

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

Estudio comparativo de afrontamiento, apoyo social percibido y psicopatología en
adolescentes con y sin antecedente de abuso sexual

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:

María Fernanda Vidal Andrade

TUTORA:

Dra. María Elena Márquez Caraveo

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. E. Márquez'.

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2020



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:

María Fernanda Vidal Andrade

Correo electrónico: nanda32va@gmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. María Elena Márquez Caraveo

Correo electrónico: malenamarquezc@gmail.com

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

RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii
Capítulo 1. Psicopatología del desarrollo	1
Capítulo 2. Adolescencia	4
2.1 Etapas de la adolescencia	4
2.2 Adolescencia y psicopatología	6
Capítulo 3. Estrés	8
3.1 Estrés y psicopatología	8
Capítulo 4. Afrontamiento	10
4.1 Estilos y estrategias de afrontamiento	10
4.2 Afrontamiento y psicopatología	11
4.3 Afrontamiento y apoyo social	11
4.4 Afrontamiento y abuso sexual	12
Capítulo 5. Abuso sexual	15
5.1 Definición de violencia sexual	15
5.1.1 Indicadores de violencia sexual	16
5.1.2 Modalidades de violencia sexual	16
5.2 Definición de abuso sexual	17
5.3 Magnitud del problema a nivel mundial	18
5.4 La realidad de México	19
5.5 Factores de riesgo y protección para abuso sexual	20
5.6 Abuso sexual y psicopatología	22
Capítulo 6. Apoyo social percibido	25
6.1 Tipos de apoyo social	26
6.2 Fuentes de apoyo social	27
6.3 Apoyo social percibido y psicopatología	28
Capítulo 7. Investigación	29

7.1 Planteamiento del problema	29
7.2 Justificación	30
7.3 Hipótesis	31
7.4 Objetivos	32
7.5 Material y métodos	32
7.6 Criterios de selección	33
7.7 Variables	33
7.8 Procedimiento	35
7.9 Flujograma de actividades	36
7.10 Cronograma de actividades	36
7.11 Instrumentos de medición	37
7.12 Análisis estadístico	39
7.13 Aspectos éticos	40
Capítulo 8. Resultados	41
Características sociodemográficas de la muestra de estudio	41
Comparación de medias de la psicopatología entre adolescentes con y sin abuso sexual	42
Comparación de medias de los tipos de afrontamiento en pacientes adolescentes con y sin antecedente de abuso sexual	43
Comparación de medias de los tipos de apoyo social percibido en pacientes adolescentes con y sin antecedente de abuso sexual	44
Capítulo 9. Discusión y conclusiones	46
Discusión	46
Limitaciones	49
Conclusiones	49
Recomendaciones para la práctica clínica	49
BIBLIOGRAFÍA	51

RESUMEN

Antecedentes: El abuso sexual a adolescentes es un problema grave a nivel mundial. El ser víctima de abuso sexual, el estilo de afrontamiento y el apoyo social percibido se han vinculado con el desarrollo de psicopatología.

Objetivo: Evaluar el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento utilizadas en adolescentes con psicopatología que cuentan con el antecedente de abuso sexual y compararlo con adolescentes con psicopatología que no tienen antecedente de abuso sexual.

Material y Métodos: Se presentan los datos de un estudio comparativo de 125 adolescentes con psicopatología, con y sin el antecedente de abuso sexual. La psicopatología se determinó por medio del Autoreporte del Comportamiento de Jóvenes de 11 a 18 años (Achenbach y Rescorla, 2001). Se compararon entre los grupos con y sin antecedente de abuso sexual, el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento, medidos con la escala de Apreciación de apoyo social (Martínez, 2004) y la escala de Afrontamiento para adolescentes ACS (Frydenberg y Lewis, 1997), respectivamente. El análisis de los datos se realizó con el estadístico t de Student.

Resultados: Los adolescentes con abuso sexual mostraron puntajes superiores en psicopatología, en el estilo de afrontamiento no productivo y puntajes bajos en el apoyo social percibido.

Conclusiones: Se recomienda abordar de manera sistemática e identificar los estilos de afrontamiento y el apoyo social percibido en las víctimas de abuso sexual para que reciban un abordaje integral y así disminuir el grado de psicopatología en esta población.

Términos MeSH: apoyo social, afrontamiento, abuso sexual, adolescentes, psicopatología.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa que se encuentra en proceso de formación física, emocional, intelectual y moral y que es crucial en la vida del individuo, además involucra varios retos en el desarrollo del individuo, pues este debe adaptarse y asimilar cambios a nivel biológico, psicológico, emocional, familiar y social. Muchos de estos obstáculos son percibidos como considerablemente estresantes por el adolescente, lo cual podría ocasionar consecuencias negativas en la adaptación de la persona al medio.

Los eventos estresantes experimentados por el adolescente pueden contribuir a alteraciones emocionales o del comportamiento y esto podría interrumpir el desarrollo general positivo del mismo y pueden poner en marcha un ciclo de auto-perpetuación en el que el estrés y la sintomatología se contribuyen mutuamente.

El desarrollo del adolescente podría verse influido por la capacidad para hacer frente a diferentes tipos de factores estresantes. Si bien algunas estrategias de afrontamiento pueden cumplir funciones de protección al regular las emociones negativas asociadas con el estrés, generar soluciones alternativas y reducir así las consecuencias negativas de los factores estresantes, otras pueden exacerbar los efectos del estrés y convertirse en factores de riesgo.

Las investigaciones de eventos estresantes en la adolescencia han enfatizado el papel de los eventos importantes de la vida, como el divorcio de los padres, la mudanza a un nuevo hogar, la muerte de un familiar o más grave aún el ser víctima de cualquier forma de maltrato.

El maltrato en niños y adolescentes constituye uno de los obstáculos más importantes para alcanzar un desarrollo sano en esta población, sobre todo en el área emocional, mismo que puede generar múltiples psicopatologías si persiste a lo largo del tiempo o/y si el niño o adolescente no recibe la atención y tratamiento adecuados.

Una de las formas de violencia contra este grupo etario es el abuso sexual, que lamentablemente cada vez está en aumento a nivel mundial. Los adolescentes requieren de algún tipo de apoyo social para ser capaces de denunciar este tipo de violencia, pero aún más importante, para afrontar este estresor de la manera más sana posible y recibir la atención médica, psicológica y el tratamiento correspondiente, esto último es de gran importancia, ya que existe mucha literatura médica en donde se ha asociado al abuso sexual con el desarrollo de múltiples psicopatologías.

Depende de varios factores quien será la principal figura de apoyo para el adolescente, esto estará dictado ya sea por el tipo de relación y la confianza percibida y si el adolescente siente que esa fuente de apoyo cumplirá sus expectativas. Sería lógico pensar que este apoyo será buscado en algún miembro de la familia, lo cual en muchos casos no sucede, ya sea por la falta de afecto demostrado en el hogar, por la falta de apertura para expresar dudas, pensamientos o emociones, o por el hecho de que el abusador forma parte de su familia. La falta o ausencia de estas figuras de apoyo puede generar el uso de mecanismos de afrontamiento inadecuados en el adolescente por la ausencia de una guía o figura que ayude a moldearlos adecuadamente. A esto se suma la falta de credibilidad que se le da al adolescente o incluso en ocasiones se les culpa de lo ocurrido, por estas razones es común que las víctimas de abuso sexual prefieren no contarle a nadie lo sucedido, lo que hace que no reciban un asesoramiento adecuado por profesionales, para así evitar el desarrollo de alguna psicopatología, o en el caso de que ya presente alguna, otorgar el tratamiento adecuado.

Existen pocos estudios en la literatura médica relacionados con el apoyo social percibido por el adolescente y las estrategias de afrontamiento desarrolladas en relación al tipo y fuente de apoyo social. Es importante estudiarlos a fondo, ya que de esto dependerá el uso de estrategias de afrontamiento adecuados ante algún estresor, como lo es el ser víctima de abuso sexual, y así evitar en la medida de lo posible el desarrollo de alguna psicopatología.

PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO

En lugar de competir con teorías y hechos existentes, la perspectiva del desarrollo de la psicopatología provee un marco amplio e integrativo, en donde las contribuciones de distintas disciplinas finalmente pueden otorgar un contexto más claro para comprender el desarrollo y el funcionamiento individual (1).

El objetivo principal de la psicopatología del desarrollo es describir la interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos y socio-contextuales y su influencia en el desarrollo normal y anormal de un individuo a lo largo de la vida. Este enfoque de la psicopatología, tanto la conducta normal como la anormal se entienden como variaciones dentro de un continuo de rasgos o características y no como fenómenos dicotómicos. La psicopatología del desarrollo se centra el estudio de los orígenes y curso de patrones del comportamiento mal adaptativo de un individuo, cualquiera que sea la edad de inicio, cualquiera que sea la causa, cualquiera que sean las transformaciones en la manifestación del comportamiento.

Debido a que las primeras estructuras cerebrales desarrolladas, a menudo se incorporan a las estructuras posteriores, una alteración temprana en el funcionamiento puede, en última instancia, causar perturbaciones mucho más grandes que aparecerán más adelante.

Las experiencias tempranas son importantes, y el análisis de cómo han estructurado la organización de los sistemas biológicos y psicológicos resulta útil para comprender las diferencias interpersonales en la manera de responder al riesgo y al estrés a lo largo del desarrollo y en un determinado momento, así como en el uso de recursos de protección.

Otro importante principio es el sustentado por la psicopatología evolutiva, según el cual la persona ejerce un rol activo en la dirección del curso de su desarrollo; de modo que, aunque los factores más distales en la historia personal o las

influencias del momento presente sean importantes para el proceso del desarrollo, las elecciones que hace la persona y la auto-organización se cree que ejercen una influencia crítica creciente en su desarrollo.

La perspectiva evolutiva de la psicopatología presupone que, durante el desarrollo, se van integrando más los sistemas cognitivo, afectivo, social y biológico del niño y del adolescente, permitiendo así que diversos mecanismos de vulnerabilidad o de protección actúen de forma sinérgica en el desarrollo de un trastorno.

Los cambios significativos en el equilibrio entre los procesos de riesgo y de compensación se supone que tienen el poder de alterar la dirección de las trayectorias evolutivas. Los factores de compensación incluyen, los cuidados estables y apoyo social recibidos por el niño; sus capacidades de afrontar los problemas; la competencia manifiesta y la auto-eficacia percibida; la identificación con modelos que desempeñan roles de competencia; o la planificación y aspiraciones.

La pretendida asociación entre factores ambientales específicos y trastornos específicos no siempre se cumple ni con la regularidad, ni en la dirección esperadas, puesto que cualquiera de dichos contextos ambientales específicos muchas veces dan lugar a diferentes manifestaciones disfuncionales.

Las reacciones psicofisiológicas frente a los estresores pueden venir determinadas genéticamente o bien ser adquiridas por cambios biológicos en períodos tempranos del desarrollo, durante los cuales la plasticidad cerebral neuropsicológica es mayor, determinando así la predisposición hacia un tipo u otro de psicopatología. Esto explicaría por qué las experiencias traumáticas durante la infancia o en etapas posteriores, o un ambiente familiar desestructurado, pueden provocar reacciones de ansiedad y depresión en unos individuos, mientras que experiencias similares producen, en otros, trastornos de conducta o agresividad, dependiendo de la disposición biológica individual; sin contar con el amplio número de personas que generalmente logran adaptarse a dichas experiencias sin desarrollar patología alguna por ser escasamente vulnerables.

Se ha descrito, por ejemplo, de manera más concreta, que los problemas de impulsividad y los trastornos de conducta son más probables cuando la exposición a estresores tiene lugar en un período evolutivo en el que el córtex cerebral prefrontal es muy plástico; y que la predisposición a la depresión resulta más probable cuando la exposición al estrés se da cuando el área prefrontal derecha del córtex es especialmente maleable. Por lo que puede concluirse que las diferencias en la psicopatología dependen de las regiones o circuitos del cerebro que resulten más afectados, o bien de predisposiciones genéticas que dan lugar a respuestas psicobiológicas concretas.

Por consiguiente, las oportunidades que da el contexto ambiental pueden aumentar o disminuir la probabilidad y la frecuencia de un determinado patrón disfuncional de conducta.

De acuerdo con lo comentado, debería abandonarse la investigación sobre supuestos factores contextuales específicos como causantes de una psicopatología específica y centrar más el esfuerzo en indagar cómo las personas perciben, experimentan y afrontan el estrés, y cuál es el factor mediador de esto.

El abuso sexual constituye una forma de violencia en la población infantil y adolescente con gran prevalencia a nivel mundial. La investigación de esta problemática en esta población es compleja ya que sigue siendo un tabú y es difícil de revelar en muchos entornos y la mayoría de casos no son denunciados. A pesar de ello, está claro que el abuso sexual en niños y adolescentes se produce ampliamente alrededor del mundo y es un factor de riesgo importante para el desarrollo de psicopatología.

ADOLESCENCIA

La adolescencia es el periodo de la vida posterior a la niñez y anterior a la adultez. Transcurre desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad, entre los 10 y 13 años, hasta el desarrollo completo del cuerpo y el comienzo de la edad adulta, entre los 18 y 21 años aproximadamente.

2.1 Etapas de la adolescencia

-Adolescencia temprana: Esta etapa va de los 10 a los 13 años de edad, está caracterizada por un crecimiento rápido acompañado de otros cambios corporales, como el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las mujeres y el aumento del tamaño de los testículos en los varones. Estos cambios por lo general inician entre uno o dos años antes en las niñas que en los varones, y puede ser normal que algunos cambios comiencen tan pronto como a los 8 años para las niñas y a los 9 años para los varones. Muchas niñas tienen su primera menstruación alrededor de los 12 años, en promedio de 2 a 3 años después del comienzo del desarrollo de los senos.

Estos cambios corporales pueden generar curiosidad y ansiedad en algunos, en especial si no saben qué esperar o qué es normal, además suelen sentirse cohibidos por su apariencia y sienten como si sus pares los juzgaran permanentemente. En esta etapa sienten una mayor necesidad de privacidad y es posible que comiencen a explorar formas de ser independientes de su familia. En este proceso, es probable que prueben los límites y reaccionen con intensidad si los padres o tutores reafirman los límites.

-Adolescencia media: Esta etapa va de los 14 a 17 años, aquí la mayoría de los varones comienzan su "crecimiento repentino" y continúan los cambios relacionados con la pubertad. Es probable que los cambios físicos estén casi completos en las mujeres y la mayoría de las niñas ya tenga menstruaciones regulares. A esta edad, a muchos adolescentes les surge el interés en las

relaciones de pareja y sexuales. Pueden llegar a cuestionarse sobre su identidad sexual y la pueden llegar a explorar, lo que podría resultar estresante si no tienen el apoyo de sus pares, de la familia o de la comunidad. Por otro lado también pueden hacer uso de la autoestimulación o también llamada masturbación, como método de exploración de la sexualidad. En esta etapa muchos jóvenes discuten más con sus padres debido a que luchan por tener más independencia, por lo que es muy probable que pasen menos tiempo con la familia y más tiempo con los amigos. Les preocupa mucho su aspecto y la presión de los pares (compañeros), lo que puede alcanzar el máximo en esta etapa.

Es importante resaltar que en esta etapa el cerebro sigue cambiando y madurando. Gran parte de esto se debe a que los lóbulos frontales son la última área del cerebro en madurar y a que estos desempeñan un papel importante en la toma de decisiones complejas, el control de los impulsos y la capacidad de tener en cuenta varias opciones y consecuencias. Los jóvenes en la adolescencia media tienen más capacidad de pensar en forma abstracta y tener en cuenta el panorama general en comparación con los adolescentes de la etapa media, pero aún carecen de la capacidad de aplicarlo en el momento. En resumen se podría decir que es posible que sigan la lógica de evitar situaciones de riesgo, pero las emociones fuertes a menudo rigen en sus decisiones cuando entran en juego los impulsos.

-Adolescencia tardía: En esta etapa comprendida entre los 18 a 21 años, los jóvenes por lo general ya completaron el desarrollo físico y alcanzaron la altura definitiva que tendrán como adultos. En esta etapa suelen tener mayor control de sus impulsos y pueden sopesar los riesgos y recompensas mejor y con más precisión. Además tienen ahora un sentido más firme de su propia individualidad y pueden identificar sus propios valores, se centran más en el futuro. Las amistades y las relaciones románticas se tornan más estables. Muchos establecen una relación adulta con sus padres, considerándolos personas de su mismo nivel a quienes pedir consejos y con quienes hablar de temas serios, en vez de una figura de autoridad.

2.2 Adolescencia y psicopatología

La adolescencia es una etapa muy importante del desarrollo humano, ya que entre otros aspectos es en donde se incuban muchos de los problemas de salud mental que se expresan en etapas posteriores. Estos problemas influyen en el desarrollo educativo, laboral, relacional y el establecimiento de conductas de riesgo y hábitos de vida saludables.

Hallazgos en múltiples estudios han demostrado una mayor prevalencia y una mayor gravedad de los trastornos psiquiátricos en las adolescentes mujeres comparadas con los varones, lo que sugiere que la adolescencia podría ser un periodo de mayor vulnerabilidad para esta población en particular.

En un estudio realizado en adolescentes de la Ciudad de México en el 2009 (3), se demostró que los trastornos individuales más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social, siendo la depresión mayor el trastorno que siguió en prevalencia después de las fobias en las mujeres, seguida por el trastorno negativista desafiante, la agorafobia sin pánico y la ansiedad por separación en este orden. Por otro lado, en los varones el trastorno que siguió a las fobias fue el trastorno negativista desafiante, seguido por el abuso de alcohol y el trastorno disocial. De esta forma, las mujeres presentan un número mayor de trastornos y una mayor prevalencia de cualquier trastorno, lo que concuerda con los hallazgos de múltiples estudios a nivel mundial.

Por otro lado, en el mismo estudio se demostró que los padecimientos que iniciaron a edades más tempranas fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de impulsividad, los trastornos de ánimo y a edades más tardías los trastornos por uso de sustancias.

Las edad media de inicio para los trastornos de ansiedad fue a los 6 años, trastornos del ánimo fue a los 11 años y por uso de sustancias la edad media de inicio fue a los 14 años, siendo similares entre los sexos. Sin embargo, para los trastornos de impulsividad, los hombres tuvieron edades de inicio más tempranas que las mujeres.

El perfil neuropsicológico de niños maltratados se caracteriza por problemas de atención, memoria, lenguaje, desarrollo intelectual, fracaso escolar y elevada

prevalencia de trastornos internalizantes y externalizantes. Fallos en los procesos de neurogénesis, mielinización, sinaptogénesis y poda neuronal, así como los posteriores daños en el hipocampo, amígdala, cerebelo, cuerpo calloso, hipotálamo y corteza cerebral son la base neurobiológica sobre la que se asienta dicho perfil cognitivo.

ESTRÉS

Lazarus y Folkman (1984) definen el concepto de estrés como las interrelaciones que se producen entre la persona y su contexto, en el que está inserto. El estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta para afrontarlo y pone en peligro su bienestar personal. Esto involucra la evaluación cognitiva que realiza el sujeto; y además, tiene en cuenta el elemento emocional que conlleva esta situación (32).

Los mecanismos que asocian el estrés con enfermedad incluyen alteraciones en los sistemas neuroendócrino e inmune, conductas insanas como fumar, beber alcohol y un pobre autocuidado.

El apoyo social percibido protege a las personas ante aspectos patológicos que el estrés puede causar, porque este actúa como mediador para el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas, debido a que ayuda a la persona a identificar y utilizar estrategias de afrontamiento específicas para una situación de estrés específica.

3.1 Estrés y psicopatología

Diversos estudios han demostrado la asociación entre el antecedente de abuso sexual como factor estresor o de adversidad y el desarrollo de psicopatología. Se ha visto que los eventos traumáticos tempranos pueden producir una larga lista de alteraciones a largo plazo en el eje neuroendocrino hipotalámico-hipofisario-adrenal. Entre estas alteraciones, se ha identificado un incremento en el volumen de los núcleos para-ventriculares del hipotálamo, que se relaciona con altos niveles de ansiedad (2). Muchos estudios han demostrado que los eventos estresantes tempranos también alteran la actividad y la sensibilidad en el sistema dopaminérgico de la región meso-cortico- límbica. De igual manera, estudios han constatado la activación del eje neuroendocrino hipotalámico-hipofisario-adrenal inducida por estrés severo y por la liberación de la hormona del estrés se ha asociado a una desregulación de la actividad fronto-temporal, que se relaciona con alteraciones en la memoria y en las funciones ejecutivas (2).

En un estudio realizado en la Ciudad de México, se proporciona un panorama de las adversidades y estresores que atraviesan los jóvenes en el país. En relación al abuso sexual, se encontró diferencias por género en las adversidades a las que son expuestos los adolescentes en el país, por ejemplo, el 7.2% de los varones adolescentes reportaron algún tipo negligencia en el cuidado y las mujeres un 4.3%; y el abuso sexual crónico se reportó en el 3% de las mujeres adolescentes y sólo en el 0.4% de los hombres adolescentes. (3).

Está bien reconocido en la literatura sobre estrés y adaptación, se ha visto que el afrontamiento activo, o estrategias de enfoque, están asociadas con un mejor ajuste, mientras que el uso de afrontamiento evitativo parece estar relacionado con un aumento de la angustia.

Otros estudios han demostrado que el hecho de ser expuesto a eventos vitales estresantes, incluyendo las adversidades infantiles, antecedente de abuso físico, verbal o sexual, incrementa la reactividad emocional ante experiencias cotidianas (2).

Existe evidencia de que el apoyo social percibido protege a las personas ante aspectos patológicos que el estrés puede causar, sobre todo cuando el apoyo social percibido se define en términos de la percepción que tienen las personas de la disponibilidad de los recursos sociales (4).

De toda esta información, lo que podemos concluir es que el estrés producido por los eventos traumáticos, como el abuso sexual, juega un papel esencial para el desarrollo de múltiples psicopatologías, por lo que es importante un estudio a fondo de factores protectores y de riesgo ante adversidades, como el apoyo social percibido y los mecanismos de afrontamiento de las personas.

AFRONTAMIENTO

Lazarus y Folkman desarrollaron el concepto de afrontamiento al estrés, refiriendo que ante situaciones estresantes, las personas despliegan unos “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Estos mecanismos de afrontamiento, a la vez que sirven para manipular el problema en sí, son esenciales para regular las respuestas emocionales que pueden aparecer ante circunstancias estresantes.

Cada persona tiene una manera determinada de afrontar el estrés. Son muchos los factores que pueden llegar a determinar los mecanismos de afrontamiento. Por un lado, puede estar influenciado por recursos relacionados con el estado de salud; pero también entran en juego otros factores como las creencias existenciales que se tengan, religiosas o no; las creencias generales relativas al control que podemos ejercer sobre el medio y sobre nosotros mismos; el aspecto motivacional también puede favorecer el afrontamiento, así como las capacidades para la resolución de problemas o las habilidades sociales; además, Lazarus añade el apoyo social y los recursos materiales como otros factores que hay que tener presentes.

4.1 Estilos y estrategias de afrontamiento

El afrontamiento del estrés se refiere tanto a los estilos como a las estrategias de afrontamiento, aunque éstos no son conceptos equiparables. Por una parte, están los estilos de afrontamiento, que son las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones siendo los responsables de las preferencias individuales en el uso de uno u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. En cambio, el término de estrategias de afrontamiento hace alusión a los procesos concretos que se utilizan en cada

contexto y que pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones que se den en cada momento.

Los estilos de afrontamiento según el método utilizado pueden ser activo, pasivo y de evitación; según la focalización, estilos de focalización en la respuesta, en el problema o en la emoción; y según la actividad, estilos centrados en la actividad cognitiva o en la actividad conductual. Es importante señalar que las estrategias van a variar dependiendo de las escalas utilizadas para medirlas y de los resultados encontrados.

4.2 Afrontamiento y psicopatología

En un estudio realizado por Conejo, (2016), sobre los estilos y estrategias de afrontamiento en 124 adolescentes con antecedente de abuso sexual, los pacientes que contaron con la presencia de dicho antecedente, tuvieron puntuaciones más bajas en las estrategias del estilo productivo y puntuaciones más elevadas en el afrontamiento no productivo (19).

4.3 Afrontamiento y apoyo social

La percepción de apoyo social con la que uno cree contar puede hacer que una situación inicialmente amenazadora resulte menos problemática. En este sentido varios autores señalan que el apoyo social juega un papel importante en el proceso de afrontamiento capaz de mantener las emociones bajo control.

Una mala red de apoyo social genera la sensación de indefensión y poca autoestima que impiden que la persona se sienta capaz de afrontar situaciones que requieren una respuesta efectiva. La baja autoestima se genera cuando al no afrontar de manera adecuada un problema, la persona llega a culparse por su poca habilidad para afrontar la situación en lugar de culpar a alguna causa externa. Por lo anterior comentado, podemos decir que el apoyo social adecuado interviene disminuyendo o eliminando la reacción al estrés o influenciando directamente en los procesos psicológicos mediante el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas para la resolución de un problema.

El apoyo social en adolescentes víctimas de abuso sexual puede (a) ayudar al adolescente a reinterpretar el abuso como si no fuera su culpa; (b) ayudarlo a alterar el entorno del abuso proporcionando refugio, dinero y cosas por el estilo; (c) ayudarlo a lidiar con las emociones asociadas con el abuso, como depresión o ansiedad y (d) ofrecer afirmación y tranquilidad, esto ayuda a la víctima a buscar y recibir atención especializada en caso de ser necesario (24).

Por otro lado, la estrategia de afrontamiento usada por una víctima de abuso sexual, puede afectar la manera en que los demás le brindan apoyo.

Se ha presumido que el apoyo inadecuado a la víctima (por ejemplo, culpar a la víctima), puede aumentar los intentos de afrontamiento, pero desadaptativos, porque tales reacciones de respaldo reconocen el abuso de la víctima sin proporcionar los sistemas de apoyo necesarios para hacer frente de manera adaptativa. Algunas reacciones de apoyo inadecuadas incluso pueden alentar la superación del hecho, evitando o dejando de hablar o pensar en lo ocurrido. En un estudio de análisis transversal, en víctimas de abuso sexual, se vio que el sentirse poco o mal apoyado estuvo relacionado con un afrontamiento desadaptativo (9).

4.4 Afrontamiento y abuso sexual

El tipo de afrontamiento que se observa más comúnmente en las víctimas de ASI se trata de la evitación o estilo de afrontamiento no productivo. Este afrontamiento o la supresión y evitación de pensamientos o sentimientos relacionados al abuso, pueden influenciar la severidad y curso de los síntomas psiquiátricos.

Según la teoría del estrés y el afrontamiento, el afrontamiento y el apoyo que se generan después de eventos vitales estresantes pueden interactuar entre sí e influir en los resultados de salud mental (9).

Las víctimas de abuso sexual que reciben reacciones sociales negativas después de la divulgación, muestran niveles más altos de síntomas de estrés postraumático y afrontamiento desadaptativo (por ejemplo, estrategias de afrontamiento como la

negación o el uso de sustancias), y estos efectos pertenecen más allá de las contribuciones del apoyo social general.

En un estudio realizado en adolescentes con abuso sexual, en el cual evaluaron la gravedad del abuso, las evaluaciones negativas, el apoyo en crisis, las estrategias de afrontamiento y los síntomas de estrés relacionados con el trauma. Observaron que la gravedad del abuso no influyó en la asociación entre las evaluaciones negativas y los síntomas. Entre los adolescentes que evaluaron el abuso como más amenazante, mostraron síntomas de trauma. Además, las evaluaciones más negativas se asociaron con mayor evitación y con estrategias de afrontamiento más activas. El apoyo directo a la crisis se asoció con evaluaciones menos negativas y con el uso de estrategias de afrontamiento más activas.

En el análisis transversal de un estudio de mujeres expuestas a agresiones sexuales, se encontró que tanto el afrontamiento desadaptativo como el TEPT estaban relacionados entre sí y con dos tipos de reacciones negativas: autoculparse y estigmatizarse (9).

Existen hallazgos consistentes varios estudios, en el sentido de que las estrategias de afrontamiento parecen mediar el funcionamiento adaptativo posterior de las víctimas de abuso sexual. El afrontamiento evitativo, que predice resultados de ajuste deficientes (44), es uno de las principales estrategias de afrontamiento en esta población, mientras que el afrontamiento centrado en el problema o el afrontamiento proactivo parece facilitar resultados favorables para la salud mental (44).

Gidycz, Hanson y Layman (1995) comentaron la necesidad de estudiar las habilidades de afrontamiento para comprender las experiencias de revictimización porque el afrontamiento desadaptativo (por ejemplo, el consumo de alcohol, tener múltiples parejas sexuales) puede contribuir a la revictimización sexual (58).

Es de particular interés evaluar los tipos de afrontamiento en las víctimas de abuso sexual, ya que las consecuencias del abuso podrán variar, para bien o para

mal, según el tipo de afrontamiento que use la víctima, los que hacen uso de estrategias de afrontamiento productivas, en más probable que se involucren con actitudes saludables, como abrir la puerta al apoyo social, las intervenciones psicológicas, la evaluación cognitiva de los eventos de abuso y la autoaceptación. Lo que puede ser especialmente beneficioso es promover en todas las víctimas, estrategias de afrontamiento centradas en el problema como parte de la intervención terapéutica.

ABUSO SEXUAL

A pesar de que abuso sexual y violación no son sinónimos, en ambos casos se obliga a la víctima a llevar a cabo acciones de índole sexual en contra de su voluntad. Sin embargo, entender las diferencias entre estos nos permitirá conocer más a fondo sobre estas dos realidades que, lamentablemente, se presentan con mucha frecuencia (51).

5.1 Definición de violencia sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”(4).

Teniendo en cuenta que la violencia implica un uso indebido de la fuerza con el fin de lastimar al individuo en diversas áreas, la violencia sexual tiene una intencionalidad más allá de lo sexual: su intención es la de herir, aterrorizar y degradar a la víctima, ya que la violencia del área sexual ataca lo más íntimo y privado del individuo (53).

Por su parte en la Norma oficial mexicana se define a la violencia sexual como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (54).

5.1.1 Indicadores de violencia sexual

Se considera como indicadores de violencia sexual a los síntomas y signos físicos -lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales- o psicológicos -baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimenticia, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otros-, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual (54).

5.1.2 Modalidades de violencia sexual

Existen varios tipos de modalidad de violencia sexual, entre los cuales se destacan:

-Abuso sexual: Todos aquellos actos en los que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad de la niña, el niño o la/el adolescente, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará “algo malo” a sí misma (o), al agresor y/o a la familia. Incluye tocamiento y manoseo, alentarle, forzarle o permitirle que toque de manera inapropiada a otra persona, violación sexual, prostitución infantil, seducción verbal, exposición a la persona menor de edad de los órganos sexuales del agresor (exhibicionismo) o de imágenes y actos sexuales, pornografía infantil.

-Violación sexual: Introducción del pene en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, incluye la introducción de cualquier otra parte del cuerpo u objeto por vía vaginal o anal, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo de la víctima.

-Prácticas sexuales forzadas (sin consentimiento) y/o violación sexual en el matrimonio.

-Matrimonio o cohabitación forzados: Contraer matrimonio o vivir con otra persona sin su consentimiento; incluyendo el matrimonio o cohabitación de personas menores de edad.

-Denegación de derechos: como el uso de métodos anticonceptivos o de adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual.

-Coerción sexual: Cualquier tipo de presión física o emocional ejercida por una persona para imponer a otra actos de orden sexual, en el contexto de un encuentro heterosexual u homosexual, de mutuo acuerdo para salir juntas, para conocerse o sostener una relación romántica o erótica, o en una relación más formal como el noviazgo.

-Hostigamiento sexual: Con fines lascivos asediar reiteradamente a una persona, valiéndose de una posición de poder (relaciones laborales, docentes, domésticas) o cualquier otra que implique subordinación.

-Actos de violencia que afectan la integridad sexual de niñas y mujeres: Mutilación genital, prostitución forzada y trata de personas con fines de explotación sexual.

-Atentados contra la libertad sexual de la mujer, aunque no impliquen contacto físico entre ésta y el agresor: Obligarla a masturbarse o a mantener relaciones sexuales con terceros.

5.2 Definición de abuso sexual

Según Lemos (2017), el abuso sexual tiene como objetivo que la víctima realice actos que le permitan al abusador excitarse; además, el individuo que comete abuso sexual a otra, puede emplear contactos físicos sutiles como tocamientos y roces para poner nerviosa a su víctima (51).

Por su parte Yeste (2018), refiere que al abuso sexual a todo acto que se realiza por una o varias personas, en donde la víctima se encuentra en situación de desventaja. En este tipo de abuso no es necesaria la violencia física, sin embargo, el agresor busca otras maneras, como manipulación, engaño o en otros casos, sorprender a la víctima (51).

Si bien cualquier persona puede ser susceptible de sufrir agresiones por parte del otro, las estadísticas apuntan hacia niños, niñas y mujeres como sujetos que

mayoritariamente viven situaciones de violencia familiar y sexual. En el caso de niños y niñas, ésta es una manifestación del abuso de poder en función de la edad, principalmente.

En el caso del abuso sexual infantil, Suzanne Sgroi (1982), plantea que el abuso sexual son todos los actos de naturaleza sexual impuestos por un adulto sobre un niño, que por su condición, carece del desarrollo madurativo, emocional y cognitivo para dar consentimiento a la conducta o acción en la cual es involucrado (52).

En resumen, podemos decir que el abuso sexual es una de las tantas modalidades que comprende la violencia sexual.

La tarea de conocer los factores asociados al abuso sexual contra los niños y adolescentes es compleja, dadas las diversas formas que puede adoptar este tipo de violencia y los numerosos contextos en los que se presenta, pero es indispensable identificarlos para tomar las medidas más apropiadas para su prevención.

5.3 Magnitud del problema a nivel mundial

La mayoría de estudios sobre el abuso sexual infantil coinciden que, en su mayoría, las víctimas son niñas. Finkelhor señala en el 2005, que el porcentaje se sitúa entre el 78 y el 89% (7-8). Por otro lado, el Estudio de Naciones Unidas sobre violencia contra la infancia, de 2006, menciona que una revisión de encuestas epidemiológicas de 21 países, principalmente países de ingreso alto y medio, halló que por lo menos el 7% de las mujeres (variando hasta 36%) y el 3% de los hombres (variando hasta 29%) afirmaron haber sido víctimas de violencia sexual durante su infancia (9). Según estos estudios, entre el 14% y el 56% del abuso sexual de niñas y hasta el 25% del abuso sexual de niños fue perpetrado por parientes, padrastros o madrastras (9). Según estadísticas del Fondo de las Naciones Unidas, en todo el mundo, alrededor de 15 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas en algún momento de sus vidas; en 38 países de ingresos bajos y medianos,

cerca de 17 millones de mujeres adultas informaron haber tenido relaciones sexuales por la fuerza en la niñez y sobre la base de los datos de 30 países, sólo el 1% de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales por la fuerza trataron de conseguir ayuda profesional (10).

5.4 La realidad de México

El abuso sexual constituye una de las áreas con poca información estadística, sobretodo en el caso de niñas, niños y adolescentes. Esto es debido a las pocas denuncias que se hacen y por otro lado porque se trata de agresiones que muchas veces siguen siendo un tabú, especialmente si ocurren en el entorno familiar. Por ejemplo, en la ENSANUT 2012 se señaló el amplio subregistro de las agresiones sexuales contra los niños y adolescentes varones de 10 a 17 años, pues ninguno de los casos registrados hacía referencia a casos de niños (13).

De acuerdo con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), 4 de cada 10 delitos sexuales son cometidos en personas menores de 18 años de edad (12-13). En el año 2012, al menos 21,714 niñas y adolescentes mujeres de 10 a 17 años de edad sufrieron alguna agresión sexual y para el año 2014, según la ECOPRED, alrededor de 23 mil adolescentes de entre 12 a 17 años sufrieron algún tipo de agresión sexual, incluyendo acoso, tocamientos y actos sexuales no consentidos (10-13).

Es importante señalar que dentro de estos datos estadísticos se desprende que 4 de cada 10 casos de probables violaciones sexuales sucedieron en los entornos más cercanos y cotidianos: el hogar (25%), la escuela (13%) y el lugar de trabajo (6%). Respecto a los agresores, en primer lugar se señaló a los familiares e integrantes del hogar (23%), en segundo lugar las personas desconocidas (15%), mientras que las parejas o novios o novias se situaron en tercer sitio (14%) (11).

En la encuesta de cohesión social para la prevención de la violencia y la delincuencia, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía señala en el año 2018, que el delito de violación alcanza a mil 764 niñas, niños y adolescentes por cada 100 mil menores y adolescentes de 12 a 17 años, mientras los tocamientos

ofensivos y manoseos llegan a 5 mil 89 casos por cada 100 mil menores y adolescentes (56).

En el estudio de Frías (2018), realizado en México, se desprenden datos alarmantes de esta problemática. En relación a las mujeres adolescentes, que fueron tan solo una parte la población de este estudio, se comenta que antes de los 15 años, el 5.06% de las mujeres mexicanas reportaron haber padecido un intento de violación (4.3%) y/o haber sido violada o forzada a tener relaciones sexuales bajo amenazas o uso de la fuerza (2.88%). La mayor parte de las violaciones intentos de violación antes de los 15 años se produjeron por personas de su círculo familiar. Alrededor del 6% de los casos el abuso fue perpetrado por los padres, aproximadamente una de cada diez mujeres indicó que había sido su hermano/a. Destaca que los tíos/as y primos/as sean la categoría más numerosa, (respectivamente, 28.6 y 38.5 %). Los desconocidos fueron señalados como responsables en un menor porcentaje de los casos de abuso sexual (24).

Si bien el estudio del fenómeno de la violación, su prevalencia y factores asociados es una tarea compleja, es claro que las estadísticas en relación a esta problemática parecen no disminuir con el tiempo. Es importante señalar que un menor que sufre este tipo de abuso, no sólo se siente vulnerable, confundido o avergonzado, sino que esto puede ser un parte aguas para el desarrollo de distintos trastornos psiquiátricos, sobre todo si no cuenta con un apoyo social estable y adecuado que lo haga sentir seguro, querido, que fortalezca su autoestima y que sea una guía adecuada en su proceso de formación y desarrollo. Por lo anterior, también es importante el estudio del apoyo social que el adolescente percibe, ya que de este dependerá en gran proporción si la víctima de abuso sexual afronta el problema de una manera productiva o no.

5.5 Factores de riesgo y protección para abuso sexual

Se entiende por factores de riesgo aquellas variables que incrementan la posibilidad de que determinado evento suceda. La evaluación de los factores de riesgo es un elemento clave de la intervención en las situaciones de violencia

hacia la infancia en general, porque nos ayuda a comprender de forma retrospectiva la problemática y sirve como eje para el implemento y constante monitoreo de las intervenciones que se lleven a cabo. Dentro de los factores de riesgo citados en la literatura tenemos (10-14-15).

Tabla 1

Factores protectores y de riesgo para abuso sexual

Individuales	Familiares	Comunitario
Factores de riesgo		
La edad: a menor edad hay mayor riesgo	Presencia de un padrastro	Pobreza y desempleo
Ser mujer	Falta de cercanía en la relación materno-filial	Aislamiento social de la familia
Presencia de alguna discapacidad física o mental	Madres sexualmente reprimidas o punitivas	Alta tolerancia a la violencia sexual por parte de la comunidad
Antecedente de maltrato	Padres poco afectivos	Alta tolerancia al delito en general
Nivel escolar bajo	Insatisfacción en el matrimonio	Aplicación de penas mínimas a los agresores sexuales.
	Violencia en la pareja	Políticas y leyes débiles relacionadas con la igualdad de género
	Falta de educación formal en la madre	Falta de reconocimiento de los derechos del niño como persona
	Bajos ingresos en el grupo familiar	Fracaso en los programas de sensibilización social
	Abuso de alcohol o drogas por parte del ofensor	
	Discapacidad psíquica en el progenitor no ofensor	
	Fácil acceso a las víctimas	
Factores protectores		
Resiliencia	Vínculo estable	Programas contra el abuso sexual
Afrontamiento productivo	Residencia con al menos un padre	Información otorgada en escuelas
Grado escolar	Empleo y grado escolar de los padres	
	Cohesión familiar	
	Ausencia de tensión emocional	
	Adecuados espacios para dormir	

Fuente: Elaborado a partir de: Injury Prevention and Control. Sexual Violence Risk and Protective Factors: A Systematic Review of the Literature, 2017. Abuso sexual infantil. "Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia", 2005. Martínez L. El Abuso Sexual Infantil, 2016.

Cómo se puede ver, muchos de los factores riesgo para abuso sexual están asociados con una precaria red de apoyo familiar, de ahí la importancia de estudiar este factor, para que implementen las medidas necesarias para mejorar este problema.

5.6 Abuso sexual y psicopatología

El abuso sexual en niños y adolescentes constituye un problema de salud muy importante, múltiples estudios han constatado que el antecedente de abuso sexual puede generar alteraciones a nivel neurobiológico y del desarrollo y a futuro la aparición de algún trastorno psiquiátrico.

El abuso sexual y otras formas de maltrato infantil constituyen un factor de riesgo para la aparición de trastornos psiquiátricos, siendo los trastornos afectivos los más frecuentes asociados al abuso sexual, además de trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno por abuso de sustancias, trastornos de personalidad (sobretudo límite o borderline), trastornos de la conducta, trastornos disociativos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos somatomorfos, trastornos con alteración del sueño e intentos de suicidio; con una asociación menos clara, también se han identificado trastornos somatomorfos y esquizofrenia (17-19).

Estudios han demostrado que entre el 20 a 40% de pacientes con algún trastorno psiquiátrico cuentan con el antecedente de abuso sexual en la niñez o adolescencia (18).

Se ha visto que las víctimas de abuso infantil muestran en la edad adulta alteraciones muy variables en su salud mental, que dependerán del tipo de abuso, el inicio (la edad en la primera victimización), la severidad y la duración, entre otros (18).

Así mismo, otros estudios revelaron que las características relacionadas con el abuso, como la duración (crónica) y la gravedad de los actos (abuso sexual con penetración), la identidad del autor (autor intrafamiliar) y el uso de coerción se han

relacionado con resultados más perjudiciales para la salud mental de la víctima (20).

Adams, et al., (2018), examinó la relación entre las características del abuso físico y sexual con la salud mental en una muestra comunitaria de adolescentes tardíos y adultos emergentes (n= 1270; edad media=19.68; 51% mujeres) que informaron sobre el inicio, la duración y la gravedad del abuso físico y sexual, así como sus síntomas de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. Mediante el análisis con un modelo de regresión multivariable (evaluación simultánea de todas las características de abuso físico y sexual) indicaron que el inicio del abuso físico en la infancia media y el inicio del abuso sexual en la infancia media o la adolescencia se asociaron con todas las formas de psicopatología estudiadas. La duración y la severidad del abuso físico o sexual no predijeron la psicopatología después de considerar el momento de inicio. El análisis de los resultados indicó que el inicio en la adolescencia y la duración del abuso sexual predijeron, respectivamente, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT) en mujeres pero no en hombres, mientras que la severidad del abuso sexual predijo menos síntomas de TEPT en hombres pero no en mujeres. En general, los resultados sugirieron que el abuso que se produce después de los 5 años de edad puede tener el impacto más perjudicial en la salud mental (18).

Por su parte Jonas, et al.,(2011); utilizó la información detallada disponible de la Encuesta de Morbilidad Psiquiátrica en Adultos de 2007 (APMS 2007) para cuantificar los vínculos entre el abuso sexual infantil y una variedad de afecciones psiquiátricas, donde encontró que el TEPT y los trastornos de la alimentación estaban asociados de manera fuerte y altamente significativa con el abuso sexual infantil (7).

En el estudio realizado por Conejo, (2016), en 124 adolescentes que contaban con el antecedente de abuso sexual, se vio que en esta población los tres diagnósticos más prevalentes fueron la ideación suicida, autolesiones y comportamiento suicida, Trastorno depresivo mayor recurrente y Trastorno negativista desafiante, con las prevalencias de 84%, 72% y 68% respectivamente;

mientras que en el grupo de sujetos sin abuso sexual fue de 65%, 51% y 54% respectivamente (19).

En resumen, múltiples estudios empíricos han documentado que es el impacto emocional de las víctimas de abuso sexual lo que representa el mayor desafío para su recuperación (Finkelhor y Browne, 1985; Spaccarelli, 1994; citado en Phanichrat, T., & Townshend, J. M. , 2010), en particular las emociones negativas inherentes que surgen del abuso, como la vergüenza y la humillación.

De ahí la importancia de prevenir cualquier forma de maltrato en niños y adolescentes, para lo cual es importante identificar y definir los factores de riesgo que estén asociados a cualquier forma de abuso, especialmente en esta población tan vulnerable.

APOYO SOCIAL PERCIBIDO

El apoyo social es un constructo con muchas dimensiones, lo cual dificulta conceptualizarlo y evaluarlo, pero de forma práctica podríamos definirlo por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas.

El concepto de apoyo social percibido se refiere a la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella, lo que implica destacar el grado de satisfacción que obtiene del apoyo disponible (Gracia, 1997).

El apoyo social percibido tendría dos funciones principales. Una función instrumental que alude a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir una meta como pudiese ser la búsqueda de trabajo o dinero, y una función expresiva que considera las relaciones sociales como un fin o un medio en sí mismas, caracterizadas por la presencia de afectos y emociones como puede ser pedir un consejo, compartir una pena, etc. Además, el apoyo social se puede ver como una ayuda y mediador para el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas, porque ayuda a la persona a identificar y utilizar estrategias de afrontamiento específicas.

Musitu, Herrero, Cantera y Montenegro (2004), explican al apoyo social como un mecanismo de prevención primaria y como factor paliativo de trastornos psicológicos, es decir, se infiere que si éste es percibido en etapas tempranas de desarrollo, no podrán influir negativamente situaciones que conlleven a padecer trastornos psicológicos que afecten la calidad de vida de las personas.

Su influencia sobre el bienestar psicológico ha sido claramente establecida (Thoits, 1982; Lin, Dean y Ensel, 1986; Messeri, Silverstein y Litwak, 1986; Barrón y Chacón, 1990; Herrero y Musitu, 1998), tanto de sus aspectos funcionales (es decir, las funciones que cumplen las relaciones sociales) como de sus aspectos estructurales (esto es, la composición de las redes sociales).

Otros autores (van Aken & Asendorpf, 2015), refieren que el apoyo social puede ejercer un efecto protector de la autoestima a través de tres mecanismos: (1) previniendo los eventos estresantes, (2) moderando los efectos negativos del estrés o (3) incrementando directamente la autoestima.

Se han planteado dos efectos del apoyo social, que se conocen como hipótesis del efecto directo e hipótesis del efecto de amortiguación (22). La primera hipótesis defiende que el apoyo social tiene un efecto sobre la salud y el bienestar, independientemente del estrés. En cuanto a la hipótesis del efecto de amortiguación, establece que el apoyo social es esencialmente un moderador de otros factores que influyen en el bienestar, en concreto los acontecimientos vitales estresantes.

En general, una red de apoyo social buena provee a la persona de experiencias positivas, sensación de estabilidad, sentimientos positivos, aumento de la autoestima y podrían evitar la exposición a experiencias negativas, lo que a su vez, disminuye la probabilidad de problemas psicológicos; además una red de apoyo social adecuada puede proveer de salud física a través de los efectos neuroendócrinos e inmunes ejercidos a través de las emociones, o a través de conductas sanas como no fumar o buscar ayuda médica cuando es necesario (22).

6.1 Tipos de apoyo social

La clasificación usada en este apartado tiene al apoyo social con base en las funciones que dicho fenómeno con lleva, con Barrón y Sánchez (2001) quienes se basan en Cohen (1985):

- Emocional: Intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación.

Con el apoyo emocional se tiene la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias personales, en donde se construyen opciones contra amenazas a la autoestima, se fomenta y se mantiene la salud y bienestar de la persona

- Instrumental: Prestación de ayuda o asistencia material.

En este tipo de apoyo se presta ayuda material directa o de servicios. Los psicólogos y psiquiatras forman parte de este tipo de apoyo.

- **Informacional:** Consejo, guía o información pertinente a la situación

En este tipo de apoyo se puede proporcionar guías necesarias que dan forma a estrategias de afrontamiento emocionales y conductuales ante las demandas del entorno próximo.

6.2 Fuentes de apoyo social

Las fuentes de apoyo pueden ser 'informales' (familiares, amigos) o "formales" (profesionales de la salud, líderes religiosos, personal de refugio). Sin embargo, numerosos factores pueden impedir la búsqueda activa y el uso del apoyo de las redes familiares en particular, incluido el hecho de que el abusador es la persona que en la mayoría de las circunstancias se consideraría la fuente principal de apoyo (25).

La familia como primer grupo próximo de los adolescentes, es un mediador mediante su funcionamiento para proteger o poner en riesgo quizá al consumo de sustancias, conducta delictiva o exposición a cualquier tipo de violencia. El apoyo social ciertas personas, que según su ausencia o presencia pueden influir en que los adolescentes caigan en conductas de riesgo, como lo son el padre, la madre, el hermano o la hermana, el mejor amigo o la amiga, algún adulto significativo y el novio o la novia.

En la adolescencia se ha visto una disminución en la percepción de apoyo de los padres conforme se avanza en la adolescencia, al tiempo que la percepción de apoyo paterno disminuye, se incrementa la importancia concedida a las relaciones con sus pares, ya que muchas veces se encuentran en las mismas situaciones y se sienten identificados. Los adolescentes por las propias demandas de su edad en el contexto social, van alejándose de la familia, y hay conflictos al respecto porque se ponen entre dicho los valores que sus padres les han inculcado, así como hábitos o la forma de satisfacer ciertas necesidades

La disminución en la percepción de apoyo paterno también parece estar relacionada con la necesidad de autonomía del adolescente y con el incremento en los conflictos entre padres e hijos que se producen, sobre todo, al final de la preadolescencia (26). El apoyo familiar percibido por el adolescente dependerá de la mayor o menor cohesión y vinculación afectiva

6.3 Apoyo social percibido y psicopatología

El apoyo social es un factor importante que puede afectar la salud mental. En las últimas décadas, se han realizado varios estudios sobre el impacto del apoyo social en la salud mental y se han acumulado pruebas sustanciales que muestran que los lazos sociales y el apoyo social están relacionados de manera positiva y causal con la salud mental, la salud física, la longevidad y la calidad de vida.

Wang, et al., (1998); examinó la correlación de 16 variables de resultados de salud, incluidos el estado de salud, los síntomas físicos, los síntomas psicológicos, la depresión, el desempeño de roles, el comportamiento, la compatibilidad física, el ajuste psicológico, la adaptabilidad de la vida, los comportamientos de afrontamiento, el estrés, la creencia de salud, los comportamientos de promoción de la salud, la calidad de vida, bienestar y autorrealización con el apoyo social. Los resultados mostraron que el apoyo social puede predecir significativamente todos los resultados de salud, excepto la compatibilidad física (28).

López de Roda y Sánchez, (2001); en una muestra con 401 personas de distintas clases sociales, encontraron una asociación positiva entre apoyo social percibido y bienestar psicológico, señalando, que el apoyo social es una variable mediadora del papel del estrés en el deterioro psicológico y la depresión (55).

A pesar de que se tiene conocimiento de la importancia del apoyo social percibido para el afrontamiento de diversas adversidades, existen muy pocos estudios relacionados en adolescentes víctimas de abuso sexual.

INVESTIGACIÓN

7.1 Planteamiento del problema

El abuso sexual infantil es un problema de salud con gran peso a nivel mundial. Aún permanecemos en penumbra con respecto a la frecuencia, magnitud del problema y sus factores asociados, pues no todos los casos son reportados a las debidas autoridades, lo cual limita tener una estadística que se apege más a la realidad de esta problemática.

En México, la información referente a abuso sexual en adolescentes y los factores asociados es limitada, lo que constituye un hecho alarmante, ya que esta es una de las poblaciones con mayor riesgo para sufrir abuso sexual y que al encontrarse en una etapa de vulnerabilidad elevada, ser víctima de este tipo de abuso a su vez representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de múltiples psicopatologías.

La adolescencia es una etapa que se encuentra en proceso de formación física, emocional, intelectual y moral y que es crucial en la vida de una persona, además involucra varios retos en el desarrollo del individuo, pues este debe adaptarse y asimilar cambios a nivel biológico, psicológico, emocional, familiar y social. Muchos de estos obstáculos son percibidos como considerablemente estresantes por el adolescente, lo cual podría ocasionar consecuencias en la adaptación de la persona al medio.

Los eventos estresantes experimentados por el adolescente pueden contribuir a alteraciones emocionales o del comportamiento y esto podría interrumpir el desarrollo general positivo del mismo y pueden poner en marcha un ciclo de auto perpetuación en el que el estrés y la sintomatología se contribuyen mutuamente, siendo el abuso sexual un factor estresor en esta población que lamentablemente está en aumento a nivel mundial.

Por lo anterior es importante conocer a fondo cómo es el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento desarrolladas en las víctimas de abuso sexual, solamente así los programas de intervención clínica y de prevención alcanzarán mejor el objetivo pretendido, que sería el bienestar físico y mental de esta población.

Este estudio pretende conocer la relación entre el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento utilizadas en adolescentes víctimas de abuso sexual que cuentan con alguna psicopatología, y así analizar las características y diferencias existentes entre los grupos con y sin abuso sexual. Esto permitirá reconocer la posible influencia del apoyo social que percibe el adolescente en el moldeamiento de sus estrategias de afrontamiento y el desarrollo de las distintas psicopatologías en las víctimas de abuso sexual.

7.2 Justificación

En México, se calcula que aproximadamente el 5% de adolescentes mujeres menores de 15 años fueron víctimas de abuso sexual. En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”; se observa que desde el año 2011 ha aumentado el número de casos anualmente hasta la fecha, tendiendo en el año 2015 una prevalencia de 7.7% (19). En el 2018 se atendieron a 277 pacientes con algún tipo de abuso sexual. El abuso sexual en niños y adolescentes constituye uno de los obstáculos más importantes para alcanzar un desarrollo sano en esta población, sobre todo en el área emocional, mismo que puede generar múltiples psicopatologías si persiste a lo largo del tiempo o/y si el niño o adolescente no recibe la atención y tratamiento adecuados.

Para este grupo etario es difícil de revelar el abuso sexual en los distintos entornos en los que se desenvuelve (familiar, escolar, autoridades), por lo que la mayoría de casos no son denunciados a la entidad correspondiente. Esta población precisa de apoyo externo para hacer frente a cualquier tipo de violencia para ser capaces de afrontar el problema de la manera más sana posible y recibir la atención médica y psicológica y el tratamiento correspondiente.

La selección de un proveedor de ayuda depende de muchos factores, como quien cree el adolescente que proporcionará ayuda y que ésta cubra sus expectativas. La familia debería ser la principal fuente de apoyo en que la víctima se pueda amparar o sentir segura. Lamentablemente esto no sucede así, ya que en muchas ocasiones esta población no siente confianza en los miembros de su familia, prefiriendo guardar silencio para de alguna forma evitar ya sea la vergüenza, los sentimientos de culpa o peor aún, el miedo de no ser creídos o culpabilizados por lo ocurrido, y si este estresor no es atendido de forma adecuada y a tiempo, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de múltiples psicopatologías.

El apoyo social tiene varias funciones importantes. Una de ellas es la función expresiva, que está caracterizada por la presencia de afectos, emociones, la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias personales, lo que lo convierte en un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima, desempeña un importante rol en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar de las persona y moldea las estrategias de afrontamiento emocional y conductual ante las distintas demandas del entorno.

Por tanto, se considera que al realizar esfuerzos de investigación en un enfoque desde los factores involucrados en el establecimiento y persistencia de psicopatología en pacientes con antecedente de abuso sexual, es decir, al evaluar el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento de estos pacientes, es posible diseñar intervenciones psicosociales preventivas, de educación y protección a la salud mental con base empírica.

7.3 Hipótesis

Ho: Los adolescentes con psicopatología y antecedente de abuso sexual no presentan diferencias en los puntajes de apoyo social percibido y el estilo de afrontamiento con respecto a los adolescentes sin antecedentes de abuso sexual.

Hi: Los adolescentes con psicopatología y antecedente de abuso sexual presentan puntajes más bajos de apoyo social percibido y puntajes más altos en

las estrategias de afrontamiento no productivo, en comparación a los adolescentes con psicopatología que no tiene antecedente de abuso sexual.

7.4 Objetivos

Objetivo general:

Comparar la percepción del apoyo social y estrategias de afrontamiento utilizadas en adolescentes con psicopatología y antecedente de abuso sexual vs adolescentes con psicopatología y sin antecedente de abuso sexual.

Objetivos específicos:

- Analizar características sociodemográficas de adolescentes con y sin antecedente de abuso sexual.
- Comparar las medias de la psicopatología entre adolescentes con y sin antecedente de abuso sexual.
- Comparar las medias de los estilos de afrontamiento entre adolescentes con y sin antecedente de abuso sexual.
- Comparar las medias de los tipos de apoyo social percibido entre adolescentes con y sin antecedente de abuso sexual.

7.5 Material y métodos

Tipo de diseño: Se trata de una investigación empírica y con diseño transversal correlacional causal en población clínica adolescente.

Muestra: La muestra es no probabilística por conveniencia, a fin de garantizar el control de algunas variables como sexo, edad, nivel educativo y nivel socioeconómico. Que acepten participar y se encuentren en seguimiento por esta institución y que al mismo y tiempo cumplan con los criterios de inclusión correspondientes.

7.6 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Adolescentes de 11 a 17 años 11 meses de edad
- Adolescentes que asistan a atención psiquiátrica al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro”.
- Adolescentes alfabetizados.
- Adolescentes que acepten participar en la investigación y que cuenten con la presencia de al menos uno de sus padres o tutores al momento de la realización del estudio para firmar el consentimiento y asentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes que no cumplan con el rango de edad propuesto
- Adolescentes que presenten alguna discapacidad física o mental que impida la comprensión del estudio.
- Adolescentes que no cuenten con padres/tutor.
- Adolescentes que no acepten participar en el estudio

Criterios de eliminación:

- Llenado inadecuado de los instrumentos de evaluación.
- Adolescentes que abandonen del estudio.
- Adolescentes que retiren su consentimiento para la inclusión al mismo.

7.7 Variables

Tabla 2.

Variables utilizadas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES POSIBLES	TIPO
VARIABLES DEPENDIENTES				
Apoyo social percibido	Grado de satisfacción con el apoyo recibido de todas las áreas de	Medida de acuerdo al autoinforme de la Escala de apreciación de apoyo	1. Muy de acuerdo	Cuantitativa

	interacción del sujeto	social:	2. De acuerdo	Discreta
			3. En desacuerdo	Intervalar
			4. Muy en desacuerdo	
Estrategias de Afrontamiento	Esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas.	Escala de Afrontamiento para Adolescentes ACS: Se agrupan en 18 estrategias de afrontamiento y 3 estilos de afrontamiento.	1. No me ocurre nunca o no lo hago 2 .Me ocurre o lo hago raras veces 3.Me ocurre o lo hago algunas veces 4. Me ocurre o lo hago a menudo 5 .Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	Cuantitativa Discreta Intervalar
Trastornos internalizados	Comportamientos dirigidos al interior que implican un elevado control y aluden a condiciones cuya característica principal es la emoción o el estado de ánimo alterado, los cuales funcionan de forma inadaptada al producir daño o malestar a uno mismo.	Medido de acuerdo al YSR/11-18: Depresión, Ansiedad, Retraimiento – introversión, Quejas somáticas y Problemas de sueño.	Borderline: T= 60 – 63 Clínico: T > 63	Cuantitativa Discreta Intervalar
Trastornos externalizados	Comportamientos dirigidos al exterior que reflejan un bajo control y engloban a todas aquellas condiciones observables que reflejan conflictos de adaptación social y que involucran a otras personas, produciendo daño o molestia a los otros.	Medido de acuerdo al YSR/11-18: Ruptura de reglas y Conducta agresiva.	Borderline: T= 60 – 63 Clínico: T > 63	Cuantitativa Discreta Intervalar

VARIABLES INDEPENDIENTES

Abuso sexual	Se define como todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de	Sucesos De Vida-Versión para adolescentes: Sucesos de vida estresantes, ocurridos en el último año a partir de la percepción subjetiva del propio adolescente.	a. me sucedió y fue bueno para mí b. me sucedió y fue malo para mí c. me sucedió y no tuvo importancia d. no me sucedió Una pregunta abierta
--------------	--	---	--

la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

VARIABLES DE CONTROL (CONFUSORAS)

Sexo	Característica biológica que divide a los seres humanos en masculino y femenino.	Género al que pertenece el paciente.	Femenino	Cualitativa
			Masculino	Discreta
				Nominal
				Dicotómica
Edad	Tiempo cronológico de vida cumplido desde el nacimiento de un sujeto.	Edad en años singulares del paciente y en grupos de 10 años para sus padres o tutores, documentada al momento de realizar el estudio. De acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de edades de la OMS.	10 – 14	Cuantitativa
			15 – 17	Continua
				Intervalar
Estado civil	Situación social de un sujeto determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco entre sí.	Condición civil del paciente al momento de realizar el estudio.	Soltero(a)	Cualitativa
			Casado(a)	Nominal
			Viudo(a)	
			Divorciado(a)	
			Separado(a)	
Escolaridad	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	Grado de educación alcanzado del paciente al momento de realizar el estudio.	Sin enseñanza educacional	Cualitativa
			Primaria	Ordinal
			Secundaria	
			Bachillerato	
Ocupación	Actividad laboral que desempeña un sujeto y que le genera algún tipo de remuneración económica.	Tipo de trabajo y condiciones del empleo que desempeña el paciente al momento de realizar el estudio.	Estudio	Cualitativa
			Estudio y trabajo	Ordinal
			Solo trabajo	
			Ni estudio ni trabajo	

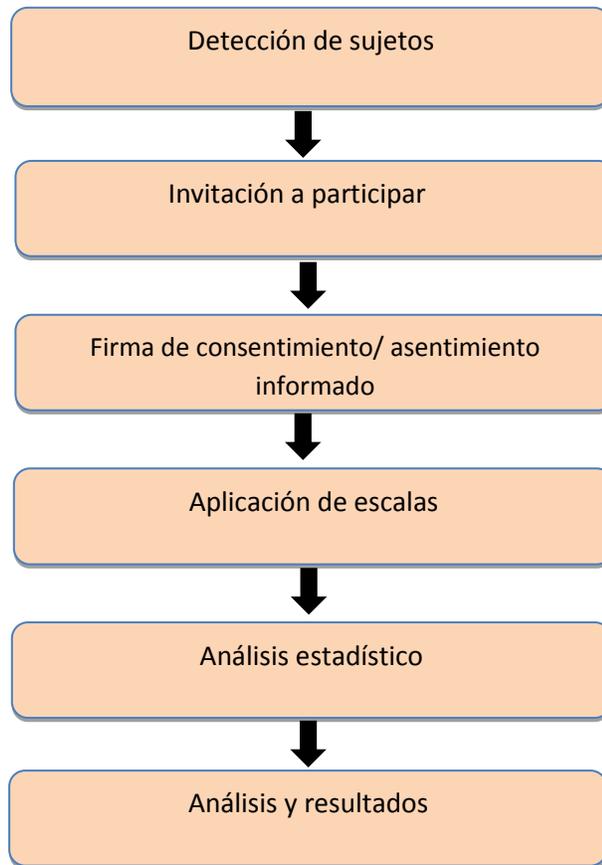
Nota: YSR/11-18; Youth Self Report para adolescentes de 11 a 18 años.

7.8 Procedimiento:

El presente proyecto corresponde a una investigación de campo transversal y correlacional con registro 113-03-0315-Tc a cargo de la Dra. María Fernanda Vidal Andrade, derivado del proyecto con clave 113/01/0412, el investigador principal es

la Dra. María Elena Márquez Caraveo que fue dictaminado como aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Consiste en una evaluación diagnóstica de un grupo clínico para el cual se utilizaron los datos obtenidos e instrumentos aplicados a jóvenes de muestra clínica.

7.9 Flujograma de actividades:



7.10 Cronograma de actividades:

En la Tabla 3 se encuentra la representación gráfica del conjunto de actividades realizadas en función del tiempo estipulado para este proyecto.

Tabla 3.
Cronograma de actividades

FECHA	Marzo- Abril	Mayo- Junio	Julio- Agosto	Septiembre -Octubre	Noviembre- Diciembre	Enero- Marzo	Abril- Mayo
ACTIVIDAD	2019	2019	2019	2019	2019	2020	2020
Selección del tema de interés	XX						
Obtención de la información		XX					
Revisión bibliográfica		XX	XX				
Redacción general del proyecto		XX	XX				
Desarrollo del marco teórico			XX				
Procesamiento de datos			XX	XX			
Análisis de resultados			XX	XX	XX	XX	
Elaboración del informe técnico final					XX	XX	XX
Divulgación de los resultados							XX

7.11 Instrumentos de medición:

Sucesos De Vida - Versión para adolescentes

Autores: Lucio y Duran 2003.

Es un auto informe que evalúa los sucesos de vida estresantes, ocurridos en el último año; a partir de la percepción subjetiva del propio adolescente. Consta de 130 reactivos, 129 reactivos con cuatro opciones de respuestas (a. me sucedió y fue bueno para mí; b. me sucedió y fue malo para mí; c. me sucedió y no tuvo importancia; d. no me sucedió; y una pregunta abierta. Los reactivos están divididos en 7 áreas: familiar, social, personal, salud, logros y fracasos, escolar y problemas de conducta. La aplicación puede ser individual y colectiva; a través del uso de hojas de respuesta para calificar manual o por lector óptico; tiene una duración aproximada de 20 minutos.

Se utilizará para determinar el antecedente de abuso sexual en los últimos 12 meses. El cuestionario está desarrollado en español (México) como idioma original. Se reportan (Ávila, Heredia y Lucio 2006; Lucio, Barcelata y Duran 2003; Lucio, Pérez y Farías y Duran 2004) coeficientes de consistencia interna Kuder-

Richarson de 0.89; de la estabilidad temporal de 0.75; y un índice de correlación media de 0.76 en la validez concurrente (Ávila 2006).

Escala de Apreciación de Apoyo Social (EAAS)

Autor: Martínez, 2004.

Se deriva de la Social Support Appraisals Scale (Cobb, 1983). Consta de 23 reactivos tipo Likert, en una escala del 1 al 4 en donde 1=es muy de acuerdo y 4=muy en desacuerdo, organizados en tres escalas o factores, 8 reactivos para Familia, 7 para Amigos, y 8 para Otros, que en su conjunto evalúa apreciación de apoyo social. Es un instrumento auto-administrable que se puede aplicar de manera individual o colectiva, se contesta entre 10 y 20 minutos. Con respecto a su confiabilidad y validez, Martínez (2004) reporta alfas de Cronbach de .80 y .90 en su versión original, y alfas de Cronbach de .80 y de .77 en la versión adaptada. Zamora (2006) reporta alfas de Cronbach de .83 a .96. El índice de confiabilidad en éste trabajo se tiene con un alfa de Cronbach de .87

Escala de Afrontamiento para Adolescentes ACS (Frydenberg y Lewis, 1997)

Fundamentación: Las exigencias psicosociales derivadas del proceso evolutivo que implica la adolescencia pueden repercutir en el desarrollo psicológico, influyendo en la confianza en sí mismo, la timidez, la ansiedad, el sentimiento de eficacia, la autoestima o el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Es una escala autoaplicable que evalúa las distintas formas o modos que los adolescentes utilizan para afrontar sus problemas. Estudios de validación: en 1997 Pereña y Seisdedos, realizaron la versión española para esta escala.

Consta de dos partes: la primera es una pregunta abierta sobre los principales problemas vividos durante los últimos 6 meses. La segunda parte consiste en un inventario en forma de autoinforme compuesto por 80 elementos, 79 de tipo cerrado y uno abierto al final, y permite evaluar con gran fiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes que se han identificado conceptual y empíricamente. Los 79 elementos cerrados se puntúan mediante una escala de tipo Likert de cinco

puntos: 1 no me ocurre nunca o no lo hago; 2 Me ocurre o lo hago raras veces; 3 Me ocurre o lo hago algunas veces; 4 Me ocurre o lo hago a menudo y 5 Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia. Los 79 elementos se agrupan en 18 estrategias de afrontamiento y 3 estilos de afrontamiento. El instrumento reporta una alfa global de 0.75 y coeficiencia de test - retest de 0.78. Aplicación: colectiva, autoaplicada. Tiempo en promedio 10 minutos para cada escala.

Auto-reporte del Comportamiento de Jóvenes de 11 a 18 años (YSR/11-18), por sus siglas Youth Self Report

Autores: Achenbach y Rescorla, 2001.

Este instrumento sirve para evaluar de manera dimensional la presencia de psicopatología. El instrumento completo consta de una primera parte de escalas de competencia, con reactivos mixtos (abiertos y de opción múltiples), y una segunda parte con escalas que evalúan problemas de conducta y emociones a través de 112 reactivos. Las escalas de problemas identifican dos patrones generales de problemas externalizados como conducta de ruptura de reglas y agresión, y de internalizados, como depresión-ansiedad, depresión-introversión y problemas somáticos, adicionalmente se presenta los problemas mixtos como problemas sociales, problemas mentales y problemas de atención. En este estudio se utilizó la versión en español editada por ASEBA y adaptada por la Universidad de Barcelona (2001), dirigida para población de habla hispana (latinoamericana) y validada por Barcelata, Armenta y Luna en el 2011.

1. Internalizados: Ansiedad/depresión, introversión, quejas somáticas, problemas sociales y problemas de pensamiento.
2. Externalizados: Ruptura de reglas y conducta agresiva.
3. Mixto: Problemas sociales, problemas mentales y problemas de atención.

7.12 Análisis estadístico

Se obtendrán los datos de la base de datos del proyecto “Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención” y al programa PAPIIT IN

303714. Se efectuarán análisis descriptivos, de comparación de medias, correlacionales bivariados y multivariados a través del Programa Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS en su versión 26 de acuerdo con los diferentes niveles de medición y características de las variables de estudio, con el fin de proponer un modelo explicativo sobre la relación entre el apoyo social percibido y afrontamiento en adolescentes con abuso sexual.

7.13 Aspectos éticos

Se respetará en todo momento los acuerdos y las normas éticas referentes a investigación en seres humanos tomando en cuenta las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, en el Título Segundo, Capítulo primero en sus artículos: el artículo 13 por el respeto que se tendrá por hacer prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, al salvaguardar la información obtenida. Del artículo 14, ya que apegado a los requerimientos de la institución y del comité local de investigación, se ajustará a los principios éticos y científicos justificados en cada uno de los apartados del protocolo.

RESULTADOS

De los 125 sujetos incluidos en el estudio, el 20% sufrió abuso sexual, de los cuales el 92% pertenecieron al sexo femenino. El rango de edad fue de 10 a 17 años con una media de edad de 13.79 años. En el grupo de 10-14 años se encontró un porcentaje más alto de abuso sexual (56%). La mayoría de los participantes se dedicaban únicamente a estudiar (79.2%). Al momento de la recolección de los datos, el 64.8 % de los participantes se encontraban estudiando la secundaria. El 4.8% solo trabajaba (Tabla 4).

Tabla 4.

Características sociodemográficas de los participantes

Características de la muestra	Con abuso sexual		Sin abuso sexual		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Edad						
10-14	14	56	51	51	65	52
15-17	11	44	49	49	60	48
Sexo						
Masculino	2	8	53	53	55	44
Femenino	23	92	47	47	70	56
Estado civil						
Solteros	25	100	100	100	126	100
Escolaridad						
Primaria	2	8	9	9	11	8.8
Secundaria	14	56	67	67	81	64.8
Bachillerato	9	36	24	24	33	26.4
Ocupación						
Estudia	18	72	81	81	99	79.2
Estudia y trabaja	3	12	8	8	11	8.8
Trabaja	2	8	4	4	6	4.8
Ni estudia ni trabaja	2	8	7	7	9	7.2

Nota: N=125 que corresponden a: con abuso sexual (n=25) y sin abuso sexual (n=100). Participantes tuvieron edad promedio de 13.79 años.

En la tabla 5, se observa que el puntaje de la escala de banda ancha correspondiente trastornos internalizados fue superior para los adolescentes con antecedente de abuso sexual (M=0.87), con una diferencia estadísticamente significativa ($t= 2.34, p= 0.021$).

En relación a las subescalas de banda estrecha de los trastornos internalizados, se observan medias más altas para ambos grupos en la subescala de ansiedad/depresión (M=0.99). Al comparar las medias de la misma subescala entre los grupo con y sin antecedente de abuso sexual, se observa un puntaje más elevado en el primer grupo, con una diferencia estadísticamente significativa ($t= 2.83$ y una $p= 0.005$). En los puntajes relacionados con quejas somáticas se observa una media más elevada en el grupo con abuso sexual ($t= 2.39$ y una $p=0.018$).

En relación a las subescalas de problemas sociales (M=0.75) y problemas mentales (M=0.71), se encuentran medias más elevadas en el grupo con abuso sexual, ($t= 2.70, p= 0.008$) y ($t= 1.99, p= 0.048$) respectivamente.

En cuanto a los trastornos externalizados, los puntajes en la subescalas de ruptura de reglas (M=0.63) y comportamiento agresivo (M=0.8), se encuentran más elevados en el grupo con abuso sexual, con una diferencia estadísticamente significativa, ($t= 2.71, p= 0.008$) y ($t= 2.20, p=0.029$) respectivamente.

Tabla 5

Comparación de medias de la psicopatología entre adolescentes con y sin abuso sexual

Psicopatología	Con abuso sexual		Sin abuso sexual		$t(125)$	P
	M	DE	M	DE		
Internalizada	0.87	0.45	0.64	0.42	2.34	0.021*
Ansiedad/depresión	0.99	0.54	0.68	0.48	2.83	0.005*
Introversión/depresión	0.83	0.42	0.67	0.49	1.48	0.140
Quejas somáticas	0.74	0.49	0.51	0.41	2.39	0.018*
Problemas sociales	0.75	0.43	0.50	0.39	2.70	0.008*

	0.71	0.47	0.51	0.42	1.99	0.048 [*]
Problemas mentales						
Problemas de atención	0.96	0.55	0.82	0.41	1.37	0.172
Externalizada	0.73	0.49	0.57	0.34	1.85	0.065
Ruptura de reglas	0.63	0.44	0.42	0.32	2.71	0.008 [*]
Comportamiento agresivo	0.8	0.57	0.59	0.39	2.20	0.029 [*]

Nota: N=125 que corresponden a: con abuso sexual (n=25) y sin abuso sexual (n=100). M: media, DE: desviación estándar, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.001$, $g = 123$

En la Tabla 6 se observa que el puntaje en la escala de estilo de afrontamiento productivo fue más alto para los pacientes sin abuso sexual (M=3.11), sin tener una diferencia significativa ($t = -1.93$, $p = 0.056$).

De las subescalas del estilo de afrontamiento productivo, observamos que las estrategias enfocadas en buscar pertenencia (M=3.04, $t = -2.33$, $p = 0.021$), y esforzarse y tener éxito (M=3.25, $t = -2.51$, $p = 0.013$) presentaron puntajes superiores y con diferencias estadísticamente significativas en los adolescentes sin abuso sexual.

En relación al estilo de afrontamiento no productivo, vemos que la media es mayor en el grupo sin abuso sexual (M=2.62), sin embargo no es una diferencia estadísticamente significativa. En cuanto a la estrategia de preocuparse, correspondientes al mismo estilo, vemos puntajes más elevados en los adolescentes sin abuso sexual (M= 3.22, $t = -2.08$, $p = 0.039$).

En cuanto al estilo de afrontamiento relacionado a otros, el grupo sin abuso sexual presenta una media superior (M=2.54), sin tener significancia estadística. Todas las estrategias pertenecientes a este estilo de afrontamiento, a excepción de acción social, tuvieron puntajes más elevados en el grupo sin abuso sexual.

Tabla 6

Comparación de medias de los tipos de afrontamiento en pacientes adolescentes con y sin antecedente de abuso sexual

Estrategia de afrontamiento	Con abuso sexual		Sin abuso sexual		$t(125)$	p
	M	DE	M	DE		
Productivo	2.81	0.72	3.11	0.66	-1.93	0.056

Concentrarse en resolver el problema	2.76	0.93	3.13	0.96	-1.76	0.079
Fijarse en lo positivo	2.79	1.01	3.17	0.92	-1.80	0.074
Invertir en amigos íntimos	2.72	0.93	2.89	0.83	-0.89	0.37
Distracción física	2.82	1.11	2.93	1.12	-0.41	0.68
Buscar diversiones relajantes	3.01	1.02	3.19	0.85	-0.90	0.36
Buscar pertenencia	2.57	0.81	3.04	0.90	-2.33	0.021*
Esforzarse y tener éxito	2.73	0.95	3.25	0.91	-2.51	0.013*
No productivo	2.62	0.68	2.57	0.67	0.27	0.78
Ignorar el problema	2.29	0.98	2.19	0.90	0.47	0.63
Reservarlo para sí	2.79	0.91	2.70	1.08	0.38	0.70
Falta de afrontamiento	2.44	0.77	2.19	0.77	1.42	0.15
Autoinculparse	2.84	1.00	2.65	1.10	0.76	0.44
Reducción de tensión	2.53	1.02	2.14	0.84	1.97	0.051
Hacerse ilusiones	2.60	0.83	2.91	0.84	-1.65	0.10
Preocuparse	2.78	0.99	3.22	0.93	-2.08	0.039*
Relacionado a otros	2.44	0.70	2.54	0.65	-0.80	0.42
Buscar ayuda profesional	2.47	1.01	2.81	1.01	-1.50	0.13
Buscar apoyo social	2.80	1.17	2.93	0.93	-0.60	0.55
Buscar apoyo espiritual	2.26	0.80	2.38	0.87	-0.66	0.50
Acción social	2.25	0.79	2.08	0.71	1.04	0.29

Nota: N=125 que corresponden a: con abuso sexual (n=25) y sin abuso sexual (n=100) M: media, DE: desviación estándar, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.001$, $g = 123$

Como se muestra en la Tabla 7, los resultados señalan que los puntajes en las medias de soy amado por mi familia ($M = 3$, $t = -2.60$, $p = 0.01$), mi familia me respeta ($M = 3.46$, $t = -3.01$, $p = 0.003$), y cuento con el apoyo de mi papá ($M = 2.98$, $t = -3.19$, $p = 0.002$), los cuales corresponden al apoyo de tipo familiar, fueron mayores para el grupo de pacientes sin abuso sexual, presentando una diferencia estadísticamente significativa. Mientras que la media de no cercano a mi familia, perteneciente al mismo tipo de apoyo, fue mayor para el grupo con abuso sexual, así mismo, con significancia estadística ($M = 2.76$, $t = 3.01$, $p = 0.003$).

En relación al apoyo social proporcionado por otros, la media de me siento bien como soy ($M = 0.92$, $t = -2.11$, $p = 0.03$), fue más alta en el grupo sin abuso sexual, mientras que la media de pocas personas me extrañarían ($M = 2.52$, $t = -2.05$, $p = 0.04$), fue más elevada en el grupo con abuso sexual.

En general, se observa que el grupo de adolescentes sin abuso sexual tuvo puntajes más elevados en los 3 tipos de apoyo, pero sin significancia estadística.

Tabla 7

Comparación de medias de los tipos de apoyo social percibido en pacientes adolescentes con y sin antecedente de abuso sexual

Apoyo social percibido	Con abuso Sexual		Sin abuso sexual		t (125)	p
	M	DE	M	DE		
Apoyo social familiar	2.89	0.39	3.04	0.43	-1.5	0.13
Mi familia cuida mucho de mí	3.44	0.65	3.52	0.67	-0.53	0.59
Mi familia opina bien de mí	3	0.76	3.53	0.69	-0.89	0.37
Soy admirado por mi familia	2.36	0.86	2.72	0.87	-1.84	0.06
Soy amado por mi familia	3	1	3.46	0.73	-2.60	0.010*
No apoyo de mi familia	1.96	0.97	1.66	0.85	1.52	0.13
Mi familia me respeta	2.92	1.11	3.46	0.70	-3.01	0.003*
Mi familia confía en mí	2.71	0.95	3.14	0.84	2.17	0.32
No cercano a mi familia	2.76	1.09	2.08	0.99	3.01	0.003*
Cuento con el apoyo de mi mamá	3.36	0.99	3.65	0.75	-1.60	0.11
Cuento con el apoyo de mi papá	2.08	1.22	2.98	1.27	-3.19	0.002*
Tengo familiares con quien contar	3.16	1.10	3.45	0.85	-1.42	0.15
Apoyo social amigos	2.71	0.41	2.87	0.50	1.5	0.13
Mis amigos me respetan	3.28	0.79	3.24	0.76	0.23	0.81
Puedo confiar en mis amigos	2.76	1.01	3.03	0.90	-1.30	0.19
Mis amigos no se preocupan por mí	2.08	0.99	2.12	0.95	-0.18	0.85
Unión fuerte con amigos	2.80	1.08	2.97	0.94	-0.78	0.43
Amigos preocupan por mí	2.92	0.92	3.11	0.88	-0.85	0.39
Amigos importantes y yo para ellos	2.96	1.09	3.16	0.94	-0.91	0.36
Mis amigos hacen por mí y yo por ellos	2.76	0.97	2.94	1.04	-0.77	0.43
Apoyo social otros	2.62	0.44	2.72	0.37	-1.13	0.26
No soy importante	2.20	0.95	2.10	0.94	0.47	0.63
Soy buena persona	2.92	0.90	3.21	0.79	-1.58	0.11
Soy respetado por otros	2.88	0.92	3.19	0.81	-1.65	0.10
Soy muy apreciado	2.76	0.97	3.08	0.77	-1.74	0.08
La gente me admira	2.40	0.81	2.39	0.79	0.06	0.94
Me siento valorado por otros	2.92	0.92	3.08	0.88	-0.81	0.41
Me siento bien como soy	2.92	1.18	3.37	0.88	-2.11	0.03*
Pocas personas me extrañarían	2.52	1.22	2.02	1.05	2.05	0.04*
Tengo alguien en quien confiar además de amigos y familia	3.16	1.10	3.45	0.85	-0.41	0.67

Nota: N=125 que corresponden a: con abuso sexual (n=25) y sin abuso sexual (n=100). M: media, DE: desviación estándar, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.001$, $g = 123$

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

El objetivo general de este trabajo fue comparar las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido entre adolescentes con psicopatología con y sin antecedente de abuso sexual.

En relación a psicopatología, se observó mayor severidad a nivel de la banda ancha de trastornos internalizados en los adolescentes con antecedente de abuso sexual, dentro de los cuales destacaron la ansiedad/depresión y quejas somáticas, los cuales tuvieron diferencias estadísticamente significativas en relación al grupo sin abuso sexual. Si bien los resultados no fueron significativos en la banda ancha de trastornos externalizados, si se encontraron diferencias significativas a nivel de las bandas estrechas de ruptura de reglas y comportamiento agresivo en el grupo con abuso sexual.

En relación al afrontamiento, los pacientes sin el antecedente de abuso sexual tuvieron una puntuación más alta y con significancia estadística en el estilo de afrontamiento productivo. Dentro de este estilo, las estrategias de afrontamiento que presentaron significancia estadística fueron Buscar pertenencia y Esforzarse y tener éxito.

En cuanto al estilo de afrontamiento no productivo, no se observa una diferencia significativa entre las muestras, sin embargo, el grupo con antecedente de abuso sexual tiene una puntuación más alta en relación al grupo sin abuso sexual. El

estilo de afrontamiento de Preocuparse, fue el único que tuvo una diferencia estadísticamente significativa, siendo mayor en el grupo sin abuso sexual.

En cuanto al estilo de afrontamiento relacionado a otros, se observan puntajes más elevados en el grupo sin abuso sexual, pero sin diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al apoyo social percibido, el grupo con antecedente de abuso sexual tuvo puntajes más bajos en los tres tipos de apoyo social, aunque ninguno con una diferencia estadísticamente significativa.

En apoyo de tipo familiar, en los rubros de mi familia me respeta, soy amado por mi familia y cuento con el apoyo de mi papá, tuvieron puntajes más elevados el grupo sin abuso sexual, mientras que el rubro de no cercano a mi familia tuvo puntajes más elevados el grupo con antecedente de abuso sexual.

En relación al apoyo social de otros, en el grupo con abuso sexual, se observa un puntaje más bajo en el rubro me siento bien como soy y un puntaje más alto en pocas personas me extrañarían, ambos con significancia estadística.

Este trabajo demostró que los adolescentes con psicopatología que acuden a atención clínica y que cuentan con el antecedente de abuso sexual usan estilos de afrontamiento no productivo y perciben un bajo apoyo social.

A nivel nacional estos datos son similares a los obtenidos por Conejo (19), en donde fueron más prevalentes en el grupo de adolescentes con abuso sexual la ideación suicida/autolesiones/comportamiento suicida, el trastorno depresivo mayor recurrente y el trastorno negativista desafiante, siendo la prevalencia de estos trastornos de 84%, 72% y 68% respectivamente en dicho estudio. En relación a las estrategias de afrontamiento, en este mismo grupo de pacientes, se vio que las medias de las estrategias relacionadas con el afrontamiento productivo fueron más bajas al compararlos con el grupo de adolescentes sin antecedente de abuso sexual.

A nivel internacional, estos resultados coinciden con el estudio de Cantón (40), en donde se observó que pacientes en la adolescencia tardía que contaban con el antecedente de abuso sexual en la infancia, tuvieron puntuaciones significativamente superiores en patologías como depresión e inferiores en autoestima. En relación a las estrategias de afrontamiento se vio que los pacientes con antecedente de abuso sexual hacían mayor uso de estrategias de evitación y los participantes que hacían uso de esta estrategia tuvieron puntuaciones más altas en depresión y más bajas en autoestima.

Por otro lado, se puede observar en nuestros hallazgos que los pacientes con el antecedente de abuso sexual, tienen un pobre apoyo social percibido, tanto en el área familiar, social y otros. Si bien los resultados no fueron significativamente estadísticos, es importante tomarlos en cuenta, como un posible factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología y para la utilización de estrategias de afrontamiento no productivas. En este sentido resulta apropiado mencionar el estudio realizado en Chile por Guerra (41), en donde se vio que los adolescentes con antecedente de abuso sexual que percibían un alto apoyo social de su entorno se agruparon en el conglomerado de pacientes con baja psicopatología, comparado con los adolescentes que percibían poco apoyo social.

En el estudio realizado por Tremblay (42), los resultados indicaron que los niños abusados sexualmente mostraron problemas de comportamiento de internalización y externalización después del abuso sexual. Además se observó que las estrategias de afrontamiento y el apoyo social ejercieron efectos directos sobre el ajuste de las víctimas luego del abuso. En el estudio realizado por Bal y colaboradores (44), se encontró que los adolescentes abusados sexualmente usaron más estrategias de afrontamiento no productivo, como la de evitación y menos búsqueda de apoyo social, en contraste con adolescentes que estaban estresados por algún factor diferente al abuso sexual. Sin embargo en este estudio se vio que el apoyo de la familia no predijo el uso de ninguna estrategia de afrontamiento y en relación al apoyo de los amigos, este se asoció con una mayor capacidad de búsqueda de apoyo. Se observa en este estudio una tendencia que sugiere que una alta percepción de disponibilidad de apoyo social por parte de la

familia podría influir en el uso de estrategias como la de búsqueda de apoyo y menos uso de estrategias de afrontamiento como la evitación en adolescentes sin abuso sexual, pero estresados por algún otro factor.

Estos hallazgos podrían ser equiparables con los del presente estudio, en donde se observa que los adolescentes con antecedente de abuso sexual perciben menor apoyo a nivel familiar, de amigos y de otros.

Limitaciones

Los hallazgos se extienden solo a población clínica de un hospital especializado que tiene alta comorbilidad y severidad por lo que no se pueden extender a la comunidad.

No se especifica la modalidad, frecuencia, ni perpetrador/es del abuso sexual, lo cual podría interferir en los resultados, sobre todo a nivel de psicopatología y mecanismos de afrontamiento.

Conclusiones

1. Los adolescentes con antecedente de abuso sexual presentaron altos niveles de psicopatología internalizada y externalizada.
2. El estilo de afrontamiento no productivo se presenta con mayor frecuencia entre los adolescentes con psicopatología y antecedente de abuso sexual.
3. Los pacientes con abuso sexual y psicopatología presentaron puntuaciones más bajas en relación al apoyo social percibido.

Recomendaciones para la práctica clínica

En los adolescentes con abuso sexual es importante investigar y aportar datos con respecto al estilo de afrontamiento y al apoyo social percibido, ya que pueden constituir la base de un tratamiento psicoterapéutico. La aplicación de escalas y pruebas que evalúen el estilo de afrontamiento y el apoyo social percibido en los adolescentes que acuden a valoración a esta unidad nos proporcionaría

información importante para el abordaje y prevención del desarrollo de psicopatología en adolescentes víctimas de abuso sexual. Considero adecuado, diseñar intervenciones que focalicen en el estilo no productivo, particularmente en aquellos adolescentes en los que predominen las estrategias de auto inculparse, y reservarlo para sí. Y por otro lado, fomentar estrategias de afrontamiento productivo, como el enfocado a resolver el problema, estilos que han demostrado ser protectores para la aparición psicopatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cicchetti D, Cohen D. Developmental psychopathology: Developmental neuroscience (2nd ed.). Estados Unidos: John Wiley & Sons Inc; 2006.
2. Castellotti A, Mikael L. El abuso sexual infantil como factor de riesgo en el desarrollo de psicosis. Treballs màster i postgrau (UAB Psicopatol clínica infantojuvenil) [Internet]. 2015; Available from: <http://oden.csuc.cat/mendeley/enviaamendeley.php?bibid=.b6927970&inst=CCUC&llen=cat>
3. Benjet C., Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E., Fleiz C., Rojas E. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. Salud Ment 2009. [fecha de acceso 11 de agosto del 2019] ;(32):155–63. URL disponible en: http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_
4. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
5. UNICEF, OMS. Eliminar la Violencia Contra los Niños y Niñas: Seis Estrategias Para la Acción [Internet]. 2016. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246215/1/WHO-NMH-NVI-16.7-spa.pdf?ua=>
6. Castellini G., Maggi M., Ricca V. Childhood Sexual Abuse and Psychopathology. In: Corona G., Jannini E., Maggi M. (eds) Emotional, Physical and Sexual Abuse. Springer, Cham, 2014. 61-70 .
7. Jonas S, Bebbington P, McManus S, Meltzer H, Jenkins R, Kuipers E, et al. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: Results from the 2007 adult

psychiatric morbidity survey. *Psychol Med* 2011;41(4):709–19.

8. Emily M, Finkelhor D. Childhood sexual abuse fact sheet. Crimes against Children Research Center. 2005. [fecha de acceso 11 de agosto del 2019] . Disponible en: <http://www.unh.edu/ccrc/factsheet/pdf/CSA-FS20.pdf>
9. Relyea M, Ullman S. Measuring Social Reactions to Female Survivors of Alcohol-Involved Sexual Assault: The Social Reactions Questionnaire–Alcohol. *J Interpers Violence* 2015;30(11):1864–87.
10. UNICEF. Abuso sexual infantil. “Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia”. Uruguay: Medwave; 2005 p. 6. <https://doi.org/10.5867/medwave.2005.06.1967>
11. COMPREVNNA. Plan de acción de México , Alianza Global para poner fin a la violencia contra niñas, niños y adolescentes, México; 2017
12. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), Instituto Nacional de Salud Pública, México; 2012
13. INEGI, Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia, México (ECOPRED), México; 2014.
14. Parent-Boursier C, Hébert M. Security in Father-child Relationship and Behavior Problems in Sexually Abused Children. *J Fam Violence* 2014;30(1):113–22.
15. Center for Disease Control and Prevention. “Injury Prevention and Control. Sexual Violence: Risk and Protective Factors; 2014. ”<https://www.cdc.gov/violenceprevention/sexualviolence/riskprotectivefactors.html>
16. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol*. 2001;135:17-36.
17. Naskar, S., Victor, R., Nath, K., & Sengupta, C. Among medical interns : The mediating effect of mindfulness. *Industrial Psychiatry Journal* 2016; 25(2), 145–154. <https://doi.org/10.4103/ipj.ipj>
18. Adams J., Mrug S., Knight D. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse & Neglect* 2018; 86, 167–177.[doi:10.1016/j.chiabu.2018.09.019](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019)

19. Conejo C. Afrontamiento en adolescentes con psicopatología con y sin antecedentes de abuso sexual. [Tesis de especialidad]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2016.
20. Cohen S., Wills T.. Stress, social support and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Psychological Bulletin*, 1985; 98, 310-357.
21. Health Care for Women International. The role of social support and family relationships in women's responses to battering, (March 2014), 37–41. <https://doi.org/10.1080/07399330>
22. Musitu G., Cava M. The role of social support in the adjustment of adolescents. *Intervención Psicosocial*, 2003; 12.
23. Porcerelli, J. H., Jones J. R., Klamo R., Heeney R. Childhood abuse in adults in primary care: Empirical findings and clinical implications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2017; 52(3), 265–276. doi:10.1177/0091217417730290
24. Frías S. Violación e intento de violación de mujeres, patrones de búsqueda de ayuda y denuncia. Un análisis a partir de la ENDIREH 2016. *Papeles de Población*, 2018; 24(95), 237–272. <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.95.10>
25. Borchardt L. Apoyo social y autoestima. Un abordaje desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *PSOCIAL*, 2017; 3(1), 29-38.
26. McLewin L. A., Muller R. T. Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 2006; 30(2), 171–191. doi:10.1016/j.chiabu.2005.10.004
27. Thoits P. A. Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 2011; 52(2), 145–161. doi:10.1177/0022146510395592
28. Wang HH. A meta-analysis of the relationship between social support and well-being. *Kaohsiung J Med Sci*. 1998; 14(11): 717-26. PMID: 9838768.
29. Buedo P., Silverman P. Análisis contextual-relacional del sujeto: Herramienta para la entrevista psiquiátrica. 2016. *Interdisciplinaria*, [online] 30(2). Available at: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/180/18049289004/html/index.html> [Accessed 31 Jul. 2019].

30. Lerner R., Murchison C, Lamb M. Handbook of child psychology and developmental science. 7th ed. Hoboken: Wiley, pp.1-18. 2015.
31. Quijada Y., Villagrán L., Vaccari Jiménez P., Reyes C., Gallardo L. D. Social Inequality and Mental Health in Chile, Ecuador, and Colombia. *Latin American Perspectives*;2018 .doi:10.1177/0094582x18803682
32. Veloso-Besio C., Caqueo-Arancibia W., Caqueo-Urizar A., Muñoz-Sánchez Z., Villegas-Abarzúa F. Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Fractal Rev Psicol.* 2010;22(1):23–34.
33. Finkelhor D., Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1985; 55(4), 530–541. doi:10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
34. Ayala R. C., Rivera-Rivera L., Angéles-Llerenas A., Díaz-Cerón E., Allen-Leigh B., Ponce E. L. Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. *Revista de Saude Publica*, 2009; 43(3), 506–514. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000300015>
35. Martínez L. El Abuso Sexual Infantil. 2016; Capitulo 1:34. Available from: <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/4240-el-abuso-sexual-infantil-en-mexico-limitaciones-de-la-intervencion-estatal>
36. Girón Sánchez R. Sexual abuse in minors, public health problem. *Av.Psicol.*, 2015; 23(1).
37. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), Instituto Nacional de Salud Pública, México; 2015
38. Diagnóstico Nacional sobre la Situación de Trata de Personas en México, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2014; Disponible en: https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/Diagnostico_trata_de_personas.pdf
39. Guerra C, Farkas C, Moncada L. Depression, anxiety and PTSD in sexually abused adolescents: Association with self-efficacy, coping and family support. *Child Abus Negl* [Internet]. 2018;76:310–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.013>
40. Cantón D. Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicotherma*, 2008; 20, 509–515.

41. Guerra C., Plaza H., Farkas C. Perfiles de estrés postraumático en adolescentes abusados sexualmente [Profiles of PTSD in adolescents victims of sexual abuse]. *Psicoperspectivas*, 2017; 16(1), 67–79. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol16-Issue1-fulltext-879>
42. Tremblay C., Hébert M., Piché C. Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse Negl* 1999; 23(9), 929–945. doi:10.1016/s0145-2134(99)00056-3
43. Phanichrat, T., & Townshend, J. M. Coping Strategies Used by Survivors of Childhood Sexual Abuse on the Journey to Recovery. *Child Abuse Negl*, 2010; 19(1), 62–78. doi:10.1080/10538710903485617
44. Bal S, Crombez G, Van Oost P, Debourdeaudhuij I. The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse Negl*. 2003;27(12):1377–95.
45. Filipas H. H., Ullman S. Child Sexual Abuse, Coping Responses, Self-Blame, Posttraumatic Stress Disorder, and Adult Sexual Revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 2006; 21(5), 652–672. doi:10.1177/0886260506286879
46. Amores-Villalba A., Mateos-Mateos R. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 2017; 23(2), 81–88. doi:10.1016/j.pse.2017.05.006
47. Allen B., Waterman H. Etapas de la adolescencia. [online] [HealthyChildren.org](https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx), 2019. Available at: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx> [Accessed 6 Nov. 2019].
48. Steel J., Sanna L., Hammond B., Whipple J., Cross H. Psychological sequelae of childhood sexual abuse: abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse Negl*, 2004; 28(7), 785–801. doi:10.1016/j.chiabu.2003.12.004
49. Barcelata Eguiarte B. Factores personales y familiares predictores de pobreza. UNAM; 2011.
50. Casey EA, Masters T. Sexual Violence Risk and Protective Factors: A Systematic Review of the Literature. *Inj Violence Prev*. 2017; 0127(May):1–37.

51. Coello K, Neira J. Manual de líneas de acción enfocado a la intervención multiprofesional en caso de violencia sexual infantil guiado al sector Pucacruz (Español- Quichua). Universidad del Azuay;2019.
52. Sgroi, S. Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse. Estados Unidos: Lexington Books: 1982.
53. López A. El perfil del profesional de primera línea en la atención a la violencia sexual infantil. Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.
54. NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, México, 24 de marzo del 2016.
55. López de Roda A, Sánchez E. Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema* 2001; 13 (1), 17-23.
56. Martínez S. México, primer lugar en abuso sexual infantil, según la OCDE. *La Jornada* [Internet]. 2019 [cited 22 May 2020];. Available from: <https://www.jornada.com.mx/2019/01/06/politica/008n1pol>
57. Ramírez R. Interacción del sexo, la edad y el tipo de familia en la percepción de apoyo social en adolescentes. [Tesis doctoral]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 201358.
58. Gidycz, C. A., Hanson, K., & Layman, M. J. (1995). A prospective analysis of the relationships among sexual assault experiences: An extension of previous findings. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 5–29. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1995.tb00276.x>

Anexo 1.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**



SECRETARIA DE SALUD



**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"**

Anexo 2.

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 **adolescente**

Fecha

Nombre completo y firma de la **madre** o tutor

Fecha

Nombre completo y firma del **padre** o tutor

Fecha

.....

Nombre completo y firma de la persona **testigo 1**

Fecha

Dirección

Relación con el paciente

Nombre completo y firma de la persona **testigo 2**

Fecha

Dirección

Relación con el paciente

.....

.....

Nombre completo y firma del **investigador**
que explicó la información de este consentimiento

Fecha

Anexo 3.

Asentimiento Informado

Título del estudio de investigación

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

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

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

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

Beneficios del estudio

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

Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio

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

Derecho a retirarme del estudio

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

Confidencialidad

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

Firmas del Asentimiento Informado

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

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

Nombre completo y firma del adolescente	Fecha
--	-------

Nombre completo y firma de la madre o tutor	Fecha
--	-------

Nombre completo y firma del padre o tutor	Fecha
--	-------

.....

Nombre completo y firma de la persona testigo 1	Fecha
--	-------

Dirección

Relación con el paciente

Nombre completo y firma de la persona **testigo 2**

Fecha

Dirección

Relación con el paciente

.....

Nombre completo y firma del **investigador**
que explicó la información de este consentimiento

Fecha

Anexo 4. Escala de apreciación de apoyo social. EAAS (Martínez, 2004).

INSTRUCCIONES:

Abajo esta una lista de oraciones acerca de tu relación con familiares y amigos. Por favor elige la opción (**a, b, c, o d**) que mejor refleje lo que tú piensas respecto a tus familiares o amigos, basándote en la siguiente escala:

- a. Muy de Acuerdo**
- b. De Acuerdo**
- c. En Desacuerdo**
- d. Muy en Desacuerdo**

	Muy de acuerdo a	De Acuerdo b	En Desacuerdo c	Muy en Desacuerdo d
1. Mis amigos me respetan	a	b	c	d
2. Mi familia cuida mucho de mí	a	b	c	d
3. No soy importante para otros	a	b	c	d
4. Mi familia opina muy bien de mi	a	b	c	d
5. Soy buena persona	a	b	c	d
6. Puedo confiar en mis amigos	a	b	c	d
7. Soy realmente admirado por mi familia	a	b	c	d
8. Soy respetado por otras personas	a	b	c	d
9. Soy muy amado por mi familia	a	b	c	d
10. Mis amigos no se preocupan por mi bienestar	a	b	c	d
11. Los miembros de mi familia confían en mí	A	b	c	d
12. Soy muy apreciado	A	b	c	d
13. No cuento con el apoyo de mi familia	A	b	c	d
14. La gente me admira	A	b	c	d
15. Siento una unión muy fuerte con mis amigos	A	b	c	d
16. Mis amigos se preocupan por mí	A	b	c	d
17. Me siento valorado por otras personas	A	b	c	d
18. Mi familia realmente me	A	b	c	d

respeta				
19. Mis amigos son importantes para mi y yo para ellos	A	b	c	d
20. Me siento bien como soy	A	b	c	d
21. Si muriera mañana pocas personas me extrañarían	A	b	c	d
22. No me siento cercano de los miembros de mi familia	A	b	c	d
23. Mis amigos han hecho mucho por mi y yo por ellos	A	b	c	d
24. Tengo alguien en quien confiar además de amigos y familia	A	b	c	d
25. Cuento con el apoyo de mi mamá	A	b	c	d
26. Tengo familiares con lo que puedo contar (tíos, primos, etc)	A	b	C	d
27. Cuento con el apoyo de mi papá	A	b	C	d

Anexo 5. Cuadernillo de Youth Self Report/11-18

Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11 a 18 años. YSR/11-18, Español (Achenbach & Rescorla, 2001, adaptada por Barcelata, Armenta y Luna, 2013, y por Pérez y Ramírez, 2014).

TU NOMBRE COMPLETO

Primer nombre

Segundo nombre

Apellidos

TU SEXO: masculino femenino TU EDAD _____ FECHA DE HOY: Día _____ Mes _____ Año _____

GRADO ESCOLAR: _____ No voy a la escuela FECHA DE NACIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____

Si estás trabajando, ¿qué tipo de trabajo haces? _____

TRABAJO USUAL DE LOS PADRES, inclusive si ahora no está trabajando (por favor específica, por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro de escuela, ama de casa, trabajador, zapatero, sargento en el ejército).

TRABAJO DEL PADRE: _____

TRABAJO DE LA MADRE: _____

Parte I

Por favor completa esta forma con **tu opinión sobre tu conducta**, inclusive si crees que otras personas no están de acuerdo. Si tienes comentarios adicionales escríbelos al final de la pregunta en el espacio que se proporciona.

<p>I. Anota por favor los deportes que más te gustan. Por ejemplo: natación, béisbol, patinaje, fútbol, bicicleta, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p>	<p>En comparación con los otros jóvenes de tu edad, ¿cuánto tiempo le dedicas a cada uno de estos deportes?</p> <p>Menos que los demás Igual que los demás Más que los demás</p>	<p>En comparación con otros muchachos(as) de tu edad, ¿cómo eres en estos deportes?</p> <p>Peor que los demás Igual que los demás Mejor que los demás</p>
--	--	---

a.	<input type="checkbox"/>					
b.	<input type="checkbox"/>					
c.	<input type="checkbox"/>					

II. Anota por favor tus actividades, juegos o pasatiempos favoritos además de los deportes. Por ejemplo, coleccionar objetos, jugar con muñecas(os), leer, tocar un instrumento musical, danza, artesanías, etc. (No incluyas escuchar radio, ver televisión o videojuegos). <input type="checkbox"/> Ninguno	En comparación con los otros jóvenes de tu edad, ¿cuánto tiempo le dedicas a cada una de estas actividades?			En comparación con otros muchachos(as) de tu edad, ¿cómo eres en estas actividades?		
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Anota por favor las organizaciones, equipos, clubes o grupos a los que perteneces. <input type="checkbox"/> Ninguno	En comparación con los otros jóvenes de tu edad, ¿qué tan activa es tu participación en cada uno de los grupos?		
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Anota por favor los trabajos que tienes que hacer. Por ejemplo: repartir periódicos, cuidar niños, quehacer doméstico. (tareas pagadas y no pagadas). <input type="checkbox"/> Ninguno	En comparación con los otros jóvenes de tu edad, ¿Cómo llevas a cabo estas tareas o trabajos?		
	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------

V. 1. ¿Cuántos amigos o amigas íntimos(as) tienes? Ninguno 1 2 ó 3 4 o más
(No incluyas a tus hermanos o hermanas)

2. Sin contar con las horas en que estás en la escuela, ¿cuántas veces a la semana participas en actividades con tus amigos(as)? Menos de 1 1 ó 2 3 o más

VI. En comparación con otros jóvenes de tu edad, ¿cómo...	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	
a. te llevas con tus hermanos y hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No tengo hermanos o hermanas
b. te llevas con otros jóvenes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. te comportas con tus padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. haces cosas por ti mismo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. Desempeño escolar.

No voy a la escuela porque _____

Marca una respuesta para cada materia.

	Reprobado	Por debajo del promedio	Promedio	Más alto que el promedio
a. Español o Literatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	b. Historia o Estudios Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Matemáticas o Aritmética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Ciencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras materias, ejemplo: idiomas, cursos de computación etc. No incluyas educación física, artes industriales, u otras materias no académicas.	e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>¿Padeces de alguna enfermedad, problemas físico o mental?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si describe el problema:</p>
<p>En el siguiente espacio, explica qué es lo que más te preocupa de la escuela:</p>
<p>Por favor describe otras preocupaciones que tengas:</p>
<p>Por favor describe lo mejor de ti:</p>

Parte II

A continuación, hay una lista de frases que describen a los jóvenes.

Si la frase te describe a ti **en este momento o durante los últimos seis meses**, elige **2** si es *muy cierto* o te describe *muy a menudo*. Elige **1** si sólo te describe *en cierta manera o algunas veces*. Si la frase **NO** te describe o *no es cierto*, elige **0**. Marca la respuesta elegida como prefieras, puedes tachar, palomear o encerrar el número elegido.

En caso de que la pregunta lo requiera, por favor escribe con letra de molde.

Por ejemplo:

	0 No es cierto	1 En cierta manera Algunas veces	2 Muy cierto A Menudo
1. Actúo como si fuera mucho más joven que la edad que tengo	0	1	2✓

La opción seleccionada fue el **2** porque la persona se describe como que es **muy cierto**, o que es **muy a menudo** que actúa como si fuera más joven de la edad que tiene.

Asegúrate de contestar todas las preguntas.

	0 No es cierto	1 En cierta manera Algunas veces	2 Muy cierto A Menudo
1. Actúo como si fuera mucho más joven que la edad que tengo	0	1	2
2. Bebo alcohol sin permiso de mis padres (describe): _____ _____	0	1	2
3. Discuto mucho	0	1	2
4. Dejo sin terminar lo que empiezo	0	1	2
5. Disfruto de muy pocas cosas	0	1	2
6. Me gustan los animales	0	1	2
7. Soy engreído o presumido	0	1	2
8. No puedo concentrarme o prestar atención por mucho tiempo	0	1	2
9. No puedo quitarme de la mente ciertos pensamientos (describe): _____	0	1	2
10. No puedo estar quieto(a)	0	1	2
11. Dependo demasiado de algunos adultos	0	1	2
12. Me siento muy solo(a)	0	1	2
13. Me siento confundido(a) o como si estuviera en las nubes	0	1	2

	0 No es cierto	1 En cierta manera Algunas veces	2 Muy cierto A Menudo
14. Llora mucho	0	1	2
15. Soy bastante honesto(a)	0	1	2
16. Soy malo(a) con los demás	0	1	2
17. Sueño despierto(a) a menudo	0	1	2
18. Me hago daño a mí mismo(a) deliberadamente o he intentado suicidarme	0	1	2
19. Trato de atraer mucha atención	0	1	2
20. Destruyo mis cosas	0	1	2
21. Destruyo las cosas de otras personas	0	1	2
22. Desobedezco a mis padres	0	1	2
23. Desobedezco en la escuela	0	1	2
24. No como tan bien como debería	0	1	2
25. No me llevo bien con otros jóvenes	0	1	2
26. No me siento culpable después de haber hecho algo que no debo	0	1	2
27. Tengo celos de otras personas	0	1	2
28. Rompo las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar	0	1	2
29. Tengo miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluyas la escuela) (describe): _____	0	1	2
30. Tengo miedo de ir a la escuela	0	1	2
31. Tengo miedo de que pueda pensar o hacer algo malo.	0	1	2
32. Me siento como que tengo que ser perfecto(a)	0	1	2
33. Me siento como que nadie me quiere	0	1	2
34. Me siento como que los demás quieren perjudicarme	0	1	2
35. Me siento inferior o creo que no valgo nada	0	1	2
36. Me hago daño accidentalmente con mucha frecuencia	0	1	2

	0 No es cierto	1 En cierta manera Algunas veces	2 Muy cierto A Menudo
37. Peleo mucho	0	1	2
38. Los demás se burlan de mí a menudo	0	1	2
39. Me junto con jóvenes que se meten en problemas	0	1	2
40. Oigo sonidos o voces que otros creen que no existen (describe): _____	0	1	2
41. Actúo sin pensar	0	1	2
42. Me gusta más estar solo(a) que con otras personas	0	1	2
43. Digo mentiras o engaño a los demás	0	1	2
44. Me muerdo las uñas	0	1	2
45. Soy nervioso(a), tenso(a)	0	1	2
46. Partes de mi cuerpo se tuercen o tienen movimientos involuntarios (describe): _____	0	1	2
47. Tengo pesadillas	0	1	2
48. No les caigo bien a otros/as jóvenes	0	1	2
49. Puedo hacer ciertas cosas mejor que otros/as jóvenes	0	1	2
50. Soy demasiado ansioso(a) o miedoso(a)	0	1	2
51. Me siento mareado(a)	0	1	2
52. Me siento demasiado culpable	0	1	2
53. Como demasiado	0	1	2
54. Me siento demasiado cansado(a) sin ninguna buena razón	0	1	2
55. Peso demasiado	0	1	2
56. Tengo problemas físicos <i>sin causa médica</i> :			
a. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)	0	1	2
b. Dolores de cabeza	0	1	2
c. Náuseas, me siento mal	0	1	2

	0 No es cierto	1 En cierta manera Algunas veces	2 Muy cierto A Menudo
d. Problemas con los ojos (si no usas lentes)	0	1	2
e. Me da salpullido o irritación en la piel	0	1	2
f. Dolores de estómago	0	1	2
g. Vómitos	0	1	2
h. Otros (describe): _____	0	1	2
57. Ataco la gente físicamente	0	1	2
58. Me araña la piel u otras partes del cuerpo (describe): _____	0	1	2
59. Puedo ser bastante amigable	0	1	2
60. Me gusta tratar cosas nuevas	0	1	2
61. Mi desempeño escolar es bajo	0	1	2
62. Soy torpe; no tengo mucha coordinación	0	1	2
63. Prefiero estar con jóvenes mayores que yo	0	1	2
64. Prefiero estar con jóvenes menores que yo	0	1	2
65. Me rehúso a hablar	0	1	2
66. Repito ciertas acciones una y otra vez (describe): _____	0	1	2
67. Me fugo de la casa	0	1	2
68. Grito mucho	0	1	2
69. Soy muy reservado(a); me callo todo	0	1	2
70. Veo cosas que otros creen que no existen (describe): _____	0	1	2
71. Me cohíbo, me avergüenzo con facilidad	0	1	2

	0 No es cierto	1 En cierta manera Algunas veces	2 Muy cierto A Menudo
72. Prendo fuegos	0	1	2
73. Puedo trabajar bien con mis manos	0	1	2
74. Me gusta llamar la atención o hacerme el(la) gracioso(a)	0	1	2
75. Soy demasiado tímido(a)	0	1	2
76. Duermo menos que la mayoría de los jóvenes	0	1	2
77. Duermo más que la mayoría de los jóvenes durante el día y/o la noche (describe): _____	0	1	2
78. No presto atención o me distraigo fácilmente	0	1	2
79. Tengo problemas con el habla (describe): _____	0	1	2
80. Defiendo mis derechos	0	1	2
81. Robo en casa	0	1	2
82. Robo fuera de casa	0	1	2
83. Almaceno demasiadas cosas que no necesito (describe): _____	0	1	2
84. Hago cosas que otras personas piensan que son extrañas (describe): _____	0	1	2
85. Tengo ideas que otras personas pensarían que son extrañas (describe): _____	0	1	2
86. Soy necio(a) o testarudo(a)	0	1	2
87. Mi estado de ánimo o sentimientos cambian de repente	0	1	2
88. Me gusta estar con otras personas	0	1	2
89. Soy desconfiado(a)	0	1	2

	0 No es cierto	1 En cierta manera Algunas veces	2 Muy cierto A Menudo
90. Digo groserías o uso lenguaje obsceno	0	1	2
91. Pienso en matarme	0	1	2
91. Me gusta hacer reír a los demás	0	1	2
93. Hablo demasiado	0	1	2
94. Me burlo mucho de los demás	0	1	2
95. Me enojo con facilidad	0	1	2
96. Pienso demasiado en el sexo	0	1	2
97. Amenazo lastimar a otras personas	0	1	2
98. Me gusta ayudar a otras personas	0	1	2
99. Fumo, mastico, o inhalo tabaco	0	1	2
100. No duermo bien (describe): _____	0	1	2
101. Falto a clases o a la escuela	0	1	2
102. Tengo poca energía	0	1	2
103. Me siento infeliz, triste o deprimido(a)	0	1	2
104. Soy más ruidoso (a) que otros (as) jóvenes	0	1	2
105. Uso drogas sin razón médica (no incluyas aquí el uso de alcohol o tabaco (describe): _____	0	1	2
106. Trato de ser justo(a) con los demás	0	1	2
107. Me gusta un buen chiste	0	1	2
108. Me gusta llevar las cosas con calma	0	1	2
109. Trato de ayudar a los demás cuando puedo	0	1	2
110. Desearía ser del sexo opuesto	0	1	2
111. Evito relacionarme con los demás	0	1	2
112. Me preocupo mucho	0	1	2

Por favor escribe cualquier cosa que describa tus sentimientos, comportamientos o intereses:

Anexo 6. Escala de afrontamiento para adolescentes, ACS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Hospital Psiquiátrico Infantil
"Dr. Juan N. Navarro"



CUADERNILLO PARA ADOLESCENTES

CLÍNICA

PROYECTO PAPIIT
IN303512-2

Responsable

Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte