

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



**TESIS:**

Psicopatología en adolescentes víctimas de violencia sexual y su percepción  
parental: un estudio comparativo

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

Miguel Portugal Márquez

**TUTORA:**

Dra. María Elena Márquez Caraveo

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Caraveo', written over a horizontal line.

**CIUDAD DE MÉXICO, A 10 DE JUNIO DE 2021**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## HOJA DE DATOS

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

Miguel Portugal Márquez.

Correo electrónico: miport\_13@hotmail.com

**Nombre del Tutor (a):**

Dra. María Elena Márquez Caraveo.

Correo electrónico: malenamarquezc@gmail.com

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

**Nombre de los asesores:**

Mtra. Nitiella Martínez Ponce.

Correo electrónico: nmacutzin@gmail.com

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Al proyecto PAPIIT IN 305917 “Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención” financiado por la DGAPA-UNAM con sede en FES Zaragoza, por las facilidades proporcionadas para la realización de este proyecto de tesis.

## RESUMEN

La violencia sexual infantil es un problema heterogéneo de salud mental que tiene consecuencias a corto y largo plazo, por lo que evaluar el impacto de este problema favorecerá en los clínicos una atención multimodal terapéutica inmediata.

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia de violencia sexual con problemas de salud mental y comparar la psicopatología y su percepción parental que refieren los adolescentes con y sin presencia de violencia sexual.

**Material y Métodos:** Se seleccionaron durante el 2018 a adolescentes sin trastorno psicótico, o del espectro autista o déficit intelectual de los servicios de consulta externa y hospitalización, los cuales se distribuyeron en dos grupos y sus resultados psicométricos (YSR/11-18 y CBCL/6-18) se compararon con prueba "t" de student de dos colas.

**Resultados:** El 58.3% de la muestra clínica (n=103) reportó violencia sexual, siendo el grupo con violencia sexual, quien tuvo una mayor prevalencia de psicopatología en comparación al grupo sin violencia sexual, la cual fue estadísticamente significativa. De mismo modo, resultó este hallazgo comparativo con relación a la psicopatología percibida en los padres de los grupos de estudio, aunque con menor grado de significancia estadística.

**Conclusiones:** La violencia sexual es un problema de salud mental con alta prevalencia psicopatológica en la población infantil, que requiere de registros, informes y estadísticas con sus respectivas modalidades de manifestación y diagnósticos dimensionales implicados a fin desarrollar líneas de investigación y programas de salud para la atención de las víctimas y sus familias.

**Términos MeSH:** violencia sexual infantil, psicopatología, trastornos internalizados, mixtos y externalizados

# ÍNDICE

## Página.

Hoja de datos	2
Agradecimientos	3
Resumen	4
Índice de gráficos, tablas y abreviaturas	6
Introducción	7
Marco Teórico	8
Planteamiento del Problema	13
Pregunta de Investigación	14
Justificación	14
Hipótesis	15
Objetivo general y Específicos	15
Material y Métodos	16
Tipo de estudio	16
Muestra	16
Criterios de Selección	16
Variables	17
Instrumentos	19
Procedimiento	20
Cronograma	22
Análisis Estadístico	22
Consideraciones éticas	22
Resultados	24
Discusión	29
Conclusiones	31
Limitaciones	31
Bibliografía	32
Anexos	35

## ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y ABREVIATURAS

Tabla 01 Variables	Página 17
Tabla 02 Características sociodemográficas de los participantes	Página 24
Tabla 03. Características sociodemográficas de los padres	Página 25
Tabla 04. Características del hogar de los participantes	Página 25
Tabla 05. Frecuencia de la violencia sexual de los participantes	Página 27
Tabla 06. Comparación del YSR 11/18 de los participantes	Página 28
Tabla 07. Comparación del CBCL 6/18 en los padres de los participantes	Página 28
Gráfica 01. Porcentajes de distribución de respuestas del ítem 60 EGEP-A	Página 26
Gráfica 02. Porcentajes de distribución de respuestas del ítem 66 EGEP-A	Página 27

### Abreviaturas:

OMS. Organización Mundial de la salud

ENDIREH. Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares.

ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

ENVIPE. Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública.

CGE. Carga Global de Enfermedad

DALY. Disability Adjusted Life Year.

TDAH. Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad.

YSR 11/18. Youth Self Report 11/18

CBCL 6/18. Child Behavior Checklist 6/18

EGEP-A. Escala Global de Estrés percibido para adolescentes.

CIE-10. Clasificación Internacional de las enfermedades mentales, décima edición.

## INTRODUCCIÓN

La violencia sexual infantil, al igual que otras manifestaciones de violencia, es un fenómeno heterogéneo que tiene bases históricas, sociales y culturales complejas que hacen de su estudio la necesidad de emplear métodos de enfoque sistémico, pues estos permiten vincular factores familiares, comunitarios, sociales e individuales en la explicación de sus causas.

Este fenómeno ha ido en crecimiento en los últimos años para configurarse en uno de los principales problemas de salud a nivel mundial debido a los daños que conlleva a corto y largo plazo de quienes lo sufren, en lo particular en materia de salud mental, toda vez que sus consecuencias constituyen un factor determinante para la formación de psicopatología en las menores víctimas y así condicionar un mal funcionamiento para su adaptación global.

También, los daños repercuten a los cuidadores primarios para un mayor detrimento del funcionamiento ecológico del menor, en la que algunos casos el funcionamiento se agrava debido a la existencia de antecedentes en la familia; lo que pone de manifiesto que las consecuencias de este problema de salud no solo son a corto y largo plazo, sino que cuentan amplias posibilidades de trascender generacionalmente en distintos ámbitos del sistema ecológico de las familias dando como resultado, la recurrencia de la psicopatología.

Su evaluación y análisis resulta una tarea difícil de emprender debido a su característica única y la hace diferente de los demás tipos de violencia, su silencio. No obstante, a partir de reportes o encuestas anónimas y/o relacionadas al tema se ha logrado llevar a cabo su estudio con la consecuente necesidad de identificar tempranamente las repercusiones tanto en las menores víctimas como sus tutores para que reciban atención oportuna especializada.

Por lo anterior, su estudio a través de modelos sistémicos del desarrollo es prioritario para contar con un mayor panorama causal de la psicopatología del individuo para la elaboración de intervenciones terapéuticas específicas que contribuyan a la formación de programas salud pública aplicables a todos los niveles institucionales con el fin de disminuir los problemas de salud mental.

## MARCO TEÓRICO

Las causas de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia se caracterizan por su peculiar análisis de los antecedentes del desarrollo, el cual difícilmente puede ser visto de manera categórica debido a los múltiples ámbitos que participan en él y constituyen un sistema de identidad propia, y más cuando se pretende estudiar su psicopatología.

Una forma de evaluar el historial del desarrollo es a partir del enfoque ecológico del desarrollo de Bronfenbrenner, el cual parte de la idea de que el desarrollo se ubica en ámbitos que configuran una serie de actividades a aprender, incluidos los roles sociales y formación de relaciones interpersonales, para integrarse cada uno en el desarrollo [1].

Los ámbitos a los cuales se enfrenta el humano a temprana edad es la familia y la escuela y cada uno representa un microsistema y al conjunto de varios microsistemas se llama mesosistema, el cual se deriva de un cambio de actividades, relaciones y roles de las personas que lo constituyen, es decir, que la transición se da cada vez que el infante entra en un ámbito nuevo [1]. Sin embargo, hay otros ámbitos que ejercen influencia indirecta en el desarrollo del infante y son inaccesibles a él; el primero, denominado exosistema y está compuesto por la comunidad más próxima después del grupo familiar como lo es el trabajo de los padres y; el segundo, llamado macrosistema que constituye las instituciones sociales a gran escala que envuelve todo el proceso del desarrollo ecológico de una persona, por ejemplo: las trayectorias político-económicas conectadas a una cultura de una sociedad [1].

Por otro lado, las interacciones que existen en el sistema de un individuo, de acuerdo al contextualismo evolutivo, son la existencia de un proceso interactivo-bidireccional de carácter dialectico cambiante en el que intervienen aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos [2]. Tal proceso, es de vital importancia para la autorregulación del sistema que produce cambios constantes a lo largo del tiempo. No obstante, al momento de evaluar y comprender esas interacciones es posible observar un grado de ajuste de acomodación, el cual Lerner llamó “bondad de ajuste”; concepto que se define como el ajuste de las características del infante a las diversas demandas del entorno [2].

Sin embargo, esas interacciones suelen estar determinadas por un dinamismo. De ahí, que el modelo transaccional del desarrollo enfatiza que, a lo largo del tiempo el ambiente afecta y

es afectado por el infante y asienta la base de la crianza y el desarrollo infantil que evidencia la unidad biopsicosocial del funcionamiento humano [3].

Este enfoque aporta elementos para el tema de interés como es el caso del modelo ecológico-transaccional del maltrato infantil de Cicchetti y Lynch [4]. Estos autores aportaron los llamados factores potenciadores y compensadores que aparecen en todos los niveles de la ecología, ya sea durante un curso transitorio o permanente. Los factores potenciadores, son aquellas condiciones que aumentan la probabilidad de maltrato; estos pueden ser de origen biológico como lo son las anomalías físicas que hagan de la crianza una dificultad, de origen histórico como los antecedentes de maltrato en los progenitores; los de origen psicológico por presencia de problemas de salud mental o los de origen ecológico como los son los vecindarios caóticos. Mientras que los factores compensadores, son aquellas condiciones que disminuyen o amortiguan la probabilidad de maltrato, tales como los periodos de armonía matrimonial, historia paterna de crianza adecuada o los ingresos económicos extras. Por lo tanto, el maltrato se origina cuando los factores potenciadores superan a los compensadores [4].

El maltrato infantil, de acuerdo a la OMS [5], son todos aquellos abusos y desatenciones de que son objeto los menores de 18 años, incluidos todos los tipos de maltrato físico, psicológico, abuso sexual, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Sus diversas formas constituyen un importante desafío de salud pública y es uno de los factores de riesgo más importantes para comprometer la morbilidad de salud posterior, y favorecer la recurrencia de la psicopatología [6]. De ahí que el maltrato infantil se asocia con compromisos en el desarrollo cognitivo, del lenguaje, socioemocional y neurobiológico, dando origen a problemas de salud mental [7]. Por ejemplo, Burns et al. [8] informaron que el 48% de 3,803 niños de 2 a 14 años tuvieron síntomas emocionales de comportamiento clínicamente significativos. Otro estudio de más de 1,000 niños de 5 a 9 años determinó que en aquellos niños que habían sido maltratados tenían casi tres veces más probabilidades de ser diagnosticados con un trastorno internalizante o externalizante [9].

Aunque en muchos niños que han experimentado algún tipo de maltrato desarrollan un trastorno psiquiátrico en la infancia y la adolescencia, una mayor proporción no lo desarrolla [10, 11]; además, no existe una diferenciación en cuanto a la gravedad y tipo de maltrato con sus consecuencias neurobiológicas o conductuales posteriores. De hecho, casi todos los trastornos psiquiátricos comunes en la infancia y la adolescencia se han relacionado con el maltrato infantil, de modo que sus diversas manifestaciones pueden desempeñar un papel etiológico o agravar la evolución del trastorno, o en su defecto, estar asociadas con los déficits del funcionamiento adaptativo global [6]. Por lo tanto, el maltrato infantil está asociado con un riesgo adaptativo drásticamente mayor de psicopatología, pero existen varios factores internos y ambientales que pueden facilitar la resiliencia ante el maltrato [12].

No obstante, la mejor forma de evaluar clínicamente este fenómeno es el modelo psicométrico-dimensional, el cual permite profundizar las relaciones causales de la psicopatología. Su origen data en la necesidad de determinar empíricamente las características que concurren en las distintas formas de presentación de un síndrome, a razón de que los mismos signos y síntomas pueden estar presentes en muchos trastornos con distintas connotaciones y advertir problemas diferentes [13]. Para ello, este modelo analiza la conducta, tanto la normal como la patológica, como un continuo y hace agrupaciones de distintos síntomas o comportamientos en dimensiones que permiten identificar síndromes o rasgos que reflejen un problema, reacciones de estrés y mecanismos de adaptación a circunstancias específicas, y así evaluar el grado de intensidad del problema [13]. La utilidad del modelo yace en la cantidad proporcionada de síntomas intensificados para ser considerados una alteración en diferentes contextos, proporcionando una mayor información sobre la gravedad del trastorno a bajo costo [13].

Con todo lo anterior, se desprende que la violencia sexual infantil es una variante más del maltrato infantil y surge en cualquier nivel social y en todos los ámbitos como lo es el hogar, comunidad, escuela, entornos laborales y educativos, y se asocia a otros tipos de violencia [14].

Sin embargo, la violencia sexual infantil posee diversas definiciones con connotaciones diferentes para su empleo; de tal forma que se ha equiparado este tipo de violencia al concepto de abuso sexual tal como se describe en el informe del año 2010 sobre la violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe [15]. A pesar de la diversidad de conceptos de este fenómeno, es necesario precisar que su caracterización principal y que obra en casi todas las

definiciones, es la actividad sexual y la relación de confianza o poder entre un mayor de edad con un menor de edad, ejemplo de ello es la definición de Berliner y Elliot <sup>[16]</sup>:

“El abuso sexual incluye cualquier actividad con un niño o niña en la cual no hay consentimiento o este no puede ser otorgado. Esto incluye el contacto sexual que se consigue por la fuerza o por amenaza de uso de fuerza—independientemente de la edad de los participantes—y de todos los contactos sexuales entre un adulto y un niño o niña—independientemente de si el niño o niña ha sido engañado o si entiende la naturaleza sexual de la actividad—. El contacto sexual entre un niño más grande y uno más pequeño también puede ser abusivo si existe una disparidad significativa de edad, desarrollo o tamaño corporal, haciendo que el niño menor sea incapaz de dar un consentimiento informado”.

En cuanto a su prevalencia, depende del tipo de estudio o fuente de información, ya que puede variar los datos con relación a las estadísticas judiciales o clínicas de cada región geográfica, así como del tipo de violencia sexual considerado. No obstante, se sabe que a lo largo de la infancia, casi 1 de cada 5 niñas y 1 de cada 13 niños han sufrido de abusos sexuales <sup>[17]</sup>. Revisiones sistemáticas realizadas a nivel mundial ofrecen prevalencias que se aproximan al 20 % para las niñas y al 8 % en el caso de los niños <sup>[18]</sup>, con variaciones entre el 8-31% para las niñas y de 3-17% en niños <sup>[19]</sup>. Respecto al tipo de agresión sexual, el 9% de las niñas y el 3% de los niños habían experimentado relaciones sexuales forzadas y el 13% de las niñas y el 6% de los niños, abuso sexual por contacto <sup>[19]</sup>.

En México, la ENDIREH 2016 <sup>[20]</sup> reportó que el 4.4 millones de mujeres en todo el país sufrieron abuso sexual alguna vez durante su infancia. Mientras que el Censo de Justicia de Procuración Estatal 2016 <sup>[21]</sup> reportó que, para el año 2015 existían 4,704 denuncias de niñas y adolescentes entre 10 y 14 años y 5,571 denuncias de adolescentes mayores de 15 años, víctimas de delitos sexuales. Asimismo, la ENDIREH 2016 <sup>[20]</sup> reportó que el 2.8% de los encuestados tuvieron su primera relación sexual en la infancia o adolescencia y no la consintieron. Aun así, en México no existen estimaciones específicas de cuántas niñas y adolescentes son víctimas de algún tipo de violencia sexual. Se calcula que el 94% de los delitos sexuales que se cometen anualmente no son denunciados.

Derivado de los subregistros existentes, la ENSANUT 2012 <sup>[22]</sup> y la ENVIPE 2011-2016 <sup>[23]</sup>,

realizaron una estimación que sugiere una proyección de 16,521 mujeres entre 10 y 14 años y 29,697 entre 15 y 19 años habrían sido violadas en el año 2015; lo que representa un aumento de casi el triple con respecto a las cifras del año 2012.

La violencia sexual infantil tiene consecuencias a lo largo de toda la vida; especialmente sobre la expresión, salud y reproducción sexual, tales como el aumento de conductas sexuales de riesgo, la precocidad del desarrollo de caracteres sexuales secundarios, las alteraciones de la regulación emocional, una mayor propensión a corto y largo plazo a la victimización sexual o de otro tipo de violencia, incluida la coerción reproductiva. Asimismo, aumenta la probabilidad de padecer algún tipo de trastorno mental como el Trastorno por Estrés Postraumático, los Trastornos afectivos, el Abuso de sustancias tóxicas, los Trastornos alimentarios o del sueño y aumento de Suicidio. Estos efectos se intensifican en los casos en los que el agresor tiene una relación cercana con el infante, y es donde la agresión tiene mayor severidad o frecuencia [24, 25]. Además, los trastornos mentales poseen un grado significativo de discapacidad; de tal forma que el estudio del CGE 2017 [26] reportó, de acuerdo al DALY, que al comparar el grupo de edad de 5 a 14 años en México con el global de 195 países; se estima una carga para depresión de 1.32% (global: 1.21%); para ansiedad 2.82% (global: 2.42%); para conducta 5.14% (global: 3.11%), para violencia 4.62% (global: 0.85%) y auto daño de 1.08% (global: 0.85%) [26]. Ejemplo de esto son los siguientes hallazgos:

Ngo et al. [27] evaluaron transversalmente, en una muestra comunitaria, a adolescentes víctimas de violencia sexual mediante una encuesta y auto reportes a fin de analizar sus síntomas emocionales y conductuales relacionados con problemas afectivos, ansiosos, conductuales y uso de sustancias tóxicas en la que tuvieron como hallazgos que el 43.9% reveló haber sido víctima de abuso sexual. Las mujeres tenían más probabilidades de ser víctimas de abuso sexual que los hombres (53.5% vs 33.9%). Aproximadamente el 13% de los encuestados dio positivo para abuso de sustancias tóxicas, el 10.8% tuvo un trastorno depresivo, seguido de los trastornos de conducta (6.3%), ansiedad (5.4%) y TDAH (4.7%). Por otro lado, Khadr et al. [28] realizaron una cohorte longitudinal de adolescentes víctimas de violencia sexual para evaluar sus características clínicas a los 6 meses, 4-5 meses y al año posterior al abuso sexual en la que obtuvieron que el 95% eran mujeres, 4% hombres y 1% transgénero. El 72% contaba con adversidades sociales, 50% vivían con un padre, 49% eran

de etnia no blanca y el 19% requería de escuela especial. El 92% fueron violados, de los cuales el 4% resulto embarazada, el 12% tuvo enfermedades de transmisión sexual y el 8% padeció revictimización. Los trastornos depresivos (40%), ansiosos (65%) y trastorno por estrés postraumático (48%) fueron los diagnósticos más frecuentes, y las dificultades psicológicas aumentaron en relación con la proporción que ya poseían.

En relación a estudios comparativos, Walrath et al. [29] desarrollaron un ensayo clínico aleatorizado de adolescentes con auto reportes de abuso sexual infantil a fin de obtener perfiles clínicos y psicosociales y compararlos con un grupo control; sus hallazgos fueron que el 22% de los participantes reportó abuso sexual, el 54.6% eran mujeres, las cuales eran significativamente más propensas a reportar dificultades de por vida (intentos suicidas, fugas, abuso físico y uso de alcohol y drogas) y contar con un diagnóstico de depresión o ansiedad. Los cuidadores de los niños con abuso sexual eran más propensos a reportarlos en rangos clínicos de ansiedad y agresividad relacionado con problemas internalizados y externalizados del CBCL 6/18 en comparación a los niños sin antecedentes de abuso sexual. Los médicos fueron más propensos a reportar a los menores con abuso sexual con mayor discapacidad para las áreas del desempeño social en la familiar y en la comunidad, alteraciones emocionales y autolesiones en comparación a los niños sin antecedentes de abuso sexual.

Finalmente, en México, la violencia sexual infantil se documenta una diversa prevalencia y una escasa evaluación de psicopatología que produce en comparación a otros factores de riesgo biopsicosociales.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La violencia sexual infantil es una variante del maltrato infantil que requiere ser evaluada bajo un enfoque sistémico para determinar sus causas y sus consecuencias en materia de salud mental. Sin embargo, en nuestro país solo se cuenta con una diversa prevalencia de la violencia sexual infantil, que atiende sus causas y consecuencias a nivel psicosocial, y a algunos misceláneos biológicos; de la cual se advierte escasos datos con respecto a las implicaciones psicopatológicas bajo un enfoque sistémico, tanto en las víctimas como en sus familiares. Por lo tanto, evaluar sus consecuencias mentales con diagnósticos dimensionales permitirá a los clínicos tener un panorama más amplio de los principales problemas que se derivan de esta afectación, así como brindar una atención multimodal terapéutica inmediata.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

- 1.- ¿Cuál es la prevalencia de violencia sexual en víctimas adolescentes que reciben atención psiquiátrica en el servicio de consulta externa y hospitalización?
- 2.- ¿Cuál es la diferencia entre los puntajes de psicopatología de los adolescentes con y sin violencia sexual de acuerdo al auto-reporte YSR 11/18?
- 3.- ¿La percepción de los padres de psicopatología desarrollada en los adolescentes víctimas de violencia sexual reportada en el CBCL 6/18 es mayor, que en aquellos que no fueron víctimas de violencia sexual sus adolescentes?

## **JUSTIFICACIÓN**

La violencia sexual infantil es un problema de salud pública de alta relevancia, que en los últimos años es una de las principales causas de atención médica especializada debido a sus implicaciones psicopatológicas a corto y a largo plazo <sup>[30]</sup>; además, este tipo de violencia posee diversas expresiones en las que, de acuerdo a la CIE-10, se integran bajo los códigos Z61.4 (problemas relacionados con el abuso sexual del niño por una persona dentro del grupo de apoyo primario) y Z61.5 (problemas relacionados con el abuso sexual del niño por una persona no perteneciente al grupo de apoyo primario), lo que pone de manifiesto, que dicha violencia posee diversas definiciones con distintas connotaciones para su empleo <sup>[15]</sup>.

Sin embargo, de acuerdo a los datos (morbilidad) de la división continua de 2020 del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, los códigos referidos no están registrados en los servicios de hospitalización, y el código Z61.4, ocupó el décimo lugar en el servicio de consulta externa por lo que se presume un subregistro aún en lugares especializados en la atención, ya que la asociación entre psicopatología y violencia sexual es muy alta (morbilidad 2020).

De igual forma sucede con los registros de los diagnósticos dimensiones tales como los propuestos por Achenbach y Rescorla en sus instrumentos YSR 11/18 y CBCL 6/18 derivado del uso recurrente de los diagnósticos categóricos propuestos por la CIE-10 por parte del personal de salud de la institución, lo que implica contar con un sesgo diagnóstico de aquellos trastornos emocionales y del comportamiento no tipificados en la CIE-10.

Lo anterior, es indispensable evaluar con el fin de diseñar intervenciones clínicas multimodales y programas de atención pública con perspectiva multimodal orientada a los padres de este problema de salud, basados en evidencia estadística.

## **HIPÓTESIS**

**Hi** Habrá un significativo porcentaje de adolescentes víctimas de violencia sexual en el servicio de consulta externa y hospitalización.

**Ho NO** Habrá un significativo porcentaje de adolescentes víctimas de violencia sexual en el servicio de consulta externa y hospitalización.

**Hi** Habrá una diferencia en los índices psicopatológicos reportados en el YSR 11/18 de los adolescentes víctimas de violencia sexual que reciben atención psiquiátrica en el servicio de consulta externa y hospitalización, en comparación de los que no fueron víctimas de violencia sexual.

**Ho NO** Habrá una diferencia en los índices psicopatológicos reportados en el YSR 11/18 de los adolescentes víctimas de violencia sexual que reciben atención psiquiátrica en el servicio de consulta externa y hospitalización, en comparación de los que no fueron víctimas de violencia sexual.

**Hi** Habrá una diferencia de la percepción de los padres con relación a la psicopatología desarrollada por sus adolescentes hijos víctimas de violencia sexual, en comparación de los que no fueron víctimas de violencia sexual sus adolescentes.

**Ho NO** Habrá una diferencia de la percepción de los padres con relación a la psicopatología desarrollada por sus adolescentes hijos víctimas de violencia sexual, en comparación de los que no fueron víctimas de violencia sexual sus adolescentes.

## **OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS**

**Objetivo General:** Evaluar la frecuencia de violencia sexual en términos de acoso sexual y violación en adolescentes con problemas de salud mental y comparar la psicopatología que refieren los adolescentes con y sin violencia sexual, así como la percepción de los padres.

**Objetivos Específicos.**

\*Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.

\*Detectar los problemas internalizados, externalizados y mixtos de los adolescentes víctimas de violencia sexual con la escala YSR/11-18.

\*Detectar los problemas internalizados, externalizados y mixtos de los adolescentes víctimas de violencias sexual vistos por los padres con la escala CBCL/6-18.

\*Analizar la comparación de los resultados de los adolescentes víctimas de violencia sexual y sus padres contra de los que no fueron víctimas de violencia sexual.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

**Tipo de diseño del estudio:** transversal, prospectivo y comparativo.

**Muestra:** Adolescentes de 12 a 17 años 11 meses de edad, con expediente clínico en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan. N. Navarro que fueron atendidos en los servicios consulta externa y hospitalización, en el año 2018 como parte del macro proyecto, en colaboración de la FES-Z UNAM, con número de registro ante el Comité de Investigación y Ética II3-01-0412 y con el número de registro: II3/01/0412/Th, ante la División de Investigación del Hospital.

**Muestreo:** No probabilístico y por conveniencia.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

#### *Criterios de Inclusión.*

+Pacientes con edad de 11 años a 17 años 10 meses, ambos sexos, que comprendan los instrumentos de auto aplicación y asienten realizarlo.

+Padres, ambos sexos, que comprendan el instrumento de auto aplicación y consientan realizarlo.

+Los pacientes deberán contar con el consentimiento de su(s) tutor(es)

+Pacientes que se lleven su atención médica psiquiátrica por el servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro en un periodo mayor a un mes.

#### *Criterios de Exclusión.*

+Pacientes que se encuentran a una edad mayor o menor al criterio de inclusión y que no comprendan los instrumentos de auto aplicación.

+Padres, ambos sexos, que no comprendan el instrumento de auto aplicación, ni tampoco consientan realizarlo.

+Tutores de los menores que no estén de acuerdo en participar en el estudio.

+ Pacientes que posean trastornos psicóticos primarios o secundario a enfermedades médicas y/o consumo de sustancias tóxicas.

+Pacientes que posean un trastorno por déficit intelectual o trastorno del espectro autista.

**TABLA 1. VARIABLES**

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de medición	Definición operacional	Indicador
<b>V. DEPENDIENTES</b> <b>Psicopatología</b> <b>Adolescentes:</b>  <b>+Trastornos</b> <b>Internalizados</b>  <b>*Trastornos</b> <b>Externalizados</b>  <b>-Trastornos mixtos</b>	<p><i>+Problemas psicopatológicos caracterizados por un elevado descontrol de la emoción o del estado de ánimo que derivan en un daño o malestar al paciente.</i></p> <p><i>*Problemas psicopatológicos caracterizados por un bajo control de comportamientos que condicionan una trasgresión a terceras personas e inadaptación social.</i></p> <p><i>-Problemas psicopatológicos indiferenciados que condicionan una inadaptación social o malestar al paciente.</i></p>	Cuantitativa	Ordinal Intervalo Discreta	<p><i>+Presencia de síntomas de Ansiedad/Depresión, Aislamiento y Molestias Somáticas, evaluados de acuerdo al YSR/11-18</i></p> <p><i>*Presencia de comportamientos por agresividad y romper reglas, evaluados de acuerdo al YSR/11-18.</i></p> <p><i>-Presencia de problemas sociales, de atención y del pensamiento de acuerdo al YSR/11-18</i></p>	<p><b>+Rango clínico:</b> Igual o Mayor a 64 puntos.</p> <p><b>+Rango límite:</b> Entre 60 y 63 puntos.</p> <p><b>*Rango clínico:</b> Igual o Mayor a 64 puntos.</p> <p><b>*Rango límite:</b> Entre 60 y 63 puntos.</p>
<b>V. INDEPENDIENTE</b>  <b>Violencia Sexual</b> <b>Infantil</b>	Toda agresión sexual que incluye cualquier actividad con un menor de edad en la cual no hay consentimiento o no puede ser otorgado, independientemente de la edad de los agresores.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Presencia o ausencia de violencia sexual, que se obtendrá del ítem 60 "Sufrir una violación" e ítem 66 "ser acosado/a sexualmente" de la escala EGEP-A.	<p><b>+Con violencia sexual:</b> 2 a 6 puntos en grado de estrés ("Nada", "Poco", "Regular", "Mucho" ("Demasiado").</p> <p><b>*Sin violencia sexual:</b> un punto en grado de estrés ("No")</p>
<b>V. DEPENDIENTES.</b> <b>Psicopatología</b> <b>Padres:</b>  <b>+Trastornos</b> <b>Internalizados.</b>  <b>*Trastornos</b> <b>Externalizados</b>	<p><i>+Problemas psicopatológicos caracterizados por un elevado descontrol de la emoción o del estado de ánimo que derivan en un daño o malestar a la persona.</i></p> <p><i>*Problemas psicopatológicos caracterizados por un bajo control de comportamientos que</i></p>	Cuantitativa	Ordinal Intervalo Discreta	<p><i>+Presencia de síntomas de Ansiedad/Depresión, Aislamiento y Molestias Somáticas, evaluados de acuerdo al CBCL/6-18</i></p> <p><i>*Presencia de</i></p>	<p><b>+Rango clínico:</b> Igual o Mayor a 64 puntos.</p> <p><b>+Rango límite:</b> Entre 60 y 63 puntos.</p> <p><b>*Rango clínico:</b></p>

<b>-Trastornos mixtos</b>	condicionan una trasgresión a terceras personas e inadaptación social.  -Problemas psicopatológicos indiferenciados que condicionan una inadaptación social o malestar al paciente.			comportamientos por agresividad y romper reglas, evaluados de acuerdo al CBCL/6-18.  -Presencia de problemas sociales, de atención y del pensamiento de acuerdo al CBCL/6-18	Igual o Mayor a 64 puntos.  <b>*Rango límite:</b> Entre 60 y 63 puntos.
<b>Sexo Padres y adolescentes</b>	Condición biológica que diferencia al macho de la hembra dentro de una misma especie.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Sexo al que pertenece el adolescente y el padre, que se obtendrá de la base de datos sociodemográfico.	Femenino Masculino
<b>Edad Padres y adolescentes</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento concreto.	Cuantitativa	Intervalo	Edad al que pertenece el paciente y el padre, expresada en años que se obtendrá de la base de datos sociodemográfico.	Años
<b>Escolaridad Padres y adolescentes</b>	Grado de estudios de una persona hasta el momento actual	Cualitativa	Ordinal	Nivel máximo de estudios al que llegó el paciente y el padre, que se obtendrá de la base de datos sociodemográfico.	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado
<b>Ocupación Padres y adolescentes</b>	Actividad que desempeña una persona para generar ingresos	Cualitativa	Nominal	Actividad económica, tipo de empleo y habilidad laboral que desempeña últimamente el adolescente y el padre, que se obtendrá de la base de datos sociodemográfico.	Empleado Desempleado Profesionista Obrero Subempleo u Oficio Empresario Rango económico Jubilado Ama de casa Empresario Técnico Otros
<b>Estado civil Adolescentes</b>	Calidad o posición que ocupa una persona dentro de una sociedad, en relación a sus relaciones familiares y que le otorga ciertos derechos y obligaciones civiles	Cualitativa	Nominal	Situación civil al que pertenece el adolescente, que obtendrá de la base de datos sociodemográfico	Soltero Casado Unión libre
<b>Familia</b>	Grupo de personas unidas por parentesco, o por vínculos consanguíneos, o reconocidos legal y socialmente.	Cualitativa	Nominal	Tipos de agrupación familiar, que se obtendrá de la base de datos sociodemográfico.	Biparental Monoparental Reconstruida
<b>Hogar</b>	Conjunto de personas que pueden ser o no familiares, que comparten la misma vivienda y se sostienen de un gasto común.	Cualitativa	Nominal	Tipos de hogar familiar en el que al menos uno de los integrantes tiene parentesco con el jefe o jefa del hogar, que se obtendrá de la base de datos sociodemográfico	Nuclear Ampliado Compuesto
<b>Situación económica</b>	Conjuntos de bienes y activos que posee una persona, familias o empresas.	Cualitativa	Nominal	Situación de ingresos y gastos que posee las familias.	Déficit Equilibrio Superávit

## INSTRUMENTOS

Violencia Sexual-Escala de Estrés Percibido para adolescentes (EGEP-A) [31]: es un instrumento auto aplicable desarrollado en México por Barcelata et al, en el 2017. Evalúa la presencia de eventos potencialmente estresantes, así como la intensidad de estrés percibida por los adolescentes. Se conforma por 55 reactivos de tipo Likert y uno abierto, los cuales se conforman 6 factores: 1) Eventos críticos, 2) Contrariedades diarias, 3) Presión Social, 4) Preocupaciones familiares, 5) Estresores académicos y 6) Situaciones de interacción social. El instrumento posee una varianza explicada del 41% y un  $\alpha$  total de 0.96. Para este estudio, se seleccionaron los reactivos “60” y “66” que están en el factor 1, el cual posee una varianza explicada de 14.1 y un  $\alpha$  de 0.76.

Psicopatología adolescentes-Youth Self Report (YSR/11-18) [32, 33]: al igual que el CBCL/6-18, este instrumento es originario del ASEBA y fue desarrollado por Achenbach y Rescorla en el año 2001. Este instrumento auto aplicable de 112 ítems cuenta con la misma estructura del CBCL/6-18 para su evaluación y respuestas, es decir, posee dos rubros de evaluación; el primero, evalúa las competencias académicas, psicosociales, recreativas y deportivas y; el segundo, evalúa 8 factores de primer orden agrupados en 3 factores de segundo orden, los cuales cuentan con las mismas características y denominaciones referidas en el CBCL/6-18. El objetivo del YSR/11-18, es evaluar el comportamiento, el funcionamiento y la adaptación del adolescente y posee valores psicométricos que van del 0.55 a 0.72 con una consistencia interna  $\alpha$  de 0.94. En México fue validado mediante el uso de análisis factorial confirmatorio, arrojando las siguientes consistencias internas: para trastornos internalizados ( $\alpha=.779$ ), trastornos externalizados ( $\alpha=.762$ ) trastornos mixtos ( $\alpha=.699$ ) y cualidades positivas ( $\alpha=.735$ ). Lo anterior, fue explicado en el 55.54% de la varianza y su  $\alpha$  global fue de .94.

Psicopatología padres-Child Behavior Checklist (CBCL/6-18) [13, 34]: es un instrumento auto aplicable con respuestas mixtas (Abierto/cerrado y Likert) que se desprende del ASEBA y fue diseñada por Achenbach y Rescorla en el año 2001. Recopila información con relación a la perspectiva de los padres respecto a sus hijos en cuanto a sus problemas emocionales y del comportamiento. La información, se recoge a partir de 112 ítems que evalúan los problemas emocionales, conductuales y sociales, divididos en dos rubros; el primero, consiste en los competencias y aspectos positivos y; el segundo, integrado por un grupo de 8 factores denominados de primer orden (Ansiedad/Depresión, Aislamiento, Quejas somáticas,

Corrupción de reglas, Agresividad, Problemas del pensamiento y Problemas de la atención), los cuales, a su vez, se integran en 3 grupos denominados factores de segundo orden; el primero, llamado trastornos internalizados (Ansiedad/Depresión, Aislamiento y Quejas somáticas) y se caracteriza por un elevado control de la emoción o del estado de ánimo alterado que derivan en un daño o malestar a la persona, aunque no necesariamente constituya en una manifestación física o visible; el segundo, denominado trastornos externalizados (Corrupción de reglas y Agresividad) que se caracteriza por un bajo control de comportamientos que condicionan una inadaptación social y molestan a terceras personas; y el tercer grupo, que surge de la combinación de resultados de los dos grupos anteriores y se llama trastornos mixtos (Problemas del pensamiento y Problemas de la Atención). En general su consistencia interna, posee un  $\alpha$  de 0.93 para los trastornos mixtos, mientras que para los trastornos internalizados y externalizados posee un  $\alpha$  de 0.83 y un  $\alpha$  de 0.87 respectivamente. Respecto a los 8 factores de primer orden, la confiabilidad oscila entre 0.58 y 0.84 y la confiabilidad de los tres factores de segundo orden son de 0.94, 0.84 y 0.88, respectivamente. En México, recientemente se evaluó sus propiedades psicométricas en padres de adolescentes de una muestra comunitaria en la que se obtuvo un coeficiente  $\alpha$  total del instrumento de 0.94, mientras que los rangos de confiabilidad oscilaron entre 0.78 a 0.81 por factor, lo que indicó su validez y confiabilidad para la población mexicana.

## PROCEDIMIENTO

La presente investigación se derivó del macro proyecto principal: *Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención*, con número de registro ante el Comité de Investigación y Ética II3-01-0412 (**Anexo 1**), dirigido por la Dra. María Elena Márquez Caraveo, quien es la investigadora principal. Este proyecto se evaluó por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y se aprobó ante la División de Investigación del Hospital, con el número de registro: II3/01/0412/Th (**Anexo 2**).

Después de la revisión teórico-metodológica para la realización del estudio, se verificaron y se evaluaron las respuestas de los auto reportes del EGEP- A, YSR 11/18 y CBCL 6/18 de los participantes y tutores que participaron en el macro proyecto principal y se utilizaron los datos sociodemográficos proporcionados en dichos auto reportes con fines descriptivos.

Se obtuvo una muestra de 103 participantes los cuales se distribuyeron en dos grupos a

partir de la distribución de respuesta dada en los ítems 60 (sufrir una violación) y 66 (ser acosado sexualmente) del EGEP-A, ya que dicha escala no evalúa directamente la violencia sexual, ni tampoco evalúa las modalidades de manifestación de dicha violencia; de ahí que, para el presente estudio, se consideró a la violencia sexual infantil en términos de los ítems referidos, los cuales se encuentran dentro de la definición conceptual de dicha violencia.

El primer grupo denominado “con violencia sexual”, se conformó con participantes que respondieron los ítems referidos del EGEP-A con “nada”, “poco”, “regular”, “mucho” y “demasiado”, y se dividió en los siguientes subgrupos: violación/acoso sexual, acoso sexual y violación; mientras que el segundo grupo denominado “sin violencia sexual”, se conformó con los participantes que respondieron “no”, en dichos ítems.

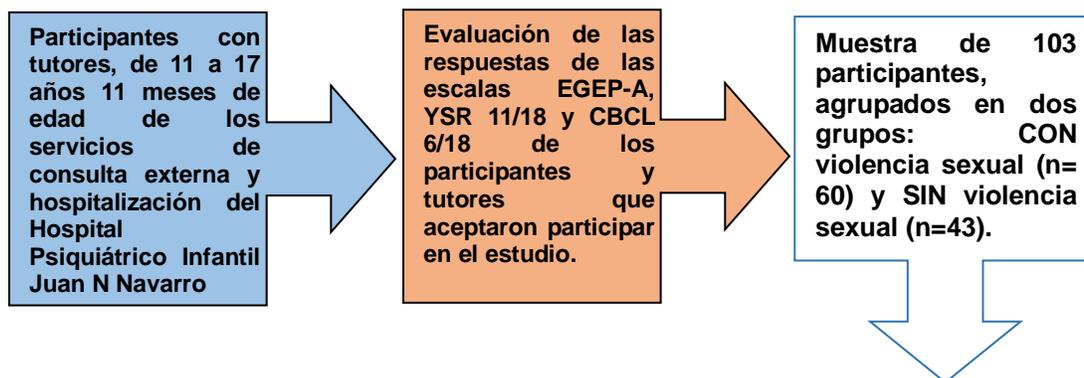
Lo anterior, se desprende de que el EGEP-A es una escala que evalúa la presencia de eventos potencialmente estresantes, así como la intensidad de estrés percibida por los adolescentes, por lo que se asumió que dichas respuestas hacen referencia a la presencia o a la muy probable presencia de violencia sexual infantil.

Posterior a la conformación de los grupos, toda la información recolectada (YSR 11/18 y CBCL 6/18) se capturó en una base de datos dentro del programa SPSS para la evaluación de resultados.

Se procedió al análisis descriptivo de frecuencia de la violencia sexual. Los resultados del YSR/11-18 y CBCL/6-18 se capturaron en el programa ASEBA y se obtuvieron sus puntajes *t* para ser comparados sus medias, mediante uso de prueba *t* de student de dos colas.

Por último, se describe de manera gráfica un diagrama de flujo del procedimiento.

### DIAGRAMA DE FLUJO



**Análisis  
(comparación)  
de datos  
recolectados y  
exposición de  
resultados**

### **CRONOGRAMA 2020-2021**

<b>Actividad</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>	<b>Julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Septiembre</b>	<b>Octubre</b>	<b>Noviembre</b>	<b>Diciembre</b>	<b>Enero</b>	<b>Febrero</b>	<b>Marzo</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>
<b>Revisión de aspectos metodológicos y correcciones</b>														
<b>Presentación del proyecto ante el comité de Investigación</b>														
<b>Recopilación y análisis de datos</b>														
<b>Presentación de resultados</b>														

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para el análisis de los datos se utilizó el programa de análisis estadístico SPSS en su versión 26, para calcular la frecuencia de violencia sexual infantil, la estadística descriptiva (variables numéricas y categóricas) y análisis estadístico con prueba t de student de dos colas, los resultados obtenidos del YSR/11-18 y CBCL/6-18 aplicados en los grupos de estudio.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este trabajo se basa en principios éticos que no dañaron a los participantes, así mismo tuvo un riesgo mínimo y ningún costo. El trato que recibieron los participantes fue digno y de respeto, con ello nos comprometimos al resguardo de la información obtenida durante el

estudio, cumpliendo con los principios de éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Esta investigación se considera de riesgo mínimo, ya que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a la salud o el estado emocional de los participantes. El beneficio es sustancial ya que, en función de los hallazgos, se puede determinar la conducta a seguir en cuanto a su manejo.

El valor de esta investigación para los pacientes consiste en conocer que con su participación ayudaran a diseñar mejores estrategias de abordaje diagnóstico y terapéutico para quienes padecen los trastornos y el resguardo de la información correrá a cargo del investigador del estudio y es absolutamente confidencial. En ninguna publicación que resulte de dicha investigación se dará a conocer la identidad de los participantes.

La selección se realizó basándose en los criterios de inclusión de la investigación. En ningún momento se discriminó por motivos de raza, edad, condición socioeconómica, preferencia sexual o religión.

Según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera como:

**Investigación con riesgo mínimo:** Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen

en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación.

Finalmente, la información obtenida en este estudio será utilizada únicamente para fines de investigación, los datos de los familiares y controles no serán de uso del dominio público.

## RESULTADOS

Respecto a las características sociodemográficas de los participantes, en la tabla 2, se observa que, de los 103 participantes, el 54.4% (n= 56) fueron mujeres y el 45.6% (n= 47) fueron hombres. En relación a sus edades, la media fue de 14.0 (DE= 1.6); y la escolaridad fue de primaria (11%), secundaria (65%) y preparatoria (24%). La ocupación fue la de estudiante en el 96% de los casos y el total de los participantes reportó ser soltero.

**Tabla 2**

*Características sociodemográficas de los participantes*

Variable	n	%	M	DE
Edad	103	100	14.0	1.6
Sexo				
Hombre	47	45.6		
Mujer	56	54.4		
Ocupación				
Estudio	99	96.1		
Trabajo	3	2.9		
ni estudio, ni trabajo	1	1.0		
Estado civil				
Soltero	103	100		
Escolaridad				
Primaria	11	10.7		
Secundaria	67	65.0		
Preparatoria	25	24.3		

*Nota.* N=103

En cuanto a las características sociodemográficas de los padres de los participantes, tanto padres como madres, el rango de edad se concentró de 35-44 años de edad (52% de los padres y 46% de las madres), con una media de 42.6 (DE= 7.4) y 40.1 (DE= 6.3), respectivamente. Respecto a la escolaridad, la mayor frecuencia se reportó para el nivel de secundaria, con un 36.9% para los padres y 27.2% para las madres, seguido de la preparatoria con un 20.4% y un 23.3% respectivamente. En relación a la ocupación, predominó la ocupación de “comerciante o por su cuenta” en los padres, con el 22.3%, y el de “ama de casa” en las madres, con el 43.7%. (Tabla 3).

**Tabla 3***Características sociodemográficas de los padres de los participantes*

Variable	Padre (n= 101)				Madre (n= 103)			
	n	%	M	DE	N	%	M	DE
Edad			42.6	7.4			40.1	6.3
25-34	14	13.6			25	24.3		
35-44	53	51.5			47	45.6		
45-54	23	22.3			29	28.2		
55-64	8	7.8			2	1.9		
65-74	3	2.9						
sin respuesta	2	1.9						
Escolaridad								
primaria incompleta	3	2.9			3	2.9		
primaria	12	11.7			8	7.8		
Secundaria	38	36.9			28	27.2		
estudios técnicos	8	7.8			23	22.3		
Preparatoria	21	20.4			24	23.3		
enseñanza universitaria	16	15.5			13	12.6		
estudios de posgrado	2	1.9			4	3.9		
Desconocida	3	2.9						
Ocupación								
Desempleado	6	5.8			3	2.9		
subempleado/eventual	18	17.5			6	5.8		
obrero/campesino	10	9.7						
ama de casa					45	43.7		
empleado/oficinista	19	18.4			21	20.4		
comerciante/por su cuenta	23	22.3			11	10.7		
empleado doméstico	4	3.9			10	9.7		
Profesionista	7	6.8			3	2.9		
empresario/ejecutivo	1	1.0			2	1.9		
Pensionado	2	1.9			1	1.0		
sin respuesta	11	10.7			1	1.0		

*Nota.* N= 101 padres, N= 103 madres Hay dos padres fallecidos.

Con relación al tipo de familia de los participantes, en la tabla 4, se muestra que, el 50.5% fue biparental y el 40.8% monoparental, siendo el tipo de hogar con mayor índice el nuclear, con un 56.3%. Mientras que la situación económica de las familias, el 63.1% presentó déficit.

**Tabla 4***Características del hogar de los participantes*

Variable	n	%
Tipo de familia		
biparental	52	50.5
monoparental	42	40.8

reconstruida	9	8.7
Tipo de hogar		
nuclear	58	56.3
ampliado	39	37.9
compuesto	6	5.8
Situación económica		
déficit	65	63.1
equilibrio	13	12.6
supéavit	22	21.4
sin respuesta	3	2.9

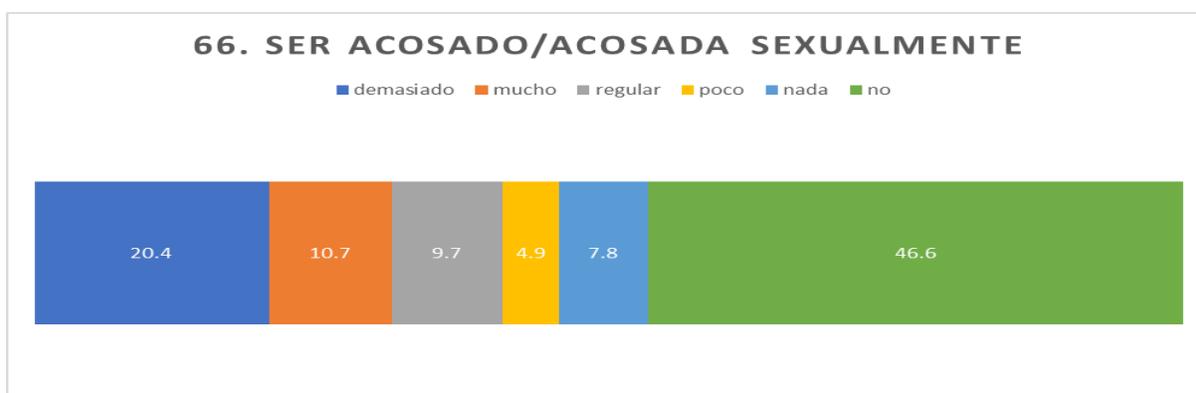
Nota. N=103

Respecto a la presencia de violencia sexual en los participantes, en la Gráfica 1 se presenta la distribución porcentual de respuesta del ítem 60 “Sufrir una violación” el cual tuvo mayor predominio de la respuesta “no” con el 52.4%, seguido de las respuestas “demasiado” (26.2%) y la respuesta “mucho” (9.7%). El resto se concentro en la respuesta “regular” con un 5.8% y las respuestas “poco” y nada” con 2.9%, respectivamente. (Gráfica 1.)



Gráfica 1. Porcentajes de distribución de respuestas del ítem 60 EGEP-A (n= 103)

Mientras en el ítem 66 “Ser acosado sexualmente” hubo una distribución porcentual respuesta de mayor predominio en la respuesta “no” con el 46.6%, seguido de las respuestas “demasiado” (20.4%), “mucho” (10.7%) y “regular” (9.7%), el resto se concentro en las respuestas “poco” y nada”. (Gráfica 2).



Gráfica 2. Porcentajes de distribución de respuestas del ítem 66 EGEP-A (n= 103)

Con relación a la frecuencia de violencia sexual, en la tabla 5, se dividió a los participantes en tres grupos; el primero, consistió en quienes presentaron violación; el segundo, aquellos con acoso sexual; y el tercero, quienes presentaron ambos. El 58.3% presentó algún tipo de violencia sexual, dominando el grupo de violación y acoso sexual con un 42.7%.

**Tabla 5**

*Frecuencia de la violencia sexual en los participantes*

Variable	n	%
Con violencia sexual	60	58.3
violación/acoso sexual	44	42.7
acoso sexual	11	10.7
violación	5	4.9
Sin violencia sexual	43	41.7

*Nota.* N=103

En cuanto a la comparación de los puntajes de psicopatología de los participantes con y sin violencia sexual, en la tabla 6 se presenta la comparación de los puntajes del auto-reporte YSR 11/18 mediante la prueba t student. Como se puede observar, todas las medias de las escalas (banda ancha) y subescalas (banda estrecha) presentan medias más elevadas en el grupo de violencia sexual en comparación al grupo sin violencia sexual. Asimismo, la significancia estadística fue de mayor relevancia en los trastornos externalizados y mixtos y la subescala de problemas del pensamiento con un índice de .000, seguido de la subescala ansiedad/depresión (.001), problemas sociales (.002), trastornos externalizados y retraimiento (.004), quejas somáticas (.021), comportamiento agresivo (.026) y ruptura de reglas (.032); la única que no presentó significancia fue la subescala de problemas de atención.

**Tabla 6***Comparación del YSR 11/18 en los participantes.*

Variable	YSR 11/18 CON violencia sexual (n=60)		YSR 11/18 SIN violencia sexual (n=43)		T	p
	M	DE	M	DE		
Trastornos internalizados	<b>65.80</b>	9.679	57.77	11.150	3.807	.000**
ansiedad/depresión	<b>66.38</b>	10.657	59.74	9.335	3.354	.001**
retraimiento/depresión	<b>66.08</b>	10.285	59.81	10.742	2.973	.004*
quejas somáticas	<b>61.32</b>	9.769	57.30	7.624	2.340	.021*
Trastornos externalizados	<b>62.80</b>	8.795	56.28	12.080	3.013	.004*
ruptura de reglas	<b>60.85</b>	7.194	57.65	7.435	2.183	.032*
comportamiento agresivo	<b>63.83</b>	9.564	59.47	9.767	2.258	.026*
Trastornos mixtos	<b>65.60</b>	9.237	57.74	11.015	3.813	.000**
problemas sociales	<b>63.90</b>	8.684	59.14	6.851	3.106	.002*
problemas del pensamiento	<b>62.72</b>	9.781	55.88	6.485	4.260	.000**
problemas de atención	<b>64.15</b>	11.666	60.77	9.549	1.615	.110

*Nota.* N=103

\*\*0.001

\*0.05

Con relación a la comparación con prueba t de student de dos colas de los puntajes de psicopatología percibida en los grupos de padres con y sin violencia sexual. También se observa que las medias de las escalas y subescalas del CBCL 6/18 presentan medias más elevadas en el grupo de padres de los participantes con violencia sexual en comparación al grupo de padres de los participantes sin violencia sexual, excepto en la subescala de problemas de atención. Por otro lado, la significancia estadística fue de mayor relevancia en la subescala ansiedad/depresión (.001), seguido de las escalas de trastornos internalizados (.002) y trastornos mixtos (.007) y las subescalas problemas sociales (.008), quejas somáticas (.028) y problemas del pensamiento (.029). La escala de trastornos externalizados y sus subescalas y la subescala problemas de atención carecieron de significancia.

**Tabla 7***Comparación del CBCL 6/18 en los padres de los participantes.*

Variable	CBCL 6/18 CON violencia sexual (n=60)		CBCL 6/18 SIN violencia sexual (n=43)		T	p
	M	DE	M	DE		
Trastornos internalizados	<b>70.38</b>	7.499	64.79	9.319	3.252	.002*
ansiedad/depresión	<b>69.50</b>	9.488	63.44	8.948	3.304	.001**
retraimiento/depresión	<b>69.35</b>	10.143	65.09	12.255	1.866	.066
quejas somáticas	<b>67.62</b>	9.757	63.42	9.142	2.234	.028*

Trastornos externalizados	<b>63.38</b>	8.515	61.65	7.810	1.069	.288
ruptura de reglas	<b>63.10</b>	7.968	60.30	6.714	1.928	.057
comportamiento agresivo	<b>63.68</b>	8.249	62.65	7.640	.654	.515
Trastornos mixtos	<b>68.03</b>	5.869	64.23	7.451	2.783	.007*
problemas sociales	<b>65.52</b>	7.398	61.60	7.038	2.723	.008*
problemas del pensamiento	<b>66.12</b>	8.332	62.57	7.725	2.216	.029*
problemas de atención	62.70	6.939	<b>63.44</b>	10.883	-.393	.695

*Nota.* N=103

\*\*0.001

\*0.05

## DISCUSIÓN

La violencia sexual infantil es un problema de salud pública en todos los niveles de atención médica y está altamente relacionada con diversas expresiones de psicopatología que repercuten la funcionalidad global de los adolescentes y sus familias; además, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales categóricos y conductas de auto daño (del inglés Self-Harm). Asimismo, es un fenómeno que conlleva un mayor costo socioeconómico y aumento de demanda de servicios de atención pública.

El objetivo de este trabajo fue evaluar mediante el uso del auto reporte EGAP-A, la presencia de violencia sexual en adolescentes que son atendidos en los servicios de consulta externa y hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, y comparar los índices de psicopatología reportados en el YSR 11/18 y CBCL 6/18, entre quienes presentaron algún tipo de violencia sexual con aquellos que no la presentaron.

En efecto, este estudio confirmó que la prevalencia de violencia sexual en los adolescentes fue del 58.3%, reportando una mayor prevalencia de psicopatología relacionada con los trastornos internalizados, externalizados y mixtos con significancia estadística; lo cual pone de manifiesto que sí hubo una diferencia significativa de psicopatología en comparación de los adolescentes que no sufrieron violencia sexual y coincide con los resultados del YSR 11/18 del estudio realizado por Walrath et al <sup>[29]</sup>. Los padres de los adolescentes con violencia sexual, por su parte, reportaron una mayor percepción de psicopatología relacionada con los trastornos internalizados, externalizados y mixtos, aunque la significancia estadística fue solo para los trastornos internalizados y mixtos, no obstante, al englobar sus resultados también se pone de manifiesto que sí hubo una diferencia significativa de psicopatología percibida en comparación con los padres de adolescentes sin violencia sexual, y resultó ser similar a lo reportado por Walrath et al <sup>[29]</sup>.

Respecto a los hallazgos sociodemográficos, se encontró que el 54.4% de los adolescentes fueron del sexo femenino, la media de edad fue de 14.0 y el 96% estaban empleados en el estudio escolar, siendo de mayor predominio la secundaria (65%); por otro lado, en los padres se tuvo que la mayoría contó con estudios de secundaria (37%) y bachillerato (27%), empleándose las madres en el hogar (44%) y los padres en el comercio/independiente (22%), y el rango de edad de ellos se concentró entre 35-44 años (52% de los padres y 46% de las madres) con una media de 42.6 (DE= 7.4) y 40.1 (DE= 6.3), respectivamente. Por último, la conformación familiar y económica, se tuvo que la mayoría fue nuclear (56%), biparental (50%) y monoparental (41%) con una situación económica baja (61%).

En otros resultados de estudios similares al presente, Ngo et al <sup>[27]</sup> encontraron, en una muestra comunitaria de 4,665 adolescentes, que el 43.9% fue víctima de abuso sexual y las mujeres tenían más probabilidades de ser víctimas de abuso sexual que los hombres (53.5% vs 33.9). Por otro lado, Khadr et al <sup>[28]</sup>, en su estudio cohorte longitudinal reportaron que los adolescentes víctimas de violencia sexual el 95% eran mujeres y el 50% provenía de familias monoparentales, siendo los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes los trastornos depresivos, ansiosos y estrés postraumático; mientras que Ohlert et al. <sup>[35]</sup> reportaron en una muestra clínica de 322 adolescentes, que el 41.5% sufrió violencia sexual con alta prevalencia de psicopatología relacionada con los trastornos internalizados y mixtos en el YSR 11/18.

Con base en lo anterior, se pone relieve que los resultados de estos diversos estudios guardan similitud con los obtenidos del presente estudio, pese a las diferencias de sus diseños y objetivos de estudio.

Finalmente, en México Orozco et al. <sup>[36]</sup> estimaron en una muestra comunitaria de 3,005 adolescentes del área metropolitana de la Ciudad de México, la prevalencia y la asociación entre los eventos traumáticos y el trastorno por estrés postraumático, encontrando que los adolescentes que informaron violencia sexual presentaron la prevalencia más alta de este trastorno (9.7%); por otro lado, Benjet et al. <sup>[37]</sup> con esa misma muestra describieron y evaluaron la prevalencia y las interrelaciones de las adversidades y sus correlatos sociodemográficos, en la que reportaron que el abuso sexual muestra los mayores aumentos de adversidades crónicas con la edad, (0.3% y 0.5% de los niños de 12 y 13 años, duplicándose a los 14 años y alcanzando un 3.2% a los 17 años); asimismo, en el 2019,

Benjet et al <sup>[38]</sup>, a través de la encuesta de salud mental de adolescentes en México, evaluaron la incidencia y recurrencia de la depresión mayor en adolescentes, en la que reportaron que el abuso sexual fue el predictor más fuerte de incidencia y se asociaba con un mayor riesgo de desarrollar depresión en la edad adulta. Por último, el INEGI a través de la ENDIREH 2016 reportó que el 4.4 millones de mujeres sufrieron abuso sexual alguna vez durante su infancia.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

1.- Los adolescentes que acuden a atención mental especializada, la frecuencia de violencia sexual expresada como acoso sexual y violación es alta.

2.- Los adolescentes con presencia de violencia sexual tienen niveles más altos de psicopatología reportada en los auto reportes del YSR 11/18 en comparación a los adolescentes sin violencia sexual. Asimismo, los padres de los adolescentes con violencia sexual reportaron mayor prevalencia de psicopatología en el CBCL 6/18 en comparación a los padres de adolescentes sin violencia sexual.

3.- La violencia sexual infantil presenta un reto de salud mental que requiere ser integrada en la evaluación de todos los niños y adolescentes por parte de todos los clínicos a fin de ofrecer una atención multimodal terapéutica a corto y largo plazo.

4.- Se recomienda llevar a cabo registros, informes y estadísticas específicas de este problema de salud mental con sus respectivas modalidades de manifestación y diagnósticos dimensionales implicados en las menores víctimas de violencia sexual y sus familias con la finalidad de desarrollar líneas de investigación y programas de salud pública en la materia.

## **LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

1.- La muestra clínica del presente estudio fue pequeña para dar una mayor solidez a la significancia estadística de los resultados obtenidos.

2.- Por otro lado, en el presente estudio no integraron las relaciones de los diagnósticos categóricos con la violencia sexual infantil al análisis metodológico. Además, no se evaluó las diferencias psicopatológicas reportadas en los auto reportes de los participantes, mismas que no fueron consideradas para obtener frecuencia y prevalencia.

3.- Asimismo, en el presente estudio, no se diferenciaron las modalidades de la violencia sexual reportadas por los participantes, ni tampoco se contempló una diferenciación de las víctimas en cuanto sí fueron agresores sexuales y/o contaban con antecedentes de trastornos mentales comórbidos, previamente.

4.- Por lo tanto, se recomienda desarrollar líneas de investigación relacionadas con la violencia sexual infantil, ya que es un dominio del que se cuenta con escasos datos en la nación.

## REFERENCIAS

- 1.- Perinat A, Lalueza J & Sadurni M. *Psicología del Desarrollo Un Enfoque Sistémico*. 3ED. Barcelona: UOC; 2007, p. 48-56.
- 2.- Arranz E. *Familia y Desarrollo Psicológico*. 1ED. Madrid: Pearson Educación; 2004, p. 49-50.
- 3.- Sameroff y Chandler, 1975 citados por Martínez, M. & García, M. C. (2012). La crianza como objeto de estudio actual desde el modelo transaccional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), p. 169-178.
- 4.- Cicchetti & Lynch, 1993 citados por Gaxiola J, & Frías M (2008). Un modelo ecológico de factores protectores del abuso infantil un estudio con madres mexicanas. *Revista Medio Ambiente y comportamiento humano*, 9 (1 y 2), p. 13-31.
- 5.- Organización Mundial de la Salud. Maltrato Infantil [https://www.who.int/topics/child\\_abuse/es/](https://www.who.int/topics/child_abuse/es/). 02 de junio.2020.
- 6.- Zeanah, CH & Humphreys, KL. (2018). Child Abuse and Neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 57(9): p. 637-644 doi: 10.1016/j.jaac.2018.06.007
- 7.- Cicchetti, D. (2016). Socioemotional, personality, and biological development: illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Annu Rev Psychol*. (67): p. 187-211.
- 8.- Burns, BJ; Phillips, SD; Wagner, HR; Barth, RP; Kolko, DJ; Campbell, Y; et al. (2004) Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 43(8): p. 960-970 doi: 10.1097/01.chi.0000127590.95585.65.
- 9.- Briggs-Gowan, MJ; Horwitz, SMC; Schwab-Stone, ME; Leventhal JM & Leaf PJ. (2000). Mental health in pediatric settings: distribution of disorders and factors related to service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; (39): p. 841-849.
- 10.- Zeanah, CH; Egger, HL; Smyke, AT; Nelson, CA; Fox, NA; Marshall, PJ; et al. (2009). Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *Am J Psychiatry*; 166(7): p. 777-785, doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08091438
- 11.- Humphreys, KL; Gleason, MM; Drury, SS; Miron, D; Nelson, CA; Fox, NA; et al. (2015). Effects of institutional rearing and Foster care on psychopathology at age 12 years in Romania: follow-up of an open, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*; 2(7): p. 625-634, doi: 10.1016/S2215-0366(15)00095-4
- 12.- Humphreys, KL; Miron, D; McLaughlin, KA; Sheridan, MA; Nelson, CA; Fox, NA et al. (2018). Foster care promotes adaptive functioning in early adolescence among children who experienced severe, early deprivation. *J Child Psychol Psychiatry*; 59(7): P. 811-821, doi: 10.1111/jcpp.12865.
- 13.- Lacallé, M. (2009). Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona p. 9-28.
- 14.- Informe mundial sobre la violencia contra niñas y niños de la UNESCO 2006 citado por Martínez L. *El Abuso Sexual Infantil en México Limitaciones de la Intervención Estatal*. 1ED. Ciudad de México: Instituto de

Investigaciones Jurídicas, UNAM; 2016. p 21.

15.- Contreras, JM; Bott, S; Guedes, A & Dartnall, E. (2010) Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual.

16.- Berliner & Elliot citados por Baita, S & Moreno, P. Abuso sexual infantil Cuestiones relevantes para su tratamiento para la justicia. 1ED. Montevideo: UNICEF Uruguay; 2015. p 25.

17.- World Health Organization. Responding to Children and Adolescents who have been sexually abused. Clinical Guidelines. (Geneva: WHO, 2017) <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259270/1/9789241550147-eng.pdf?ua=1> 23 de mayo.2020.

18.- Stoltenborgh, M; Van Ijzendoorn, MH; Euser, EM & Bakermans-Kranenburg, MJ. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2): p. 79–101. doi: 10.1177/1077559511403920.

19.- Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*, 58(3):469–83. doi:10.1007/s00038-012-0426-1.

20.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. Tabulados básicos sobre Familia de Origen. (Ciudad de México: INEGI, 2017)

21.- Centro de Análisis de Datos A.C. “Cifras del Censo Nacional de Procuración de Justicia Estatal 2016” en Violencia sexual y embarazo en adolescentes (Ciudad de México: Ipas México, 2018).

22.- Centro de Análisis de Datos A.C. “ENSANUT, 2012” en Violencia sexual y embarazo en adolescentes (Ciudad de México: Ipas México, 2018).

23.- Centro de Análisis de Datos A.C. “Cifras de la ENVIPE 2017” en Violencia sexual y embarazo en adolescentes (Ciudad de México: Ipas México, 2018).

24.- Espeleta, HC; Palasciano-Barton, S & Messman-Moore TL. (2017). The impact of child abuse severity on adult attachment anxiety and avoidance in college women: the role of emotion dysregulation. *Journal of family violence*, 32 (4): p. 399-407.

25.- Relyea, M & Ullman, SE. (2017). Predicting sexual assault revictimization in a longitudinal sample of women survivors: variation by type of assault. *Violence against women*, 23 (12): p. 1462-1483.

26.- Institute for health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease 2017 citado por Márquez-Caraveo ME & Pérez-Barrón V. (2019) Factores protectores, cualidades positivas y psicopatología adolescente en contextos clínicos. *Salud Publica Mex*; (61): p. 470-477. <https://doi.org/10.21149/10275>

27.- Ngo, Q; Veliz, PT; Kusunoki, Y; Stein, SF & Boyd, CJ. (2018). Adolescents Sexual Violence: prevalence, adolescent’s risks and violence characteristics. *Prev Med Author manuscript*, p. 68-74 doi:10.1016/j.yjmed.2018.08.032.

28.- Khadr, S; Clarke, V; Wellings, K; Villalta, L; Goddard, A; Welch, J; et al. (2018). Mental and sexual health outcomes following sexual assault in adolescents: a prospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*, p. 1-12 [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30202-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30202-5).

29.- Walrath, C; Ybarra, M; Holden, W; Liao, Q; Santiago, R; & Leaf, P. (2003). Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiples perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. *Child Abuse & Neglect*; p. 509-524 doi:10.1016/S0145-2134(03)00035-8.

30.- World Health Organization. (2014). Global Status Report on Violence Prevention 2014. Washington, DC: OPS, 2016; p. 1-30.

31.- Barcelata-Eguate, BE, Ávila, G, & Ortiz, Y. (2017). Validez y confiabilidad de una escala de estrés percibido para adolescentes. XLIV Congreso Nacional de Psicología CNEIP 2017. Tepic, Nayarit, México.

32.- Barcelata-Eguiarte BE & Márquez-Caraveo ME. (2018). Estudios de Validez del Youth Self Report/11-18 en Adolescentes Mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación–e Avaliação Psicológica*. RIDEP. <https://doi.org/10.21865/RIDEP50.1.09>

- 33.- Márquez-Caraveo ME & Pérez-Barrón V. (2019). Factores protectores, cualidades positivas y psicopatología adolescente en contextos clínicos. *Salud Publica Mex*; (61): p. 470-477. <https://doi.org/10.21149/10275>
- 34.- Barcelata-Eguiarte BE, Ávila-García GA & Márquez-Caraveo ME. (2019) Propiedades psicométricas del Child Behavior Checklist (CBCL/6-18) en padres de adolescentes mexicanos. *Eureka: Asunción Paraguay* (2): p. 87-108.
- 35.- Ohlert, J; Seidler, C; Rau, T; Fegert, J & Allroggen, M. (2017). Comparison of Psychopathological Symptoms in Adolescents Who Experienced Sexual Violence as a Victim and/or as a Perpetrator, *Journal of Child Sexual Abuse*, doi: 10.1080/10538712.2017.1283652
- 36.- Orozco, R; Borges, G; Benjet, C; Medina-Mora ME & López-Carrillo L. (2008). Eventos traumáticos de vida y trastorno de estrés postraumático en adolescentes mexicanos: resultados de encuesta. *Salud Publica Mex* 2008; (50 supl1): p. 29-37.
- 37.- Benjet, C; Borges, G; Medina-Mora ME; Zambrano, J; Cruz, C & Méndez, E. (2009). Descriptive Epidemiology of Chronic Childhood Adversity in Mexican Adolescents. *Journal of Adolescent Health* (45): p. 483-489.
- 38.- Benjet, C; Albor, YC; Bocanegra, ES; Borges, G; Méndez, E; Medina-Mora ME et al. (2019) Incidence and recurrence of depression from adolescence to early adulthood: a longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, (230): p. 1-26 doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.010>.

**Anexo 1**



Ciudad de México a 30 de mayo 2018

Asunto: aprobación enmienda

Oficio: 148

DRA. MA. ELENA MÁRQUEZ CARAVEO.  
PRESENTE:

Por este medio se le informa que en relación a la enmienda presentada el día 24 de mayo de 2018 del protocolo aprobado por el Comité de Investigación el día **26 de abril del 2012**: *"Adolescentes con problemas de salud mental: un enfoque de riesgo y protección*, clave **113/01/0412**, cuyo título se modificó a *"Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención"*, se han revisado los cambios y se ha dictaminado como **aprobado**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES  
PRESIDENTA DEL COMITÉ

## Anexo 2



Comité de Ética en Investigación



Ciudad de México, 04 de Julio de 2018.

Oficio Núm. 11

**Dra. María Elena Márquez Caraveo.**

**Responsable de proyecto.**

PRESENTE

Por medio de la presente le comunico que, derivado de la revisión realizada a los documentos de Consentimiento Informado y Asentimiento del menor pertenecientes al proyecto de investigación titulado "Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención", con clave de registro 113/01/0412 y, en cumplimiento con los criterios normativos en materia de Ética en investigación han sido:

### *Aprobados*

Cabe señalar que deberá contactar a cada uno de los usuarios anteriores que participaron en este proyecto previo a esta segunda Enmienda, para aplicar nuevamente los documentos de Consentimiento Informado y Asentimiento de menor con el cambio aprobado. Se le recomienda incluir un Adendum a los documentos y sobre este las firmas de los interesados.

Asimismo, le exhorto a supervisar que sus colaboradores se mantengan en cumplimiento de la normatividad vigente en el campo de la ética en investigación durante todas las etapas el estudio.

Por último, le informo que, por indicación de la Dirección de este hospital, a partir del 28 de julio de 2017 toda investigación deberá recibir la autorización final del director para iniciar el desarrollo del proyecto.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente

**Dr. Julio César Flores Lázaro.**

**Presidente del Comité de Ética en Investigación, HPI/DJNN**

C.c.p Mtra. en Enf. Lucía Arciniega Buenrostro, Adscrita a la División de Investigación, HPI/DJNN.-Presente  
Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte, Responsable de Proyecto en FES Zaragoza, UNAM. - Presente  
Archivo CEI/HPIJNN



## Anexo 4 Cartas de aprobación



Ciudad de México a 11 de febrero de 2021  
Asunto: Registro de tesis derivada.

**Dra. María Elena Márquez Caraveo**  
**Investigador responsable**  
HPIJNN  
P r e s e n t e

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

**Título del proyecto:** "Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención".

**Clave de registro:** II3/01/0412.

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

**Título:** "Psicopatología en adolescentes víctimas de violencia sexual: Comparación de la percepción con sus padres".

**Clave de registro:** II3/01/0412/T1

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

**Tesista:** Miguel Portugal Márquez.

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

- Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdf's de los productos generados al e-mail [investigacionhpi@gmail.com](mailto:investigacionhpi@gmail.com) (presentaciones en congresos, etc.)
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e  
Jefa de la División de Investigación

Dra. Patricia Zavaléta Ramírez

ccp. Archivo de la división de investigación.

Av. San Bartolomé de las Casas, Ciudad de México, México, D.F. 06702. CDMX.  
Teléfono: 56 23 15 44, 56 23 15 45 y 56 23 15 46. Fax: 56 23 15 47 48.





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Asunto: Solicitud de Fe de erratas

Ciudad de México, a 22 de junio de 2021

**DRA. PATRICIA ZAVALETA RAMÍREZ**  
**JEFA DE LA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL**  
**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO"**  
Buenaventura, No. 86  
Colonia Belisario Domínguez, 14080  
Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México  
**PRESENTE:**

Sirva la presente para enviarle un cordial saludo al tiempo de solicitarle, amablemente, la Fe de erratas correspondiente a la tesis con clave de registro **I13/01/0412/T1**, denominada "Psicopatología en adolescentes víctimas de violencia sexual: Comparación de la percepción con sus padres".

Lo anterior, se desprende del cambio del nombre de la citada tesis por el de "**PSICOPATOLOGÍA EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y SU PERCEPCIÓN PARENTAL: UN ESTUDIO COMPARATIVO**".

Por último, le informo usted que la tesis en comento está a cargo de quién suscribe la presente y forma parte del proyecto "**Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención**" con clave de registro **I13/01/0412** a cargo de la Dra. María Elena Márquez Caraveo, investigador adscrito a su servicio.

Sin otro particular, agradezco sus atenciones.

**Atentamente:**

  
**Miguel Portugal Márquez**  
Médico Residente del Hospital  
Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"

*Recibido  
Nidia Fabián  
23-06-21*

AV. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Alcaldía Tlalpan, CP. 14080, CDMX  
Teléfonos: 55 5573 4644, 55 5573 4666 y 55 5573 2855, [lapresidencia@hpi.jnn.salud.gob.mx](mailto:lapresidencia@hpi.jnn.salud.gob.mx), [www.hpi.jnn.salud.gob.mx](http://www.hpi.jnn.salud.gob.mx)





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



## Comité de Bioética de Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, "Dr. Juan N. Navarro"

Ciudad de México, 16 de junio del 2021

Asunto: carta de aprobación

Resolución No.: HPIJNN-CEI-DA-022-2021

**MIGUEL PORTUGAL MÁRQUEZ**

TESISTA

Presente

Por medio de la presente, hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: "Psicopatología en adolescentes víctimas de violencia sexual y su percepción parental: un estudio comparativo" con número de registro I13/01/0412/Π

Por lo que se extiende la presente, de conformidad con el cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

**Dra. Laura Fritsché García**

**Presidente del Comité de Ética de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"**

c.c.p. Dra. Patricia Zavaleta Ramírez-Jefa de la división de Investigación, HPIJNN-Presente

Av. San Buenaventura 96, Colonia Belisario Domínguez, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080, CDMX  
Teléfonos: 55 5573 4844, 55 5573 4866 y 55 5573 2855. [hpijnnavarro@salud.gob.mx](mailto:hpijnnavarro@salud.gob.mx), [www.gob.mx/salud/sap](http://www.gob.mx/salud/sap)



## Anexo 4 Instrumentos

### Escala Global de Estrés para Adolescentes EGEP-A (Barcelata et al., 2015-1)

#### INSTRUCCIONES

Hay situaciones o acontecimientos que le suceden o les han sucedido a los jóvenes.

**Selecciona solo** lo que te pasa o ha pasado en el **Último Año** y **marca el Grado de Estrés** que has experimentado de acuerdo a la siguiente escala:

A NO	B Nada	C Poco	D Regular	E Mucho	F Demasiado
---------	-----------	-----------	--------------	------------	----------------

Por ejemplo:

	A NO	B Nada	C Poco	D Regular	E Mucho	F Demasiado
1. Que me pregunten en clase	A	B	C ✓	D	E	F

La opción seleccionada fue la **C en la hoja de respuestas** porque le estresa un poco que le pregunten en clase.

A CONTINUACION SE PRESENTAN SITUACIONES QUE TE PASAN O PASARON Y TE ESTRESAN O ESTRESARON

	A NO	B Nada	C Poco	D Regular	E Mucho	F Demasiado
1. Que me pregunten en clase	A	B	C	D	E	F
2. Cambios en mi imagen corporal	A	B	C	D	E	F
3. Tener una enfermedad larga	A	B	C	D	E	F
4. Hacer exámenes	A	B	C	D	E	F
5. Sacar malas calificaciones	A	B	C	D	E	F
6. Tener que manejar	A	B	C	D	E	F
7. Que mis padres se enteren de mis calificaciones	A	B	C	D	E	F
8. Decirle a un chico(a) que me gusta	A	B	C	D	E	F
9. Ser superado académica o deportivamente	A	B	C	D	E	F
10. Que mis padres se peleen constantemente	A	B	C	D	E	F
11. Que mis padres descubran que tengo novio(a)	A	B	C	D	E	F
12. Hablar en público	A	B	C	D	E	F
13. Ver que maltratan a un(a) amigo(a)	A	B	C	D	E	F
14. Salir a la calle solo	A	B	C	D	E	F
15. Tener más responsabilidades	A	B	C	D	E	F
16. Tener mucha tarea	A	B	C	D	E	F

	A NO	B Nada	C Poco	D Regular	E Mucho	F Demasiado
17. Abandono de la casa por alguno de mis padres	A	B	C	D	E	F
18. Causar un accidente	A	B	C	D	E	F
19. Que mi padre/madre tome en exceso	A	B	C	D	E	F
20. No tener dinero para comprar lo que quiero	A	B	C	D	E	F
21. No tener dinero para comprar útiles de la escuela	A	B	C	D	E	F

**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 especifica, 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.

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

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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<b>III. Anota por favor las organizaciones, equipos, clubes o grupos a los que perteneces.</b> <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"/>	

### Reporte del Comportamiento de Jóvenes de 6 a 18 años. CBCL/6-18, español (Achenbach & Rescorla, 2001).

**Por favor utilice letra de molde** CUESTIONARIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS(AS) DE 6-18 AÑOS Para completar en la oficina ID #

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A): Primer Nombre Segundo Nombre Apellido			TRABAJO USUAL DE LOS PADRES, inclusive si ahora no está trabajando (por favor especifique - por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro de escuela, ama de casa, trabajador, zapatero, sargento en el ejército). TRABAJO DEL PADRE: _____ TRABAJO DEL MADRE: _____
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	EDAD Mes ____ Día ____ Año ____	GRUPO ÉTNICO O RAZA Mes ____ Día ____ Año ____	ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR: <input type="checkbox"/> Padre (Nombre y apellido) _____ <input type="checkbox"/> Madre (Nombre y apellido) _____ <input type="checkbox"/> Otra persona (Nombre y relación con el/la niño(a)) _____
GRADO ESCOLAR _____ No va a la escuela: <input type="checkbox"/>			Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo(a). Hágalo aunque usted piensa que otras personas no están de acuerdo con su opinión. Siéntase en la libertad de escribir comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se provee en la página 2.

<b>I. ¿Cuáles son las actividades deportivas en las que más le gusta participar a su hijo(a)?</b> Por ejemplo: natación, béisbol, patinaje, montar bicicleta, baloncesto, pescar, etc. <input type="checkbox"/> Ninguno	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada uno de estos deportes?				En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo es él/ella en estos deportes?				
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No lo sé	
	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>II. ¿Cuáles son las actividades, juegos o pasatiempos favoritos de su hijo(a) además de los deportes?</b> Por ejemplo, colección de estampillas, jugar con muñecas, leer, tocar el piano, artesanía, mecánica, cantar, etc. (No incluya escuchar la radio o ver televisión). <input type="checkbox"/> Ninguno	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada uno de estas actividades?				En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo es él/ella en estas actividades?				
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No lo sé	
	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>III. ¿Cuáles son las organizaciones, equipos, clubes o grupos a los que pertenece su hijo(a)?</b> <input type="checkbox"/> Ninguno	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿qué tan activo(a) es en cada uno de los grupos?				
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo sé	
	a.	<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"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>IV. ¿Qué trabajos o tareas hace su hijo(a)?</b> Por ejemplo: repartir periódicos, cuidar de otros niños, hacer la cama, trabajar en una tienda, etc. (Incluya tareas o trabajos pagados y no pagados.) <input type="checkbox"/> Ninguno	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo lleva a cabo estas tareas?				
	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No lo sé	
	a.	<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"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Asegúrese que contestó todas las preguntas.**

## **Asentimiento Informado**

### **Título del estudio de investigación**

Psicopatología en adolescentes víctimas de violencia sexual: comparación de la percepción con sus padres

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 Caraveo.

### **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** \_\_\_\_\_  
Fecha  
que explicó la información de este consentimiento

## **Consentimiento Informado**

### **Título de la investigación**

Psicopatología en adolescentes víctimas de violencia sexual: comparación de la percepción con sus padres

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 Caraveo.

### **Confidencialidad**

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

**Firmas del Consentimiento Informado**

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

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

Nombre completo y firma del **adolescente** Fecha

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

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



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

Dirección Relación con el paciente

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

Dirección Relación con el paciente



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

**Carta de autorización para la realización de protocolo de investigación:**

Tlalpan, Ciudad de México. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202:\_\_\_.

**A quien corresponda:**

Por medio de la presente, reciba un cordial saludo, al tiempo de solicitar la autorización para realizar en las instalaciones de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, el protocolo de investigación titulado: **Psicopatología en adolescentes víctimas de violencia sexual y su percepción parental: un estudio comparativo**, el cual consistirá en la aplicación de las escalas conocidas por sus siglas EGEP-A, YSR/11-18 y CBCL/6-18, previo asentimiento informado a los pacientes y consentimiento informado de sus tutores, de quienes se encuentren en seguimiento médico por la consulta externa de la institución y que cumplan con los criterios de inclusión en el estudio, durante el periodo comprendido de Agosto 2020 a Mayo 2021. Su servidor y responsable del proyecto se compromete a no interferir con las decisiones de los médicos tratantes y a mantener la confidencialidad y respeto hacia sus instalaciones, personal y los pacientes.

Sin otro particular por el momento agradezco se sirva a la presente, quedo de usted.

---

**Dr. Miguel Portugal Márquez**  
**Residente de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.**  
**Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.**

C.c.p: jefe de Servicio  
C.c.p.: Médicos Adscritos