, del sueco “Mis memorias de crianza” (EMBU) es un instrumento desarrollado inicialmente en Europa, adaptado y evaluado psicométricamente en más de 25 países, cuya validez, confiabilidad y ventaja transcultural se han establecido plenamente. La crítica respecto a que informa retrospectivamente de la crianza en los adultos ha sido subsanada por las investigaciones que evalúan la percepción actual en sujetos jóvenes, niños y adolescentes. Fue desarrollado por Perris<sup>27,32</sup> en Suecia, y algunos de los avances más importantes en términos de la medición de la percepción de crianza surgieron del análisis del instrumento en sí. En la década de los ochenta, Arrindell<sup>32</sup> concluyeron que, de forma inherente a las prácticas de crianza incluidas en el EMBU, subyacían cuatro factores de primer orden que eran replicados en numerosos países e idiomas: rechazo, calidez, control y favoritismo. La dimensión de rechazo consiste en la hostilidad, crítica, castigo y rudeza de los padres hacia el hijo, mientras que la calidez emocional es el grado en que los hijos se sienten apoyados, queridos y respetados por sus progenitores. Por su parte, el control o la sobreprotección incluye un alto grado de intromisión del padre en la vida del hijo, imposición de estrictos límites conductuales, así como protección y control excesivo contra las experiencias negativas. Finalmente, el favoritismo es el trato privilegiado de los padres hacia el hijo con respecto a sus hermanos, aunque esta dimensión parece ser específica solo en algunos países y es la que cuenta con menor replicabilidad. Se ha observado que las escalas de estilos parentales en México, no tienen la misma validez que en otras muestras internacionales, requiriendo una alta expresión del estilo para ser significativas<sup>33</sup>.

## **Psicopatología y crianza**

Para comprender los procesos a través de los cuales los estilos de crianza influyen en el desarrollo de los hijos, es importante tener en cuenta tres aspectos: las metas hacia las cuales

se dirige la socialización, las prácticas de crianza usadas por los padres para ayudar a los hijos a alcanzar estas metas, y el estilo o el clima emocional en el que ocurre la socialización<sup>34</sup>.

A continuación, se revisa en la literatura el impacto de los estilos de crianza negativos como el rechazo y el control, o la menor percepción de calidez, con los siguientes desenlaces:

#### **a) Crianza y trastornos del estado de ánimo**

Entre las investigaciones sobre depresión y pautas de crianza se encuentran las de Knoche, Givens y Sheridan publicada en el 2007<sup>35</sup> las cuales identificaron relaciones entre depresión materna, sentido parental y el desarrollo cognitivo de los hijos, pero no encontraron diferencias significativas. En otras investigaciones, Markowitz y colaboradores, en el año 2007<sup>35</sup>, establecieron una relación entre madres con depresión mayor y el desarrollo de los hijos, los cuales presentaban alteraciones del sueño y emocionales, principalmente. También, Newcomb, Mineka, Zinbarg y Griffith en el mismo año, plantearon que la sobreprotección y la percepción negativa del cuidado y la crianza, se relacionan con síntomas de desórdenes emocionales en la infancia y la adolescencia como la depresión y la ansiedad<sup>36</sup>.

De acuerdo a la teoría de determinación del self, se menciona que las personas tienen necesidades psicológicas fundamentales, tales como competencia, autonomía y relacionales. Cuando el contexto social no es capaz de satisfacer dichas necesidades (por ejemplo, la experimentación de una crianza negativa), los adolescentes son particularmente susceptibles a problemas de maladaptación<sup>37</sup>.

El rechazo de los padres tiene efectos negativos en la adaptación psicológica y el funcionamiento de la conducta de niños y adultos, razón por la cual los hijos pueden presentar irritabilidad e inestabilidad emocional<sup>3</sup>. Así mismo, las prácticas de crianza de menor calidez y mayor control se relacionan con la presencia de timidez y síntomas depresivos en sus hijos<sup>19-31</sup>, y el estilo de menor control, con padres que evitan la confrontación y es común que cedan a las demandas de sus hijos, éstos últimos tienen mayores probabilidades de presentar problemas académicos y de conducta<sup>19-31</sup>.

En 2014 Salirrosas y Saavedra, realizaron un estudio respecto a los estilos de crianza y la depresión, y se encontró que el rechazo, el control, la sobreprotección y el favoritismo tendrían relación directa con la depresión, mientras que la calidez tuvo una relación inversa con la presencia de depresión a lo largo de la vida<sup>39</sup>. Los adolescentes cuyos padres son esquivos,

poco comunicativos, críticos, poco tolerantes, menos propensos a brindar afecto, tienen pocas habilidades de regulación emocional y son más vulnerables a los trastornos depresivos<sup>40-41</sup>. Así mismo, se encontró que existe relación entre los padres exigentes, controladores y poco afectivos con el nivel de autoestima, depresión, ideación suicida, y dificultad en las relaciones interpersonales<sup>42-43</sup>. El control sin afecto, la sobreprotección y el favoritismo se comportarían como sucesos vitales estresantes tempranos, activando hormonas del estrés, que tienen efectos en los sistemas de neurotransmisores, en particular la serotonina y la epinefrina, incluso puede activar a ciertos genes, produciendo cambios estructurales y químicos cuando la exposición al estrés es crónica<sup>44,45</sup>.

## **b) Crianza y conducta Suicida**

El suicidio en adolescentes es un problema de salud pública. Es la segunda causa de muerte a nivel mundial en el grupo etario comprendido de los 10 a los 24 años<sup>46</sup>.

El comportamiento suicida puede ser dividido en tres fases: ideación suicida (tener pensamientos acerca de matarse a sí mismo); intento suicida (lesión autoinfligida con intencionalidad de matarse); y suicidio consumado. Tanto la ideación como el intento suicida son factores predictores de suicidio consumado en un futuro. Por lo que la evaluación de la ideación y los intentos suicidas, deben de tomarse como una guía para identificar el riesgo inminente de un suicidio consumado y realizar las medidas de prevención e intervención<sup>47-49</sup>.

La mayoría de las investigaciones que han estudiado la relación entre el control parental y las tendencias suicidas, se han enfocado de forma primordial en el establecimiento de reglas y el monitoreo parental, enfocándose en el control psicológico, así como también en la sobreprotección, mientras que otros no distinguen entre estos dos tipos de control parental. En efecto, el control conductual y el control psicológico presentan efectos distintos en las tendencias suicidas en los adolescentes. Esta inferencia se basa en que el control conductual presenta asociaciones negativas con problemas internalizados, mientras que el control psicológico, presenta asociaciones positivas con problemas internalizados, tales como depresión (la cual es un factor de riesgo para suicidio)<sup>37</sup>.

De acuerdo con la teoría biosocial de Marshall Linehan en 1987, el pobre desarrollo del sí mismo en pacientes con trastorno límite de personalidad, tiene una relación con la experiencia de un ambiente familiar invalidante durante la infancia, lo que le limita al niño la capacidad para

poder regular emociones de angustia, lo que incrementa la probabilidad de incurrir en lesiones autoinfligidas no suicidas. Se ha establecido en investigaciones, que relaciones negativas o invalidantes entre padres e hijos, se encuentran asociadas a lesiones autoinfligidas no suicidas. La evidencia sugiere varios factores de riesgo para este tipo de lesiones, refiriéndose al potencial del impacto que tienen los diferentes tipos de relaciones padre-hijo en el ámbito cognitivo, y las manifestaciones conductuales en la aparición de lesiones autoinfligidas no suicidas<sup>35-36, 50</sup>.

En Alemania Donath y colaboradores, utilizaron una muestra de adolescentes en el 2014, encontrando que la calidez del padre y de la madre en la infancia y el control materno en la adolescencia disminuyen los intentos suicidas en la adolescencia<sup>51</sup>.

En un estudio realizado con 1529 adolescentes chinos, los cuales completaron un cuestionario de manera anónima, que evaluaba tres dimensiones: crianza, desesperanza, ideación suicida e intentos suicidas. Posterior al control de variables tales como género, edad, estructura familiar y nivel socioeconómico, se encontró que la calidez en la crianza disminuye la tendencia suicida, mientras que el control psicológico favorece la presencia de tendencia suicida. Por lo que una crianza cálida disminuye la desesperanza, mientras que el control psicológico se encuentra asociado a la presencia de desesperanza y esto se relaciona con tendencia suicida. Sin embargo, el control conductual no predijo la aparición de tendencia suicida, pero si incremento la desesperanza que puede ser un factor de riesgo para tendencia suicida<sup>52</sup>.

También, Boeninger y colaboradores en el 2013, encontraron que los comportamientos de los padres (nutricio e involucrado contra crianza dura y no involucrado), predicen un cambio en los problemas relacionados con suicidio incluso posterior a controlar variables tales como psicopatología de los padres, psicopatología en el adolescente y los efectos del adolescente en la crianza. Estos hallazgos pueden ser explicados por diferentes teorías, una de ellas la del Apego, propuesta por Bowlby en 1980<sup>53</sup>, la cual postula que los individuos que reciben un cuidado insensible e inapropiado tienen mayores probabilidades de desarrollar un self disfuncional y alteraciones en sus relaciones con otros. Este modelo de internalización negativa se ha identificado como un factor de riesgo de tendencia suicidas en adolescentes. En suma, la teoría interpersonal del suicidio argumenta que los adolescentes cuyos padres frecuentemente presentaban crianzas negativas con baja calidez y alta inducción de culpa, son

más proclives a presentar sentimientos de soledad y minusvalía los cuales son factores de riesgo reconocidos para suicidio<sup>54</sup>.

### **c) Crianza y trastornos de ansiedad**

En 2007, Carrera describió que los pacientes con Trastorno de Ansiedad generalizada perciben a sus madres como más sobreprotectoras ( $p=0,000$ ) que los controles; aunque no se encontraron diferencias significativas en cuanto al grado de afecto y restricción entre ambas muestras. Se comparó la consistencia de las actitudes parentales, los pacientes percibían a sus madres significativamente más sobreprotectoras ( $p=0,000$ ) que sus padres, diferencia no encontrada en la población general ( $p>0,05$ ). Por lo que concluyen que los pacientes con trastorno de ansiedad perciben a sus madres como más sobreprotectoras que la población general. Además, existe inconsistencia en las actitudes parentales entre los progenitores de los pacientes con trastorno de ansiedad, mostrándose las madres significativamente más protectoras que los padres<sup>51</sup>.

### **d) Crianza y trastornos de la actividad y la atención**

En lo referente al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Hurt, Hoza y Pelham realizaron en 2007 un estudio con 110 niños diagnosticados con el trastorno y sus respectivos padres y madres, concluyeron que altos niveles de afecto por parte de los padres estaban significativamente relacionados con la aceptación y el menor rechazo por parte de los compañeros hacia sus hijos, mientras que el exceso de control producía el efecto contrario<sup>54</sup>. En la misma línea, en otro estudio llevado a cabo por Goldstein, Harvey y Friedman-Weieneth en 2007 con niños de tres años, se encontró que los padres de niños hiperactivos eran menos afectuosos y más controladores o bien presentaban un estilo educativo más negligente que los padres de niños no problemáticos<sup>55</sup>.

### **e) Crianza y trastornos de conducta**

Se ha relacionado el castigo agresivo con la agresión infantil y los bajos niveles de calidez o involucramiento con conductas de tipo opositoras. Los comportamientos delictivos y la pobre supervisión parental presentan una influencia recíproca, se encontró reciprocidad entre la baja calidez parental con desarrollo de conductas desafiantes en los adolescentes. Las conductas externalizadas se han asociado a bajo soporte y control parental<sup>56</sup>.

En el año 2000 Stormashak encontró que los padres que presentan disciplina punitiva o excesivo control son factor de riesgo para trastornos oposicionistas, agresivos, hiperactivos e internalizados en los niños<sup>57</sup>.

Ciertas prácticas parentales tales como el grado de involucramiento, la forma de manejar el conflicto, disciplina dura o inconsistente se ha correlacionado de forma directa y positiva con la presencia de conductas disruptivas o delictivas<sup>56</sup>.

Los niños que presentan conductas de robo cuentan con padres menor calidez tienden a presentar conductas negativas y hostiles (de rechazo) hacia los niños<sup>56</sup>.

En 2016, se realizó un estudio para determinar cómo las conductas maternas tuvieron o no relación con la presencia de conductas externalizadas. Se encontró que, en niños a la edad de 4 años, las conductas exteriorizadas estuvieron relacionadas con el control parental excesivo, mismo que repercutió a las edades de 5 y 6 años<sup>58</sup>.

#### **f) Crianza y trastornos por consumo de sustancias.**

En cuanto a la asociación de crianza y adicciones, la evidencia internacional señala que la percepción de crianza parental positiva por parte de los hijos podría tener efectos protectores contra la aparición de conductas externalizadas como el consumo de drogas lícitas e ilícitas<sup>53,54</sup>. Se ha encontrado que una crianza con presencia de afecto, apoyo y monitoreo se relaciona con una menor probabilidad de consumir sustancias en la vida y también con un menor consumo reciente por parte de los hijos<sup>51, 57-59</sup>.

Por su parte, el estilo con pobre calidez se asocia con mayor consumo de sustancias como el alcohol, el tabaco y la marihuana en adolescentes<sup>58</sup>.

En un estudio realizado en el 2014, con población mexicana en el que se comparará la percepción de crianza paterna contra la percepción de crianza materna y su relación con el inicio de consumo de sustancias, se detectó que cuando existía una mayor percepción del estilo de calidez, mayor o más tardía es la edad de inicio del consumo de sustancias. No obstante, a diferencia de la percepción de crianza global, se encontraron correlaciones

significativas en las dimensiones de rechazo, control y favoritismo, aunque la mayoría de menor intensidad. En el caso de la crianza paterna se apreciaron correlaciones negativas en la dimensión de rechazo y positivas en las dimensiones de control y favoritismo, con el consumo de sustancias. Por otra parte, la crianza materna no se correlacionó con la edad de inicio de ninguna droga<sup>56</sup>.

En el caso de la dimensión de rechazo paterno, ésta se correlacionó de forma negativa con la edad de inicio del tabaco y los inhalables, drogas con la edad de inicio más temprana, lo cual indica que a mayor percepción de prácticas que involucran características de hostilidad física y verbal, castigo, crítica o agresión, menor o más temprana es la edad de inicio en dichas drogas<sup>56</sup>.

Con respecto a la dimensión de control, se encontró una correlación positiva entre la percepción de crianza paterna y la edad de inicio en el consumo de tabaco, lo cual indica que, por ejemplo, a mayor percepción de imposición de obediencia, menor control de la conducta de uso de tabaco<sup>56</sup>.

#### **g) Crianza y trastornos de la conducta alimentaria**

Con relación a los trastornos de la conducta alimentaria, en 2016, se realizó un estudio para establecer la relación entre estos y los estilos de crianza, encontrándose que las actitudes parentales en la crianza desempeñan un papel relevante en el desarrollo y en el pronóstico de los TCA, influyendo la motivación para el cambio. De esta forma, los recuerdos sobre la crianza influyen sobre la actitud frente al cambio que las pacientes presentan al año de tratamiento. Las pacientes con mayor calidez percibido en su infancia podrían tener mayor sentimiento de autoeficacia, por lo cual presentan mejor respuesta al tratamiento. El estilo de crianza utilizado por los padres se ha asociado con la presencia o no de una adecuada percepción de la imagen corporal, asociándose un mayor control a una mayor distorsión imagen corporal<sup>60</sup>.

## **JUSTIFICACIÓN**

De acuerdo al Informe del Sistema de Salud Mental en México de la OMS de 2011, nuestro país carece de un programa nacional de salud mental específico para la niñez. El desarrollo de este componente dentro de los hospitales generales es muy escaso, lo que imposibilita la detección temprana y continua de los trastornos mentales y del comportamiento, ya que existen muy pocos servicios para niños a nivel primario. La atención de la salud mental en nuestro país recae en los hospitales psiquiátricos<sup>61</sup>. Lo anterior convierte a este hospital infantil en un hospital de concentración a donde acuden los niños con psicopatología que no ha sido tratada previamente. Por lo que, de acuerdo a los registros del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" del 2016, se ven muchos pacientes, con padecimientos graves, siendo los más frecuentes, como principal causa de atención en la consulta externa, las perturbaciones de la actividad y de la atención, seguida por los trastornos depresivos (episodio depresivo moderado, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos y distimia), trastornos de ansiedad, trastornos generalizados del desarrollo y trastorno oposicionista desafiante<sup>62</sup>. En el área de hospitalización los principales diagnósticos de atención fueron trastornos del humor persistentes, los episodios depresivos, esquizofrenia, trastornos mentales por consumo de sustancias, los intentos suicidas y trastornos disociales<sup>63</sup>. En la atención de estos pacientes, el tratamiento se enfoca principalmente al manejo psicofarmacológico y a intervenciones generales de familia, donde el componente familiar se analiza de manera superficial. Entonces es importante profundizar en la evaluación de los estilos de crianza de calidez, rechazo y control en relación con los trastornos psiquiátricos de los adolescentes que son atendidos en la consulta externa y en hospitalización, ya que al identificar qué factores de la crianza son protectores (ej. Calidez) así como los estilos que se relacionan con más o menos psicopatología (ej. Rechazo y control), nos proporcionará una base científica a estas intervenciones y se podrá reenfocar el modelo de atención multimodal.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Existe información acerca de cómo las prácticas de calidez, rechazo y control psicológico, se relacionan con los diferentes tipos de psicopatología y conducta suicida, sin embargo, no se ha realizado uno en población clínica adolescente mexicana. Por lo que esta investigación se

plantea la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre las prácticas de crianza tanto del padre como de la madre con el número de diagnósticos y los trastornos psiquiátricos específicos?

## HIPÓTESIS

Existe relación entre las prácticas de crianza tanto del padre como de la madre con el número de diagnósticos y los trastornos psiquiátricos específicos.

## OBJETIVO

**General:** Evaluar la relación entre las prácticas de crianza tanto del padre como de la madre con el número de diagnósticos y los trastornos psiquiátricos específicos en adolescentes de una muestra clínica del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

### **Específicos:**

1. Describir las características sociodemográficas, el servicio de procedencia, así como el tipo y subtipo de hogar de los participantes.
2. Identificar los diferentes estilos de crianza reportados por los participantes.
3. Identificar los diagnósticos más prevalentes, por número de diagnósticos y por grupo diagnóstico en los adolescentes de la muestra.
4. Establecer la relación entre aceptación, rechazo y control, con respecto al número de diagnósticos y al grupo diagnóstico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño:** Diseño prospectivo, transversal, observacional, descriptivo y de asociación.

**Población:** Se incluyeron 103 adolescentes (N=103), hombres y mujeres, de 11 a 17 años 11 meses de edad de la Clínica de la Adolescencia y de las Unidades de Hospitalización Varones y Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

### **Muestreo:**

La muestra fue no probabilística por conveniencia.

**Criterios de inclusión:**

Pacientes de consulta externa u hospitalizados

Tener 11 a 17 años 11 meses de edad

Que contara con la presencia de por lo menos 1 de los padres o tutor al momento del estudio.

Haber firmado el consentimiento informado de los padres

Haber firmado el Asentimiento informado por parte del adolescente.

**Criterios de exclusión.**

Que al momento del estudio presentaran un trastorno psicótico agudo severo con delirios, alucinación, agresividad, etc. debido a esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso/dependencia a drogas.

Que fueran portadores de discapacidad intelectual que les impida la comprensión y respuesta del auto-informe de la conducta.

Estar bajo efecto de sedación importante, acatisia o algún otro efecto colateral importante de la medición prescrita en hospitalización.

Que no aceptaran firmar el consentimiento o el asentimiento informados.

**Criterios de eliminación**

No llenar adecuadamente los consentimientos.

Que el participante retire su consentimiento.

**Definición de Variables:**

Psicopatología: todos los desórdenes mentales diagnosticables, condiciones de salud caracterizadas por alteraciones en el pensamiento, estado de ánimo o conducta (o alguna combinación de ellos), asociados con angustia y/o deterioro funcional. (SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services).

Estilos de Crianza: se refiere a la constelación de actitudes alrededor del niño que involucran como se comunican con el niño y se crea el clima emocional con los padres y en donde se expresan las conductas del infante (Domenech, Donovan, Crowley 2009).

**Tabla 1**  
**Definición de variables**

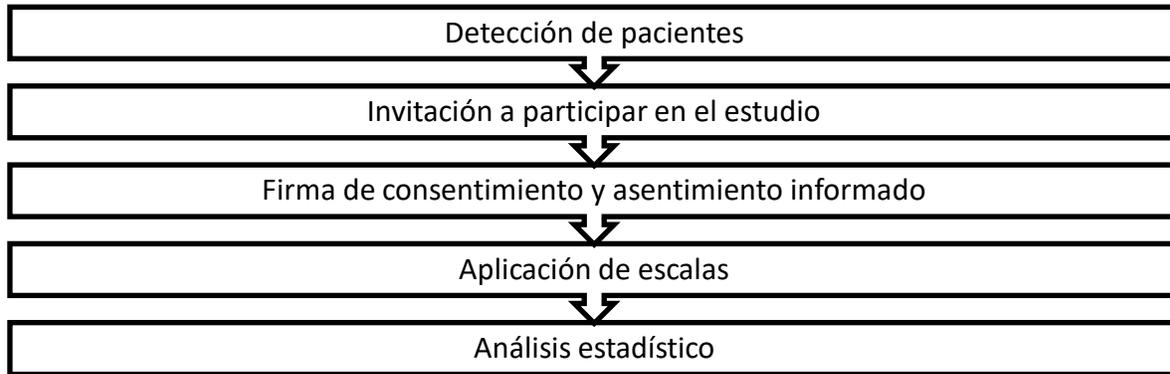
Variable	Definición Operacional	Tipo	Medida
<b>Psicopatología</b>	Trastorno para el cual se cumplen los criterios diagnósticos según el MINI -KID	Cuantitativa	Mayor presencia de Psicopatología: La presencia de 3 o más diagnósticos del Mini-kid. (se obtuvo de acuerdo a la mediana de la muestra) Menor presencia de Psicopatología: La presencia de menos de 3 diagnósticos del Mini-kid (se obtuvo de acuerdo a la mediana de la muestra)
<b>Estilos de crianza</b>	Puntaje obtenido en la escala tipo Likert de EMBU-I (Márquez-Caraveo, M. E., Hernández-Guzmán, L., Aguilar, J., Pérez-Barrón, V. & Reyes-Sandoval, M. Datos psicométricos del EMBU-I "Mis memorias de crianza" como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la ciudad de México. Salud Mental, 2007: 30(2), 58-66.	Cuantitativa	Tres tipos de percepción de crianza: calidez emocional (o aceptación), rechazo, control (o sobreprotección)

**Procedimiento:**

El nombre del proyecto principal es: Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención , cuya investigadora principal es la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo. Con número de registro: II3-3-0315 y fecha de aprobación del comité de investigación: 01 de Abril de 2015. El presente proyecto de tesis es derivado del antes mencionado y su título es: Relación entre estilos de crianza y psicopatología adolescente en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", con número de registro ante el comité de investigación: II3-3-0315-Te. (Anexo 1). Se reclutaron pacientes que contaban con expediente clínico y acudían a consulta del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", ya sea en consulta externa o en hospitalización, invitándoles a participar en el estudio. En caso de aceptar la participación se firmó el consentimiento y asentimiento informado por parte del padre/tutor y por el paciente respectivamente (Anexo 2 y 3). A los adolescentes se les aplicó la entrevista diagnóstica Mini International Neuropsychiatric Interview MINI-KID (Anexo 4) para niños y adolescentes; además se les pidió responder un cuadernillo con El EMBU-I<sup>27</sup> (Anexo 5). De igual forma a los padres se les solicitó responder un cuadernillo con la Escala de Estilos de Crianza para Padres (EMBU-P adaptada por Barcelata, 2013, de Márquez et al., 2009). Al cumplir con los criterios de selección del estudio fueron incluidos o excluidos según cada caso.

La información obtenida de las escalas se vació en una base de datos electrónica para completar el análisis estadístico, el cual se realizó por medio de chi-cuadrada.

**Figura 2. Flujoograma de actividades.**



**Cronograma:**

**Tabla 2**  
**Cronograma de actividades**

ACTIVIDADES	Mayo 2016	Junio 2016	Agosto 2016	Septiembre 2016	Octubre 2016	Noviembre 2016	Diciembre 2016	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017	Abril 2017	Mayo 2017
Elaboración de Protocolo												
Aprobación por Comités												
Recolección de la muestra												
Análisis de resultados												
Elaboración de informe final												
Entrega de resultados												

## **Instrumentos:**

### **EMBU-I**

El Eigna Minnen Beträffande Uppfostran, del sueco “Mis memorias de crianza”, EMBU. (Perris C. 1950, Arrindel Wa. 1983, Castro J. 1993, Márquez C. 2007), es un instrumento desarrollado inicialmente en Europa. El EMBU-I es una versión de 41 reactivos tipo Likert, simplificada por Castro y col. del instrumento original. Que mantiene el mismo formato y opción de respuesta con el objetivo de conservar el significado original de cada pregunta. El EMBU-I en su versión española de 41 reactivos, fue revisado por los investigadores y adaptado para su uso en México por Márquez Caraveo y colaboradores en el 2007<sup>27</sup>. Mide los cuatro tipos de percepción de crianza: calidez emocional (o aceptación) con un Alfa de Cronbach de .91 (padre) y .89 (madre), rechazo con un Alfa de Cronbach de .74 (padre) y .73 (madre), control (o sobreprotección) con un Alfa de Cronbach de .68 (madre) y .64 (padre) y favoritismo con un Alfa de Cronbach de .44 (padre) y .39 (madre). Los puntajes máximos corresponden a la presencia más acentuada de la característica medida<sup>13</sup>.

### **Mini entrevista internacional para niños y adolescentes (MINI KID)**

Minikid: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents). Elaborado en 1990 por Sheehan y colaboradores. Es una entrevista diagnóstica estructurada, de administración Heteroaplicada y de duración breve. Explora, para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Está dividida en módulos, identificados por letras (A-X), cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. Con respecto a la interpretación, al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen o no los criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad del instrumento ha sido establecida con respecto al CIDI y la confiabilidad con respecto al KSADS (Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. 1997; Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D 1998). Se requiere previo entrenamiento para su aplicación. Validada al español por Ferrando y

colaboradores, con una confiabilidad Inter evaluador de .9 a 1, la validez concurrente con entrevista clínica fue del .35 al .548. Validada en México por Munguía, Ulloa y colaboradores en el 2004<sup>64-66</sup>.

### **Análisis estadístico:**

A través de medidas de tendencia central (Media, Mediana y moda) y de dispersión (Desviación estándar) se midieron los puntajes obtenidos en las escalas, mientras que a través de estadística inferencial se hicieron las asociaciones. Se utilizó el software SPSS versión 22 para el análisis de los datos.

### **Consideraciones Éticas:**

Con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, título segundo, capítulo 1, artículo 17. El proyecto general y el presente fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (Anexo 6) Adicionalmente la autora del presente trabajo realizó el curso en línea "Protección de los participantes humanos de la Investigación" impartido por el National Institutes of Health de los EUA (Anexo 7). La investigación se considera de bajo riesgo por tratarse de un estudio observacional. Se obtuvo el consentimiento y asentimiento informado por parte del padre/tutor y del paciente respectivamente, explicando ampliamente cuál sería su participación en el estudio, los riesgos y beneficios, siendo explícitos en mencionar el derecho de retirar su consentimiento informado en el momento en que así lo desearan y que esto no tendría repercusión alguna en su tratamiento en el hospital.

## RESULTADOS

**Tabla 3**  
**Datos sociodemográficos de los adolescentes participantes (N=103)**

Característica	Variable	n	%	$\bar{x}$	(Rango)
<b>Sexo</b>					
	Masculino	48	46		
	Femenino	55	53		
<b>Edad</b>					
	10-14 años	67	65	14.07 años	(11 - 17 años)
	14- 17 años	36	35		
<b>Escolaridad</b>					
	Primaria incompleta	8	8		
	Primaria	63	61		
	Secundaria	32	31		
<b>Ocupación</b>					
	Estudio	82	80		
	estudio y trabajo	7	7		
	solo trabajo	4	4		
	ni estudio ni trabajo	9	9		
<b>Servicio de procedencia</b>					
	Consulta externa	59	57		
	Hospitalización	43	42		
	Se desconoce	1	1		

**Nota:** n=número; %=Porcentaje;  $\bar{x}$ =Media

Respecto a las características sociodemográficas de los participantes, en la tabla 3 se observa que la mayoría de los adolescentes del estudio, fueron del sexo femenino (53%), con un predominio de adolescentes tempranos. Respecto a la escolaridad la mayor proporción se encontró cursando la primaria (61%). La ocupación de estudiante se observó en el 80% de los participantes, 11% trabaja y casi la misma proporción (9%) no estudia ni trabaja. El 57% de los participantes se obtuvieron de la consulta externa y el 42% de las áreas de hospitalización

**Tabla 4**  
**Características de los hogares de los participantes (N=103)**

Tipo de Hogar	n	%
<b>Familia Nuclear</b>		
Biparental	30	29
Monoparental madre	24	23
Monoparental padre	1	1
Familia Reconstruida Padrastro	7	7
<b>Total</b>	62	60
<b>Familia No nuclear</b>		
Biparental	16	16
Monoparental Madre	16	16
Monoparental Padre	3	3
Reconstruida Padrastro	1	1
Sin padres	4	4
<b>Total</b>	40	39
<b>No Familiar</b>		
Corresidencial	1	1

**Nota:** n=número; %=Porcentaje

De acuerdo a las características del tipo de hogar al que pertenecen los participantes, en la tabla 4 se observa que la mayoría pertenecen a una familia nuclear (60%) con un predominio, dentro de este tipo de familia, del subtipo biparental. Observándose un patrón similar en cuanto a las familias no nucleares de los participantes, donde se manifestó también un predominio de las familias monoparentales.

**Tabla 5**  
**Características diagnósticas de los participantes según MINI-KID (N = 103)**

	$\bar{X}$	Mediana	Moda	Rango
<b>Número de diagnósticos psiquiátricos por paciente</b>	4	3	3	(0-13)
<b>Diagnóstico</b>				<b>n</b> <b>%</b>
Conducta suicida				69   67%
Trastorno depresivo mayor				65   63%
Trastorno negativista desafiante				49   48%
Distimia				46   45%
TDAH mixto				22   21%
TDAH desatento				22   21%
Trastorno disocial				20   19%
Trastorno de ansiedad generalizada				16   16%
Trastorno por estrés postraumático				10   10%
Trastorno de ansiedad de separación				9   9%
Agorafobia				8   8%
Fobia específica				8   8%
Trastorno de angustia actual				7   7%
Trastorno de angustia de por vida				7   7%
Fobia social no generalizada				6   6%
Dependencia del alcohol				5   5%
Abuso del alcohol				5   5%
TDM Recurrente				3   3%
Trastorno obsesivo compulsivo				3   3%
Dependencia de sustancias				3   3%
Abuso de sustancias				3   3%
Trastorno psicótico actual				3   3%
TDAH hiperactivo impulsivo				2   2%
Trastorno del humor con rasgos psicóticos actual				2   2%
Episodio maniaco pasado				1   1%
Anorexia nerviosa				1   1%
Bulimia nerviosa				1   1%
Trastorno adaptativo				1   1%
Trastorno generalizado del desarrollo				1   1%

**Nota:** n=número; %=Porcentaje;  $\bar{X}$ =Media

En la tabla 5 se observa la frecuencia de presentación de diagnósticos identificados en los participantes de acuerdo al instrumento MINIKID. En primer lugar la conducta suicida, seguido del trastorno depresivo mayor y en tercer lugar el trastorno negativista desafiante.

**Tabla 6**

**Frecuencias de los trastornos psiquiátricos identificados por MINIKID clasificados por tipo de trastorno (N = 103)**

<b>Diagnóstico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Conducta suicida</b>	69	67
<b>Trastornos afectivos</b>		
Trastorno depresivo mayor	65	63
Distimia	46	45
TDM Recurrente	3	3
<b>Trastornos conductuales</b>		
Trastorno negativista desafiante	49	48
TDAH mixto	22	21
TDAH desatento	22	21
Trastorno disocial	20	19
TDAH hiperactivo impulsivo	2	2
<b>Trastornos de ansiedad</b>		
Trastorno de ansiedad generalizada	16	16
Trastorno por estrés postraumático	10	10
Trastorno de ansiedad de separación	9	9
Agorafobia	8	8
Fobia específica	8	8
Trastorno de angustia actual	7	7
Trastorno de angustia de por vida	7	7
Fobia social no generalizada	6	6
Trastorno obsesivo compulsivo	3	3
<b>Trastornos por consumo de sustancias</b>		
Dependencia del alcohol	5	5
Abuso del alcohol	5	5
Dependencia de sustancias	3	3
Abuso de sustancias	3	3
<b>Trastornos psicóticos</b>		
Trastorno psicótico actual	3	3
Trastorno del humor con rasgo psicótico actual	2	2
<b>Trastornos de la alimentación</b>		
Anorexia nerviosa	1	1
Bulimia nerviosa	1	1
<b>Otros</b>		
Trastorno generalizado del desarrollo	1	1

**Nota: n=número; %=Porcentaje**

En la tabla 6 observamos los diagnósticos de los participantes obtenidos por MINIKID de acuerdo a su clasificación y en frecuencia descendente por área, donde se pone de manifiesto que el trastorno más prevalente en la muestra fue la Conducta Suicida, seguido de los Trastornos Afectivos.

**Tabla 7****Medias de las sumatorias de calidez, rechazo y control de padre y madre (N = 103)**

Estilo de crianza	Padre (n=97)		Madre (n=103)	
	$\bar{x}$	(d.e.)	$\bar{x}$	(d.e.)
<b>Calidez</b>	36.44	13.17	42.21	9.26
<b>Rechazo</b>	12.12	3.82	13.25	3.77
<b>Control</b>	19.02	5.5	23.07	5.24

**Nota:** n=Número; d.e.=Desviación estándar;  $\bar{x}$ =Media

En la tabla 7 podemos observar las medidas de tendencia central, de los integrantes del estudio. De los cuales, 6 de los participantes no completaron el apartado padre de la escala EMBU-I, debido a que no cuentan con este progenitor.

Tabla 8

**Consolidado de los resultados obtenidos relación entre aceptación, rechazo y control y los diferentes trastornos psiquiátricos (N = 103)**

Trastorno	Padre												Madre												
	Calidez				Rechazo				Control				Calidez				Rechazo				Control				
	↑	↓	X <sup>2</sup>	p	↑	↓	X <sup>2</sup>	p	↑	↓	X <sup>2</sup>	p	↑	↓	X <sup>2</sup>	p	↑	↓	X <sup>2</sup>	p	↑	↓	X <sup>2</sup>	p	
Afectivos	P	21	23	1.55	0.21	16	28	1.11	0.29	26	18	4.39	<b>0.03</b>	23	24	0.08	0.77	15	32	0.16	0.68	22	25	0.16	0.69
	A	32	21			14	39			20	33			29	27			20	36			24	32		
Ansiedad	P	15	19	2.34	0.13	15	19	4.26	<b>0.04</b>	18	16	0.64	0.42	18	20	0.23	0.63	15	23	0.81	0.37	20	18	0.18	0.67
	A	38	25			15	48			28	35			34	31			20	45			37	28		
Consumo de sustancias	P	4	5	0.42	0.52	3	6	0.03	0.87	5	4	0.263	0.61	3	7	1.86	0.17	4	6	0.18	0.67	3	7	0.96	0.33
	A	49	39			27	61			41	47			49	44			31	62			43	50		
De conducta	P	34	28	0.003	0.96	21	41	0.69	0.40	27	35	1.03	0.31	33	32	0.006	0.94	27	38	4.47	<b>0.03</b>	32	33	1.49	0.22
	A	19	16			9	26			19	16			19	19			8	30			14	24		
Psicóticos	P	2	1	0.18	0.67	2	1	1.85	0.17	2	1	0.46	0.49	3	1	1	0.32	3	1	3.12	0.07	2	2	0.05	0.82
	A	51	43			28	66			44	50			49	50			32	67			44	55		
Alimentación	P	1	1	0.02	0.89	0	2	0.91	0.34	1	1	0.005	0.94	0	2	2.08	0.15	0	2	1.05	0.30	0	2	1.65	0.2
	A	52	43			30	65			45	50			52	49			35	66			46	55		
Conducta	P	37	29	0.17	0.68	21	45	0.08	0.78	36	30	4.20	<b>0.04</b>	36	33	0.24	0.63	25	44	0.47	0.49	31	38	0.006	0.94
	A	16	15			9	22			10	21			16	18			10	24			15	19		

Nota: P=Presencia; A=Ausencia; ↑=Mayor a la media; ↓=Menor a la media

En la tabla 8 Se observa el resultado que se obtuvo al evaluar mediante chi cuadrada, la asociación entre la presencia de los diferentes trastornos psiquiátricos y los estilos de crianza en la madre y el padre por separado, de calidez, rechazo y control. Se obtuvo una relación significativa entre el estilo de control en el padre y los trastornos afectivos, también entre el estilo de rechazo en el padre y los trastornos de ansiedad (p=0.04), entre el estilo de rechazo en la madre y los trastornos de conducta (p=0.03) y entre el estilo de control en el padre y la conducta suicida (p=0.04), en la muestra de adolescentes participantes.

**Tabla 9**

**Relación entre aceptación, rechazo y control y la mayor o menor presencia de psicopatología en los adolescentes participantes (N = 103)**

Estilo de crianza		Número de diagnósticos psiquiátricos			
		> Me	< Me	$\chi^2$ (1)	p
Calidez/aceptación padre	> $\bar{X}$	19	34	3.41	0.065
	< $\bar{X}$	24	20		
Calidez/aceptación Madre	> $\bar{X}$	22	30	0.24	0.628
	< $\bar{X}$	24	27		
Rechazo padre	> $\bar{X}$	17	13	2.68	0.10
	< $\bar{X}$	26	41		
Rechazo madre	> $\bar{X}$	19	16	1.99	0.16
	< $\bar{X}$	27	41		
Control padre	> $\bar{X}$	23	23	1.14	0.29
	< $\bar{X}$	20	31		
Control madre	> $\bar{X}$	24	22	1.89	0.17
	< $\bar{X}$	22	35		

**Nota:** > $\bar{X}$ = Superior a la media; < $\bar{X}$ =Inferior a la media; > Me= Superior a la mediana; < Me= inferior a la mediana;  $\chi^2$  (1)= Chi cuadrada

Tabla 9. Se presentan las tablas de contingencia elaboradas con los datos obtenidos del análisis de los estilos de crianza (calidez/aceptación, rechazo y control) reportados por los participantes, mismos que se dividieron en dos grupos, de mayor o menor, tomando como punto de corte para la calidez/aceptación del padre el 36.44, para calidez/aceptación de la madre 42.21, rechazo padre 12.12, rechazo madre 13.25, control padre 19.02 y control madre 13.25, debido a que son los valores de la media obtenida de los participantes, y se comparó con el número de diagnósticos identificados en los participantes mediante el MINIKID, mismos que se dividieron en dos grupos, tomando como referencia el 3 que es la mediana del número de diagnósticos de la muestra en general. Se observa el resultado al aplicar chi cuadrada, en donde observamos que no hubo una significancia estadística entre aceptación, rechazo y control y la presencia de mayor o menor cantidad de diagnósticos psiquiátricos, en los adolescentes pertenecientes al estudio.

Tabla 10

**Relación entre aceptación, rechazo y control y la presencia de trastorno afectivos en los adolescentes participantes (N = 103)**

Estilo de crianza		Trastornos afectivos			
		Presencia	Ausencia	$\chi^2 (1)$	p
Calidez/aceptación padre	> $\bar{X}$	21	32	1.55	0.21
	< $\bar{X}$	23	21		
Calidez/aceptación madre	> $\bar{X}$	23	29	0.08	0.77
	< $\bar{X}$	24	27		
Rechazo padre	> $\bar{X}$	16	14	1.11	0.29
	< $\bar{X}$	28	39		
Rechazo madre	> $\bar{X}$	15	20	0.16	0.69
	< $\bar{X}$	32	36		
Control padre	> $\bar{X}$	26	20	4.39	<b>0.04</b>
	< $\bar{X}$	18	33		
Control madre	> $\bar{X}$	22	24	0.16	0.69
	< $\bar{X}$	25	32		

Nota: > $\bar{X}$  = Superior a la media; < $\bar{X}$  = Inferior a la media;  $\chi^2 (1)$  = Chi cuadrada

En la tabla 10, al evaluar la asociación entre el control del padre y la presencia de trastornos afectivos, se obtuvo una relación significativa con un valor de  $\chi^2 = 4.39$  y un valor de  $p = 0.04$ .

Tabla 11

**Relación entre aceptación, rechazo y control y la presencia de trastorno de ansiedad en los adolescentes participantes (N = 103)**

Estilo de crianza		Trastornos de ansiedad			
		Presencia	Ausencia	$\chi^2 (1)$	p
Calidez/aceptación padre	> $\bar{X}$	15	38	2.34	0.13
	< $\bar{X}$	19	25		
Calidez/aceptación madre	> $\bar{X}$	18	34	0.23	0.63
	< $\bar{X}$	20	31		
Rechazo padre	> $\bar{X}$	15	15	4.26	<b>0.04</b>
	< $\bar{X}$	19	48		
Rechazo madre	> $\bar{X}$	15	20	0.81	0.37
	< $\bar{X}$	23	45		
Control padre	> $\bar{X}$	18	28	0.64	0.42
	< $\bar{X}$	16	35		
Control madre	> $\bar{X}$	20	37	0.18	0.67
	< $\bar{X}$	18	28		

Nota: > $\bar{X}$  = Superior a la media; < $\bar{X}$  = Inferior a la media;  $\chi^2 (1)$  = Chi cuadrada

En la tabla 11, al evaluar mediante chi cuadrada, la relación entre el rechazo del padre y la presencia de trastornos de ansiedad, se obtuvo una asociación significativa con un valor de  $\chi^2 = 4.26$  y un valor de  $p = 0.04$ .

**Tabla 12**

**Relación entre aceptación, rechazo y control y la presencia de trastorno por consumo de sustancias en los adolescentes participantes (N = 103)**

Estilo de crianza		Trastornos por consumo de sustancias			
		Presencia	Ausencia	$\chi^2 (1)$	p
Calidez/aceptación padre	> $\bar{X}$	4	49	0.42	0.52
	< $\bar{X}$	5	39		
Calidez/aceptación madre	> $\bar{X}$	3	49	1.86	0.17
	< $\bar{X}$	7	44		
Rechazo padre	> $\bar{X}$	3	27	0.03	0.87
	< $\bar{X}$	6	61		
Rechazo madre	> $\bar{X}$	4	31	0.18	0.67
	< $\bar{X}$	6	62		
Control padre	> $\bar{X}$	5	41	0.26	0.61
	< $\bar{X}$	4	47		
Control madre	> $\bar{X}$	3	43	0.96	0.33
	< $\bar{X}$	7	50		

**Nota:** > $\bar{X}$  = Superior a la media; < $\bar{X}$  = Inferior a la media;  $\chi^2 (1)$  = Chi cuadrada

En la tabla 12, no se observó una relación significativa entre aceptación, rechazo y control y la presencia de trastornos por consumo de sustancias, en los adolescentes pertenecientes al estudio.

**Tabla 13**

**Relación entre aceptación, rechazo y control y la presencia de trastorno de conducta en los adolescentes participantes (N = 103)**

Estilo de crianza		Trastornos de conducta			
		Presencia	Ausencia	$\chi^2 (1)$	p
Calidez/aceptación padre	> $\bar{X}$	34	19	0.003	0.96
	< $\bar{X}$	28	16		
Calidez/aceptación madre	> $\bar{X}$	33	19	0.006	0.94
	< $\bar{X}$	32	19		
Rechazo padre	> $\bar{X}$	21	9	0.69	0.40
	< $\bar{X}$	41	26		
Rechazo madre	> $\bar{X}$	27	8	4.49	<b>0.03</b>
	< $\bar{X}$	38	30		
Control padre	> $\bar{X}$	27	19	1.03	0.30
	< $\bar{X}$	35	16		
Control madre	> $\bar{X}$	32	14	1.49	0.22
	< $\bar{X}$	33	24		

**Nota:** > $\bar{X}$  = Superior a la media; < $\bar{X}$  = Inferior a la media;  $\chi^2 (1)$  = Chi cuadrada

Se observó en la tabla 13, una relación significativa, obtenida mediante chi cuadrada, entre el rechazo de la madre y la presencia de trastornos de conducta, en los adolescentes pertenecientes al estudio, con un valor de  $\chi^2= 4.49$  y una p =0.03.

**Tabla 14**

**Relación entre aceptación, rechazo y control y la presencia de trastornos psicóticos en los adolescentes participantes (N = 103)**

Estilo de crianza		Trastornos psicóticos			
		Presencia	Ausencia	$\chi^2 (1)$	p
Calidez/aceptación padre	$> \bar{X}$	2	51	0.18	0.67
	$< \bar{X}$	1	43		
Calidez/aceptación madre	$> \bar{X}$	3	49	1	0.32
	$< \bar{X}$	1	50		
Rechazo padre	$> \bar{X}$	2	28	1.85	0.17
	$< \bar{X}$	1	66		
Rechazo madre	$> \bar{X}$	3	32	3.12	0.07
	$< \bar{X}$	1	67		
Control padre	$> \bar{X}$	2	44	0.46	0.49
	$< \bar{X}$	1	50		
Control madre	$> \bar{X}$	2	44	0.05	0.83
	$< \bar{X}$	2	55		

Nota:  $> \bar{X}$  = Superior a la media;  $< \bar{X}$  = Inferior a la media;  $\chi^2 (1)$  = Chi cuadrada

Como se observa en la tabla 14, no se observaron relaciones significativas entre aceptación, rechazo y control y la presencia de trastornos psicóticos, en los adolescentes pertenecientes al estudio.

**Tabla 15**

**Relación entre aceptación, rechazo y control y la presencia de trastornos de la alimentación en los adolescentes participantes (N = 103)**

Estilo de crianza		Trastornos de la alimentación			
		Presencia	Ausencia	$\chi^2 (1)$	p
Calidez/aceptación padre	$> \bar{X}$	1	52	0.02	0.89
	$< \bar{X}$	1	43		
Calidez/aceptación madre	$> \bar{X}$	0	52	2.08	0.15
	$< \bar{X}$	2	49		
Rechazo padre	$> \bar{X}$	0	30	0.91	0.34
	$< \bar{X}$	2	65		
Rechazo madre	$> \bar{X}$	0	35	1.05	0.31
	$< \bar{X}$	2	66		
Control padre	$> \bar{X}$	1	45	0.005	0.94
	$< \bar{X}$	1	50		
Control madre	$> \bar{X}$	0	46	1.65	0.2
	$< \bar{X}$	2	55		

**Nota:**  $> \bar{X}$  = Superior a la media;  $< \bar{X}$  = Inferior a la media;  $\chi^2 (1)$  = Chi cuadrada

Como se encuentra asentado en la tabla 15, no se observaron relaciones significativas entre aceptación, rechazo y control y la presencia de trastornos de la alimentación, en los adolescentes pertenecientes al estudio.

**Tabla 16**

**Relación entre aceptación, rechazo y control y la presencia de conducta suicida en los adolescentes participantes (N = 103)**

Estilo de crianza		Conducta suicida			
		Presencia	Ausencia	$\chi^2 (1)$	P
Calidez/aceptación padre	> $\bar{X}$	37	16	0.17	0.68
	< $\bar{X}$	29	15		
Calidez/aceptación madre	> $\bar{X}$	36	16	0.24	0.63
	< $\bar{X}$	33	18		
Rechazo padre	> $\bar{X}$	21	9	0.08	0.78
	< $\bar{X}$	45	22		
Rechazo madre	> $\bar{X}$	25	10	0.47	0.49
	< $\bar{X}$	44	24		
Control padre	> $\bar{X}$	36	10	4.20	<b>0.04</b>
	< $\bar{X}$	30	21		
Control madre	> $\bar{X}$	31	15	0.006	0.94
	< $\bar{X}$	38	19		

**Nota:** > $\bar{X}$  = Superior a la media; < $\bar{X}$  = Inferior a la media;  $\chi^2 (1)$  = Chi cuadrada

Como se evidencia en la tabla 16 se observó una relación significativa obtenida mediante chi cuadrada entre el control del padre y la presencia de conducta suicida, en los adolescentes pertenecientes al estudio, con un valor de  $\chi^2= 4.20$  y una  $p = 0.04$ .

## DISCUSIÓN

El propósito principal de este trabajo fue evaluar los estilos de crianza y su relación con el tipo de psicopatología en una población clínica de adolescentes y efectivamente se comprobó que existe relación entre el estilo de control del padre y la presencia de trastornos afectivos, el estilo de rechazo del padre y la presencia de trastornos de ansiedad, el rechazo de la madre y la presencia de trastornos de conducta y entre el control del padre y la presencia de conducta suicida. Sin embargo, si bien se pudo observar una relación entre el estilo de calidez del padre y la presencia de menor cantidad de diagnósticos psiquiátricos (psicopatología) esta no fue estadísticamente significativa, ( $p=0.065$ ). Así mismo, no se encontró una significancia estadística entre los estilos de rechazo y control y la presencia de mayor o menor cantidad de diagnósticos psiquiátricos (psicopatología), en los adolescentes pertenecientes al estudio,

Con relación a los datos sociodemográficos de los participantes, tuvimos un mayor porcentaje de mujeres, lo cual difiere de los datos publicados por el INEGI en el 2010<sup>67</sup>, para la población de adolescentes de 12 a 19 años (53% de mujeres en nuestro estudio, comparado con el 49.7% reportado por el INEGI). Sin embargo, es lo esperado de acuerdo a lo reportado por Benjet<sup>68</sup>, que menciona que el sexo femenino confiere una vulnerabilidad a presentar un mayor número y una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos.

La escolaridad más prevalente entre los participantes fue la educación primaria (60%), seguido de la educación secundaria (31%). Reportándose que el 87% de los participantes van a la escuela y 13% abandonaron la escuela, difiriendo de lo reportado por el INEGI<sup>67</sup>, donde el 79% de la población adolescente de 12 a 17 años, asiste a la escuela, habiéndola abandonado el 21% de esta población; y siendo un porcentaje ligeramente menor de lo reportado por Benjet<sup>68</sup> en el 2005, que reporta un 16% de abandono escolar. Lo cual pudiera deberse a que la población que conformó este estudio, fue recolectada de la consulta externa o del área de hospitalización.

Según lo reportado por el Módulo de Trabajo Infantil (MTI) del INEGI<sup>67</sup>, en México, la tasa de ocupación de la población de 5 a 17 años en 2013, fue de 8.6%, la cifra reportada en nuestro estudio fue del 11%, si bien el hecho de encontrarse trabajando podría significar un cierto grado de funcionalidad, también se debe considerar la carga que esto implica para el adolescente, en este sentido, Benjet en la Encuesta (encuesta de salud mental metropolitana de

adolescentes) de Salud Mental en Adolescentes del 2005<sup>68</sup>, encontró que el 10% de la población de adolescentes, tenía responsabilidades adultas como, por ejemplo, tener un hijo, estar casado o trabajar tiempo completo durante el año escolar, lo cual, al exponer al adolescente, a factores estresantes de la vida adulta, para las cuales aún no está preparado, podría ser un factor predisponente para el desarrollo de algún trastorno psiquiátrico. En el mejor de los casos, también habría considerar los motivos por los que se encuentran realizando esta actividad, y si no representa un factor de distracción de su actividad académica y que esto aunado al hecho de que padecen algún trastorno psiquiátrico, a la larga se materialice en un abandono tanto de la escuela como de la actividad laboral, en el caso de los participantes de nuestro estudio, un 9% no estudia ni trabaja, esta población, de acuerdo a lo reportado por Benjet<sup>69</sup>, tienen mayor riesgo de trastornos psiquiátricos, consumo de sustancias y conducta suicida en comparación con aquellos que estudian exclusivamente, considerándose que el estudiar es un factor protector.

Con relación a las características de los hogares de los adolescentes de la población, se observó un predominio de la familia nuclear, con un porcentaje que es ligeramente menor a la esperada según los datos del INEGI<sup>70</sup> (60% en comparación con el 68.6% reportado por el INEGI). Dentro de este tipo de familia, en nuestra muestra, se encontró como predominante el subtipo biparental (29%), seguido del subtipo monoparental donde el jefe de familia es la madre (23%), observándose que, a comparación de lo reportado en la población general por el INEGI, esta cifra es más elevada (23% en comparación con el 17% reportado por el INEGI). En relación con el subtipo familia ampliada o extensa, también se observa una mayor prevalencia que en la población general (40% en comparación con el 31.3% reportado por el INEGI), lo anterior probablemente esté en relación a que una familia con un miembro afectado por un padecimiento psiquiátrico, requiere de un mayor apoyo de otros miembros, y además debido a la mayor prevalencia de familias monoparentales cuyo jefe de familia es la madre.

Los diagnósticos más frecuente identificados por MINIKID en la población estudiada fueron en primer lugar la conducta suicida (n=69, 67%), seguido por el trastorno depresivo mayor (n=65, 63%), trastorno negativista desafiante (n=49, 48%) y la distimia (n=46, 45%). Benjet en el 2005, en un estudio de campo realizado con 3005 adolescentes, encontró que 10% de la población de la Ciudad de México y el área metropolitana (casi dos millones de adolescentes) se encuentra entre las edades de 12 y 17 años, de los cuales alrededor de la mitad de los adolescentes (51,3%) cumplieron criterios para algún trastorno mental alguna vez en la vida.

Se encontró que las fobias, tanto la específica como la social, eran los trastornos más frecuentes (27,9% de los adolescentes notificaron haber experimentado alguna fobia específica y 14,3%, alguna fobia social). Estos trastornos representan 30% de la totalidad de los trastornos de dicha población. Reportó que en citada muestra de la comunidad los trastornos de ansiedad fueron las enfermedades mentales más comunes, seguidas de los trastornos de impulsividad, los trastornos afectivos y los trastornos por uso de sustancias. En comparación con los resultados encontrados por Benjet, se observó que en la población del presente estudio, hubo un predominio de la conducta suicida y los Trastornos afectivos, y en una proporción mayor que lo reportado por esta autora, lo cual son resultados esperables, debido a que dicho reporte se realizó sobre una muestra comunitaria y este trabajo fue realizado con una muestra clínica.

De acuerdo al reporte de morbilidad global del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" del 2016, los episodios depresivos y los trastornos disociales ocupan los primeros lugares, observándose una mayor correspondencia con los datos obtenidos en nuestro estudio.

En el presente trabajo, se observó una relación significativa ( $p=0.036$ ) entre el control del padre y la presencia de trastornos afectivos, en los adolescentes pertenecientes al estudio, lo cual coincide con lo reportado por Frazer (2016)<sup>71</sup> en un estudio realizado en niños entre 9 y 12 años, y con encontrado por Salirrosas-Alegría (2014)<sup>39</sup>, en un estudio realizado en adultos, encontró una relación entre la el rechazo y control con la presencia de episodio depresivo en algún momento de la vida.

Referente al rechazo, se encontró una asociación significativa ( $p=0.039$ ) entre este estilo del padre y la presencia de Trastornos de Ansiedad, en los adolescentes pertenecientes al estudio, lo cual coincide con lo reportado por Lindhout (2009)<sup>72</sup> quien realizó un estudio en niños de 8 a 13 años con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad.

Con respecto al estilo de rechazo por parte de la madre, se observó una relación significativa ( $p=0.034$ ) con la presencia de trastornos de conducta, en los adolescentes de esta muestra, lo cual es consistente con lo reportado por Castro (1999)<sup>73</sup> quien realizó un estudio con estudiantes universitarios.

Con relación al estilo de control del padre y la conducta suicida, se observó una relación significativa ( $p=0.040$ ), lo cual corresponde a lo reportado en la literatura: Dongping Li (2015)<sup>37</sup>,

en un estudio realizado en adolescentes, encontró que la calidez en la crianza tuvo una correlación negativa con ideación e intentos suicidas, y encontró también una correlación positiva entre el control psicológico y conducta suicida y Cruz (2014)<sup>74</sup> en un estudio realizado en adolescentes, encontró una asociación entre rechazo de la madre y el padre, y el control del padre con la presencia de conductas autolesivas.

## CONCLUSIONES

1. La media de edad de los participantes del estudio fue de 14 años, esto es en la adolescencia media. La mayor parte fueron sujetos del sexo femenino (53%). En su mayoría, se encontraban acudiendo a la escuela (80%), 9% no estudiaban ni trabajaban, un 7% estudiaban y trabajaban y un 4% sólo desempeñaban actividad laboral.
2. Los diagnósticos más prevalentes en esta muestra de pacientes fueron 1. Conducta suicida (n=69), 2. Trastorno depresivo mayor (n=65) y 3. Trastorno negativista desafiante (n=49).
3. Se comprobó que existe relación entre el estilo de control del padre y la presencia de trastornos afectivos, con un valor de  $\chi^2 = 4.39$  y un valor de  $p = 0.04$ .
4. Se comprobó también que existe relación entre el estilo de rechazo del padre y la presencia de trastornos de ansiedad, con un valor de  $\chi^2 = 4.26$  y un valor de  $p = 0.04$ .
5. Se comprobó la relación entre el estilo de rechazo de la madre y la presencia de trastornos de conducta, con un valor de  $\chi^2 = 4.49$  y un valor de  $p = 0.03$ .
6. Se comprobó que el estilo de control del padre se asoció con la presencia de conducta suicida, con un valor de  $\chi^2 = 4.20$  y un valor de  $p = 0.04$ .

## LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Consideramos que el presente trabajo tiene limitaciones para la extrapolación de sus hallazgos a la población general, ya que este estudio se realizó en una población clínica de adolescentes de un hospital psiquiátrico infantil, por lo que la muestra puede no ser representativa, para la aplicación de los datos obtenidos a una comunidad. Con base a lo anterior, se observó que el tipo y la cantidad de diagnósticos presentes en los participantes del presente estudio, no corresponde a lo reportado por Benjet en una muestra de la comunidad en la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes del 2005, por lo que podemos suponer que la severidad de los casos estudiados es mayor. Por otra parte, en futuras investigaciones, se podría realizar este estudio en una población más representativa, con un mayor número de pacientes con trastornos por consumo de sustancias y trastornos de la alimentación, ya que por el tamaño limitado de nuestra muestra y a que no constituía un objetivo específico de este estudio, el número de pacientes con estos padecimientos fue muy pequeño, por lo que no se pudo explorar de manera significativa posibles asociaciones entre los estilos de crianza y estas patologías. Así mismo, consideramos que, al ser un estudio transversal, la evaluación de los participantes se limitó únicamente a un punto del tiempo, por lo que no podemos establecer relaciones causales ni determinar las posibles modificaciones a lo largo del tiempo. En este estudio no se estableció la comparación entre la percepción de los estilos de crianza entre los adolescentes y los padres, esto puede ser motivo de un nuevo estudio de investigación.

Los datos de este estudio aportan una base empírica de la importancia de la relación entre estilos de crianza y psicopatología, por lo que podemos insistir en la importancia de esta variable como uno de los factores que pueden influir, ya sea a modo de protección o de riesgo en el desarrollo de psicopatología en la población adolescente. Consideramos que sería importante, como parte del diagnóstico integral de nuestros pacientes, la valoración a profundidad del ambiente familiar (estilos de crianza), con el fin de proporcionar una intervención terapéutica que pudiera modificar el pronóstico de nuestros pacientes, ya que el clima familiar, es estructurado y prolongado incluso por generaciones, y al detectarlo y proporcionar la adecuada atención, podemos incidir sobre la generación o agravamiento de la psicopatología adolescente.

## REFERENCIAS

1. Acle TG, Roque HMP, Zacatelco RF, Lozada GR, Martínez BCM. Discapacidad y rezago escolar: riesgos actuales. *Act Colom Psicol.* 2007; 10(2):19-30.
2. Baumrind D, A developmental perspective on adolescent risk taking in contemporary America. *New directions for child development* [Internet]. 1987 [2 may 2017]; 1987(37):93-125. DOI: 10.1002/cd.23219873706.
3. Santangelo SL, Pauls DL, Goldstein JM, Faraone SV, Tsuang MT, Leckman JF. Tourette's syndrome: what are the influences of gender and comorbid obsessive-compulsive disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33(6):795-804.
4. Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG, Akkerman F, Curi M, Lopes AC, Miguel EC. Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry.* 2007;61(3):301-7.
5. Albores G, Márquez C, Estañol B. ¿Qué es el temperamento?: el retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental.* 2003;26(3):16-26.
6. Valencia GMR. El control y la resiliencia del yo en los problemas de los niños y niñas. Tesis de doctorado no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.
7. Betancourt-Ocampo D, Andrade-Palos P. La influencia del temperamento en problemas internalizados y externalizados en niños. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.* 2008;10:29-48.
8. Caraveo A, Nicolini H, Villalba A, Wagner F. Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud Pública de México.* 2005;47(1):23-29.
9. Gottlieb G. Probabilistic epigenesis. *Dev Sci.* 2007;10(1):1-11.
10. Cicchetti D, Garmezy N. Risk and protective factor in the development and psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press; 1993.
10. Zeanah CHH, Boris NW, Larrieu JA. Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(2):165-78.
11. World Health Organization. Mental health policy and service guidance package: Child and adolescent mental health policies and plans. Ginebra; 2005.
12. Chicheti D, Cohen D. *Developmental psicopatology.* 2ª ed. USA: Wiley; 2006.

13. Márquez MA. Correlatos familiares, de crianza e implicación parental como predictores del rendimiento académico. [Tesis doctoral]. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, 2007.
14. Merino C, Arndt S. Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg: Preliminar validez de constructo. *Revista de Psicología-PUCP*, 2004; 12(2), 187- 214.
15. Minzi R. La percepción de estilos de relación con su padre y madre en niños y niñas de 8 a 12 años. *RIDEP*, (2007); 23:1, 63-81.
16. Domenech M M, Donovan M R, Crowley S. Parenting styles in a cultural context: Observations of “protective parenting” in first-generation latinos. *Family Process*, (2009). 48(2), 195-210.
17. García F, Gracia E. Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence*, 2009: 44(173), 101-131.
18. Mayseless O, Scharf M, Sholt M. From Authoritative Parenting Practices to an Authoritarian Context: Exploring the Person–Environment Fit. *Journal of Research on Adolescence*, 2003; 13(4), 427-456.
19. Coplan R J, Hastings P D, Lagacé-Séguin D G, Moulton C E. Authoritative and authoritarian mothers’ parenting goals, attributions, and emotions across different childrearing contexts. *Parenting: Science and Practice*, 2002: 2(1), 1-26.
20. DeVores E, Ginsburg K. The protective effects of good parenting on adolescents. *Current Opinion in Pediatrics* 2005, 17(4), 460-465.
21. Arciniega Buenrostro L, Márquez Caraveo ME, Díaz Mayer-Goyenechea I. Detección de factores de riesgo en los trastornos del desarrollo en preescolares. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2014;16(2):95-113. doi:10.11144/Javeriana.IE16-2.dfd
22. Cero I, Sifers S K, Parenting behavior and the interpersonal-psychological theory of suicide: A mediated moderation analysis with adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 2013: 150, 987–992.
23. Cheng Y, Tao M, Riley L, Kann L, Ye L, Tian X, et al. Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour. *Child: Care, Health and Development*, 2013: 35,313–322.
24. Ruchkin V V, Schwab-Stone M, Kuposov R A, Vermeiren R, King R A, Suicidal ideations and attempt in juvenile delinquents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2003: 44, 1058–1066.

25. Steinberg L, Lamborn S, Dornbusch S, Darling N, Impact of parenting practices on adolescence achievement: Authoritative parenting, school involvement and encouragement to succeed. *Child Development*, (1992); 63: 1266-1281.
26. Merino C, Arndt S, Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg: Preliminar validez de constructo. *Revista de Psicología-PUCP*, 2004: 12(2), 187- 214.
27. Marquez-Caraveo M E, Hernández-Guzmán L, Aguilar J, Pérez-Barrón V & Reyes-Sandoval M, Datos psicométricos del EMBU-I “Mis memorias de crianza” como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 2007: 30(2), 58-66.
28. Schaefer E S Children’s reports of parental behavior: An inventory. *Child Development* (1965):36;413-424.
29. Knight G P, Yun J, Shell R, Roosa M, The cross-ethnic equivalence of parenting and family interaction measures among Hispanic and Anglo-American families. *Child Development* 1992: 63; 1392-1403.
30. Knight G P, Virdin L M, Roosa M, Socialization and family correlates of mental health outcomes among Hispanic and Anglo American children: Consideration of cross-ethnic scalar equivalence. *Child Development*, 1994: 65; 212-224.
31. Parker G, Tupling H, Brown L B, A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology* 1979:52; 1-10.
32. Arrindell WA, Emmelkamp PMG, Brillman E, Monsma A. Psychometric evaluation of an inventory for assessment of parental rearing practices: A Dutch form of the EMBU. *Acta Psychiatr Scand* .1983;67:16377.
33. Arrindell WA, Perris C, Eisemann M, van der Ende J, Gazner P, Iwawaki S, et al. Parental rearing behaviour from crosscultural perspective: A summary of data obtained in 14 nations. In C. Perris, WA Arrindell, M Eisemann. Editors. *Parenting and psychopathology*. Chichester: John Wiley & Sons; 1994. p. 14571.
34. García-Méndez, M., Rivera Aragón, S. Reyes-Lagunes, I. La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 2014: 17 (2), pp. 133-141. DOI:10.14718/
35. Knoche, L., Givens, J. & Sheridan, S. Risk and protective factors for children of adolescents: maternal depression and parental sense of competence. *Journal child family study*, 2007; 16, 684-695.

36. Newcomb, K., Mineka, S., Zinbarg, R. Griffith, J. Perceived Family Environment and Symptoms of Emotional Disorders: The Role of Perceived Control, Attributional Style, and Attachment. *Cognition Therapy Research* 2007: 31,419-436.
37. Li, D. Li, X. Wang, I. Bao, Z. Parenting and Chinese Adolescent Suicidal Ideation and Suicide Attempts: The Mediating Role of Hopelessness. *J Child Fam Stud* (2016) 25:1397–1407. DOI 10.1007/s10826-015-0334-0
38. Khaleque, A., Rohner, R. P. Laukkala, H. Intimate partner acceptance, parental acceptance, behavioral control, and psychological adjustment among Finnish adults in ongoing attachment relationships. *Cross-Cultural Research*, 2008: 42, 35-4
39. Salirrosas, C. Saavedra, J. Percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en el adulto. *Rev Neuropsiquiatr* (2014):77;3, 160-167
40. Yap M, Schwartz O, Byrne M, Simmons J, Allen N. Maternal positive and negative interaction behaviors and early adolescents depressive symptoms: Adolescent emotion regulation as a mediator. *J Res Adolesc.* 2010; 20 (4): 1014-1043.
41. Yap MBH, Allen NB, Sheeber L. Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clin Child Family Psychol Rev.* 2007; 10 (2): 180-196.
42. Scholte RH, Engels RM, de Kemp RA, HarakehZ, Overbeek G. Differential parental treatment, sibling relationships, and delinquency in adolescence. *J Youth Adolesc.* 2007; 36:661-671.
43. Rauer AJ, Volling BL. Differential parenting and sibling jealousy: Developmental correlates of young adults romantic relationships. *Personal Relationships.* 2007; 14:495–511.
44. Beirut LJ, Heath AC, Bucholz KK, Dinwiddie SH, Madden PA, Statham DJ, et al. Major depressive disorder in a community-based twin sample. Are there different genetic and environmental contributions for men and women? *Archiv Gen Psychiatr.* 1999; 55:557-563.
45. Brown G, Harris T. Social origins of depression: a reply. *Psychol Med.* 1978; 8 (4):577-88.
46. Andrade, P., Betancourt, D. & Vallejo, A. Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, (2012). 35, 29-36.

47. Snyder, J., Cramer, A., Afrank, J. & Patterson, G. R. The contributions of ineffective discipline and parental hostile attributions of child misbehavior to the development of conduct problems at home and school. *Developmental Psychology*, 2005: 41(1), 30-41.
48. Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 2012: 379, 2373–2382.
49. Frey, L. M., & Cerel, J. Risk for suicide and the role of family: A narrative review. *Journal of Family Issues*, 2015: 36, 716–736
50. Markowitz, C. Depressed Mothers, Depressed Children. *The American Journal of Psychiatry*, 2007; 165 (9), 1086-1088.
51. Barrocas, A. L., Giletta, M., Hankin, B. L., Prinstein, M. J. Abela, J. R. Z. Nonsuicidal self-injury in adolescence: longitudinal course, trajectories, and intrapersonal predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2014; 43, 369–380. doi:10.1007/s10802-014-9895-4.
52. Xing, X. Y., Tao, F. B., Wan, Y. H., Xing, C., Qi, X. Y., Hao, J. H., Huang, L. Family factors associated with suicide attempt among Chinese adolescent students: A national cross-sectional survey. *Journal of Adolescent Health*, 2010: 46, 592–599.
53. Bowlby, J. *Attachment and loss*. New York: Basic Books. 1980: 3
54. Carrera, M. Ayestarán, A. Herrán, A. Sierra, D. Ramírez, M. Estilos de crianza y desacuerdo parental en el trastorno de angustia. *Psiquiatria.com*. 2004;8(2), <http://hdl.handle.net/10401/778>
55. Goldstein, L.H., Harvey, E.A., y Friedman-Weieneth, J.L. Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, Part III: Investigating differences in parenting practices and parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, (2007) 35, 125-136.
56. Burke, J. Pardani, D. Lober, R. Reciprocal Relationships Between Parenting Behavior and Disruptive Psychopathology from Childhood. *J Abnorm Child Psychol* (2008) 36:679–692. DOI 10.1007/s10802-008-9219-7.
57. Stormshak, E. Bierman, K. McMahon, R. Lengua, L. Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *Journal of Clinical Child Psychology*, (2000)29, 17–29.
58. Roskam, I. Meunier, J. Stievenar, M. Do Mothers and Fathers Moderate the Influence of Each Other's Self-efficacy Beliefs and Parenting Behaviors on Children's

- Externalizing Behavior? *J Child Fam Stud* (2016) 25:2034–2045. DOI 10.1007/s10826-016-0365-1
59. Hurt, E.A., Hoza, B., y Pelham, W.E Parenting, family loneliness and peer functioning in boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journ of Abnor Child Psychology*, . (2007). 35, 543-555.
60. Beato, L. Ramírez, C , O'Ferrall, C. Rodríguez, T. Influencia de la percepción de la crianza sobre la actitud hacia el cambio en los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. Mex. de trastor. aliment* (2016); 7(1): 56-63.
61. IESM-OMS Informe sobre Sistema de Salud Mental en México [Internet] México 2011 [citado 20 abr 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf).
62. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Morbilidad de Consulta Externa 2016. Ciudad de México; 2016.
63. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Morbilidad de Hospitalaria por edad y sexo 2016. Ciudad de México; 2016.
64. Munguía AM. Validez concurrente de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes (Mini Kid) versión en español. [Tesis de Especialidad]. Mexico: Universidad Nacional Autonoma de Mexico. Departamento de Psicología, Psiquiatría y Salud Mental, 2004.
65. González H. Frecuencia de Depresión en Hijos de Adictos a Alcohol y Otras Drogas en Unidades de Hospitalización de Centros de Integración Juvenil [Tesis de Especialidad]. México: Centros de Integración Juvenil A.C. Especialidad para Tratamiento de las Adicciones, 2012.
66. Palacios L, De la Peña F. Validity and reliability of the E-mini International Neuropsychiatric Interview for Children (MINI-KID). Poster presentado en la 51 Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2004 Oct 19-24; Washington D.C.
67. INEGI [Internet]. Aguascalientes: Resultados del Módulo de Trabajo Infantil (MTI); 2013; [citado 8 feb 2017]. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/infantil2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/infantil2016_0.pdf).

68. Benjet C. La Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México. En: Organización Panamericana de la Salud/Rodriguez J. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2009. p. 107-115.
69. Benjet C. Youth who neither study nor work: Mental health, education and employment. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2012 [12 abr 2017]; 54(4): 410-417. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2012/sal124g.pdf>
70. INEGI [Internet]. Aguascalientes: Encuesta Intercensal base de datos; 2015; [citado 9 feb 2017]. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/familia2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/familia2017_Nal.pdf)
71. Frazer A, Fite P. Maternal Psychological Control, Use of Supportive Parenting, and Childhood Depressive Symptoms. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016; 47:384–396; DOI 10.1007/s10578-015-0573-8.
72. Lindhout I, Markus M, Borst S. Childrearing Style in Families of Anxiety-Disordered Children: Between-Family and Within-Family Differences. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2009; 40:197–212; DOI 10.1007/s10578-008-0120-y.
73. Castro J, Pablo J, Toro J. Parenting style in relation to pathogenic and protective factors of type A behaviour pattern. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999; 34: 383-390;
74. Cruz D, Narciso I, Pereira R. Risk Trajectories of Self-Destructiveness in Adolescence: Family Core Influences. *J Child Fam Stud*. 2014; 23:1172–1181; DOI 10.1007/s10826-013-9777-3.

## ANEXOS

### Anexo 1. Carta de aprobación del Comité de Investigación



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Comité de Investigación  
del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro  
Servicio de Neuropsiquiatría  
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

*[Handwritten signatures]*  
**Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo**  
**Investigador responsable**  
**Presente**

**Oficio: DI/CI/980/1216**  
**Asunto: Registro de tesis derivada**  
**México, D.F., a 5 Diciembre de 2016**

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: ~~II3030315~~  
Aprobación CI: 1 abril 2015

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

Título: **Correlación entre estilos de crianza y psicopatología adolescente en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro**

No. Registro: ~~II3030315~~/Te

Tesis de: **Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente.**

Tesista: **Eunice I. Borrayo Magaña**

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

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) a través del tesista 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

Mtra. Lucía Arciniega Buenrostro  
División de Investigación

Ccp. Registro de productividad  
Archivo

## **Anexo 2. Consentimiento informado**

### **Consentimiento Informado**

#### **Título 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.

Página 1 de 2

**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 <b>adolescente</b>	_____ Fecha
_____ Nombre completo y firma de la <b>madre</b> o tutor	_____ Fecha
_____ Nombre completo y firma del <b>padre</b> o tutor	_____ Fecha
~~~~~	
_____ Nombre completo y firma de la persona <b>testigo 1</b>	_____ Fecha
_____ Dirección	_____ Relación con el paciente
_____ Nombre completo y firma de la persona <b>testigo 2</b>	_____ Fecha
_____ Dirección	_____ Relación con el paciente
~~~~~	
_____ Nombre completo y firma del <b>investigador</b> que explicó la información de este consentimiento	_____ Fecha

### Anexo 3. 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.

Página 1 de 2

#### 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 <b>testigo 1</b>	Fecha
Dirección	Relación con el paciente
Nombre completo y firma de la persona <b>testigo 2</b>	Fecha
Dirección	Relación con el paciente
Nombre completo y firma del <b>investigador</b> que explicó la información de este consentimiento	Fecha

## Anexo 4. Mini entrevista internacional neuropsiquiátrica, MINI-KID

# M.I.N.I. KID

## MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

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

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

Versión en Español:

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

### © Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

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

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el "Medical Outcome Systems, Inc" en [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com)

También está disponible gratuito a través del "Medical Outcome Systems, Inc" en [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com)

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

M.I.N.I. **KID** (1.1) 1 de enero del 2000.

-1-

## **Anexo 5. EMBU-I (Márquez 2009)**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**SECRETARIA 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

## Anexo 6. Carta de aprobación del comité de ética

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Comité de Ética en Investigación

29/05/2017  
Oficio no. 22

**Dra. Eunice Borrayo Magaña**  
Tesisista

Por medio de la presente hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: **“Relación entre estilos de Crianza y psicopatología en adolescentes atendidos en el HPIJNN”**.

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



## Anexo 7. Certificado curso de capacitación NIH

Protección de los participantes humanos de la investigación

