

11241

48

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL



TITULO :

PSICOPATOLOGIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA SEGUN SUS PADRES,  
MAESTRO Y LOS PROPIOS ESTUDIANTES.

ALUMNO

DR. JORGE PEREZ CHAVEZ

TUTOR TEORICO

TUTOR METODOLOGICO

*Juan M Saucedo G.*  
DR. JUAN MANUEL SAUCEDA GARCIA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL  
HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SXXI

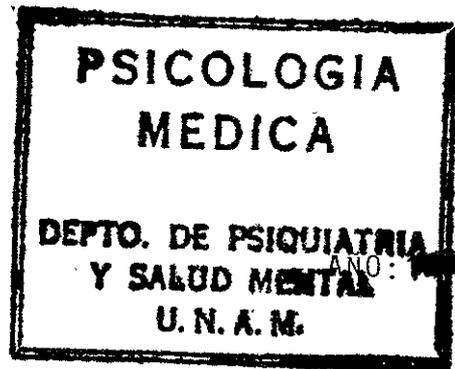
*Arturo Fajardo Gutierrez*  
DR. ARTURO FAJARDO GUTIERREZ  
JEFE DE UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA CLINICA  
HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SXXI

*Ma Lina Cuevas*  
DRA. MA. LUISA CUEVAS URIOSTEGUI  
ADSCRITA AL SERVICIO DE INVESTIGACION MEDICA  
EN EPIDEMIOLOGIA CLINICA Y HP C.M.N SXXI

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACION  
EN PSIQUIATRIA"

Vo. Bo.

*Alejandro Diaz*  
Dr. Alejandro Diaz Mz  
281375



2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## INDICE

OBJETIVOS	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACION	9
HIPOTESIS	10
MATERIAL Y METODOS	11
ANALISIS ESTADISTICO	13
RESULTADOS	14
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	21
DISCUSION	22
CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFIA	25

#### OBJETIVOS:

- 1.- Determinar tipo y grado de psicopatología en estudiantes del segundo grado de secundaria.
- 2.- Determinar el funcionamiento psicosocial del estudiante según su propia percepción y la de su progenitor, así como la de su maestro.
- 3.- Conocer la asociación entre presencia de psicopatología y tipo de familia (completa o incompleta).
- 4.- Comparar y correlacionar la percepción del padre con la del maestro y la del propio estudiante en cuanto a la presencia de psicopatología según escalas aplicadas en cada uno.

## ANTECEDENTES

A lo largo del desarrollo del ser humano se presentan innumerales cambios a nivel psicológico y mental, a través de lo cual se obtiene la identificación del mundo que nos rodea y en consecuencia la diferenciación de uno mismo, obteniendo así la adaptación biopsicosocial aplicado a la interacción con otros individuos. Sin embargo el conocimiento de estos cambios no se ha podido extender con esa misma forma contundente al campo de la psicopatología donde se requiere unificar aún mas los criterios. Para el entendimiento de los factores de riesgo y su evolución, es necesario la aplicación de instrumentos de evaluación que por su sensibilidad y confiabilidad den un panorama mas detallado en lo que sucede en la salud mental de un individuo visto desde diferentes puntos, (1,2,3,4)

Así de igual forma nos podríamos referir a la etapa de la vida donde se dan tantos cambios que es la adolescencia; etapa de cambios físicos, cognitivos y emocionales. Corresponde a la edad de transición entre la niñez y la vida adulta. Es un período de crecimiento rápido y grandes cambios en lo fisiológico, en lo psicológico y en lo social condicionado por el nuevo balance endocrino y por las expectativas sociales asociadas.

Son cuatro los principales cambios psicológicos propios de esta edad: 1.- Aumento de la agresividad, 2.- Aumento de la capacidad para el pensamiento abstracto, 3.- Intensificación de la imaginación y fantasía y 4.- Intensificación del impulso erótico.

Toda etapa del ciclo de la vida conlleva dificultades potenciales de naturaleza biológica, psicológica, familiar y social, entre las que ocurren frecuentemente en la segunda década de la vida se encuentran los ajustes en las relaciones con miembros del sexo opuesto, la orientación ocupacional, el desarrollo de un sistema de valores maduro y el relajamiento de las intensas ligas emocionales con los padres. Preocupaciones comunes del adolescente son las relacionadas con la masturbación, problemas de autoimagen y popularidad, dudas vocacionales y diferencias con los padres. Si el desarrollo del adolescente no progresa normalmente, es muy probable que resulten dificultades en sus relaciones interpersonales dentro de la familia, en su escuela y sociedad.

Debido a la magnitud y frecuencia de los cambios que tienen lugar en esta etapa de la vida, no es raro que los adolescentes y sus padres busquen solucionar los conflictos que surgen mediante la orientación médica en un momento determinado. De ahí la necesidad de que el médico cuente con un marco de referencia para poder determinar que tan normales son las características de cada caso, tanto en lo biológico como en lo psicosocial. (5)

El cambio de la primaria a la secundaria es un importante punto de transición. La disciplina social y la educación escolar como una organización social, la educación y actitudes de los maestros, pueden jugar un papel importante en la generación y apertura de problemas en el salón de clases. (13,14,15,16,17)

Con frecuencia la evaluación mental del adulto se hace -- cuando este mismo es interrogado; mas sin embargo para la evaluación de un niño o adolescente se requiere la intervención de varias fuentes de información, como el mismo adolescente, familiares y maestro de clases. Estas diferentes fuentes comúnmente se observa que estan en desacuerdo con respecto a la apreciación que se tiene de la salud mental de dicho individuo.

(18,19)

La contribución de Thomas Achenbach en la evaluación de la psicopatología de la infancia y la adolescencia, así como de su continuidad a través del tiempo hacia la vida adulta, -- fué por medio de un constructo empírico basado en ocho síndromes (aislacionismo, molestias somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, conducta delictiva y conducta agresiva), agrupados -- los tres primeros como de "Internalización" y los dos últimos como de "Externalización". Ha sido posible la investigación sistemática de trastornos psiquiátricos en cualquier etapa de desarrollo humano y el valor predictivo de tales hallazgos.

Algunos otros autores establecieron estudios longitudinales donde se han encontrado que los problemas de conducta en niños están asociados al deterioro en el funcionamiento en una variedad de mediciones; y han demostrado la heterogeneidad en el funcionamiento en el grupo de conductualmente afectados. En este análisis se hace un enfoque en los problemas de conducta que pueden ser descritos como de "Externalización" (por ejemplo: antisocial, hiperactivo, agresivo), se encontró una fuerte asociación entre las conductas de externalización y un funcionamiento global deficiente en una amplia gama de

mediciones durante la etapa evolutiva del niño. La persistencia de conductas de externalización en la adolescencia ha demostrado sus mas sustanciales y duraderos efectos negativos sobre diferentes mediciones. La presentación tardía estuvo asociada en el estudio con un mas temprano abandono escolar y rendimiento escolar deficiente. Los adolescentes que no persistieron con esta conducta de externalización tuvieron mayor probabilidad de permanecer sin conductas de externalización. De tal forma aquéllos que mostraron en mas de una de las mediciones los trastornos de externalización mostraron mayores déficit funcional en todas las mediciones. De alguna manera esto podría dar un explicación del deterioro funcional y conductual en aquéllos adultos jóvenes que manifestaron estas conductas en la adolescencia. (20,21,22)

De forma general la apreciación de los problemas conductuales (Externalizantes), son captados de mejor forma por los adultos, mientras que el adolescente en este caso identifica con mayor certeza los trastornos internalizantes (ansiedad, depresión, e.t.c.).

Para la evaluación de la psicopatología en el grupo de adolescentes a estudiar se aplican dos escalaas que son la CBCL y la CIS, las cuales se han convertido en el modelo a elegir debido a su amplio uso, fácil administración y alta sensibilidad. (23,24)

DESCRIPCION DE LA ESCALA CBCL  
(Chil Behavior Check List)

La escala de comportamiento del niño o CBCL es un instrumento que se usa para la obtención de informes estandarizados acerca del comportamiento de los niños y adolescentes de 4 a 18 años de edad. Consiste en 120 reactivos que son contestados por los padres de acuerdo con una escala de 3 puntos acerca del comportamiento del menor en los seis meses precedentes de la forma siguiente: 0 (cero) si el reactivo no está presente, 1 si el reactivo es cierto algunas veces, 2 si es muy cierto o se presenta frecuentemente.

La suma de los puntos dá un registro total de los problemas y es computada para determinar como casos clínicos aquellos por encima de 90; en este estudio la confiabilidad y validez, así como la traducción oficial fueron confirmadas en Puerto Rico y Chile. En base a los 120 posibles síntomas se integran ocho síndromes.

A la palabra síndrome se le describe como aquellos problemas que tienden a ocurrir juntos, sin implicaciones sobre algún modelo en particular en lo que respecta a la naturaleza o causa del problema. El síndrome de externalización describe los conflictos con otras personas, y el síndrome de internalización es una manifestación del estres interno. Los síndromes de aislamiento, ansiedad/depresión y somatización integran el síndrome de internalización y los síndromes de agresividad y conducta antisocial integran el síndrome de externalización. (25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35).

## DESCRIPCION DE LA ESCALA CIS (Columbia Impairment Scale)

La escala CIS mide cuatro áreas de funcionamiento mismas que son las siguientes: Relaciones Interpersonales, ciertas áreas de psicopatología (problemas de conducta, ansiedad, depresión, e.t.c.), funcionamiento en la escuela o trabajo y utilización del tiempo libre. Esta escala consiste en 13 - - Items.

La escala fué aprobada en 182 niños con edades de entre - los 9 y 17 años, durante una fase piloto de un estudio multidimensional en la Universidad de Columbia.

Los puntos se califican en base a una escala de Liket que va de 0 (cero) "sin problemas" a 4 "un grave problema". La - puntuación total puede ir de 0 (cero) a un máximo de 52.

La puntuación del CIS se obtiene comparando los datos proporcionados por sus padres y los niños o adolescentes.

Su validez se realizó al ser correlacionada con la Children's Global Assessment Scale (SGAS) y con otras mediciones - globales de deterioro. (36,37,38,39,40).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La detección de una psicopatología existente en el adolescente en algunas ocasiones llega a ser difícil, ya que sólo - alcanza a ser detectadaen el salón de clases y por parte del - maestro y no se corrobora con el progenitor y tampoco llega a ser percibida en su totalidad por el mismo adolescente; así la obtención de datos psicopatológicos tiene tres puntos de vista diferentes los cuales dan un mayor sustento a lo buscado, de - aquí parte la pregunta: ¿Existe concordancia entre los datos - proporcionados por el progenitor, profesor y alumno al responder a los datos pedidos por las escalas CBCL y CIS?.

## JUSTIFICACION

La valoración de la salud mental en el adolescente implica la necesidad de hacer uso de instrumentos que nos permiten la medición de la psicopatología existente en ellos, así mismo la aplicación de estos instrumentos tanto al progenitor o tutor y al maestro de clase, brindan un panorama mas amplio y real sobre la información que se obtiene, permitiéndonos realizar una investigación que de alguna forma pueda obtener una connotación no sólo de detección sino también de prevención y maanejo pertinente en un momento dado en esta etapa de la vida del adolescente.

### HIPOTESIS

- a).- El estudiante identificará en mayor grado los trastornos de internalización y de síndrome ansioso/depresivo, -- que sus progenitores y maestro.
- b).- El progenitor identificará mayor trastornos de externalización que el estudiante y maestro.
- c).- El progenitor identificará un funcionamiento psicosocial mas deficiente que el estudiante.
- d).- Existe mayor disfuncionalidad psicosocial en el estudiante de familia incompleta.

## MATERIAL Y METODOS

**Diseño de estudio:** Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

**Sitio de estudio:** Se llevó a cabo en una Escuela Secundaria Federal , en la población de Tezcoco, Estado de México.

**Grupo de estudio:** Se evaluaron a 27 alumnos de un salón de clases correspondiente al segundo año de secundaria entre los 12 y 17 años. Los instrumentos de evaluación serán aplicados tanto a los alumnos, como al padre o tutor y maestro.

El profesor que participó en la evaluación tuvo por lo menos dos años de haber impartido clases al mismo grupo elegido.

**Variables:** Se aplicaron dos escalas, CBCL (Child Behaviour Check List) y CIS (Columbia Impairment Scale).

La primera fué dada para su contestación al profesor, alumno y padre o tutor (familiar), en su respectiva versión, la cual consta de 113 ítems, considerándose como casos: Para el Score de T en psicopatología total (TG), el valor numérico fué de 60 o más, al igual para el Score de T en Síndrome de Internalización (TI), y Síndrome de Externalización (TE) y para los ocho síndromes (aislamiento, somatización, ansioso/depresivo, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, delincuencia y agresividad), el valor numérico considerado como caso fué de 67 o más.

Para la segunda escala de 13 ítems los resultados considerados como casos fueron aquéllos cuyo valor numérico fuera de 15 o más.

A través de una encuesta se recolectaron datos sociodemográficos, como tipo de familia (completa o incompleta) y escolaridad del padre o tutor.

**Criterios:**

Criterios de Inclusión: -Sujetos que cursen el segundo año de secundaria no mayores de 18 años.

- Ambos sexos.

- Que acepten participar tanto el padre o tutor y el mismo alumno.

Criterios de Exclusión: -Que sean mayores de 18 años.

- Aquéllos alumnos que no quieran participar o su progenitor o tutor.

La aplicación de escalas se llevó a cabo por el Tesista, bajo la supervisión de un Psiquiatra adscrito al Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la U.N.A.M. por medio del cual se delimitaron las reglas para la aplicación de las mismas y su supervisión conjunta de los resultados.

## ANALISIS ESTADISTICO

Para mostrar la dispersión de los valores individuales alrededor de la media de una determinación dada, se utilizó la desviación estándar y para obtener el valor de cada grupo se calculó la media promedio.

Se utilizaron la prueba de CHI cuadrada, para buscar la asociación entre los casos detectados con psicopatología con cualquiera de los evaluadores, así como los valores de (p) para medir la probabilidad de las observaciones con significancia de 0.05. En su defecto, la prueba exacta de Fisher así como el coeficiente de correlación de Pearson (r) para cada grupo de acuerdo con los valores originales totales y el tipo de escala fué aplicado al coeficiente de correlación de Spearman para obtener conocimientos acerca de la correlación entre diversas escalas. Para medir el grado de acuerdo entre los evaluadores en cuanto a la clasificación de grupo con psicopatología y grupo normal se utilizó la Prueba de Kappa. La prueba de T de Students fue utilizada para determinar la igualdad de medias, al mismo tiempo se aplicó también la Prueba de Levene para igualdad de varianzas entre los valores de cada grupo de comparación.

## RESULTADOS

Del total de la muestra (n=27), se encontró para el tipo de Familia el 85.2% (n=23) y para el tipo de incompleta el 14.8% (n=4) (Tabla 1).

En la escolaridad del padre o tutor para primaria correspondió 25.9% (n=7), secundaria 29.6% (n=8), preparatoria 29.6% (n=8) y para licenciatura 11.1% (n=3) y sin ninguna escolaridad 3.7% (n=1) (Tabla 1).

Se calculó la frecuencia y porcentaje para la escala CIS aplicada al niño y al padre encontrándose 66.7% (n=18) con disfuncionalidad y 33.3% (n=9) funcional, en la aplicada al niño. Dando una significancia estadística en la prueba de Levene de  $p = .257$ . Para la que contestó el padre se encontró 63.0% (n=17) con disfuncionalidad y 37.0% (n=10) funcional. Se aplicó los totales de CBCL: Psicopatología total, síndrome de internalización y síndrome de externalización contestada por el padre, profesor y el mismo estudiante, mostrando mayor porcentaje en la psicopatología total para el que contestó el maestro, 44.4% (n=12), 55.6% (n=15) sin psicopatología. Para el síndrome de internalización el mayor porcentaje fué la que contestó el familiar con 51.9% (n=14) con psicopatología y 48.1% (n=13) sin psicopatología. La escala contestada por el profesor fué la que dió mayor porcentaje en el síndrome externalizante 40.7% (n=11) con psicopatología y 59.3% (n=16) sin psicopatología (Tabla 2).

Se obtuvieron los diagnósticos de la escala CBCL para cada

síndrome, aplicada tanto al padre o tutor, profesor y el mismo estudiante, con los siguientes resultados: la escala aplicada al familiar mostró el mayor porcentaje en los síndromes de aislamiento 29.6% (n=8), ansiedad/depresión 25.9% (n=7), problemas de atención 18.5% (n=5), conducta agresiva 18.5% (n=5), somatización 11.1% (n=3) y el resto su porcentaje fué igual o menor a 11.1%. Para la aplicada al profesor el mayor porcentaje fué en el de somatización 18.5% (n=5), ansiedad/depresión 7.4% (n=2) y en el resto el porcentaje fué igual o menor al 7.4%. Y para la escala aplicada en el niño el mayor porcentaje se observó en problemas sociales con 63.03% (n=17), conducta delictiva 14.4% (n=12), aislamiento 37.0% (n=10), ansiedad/depresión 37.0% (n=10) y el resto con un porcentaje menor a 37.0% (Tabla 3).

Al correlacionar las escalas CBCL en los totales de psicopatología total, síndrome de internalización y síndrome de externalización contestada por el profesor, padre o tutor y el mismo estudiante con las mismas escalas en sus totales pero evaluadas por diferentes individuos hubo significancia estadística en la prueba de Pearson en la mayor parte de comparaciones a excepción de: CBCL familiar tg vs CBCL niño tg, CBCL profesor te vs CBCL familiar te, CBCL niño te vs CBCL familiar te, CBCL familiar te vs CBCL profesor te y CBCL familiar te vs CBCL niño te (Tabla 4).

Comparando el tipo de familia (completa o incompleta) y el diagnóstico obtenido con la escala CBCL aplicada al niño y al profesor en todos sus totales, sólo hubo significancia estadística con un valor de  $p=.09$  en la escala de CBCL para el profe--

en cuanto a la psicopatología total (tg) (Tabla 5).

Para observar la significancia que existe entre la clasificación que hizo el mismo evaluado, ya sea el padre, maestro o el mismo alumno; de la escala CBCL con sus valores originales, se obtuvo un valor de  $p = .001$  para todos los evaluadores (Tabla 6).

Al comparar el grado de acuerdo en sus resultados de clasificación con la escala CIS contestada por el niño con la contestada por el padre se obtuvo un valor de  $Kappa = .432$  y  $p = .024$ , para Fisher = 0.39 y Spearman  $r = 4.34$ ,  $p = 0.24$ . De igual forma se comparó la escala CIS aplicada al niño con los totales de la CBCL siendo estadísticamente significativo en la prueba de Kappa. La CBCL síndrome internalizante aplicada al niño se comparó con los síndromes detectados por la CBCL siendo significativo en la prueba de Fisher y Kappa (Tabla 7).

Tabla 1.- Descripción de los datos sociodemográficos del estudio .

ESCOLARIDAD DEL PADRE O TUTOR	f	%
ninguna	1	3.7
primaria	7	25.9
secundaria	8	29.6
preparatoria	8	29.6
licenciatura	3	11.1
FRECUENCIA TIPO DE FAMILIA		
	f	%
completa	23	85.2
incompleta	4	14.8

Tabla 2.- Descripción de la adaptación psicosocial (disfuncional o funcional) según CIS y psicopatología diagnosticada según CBCL.

TIPO DE ESCALA	f	DISFUNCIONAL	%	f	FUNCIONAL	%
cis niño	18		66.7	9		33.3
cis familiar	17		63.0	10		37.0
		CON PSICOPATOLOGIA		SIN PSICOPATOLOGIA		
cbcl familiar tg	12		44.4	15		55.6
cbcl familiar ti	14		51.9	13		48.1
cbcl familiar te	9		33.3	18		66.6
cbcl profesor tg	11		40.7	16		59.3
cbcl profesor ti	10		37.0	17		63.0
cbcl profesor te	11		40.7	16		59.3
cbcl niño tg	11		40.7	16		59.3
cbcl niño ti	10		37.0	17		63.0
cbcl niño te	10		37.0	17		63.0

Tabla 3.- Frecuencia y porcentajes de los diagnósticos por síndromes de la escala CBCL.

	DIAGNOSTICO CON ESCALA CBCL			
	con psicopatología		sin psicopatología	
	f	%	f	%
<u>aplicada al familiar</u>				
aislamiento	8	29.6	19	70.4
somatización	3	11.1	24	88.9
ansiedad/depresión	7	25.9	20	74.1
problemas sociales	3	11.1	24	88.9
problemas del pensamiento	2	7.4	25	92.6
problemas de atención	5	18.5	22	81.5
conducta delictiva	2	7.4	25	92.6
conducta agresiva	5	18.5	22	81.5
<u>aplicada al profesor</u>				
aislamiento	1	3.7	26	96.3
somatización	5	18.7	22	81.5
ansiedad/depresión	2	7.4	25	92.6
problemas sociales	1	3.7	26	96.3
problemas del pensamiento	2	7.4	25	92.6
problemas de atención	1	3.7	26	96.3
conducta delictiva	2	7.4	25	92.6
conducta agresiva	1	3.7	26	96.3
<u>aplicada al niño</u>				
aislamiento	10	37.0	17	63
somatización	7	25.9	20	74.1
ansiedad/depresión	10	37.0	17	63.0
problemas sociales	17	63.0	10	37.0
problemas del pensamiento	8	29.6	19	70.4
problemas de atención	8	29.6	19	70.4
conducta delictiva	12	44.4	15	55.6
conducta agresiva	8	29.6	19	70.4

Tabla 4.- Correlación de los datos totales de la escala CBCL.

COMPARACION ESCALA CBCL		pruebas estadísticas	
		r	p
cbcl profesor tg	vs cbcl niño tg	.703	<.001
cbcl profesor tg	vs cbcl familiar tg	.445	.020
cbcl niño tg	vs cbcl profesor tg	.703	<.001
cbcl niño tg	vs cbcl familiar tg	.330	.093
cbcl familiar tg	vs cbcl profesor tg	.445	.020
cbcl familiar tg	vs cbcl niño tg	.330	.093
cbcl profesor te	vs cbcl niño te	.632	<.001
cbcl profesor te	vs cbcl familiar te	.171	.393
cbcl niño te	vs cbcl profesor te	.632	<.001
cbcl niño te	vs cbcl familiar te	.266	.179
cbcl familiar te	vs cbcl profesor te	.171	.393
cbcl familiar te	vs cbcl niño te	.266	.179
cbcl profesor ti	vs cbcl niño ti	.554	.003
cbcl profesor ti	vs cbcl familiar ti	.430	.025
cbcl niño ti	vs cbcl profesor ti	.554	.003
cbcl niño ti	vs cbcl familiar ti	.458	.016
cbcl familiar ti	vs cbcl profesor ti	.430	.025
cbcl familiar ti	vs cbcl niño ti	.458	.016

Tabla 5.- Comparación entre tipo de familia y clasificación de los totales CBCL.

tipo de familia	ESCALA	con psicopatología	sin psicopatología	p
Completa	cbcl niño te	7	16	.088
Incompleta	cbcl niño te	3	1	
Completa	cbcl profesor tg	7	16	.009
Incompleta	cbcl profesor tg	4	0	
Completa	cbcl profesor ti	7	16	.088
Incompleta	cbcl profesor ti	3	1	

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Tabla 6.- Comparación de la escala CBCL con sus mismos valores originales y el diagnóstico dado por el mismo observador.

Escala de CBCL	Diagnóstico						
	con psicopatología			sin psicopatología			
	n	media	DE	n	media	DE	p
cbcl profesor te	11	62.27	3.07	16	54.00	4.99	<.001
cbcl profesor tg	11	63.36	5.84	16	54.38	2.80	<.001
cbcl profesor ti	10	65.60	7.86	17	55.18	2.79	<.001
cbcl niño te10	10	66.00	5.96	17	50.94	5.04	<.001
cbcl niño tg	11	67.55	7.55	16	51.44	5.24	<.001
cbcl niño ti	10	68.60	5.76	17	50.06	6.62	<.001
cbcl familiar tg	12	67.83	4.55	15	50.53	6.81	<.001
cbcl familiar te	9	67.89	4.20	18	49.50	7.66	<.001
cbcl familiar ti	14	69.36	6.42	13	49.08	7.09	<.001

Tabla 7.- Medidas de acuerdo, de asociación y significancia según la clasificación de las escalas cis y cbcl.

Diagnóstico de comparación	Pruebas Estadísticas		
	kappa	p	Fisher
cis niño vs cis familiar	.432	.024	.03
cbcl niño tg vs cis niño	.512	.002	
cbcl niño ti vs cis niño	.318	.049	
cbcl niño te vs cis niño	.318	.049	
cbcl profesor tg vs cis niño	.372	.027	
cbcl profesor te vs cis niño	.512	.002	
cbcl familiar te vs cbcl niño tg	.368	.053	.06
cbcl familiar tg vs cbcl niño ti	.390	.040	.04
cbcl profesor ansiedad/depresión vs cbcl niño ti	.239	.055	.12
cbcl profesor problemas de pensamiento vs cbcl niño ti	.239	.055	.12
cbcl profesor problemas de conducta delictiva vs cbcl niño ti	.239	.055	.12
cbcl familiar problemas de atención vs cbcl niño ti	.380	.028	.04
cbcl familiar conducta agresiva vs cbcl niño ti	.380	.028	.04

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

A. Delimitación del tema a estudiar.

Del 14 de agosto de 1997 al 31 de agosto de 1997.

B. Recuperación, revisión y selección de bibliografía.

Del 10. de septiembre de 1997 al 20 de octubre de 1997.

C. Elaboración de protocolo.

Del 21 de octubre de 1997 al 25 de noviembre de 1997.

D. Planeación operativa.

Del 25 de noviembre de 1997 al 10. de diciembre de 1997.

E. Recolección de información.

Del 10. de diciembre de 1997 al 31 de diciembre de 1997.

F. Análisis de resultados.

Del 10. de enero de 1998 al 15 de enero de 1998.

G. Escritura de Tesis e informes.

Del 10. de enero de 1998 al 10 de febrero de 1998.

## DISCUSION

Los datos de este estudio muestran que al describirse los resultados obtenidos en la escala CBCL el padre describió en mayor porcentaje el síndrome de internalización con 51.9%  $n=4$  con psicopatología, en comparación con la que contestó el niño que fue de 37%  $n=10$  con psicopatología, esto no confirma lo descrito por diversos autores que el niño es el que describe más el síndrome de internalización. De igual forma llama la atención que el síndrome de externalización fue más frecuentemente detectado por el profesor, que para lo esperado según los datos que describe la bibliografía, que en su caso esto lo estaría dando el padre o tutor, para ellos una causa sería una falta de comprensión hacia las conductas y pensamientos del estudiante para algunos casos, y como el profesor es el que llega ocasionalmente más tiempo con el estudiante puede estar detectando más datos en él. Así también el estudiante tiende a ser más expresivo en su pensamiento y conducta fuera del hogar, donde es más reprimido por la familia.

Se corroboró que el estudiante identifica más el síndrome ansioso/depresivo 37%  $n=10$  con psicopatología que su padre y el profesor, elemento confirmado en estudios confiables.

Es de importancia mencionar que es el que detecta en mayor porcentaje el área de problemas sociales, conducta delictiva y conducta agresiva, afirmando que como es sabido el adolescente manifiesta en esta etapa de la vida-

cambios psicológicos como conducta agresiva.

Al correlacionar los datos totales de la escala CBCL con --  
testada por el profesor, padre, y el mismo estudiante, con --  
laa misma escala pero evaluada por diferentes individuos la  
mayoria de las comparaciones dieron una significancia es-  
tadística importante lo que confirma el planteamiento  
del problema expresado en que si existía concordancia en  
tre los datos, proporcionados por el progenitor, maestro y  
el estudiante.

Al describir el tipo de familia 4 de las 27 fueron de  
el tipo incompleta y el resto completa, al querer detectar-  
si la familia incompleta mostraba mayormente psicopatología  
en la escala CBCL, no se pudo confirmar este plantea -  
miento, ya que no hubo una significancia estadística impor-  
tante excepto en la CBCL contestada por el profesor.

La disfunción psicosocial es reportada en igual propor-  
ción por el padre y el estudiante, esta coincidencia en el  
grado de advertencia puede deberse a que los factores son -  
explorados en forma amplia por la escala utilizada y nos -  
dan una orientación de la disfunción existente.

## CONCLUSIONES

Al encontrar que padre identifica en mayor grado el -- trastorno de internalización no permite confirmar a la hipótesis que describe al estudiante como el que lo detecta el -- mayor grado, mas sin embargo si se corroboró que éste detecta mayormente al síndrome/depresivo que el progenitor y el -- maestro, observación destacada ya que este síndrome compone en parte al total de internalización.

El síndrome externalizante es detectado mayormente por el profesor, sin embargo no existió una gran diferencia entre la apreciación de los encuestados; esto ayudaría a que el manejo de la psicopatología que se pudiera estar detectando en el estudiante fuera mas fácil de delimitar y tratar cuando fuese necesario. La disfunción psicosocial detectada por la escala CIS que aunque no fué reelevante en la familia de tipo incompleta, sin poder dar pauta a confirmarlaa hipótesis planteada al respecto, hace ver que existe un valor similar de identificación para el estudiante y el familiar a lo que podría obedecer que existe un maayor conocimiento o comunicación entre el padre y éste.

Evidentemente el sesgo del número de individuos no permite tener plena confianza en los resultados obtenidos por -- lo que sería necesario dar extensión a la magnitud de la evaluación a la población para obtener una muestra más confiable y que se obtengan alcances epidemiológicos más contundentes.

## B I B L I O G R A F I A

- 1 VERHULST, F.C. AKKERHUIS, G. W. and ALTHUS, M. (1985) MENTAL HEALTH IN DUTCH CHILDREN: I. A CROSS CULTURAL COMPARASION. ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA, SUPPL.323, 72
- 2 Verhulst, F.C. and Koot, J.M. (1991). Longitudinal research in child and adolescent psychopathology (Special Section) Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 30, 361-368.
- 3 Edelbrock, C.S. and Costello, A. J. (1988). Structured psychiatric interviews for children. In M. Rutter, A.H. Tuma and I. S. Lann (Eds) Assessment and diagnosis in child psychopaathology (pp. 87-112) London: Fulton.
- 4 Kashani , J H. Beck, N.C. Hooper, E. W. Fallaki, C., Corcoran, C. M. McAllister, J. A., Rosenberg, T.K. and Reid, J. C. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. American Journal of Psychiatry, 144, 584-589.
- 5 Saucedo, J. Normalidad y psicopatologia en la adolescencia. Revista Mexicana de Pediatria Vol. 61 Num. 3 May-Jun 1994. pp 153-157.
- 6 Litt IF: Interaccion entre desarrollo fisico y psicosocial durante la adolescencia. Pediatr Rev 1991; 12: 249-255.
- 7 Graham P, Rutter M: Adolescent disorders. En: Rutter M, Hersov, (eds). Child and adolesent psychiatry, 2a ed. Oxford: Blackwell 1985: 351.
- 8 Group for the advancement of psychiatry, Report No.68 Normal adolescence. New York: GAP, 1968: 756.
- 9 Golombek H: Developmental challenges of adolescence. En: Steinhauer P, Rae-Grant Q, (eds). Psychological problems of the child in the family. New York: Basic Books 1983: 33
- 10 Offer D, Ostrov E, Howard K: The Mental healt professional's concept of normal adolescent. Arch Gen Psychiatry 1981;38:149.
- 11 Ginott H: Between parent and teenager. New York: Avon, 1969:31
- 12 Brunstetter RW, Silver L: Normal adolescent development. En: 4a ed. Baltimore: Williams and Wilkins 1985:756.
- 13 RUTTER D.R. & O'BRIEN P.(1980) Social Interaction in withdrawn and - aggressive maladjusted girls: a study of gaze J. Child. Psychol. Psychiat. 21, 59-66.
- 14 RUTTER M. (1979) Chaning Youth in a Chaning Society: Patterns of Adolescent Development and Disorder. (Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1980). Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
- 15 RUTTER M. & MADGEN. (1976).Cycles of Disadvantage: A Review of Research. Heinemann Educational, London.
- 16 RUTTER M., GRAHAM P., CHADWICK O. & YULE W.(1976) Adolescent turmoil: fact or fiction. J. Child Psychol. Psychiat. 17, 35-56.

- 17 SERRANO A.C., MCDANALD E.C., GOOLISHIAN H.A. MACGREGOR R. & RITCHIE A.M. (1962) Adolescent maladjustment and family dynamics. Amer. J.-Psychiat. 118, 897-901.
- 18 Herjanic B Reich W. Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. Journal of Abnormal Child psychology. 1982, 10:307-324.
- 19 Reich W, Herjanic B. Development of a structured psychiatric interview for children: agreement on diagnosis comparing child and parent interviews. Journal of Abnormal Child Psychology. 1982, 10:325-336
- 20 Achenbach, T. M. (1991a). "Comorbidity" in child and adolescent psychiatry: categorical and quantitative perspectives. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 1, 271-278.
- 21 Achenbach, T. M. (1991b). Integrative guide to the CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- 22 Achenbach, T. M., Verhulst, F. C. Baron, G. D. & Akkerhuis, G. W. (1987) Epidemiologic comparisons of American and Dutch children: I. Behavioral/emotional problems and competencies reported by parents for ages 4 to 16. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26,317-325.
- 23 Montenegro H. Salud Mental del escolar. Estandarizacion del inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años. Santiago: Centro de Estudios de Desarrollo y estimulación Psicosocial.
- 24 Edelbrock D, Costello A, Dulcan M col. Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. J. Child Psychol Psychiat. 1986,27:181-190.
- 25 Harris E, Canning R, Keller K. A comparasion of measures of adjustment, symptoms, and impairment among children with chronic medical conditions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996, 35:1925:1032.
- 26 Costello E. Costello A. Edelbrock C. y col. Psychiatric disorders in pediatic primary care (prevalence and risk factors). Arch Gen Psychiatry. 188, 45:1107-1116.
- 27 Cicchetti D. Assessing inter-rater reliability for rating scales; resolving some basic issues. Br J Psychiatry. 1976, 129:452-456.
- 28 Saucedo JM, Ortiz L. Fajardo A. La adaptacion psicosocial en niños y adolescentes con malformaciones craneofaciales. Gac Med. Mex. 1996, 133:203-209.
- 29 Bird HR, Canino G, Gould Ms y col. Use of the child behavior checklist as screening instrument for epidemiological research in child psychiatry: results of a pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiat. 1987, 26:207-213.
- 30 Costello AJ. Use of rating scales and questionnaires. Weiner JM De. - Texbook of child and adolescent psychiatry, Washington: American Psy--chiatric Press. 1991, 92-103.

- 31 Averbach G. Lerner Y. Syndromes derived from the child behavior - - checklist for clinically referred Israeli boys aged 6-11; a research - note. J. Child Psychol Psychiat. 191, 92-103.
- 32 Zeitlin, H (1986) The Natural of Psychiatric Disorder in Children. Oxford: Oxford Univeristi Press.
- 33 Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1983), Manual of the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.
- 34 Achenbach, T. M. McConaughy, S, H, & Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. Psychol. Bull 101:213-232.
- 35 Bird, H. Canino, G., Rubio-Stipec, M. et al. (1988), Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. Arch. Gen. Psychiatry, 45:1120-1126.
- 36 Bird, H. Shaffer, D. Fisher P. et al. The Columbia Impairment Scale (CIS): Pilot Finding on a measure of global impairment for children and adolescents. International Journal of Methods in Psychiatryc Research, Vol. 3: 167-176 (1993).
- 37 Bird. H., Canino, G., Rubio-Stipec, M. and Ribera, J. (1987) Further measures of the psychometric properties of the children's global assessment scale (CGAS). Arch. Gen. Psychiat. 44, 821-824.
- 38 Bird. H., Yager, T. Staghezza, B., Gould, M., Canino, G. and Rubio-Stipec, M. (1990) Impairment in the epidemiological measurement of - - childhood psychopathology in the community. J. Am. Acad. Child Ado--lesc. Psychiat. 29(5). 796-803.  
BMDP Statistics Software Manual (1985) University of California Press Ltd., Berrkeley , pp. 519-537.
- 39 Robins, L.N. (1985) Epidemiology; reflections on testing the validity of psychiatric interview. Arch. Gen. Psychiat. 42, 918-924.
- 40 Shaffer, D., Gould, M.S., Brasic, J., Ambrosini, P. Fisher P., Bird, - h. and Aluwahlia, S. (1983) A children's global assessment scale - - (CGAS). Arch. Gen. Psychiat. 40, 1228-1231.  
Shorout, P.E. and Fleiss, J.L. (1979) Intraclass correlations: uses - in assessing rater reliability. Psychol. Bull. 56(2), 420-428.