

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**TRASTORNOS EXTERNALIZADOS EN ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO.
SEVERIDAD DEL PADECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

P R E S E N T A

CECILIA SOCORRO GÓMEZ CASTRO

**DIRECTOR DE TESIS:
DRA. MARÍA ELENA MEDINA-MORA ICAZA**

**COMITÉ DE TESIS:
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DRA. LAURA HERNÁNDEZ
DR. FRANCISCO DE LA PEÑA OLVERA
DRA. CORINA BENJET LENORA**

MÉXICO, D.F.

2008



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.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Nacional de Psiquiatría por haberme permitido la elaboración de este trabajo y al CONACYT y a la SEP por el apoyo financiero otorgado.

A la Dra. María Elena Medina Mora por su gran apoyo, valiosa asesoría y por permitirme nuevamente formar parte de su equipo de trabajo.

Al Dr. Francisco De la Peña por compartirme sus valiosos conocimientos y por haberme permitido conocer al gran ser humano que es.

A los demás miembros de mi comité tutorial: Dra. Corina Benjet, Dra. Laura Hernández y Dr. Samuel Jurado, a quienes agradezco sus aportes y el tiempo dedicado a la supervisión de mi tesis.

A los directivos de las escuelas por permitirnos llevar a cabo la investigación y a todos los adolescentes que participaron.

Un agradecimiento muy especial para dos personas que incondicionalmente me han brindado su amistad, tiempo y conocimientos para la realización de ésta tesis: Angélica y Mariana, ¡muchísimas gracias!

A mis padres por haberme dado la vida y haberme transmitido el deseo de superación.

A mis hermanos por brindarme su compañía, cariño y comprensión.

A mis cuñadas (os) por todo su cariño, apoyo y por comprender mis ausencias.

A mis hijos Fer, Agus y Dany ¡ustedes son mi motorcito para seguir adelante! ¡Por fin acabé, gracias por comprenderme!

A mi esposo por acompañarme y comprenderme en este largo proceso que implicó la maestría.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: TRASTORNOS EXTERNALIZADOS EN LA ADOLESCENCIA

1.1 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Historia

Definición

Epidemiología

Etiología

Diagnóstico

Curso y/o pronóstico

1.2 Trastorno negativista desafiante (TND)

Historia

Definición

Epidemiología

Etiología

Diagnóstico

Curso y/o pronóstico

1.3 Trastorno disocial (TD)

Historia

Definición

Epidemiología

Etiología

Diagnóstico

Curso y/o pronóstico

CAPÍTULO II: COMORBILIDAD Y SEVERIDAD DE LOS TRASTORNOS EXTERNALIZADOS

Definición de comorbilidad

Otras consideraciones acerca de los trastornos externalizados

Aspectos comunes e individuales de los trastornos externalizados y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad y su comorbilidad con el trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y/o agresión

Presencia de trastornos externalizados comórbidos y su relación con la presentación clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia.

La entidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad más el trastorno disocial como un subtipo distinto del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Asociación del consumo y abuso de sustancias con los trastornos externalizados

CAPÍTULO III: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS EXTERNALIZADOS

Definición del grupo familiar

Funciones que cumple el grupo familiar

Funcionamiento familiar

Modelo circuplejo del funcionamiento familiar de Olson

Funcionamiento familiar y adolescencia

Familias con algún miembro con trastornos externalizados

Familias con algún miembro con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Familias con algún miembro con trastorno negativista desafiante

Familias con algún miembro con trastorno disocial

Conclusión del marco teórico

MÉTODO

Formulación del problema

Objetivo general

Objetivos específicos

Diseño del estudio

Definición de variables

Instrumentos

Procedimiento

Población de estudio

Características de la población inicial

Características de la muestra de estudio

Criterios de inclusión y de exclusión

Consideraciones éticas

Análisis que se realizaron

RESULTADOS

Características de la población inicial

Características de la muestra

Análisis de la percepción del funcionamiento familiar según el adolescente

Análisis de la escala de evaluación de problemas externalizados para adolescentes y adultos jóvenes (EPE-AA)

Distribución de los trastornos externalizados en la muestra

Distribución de los trastornos externalizados por edad

Comparación de los trastornos externalizados por género

Severidad de los trastornos externalizados

Comorbilidad entre los trastornos externalizados

Correlación entre funcionamiento familiar y severidad de los trastornos externalizados

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

- A. Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)
- B. Entrevista Semi-estructurada para Adolescentes (ESA)
- C. Escala de evaluación de problemas externalizados para adolescentes y adultos jóvenes (EPE-AA).
- D. Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)
- E. Carta de consentimiento informado para alumnos
- F. Carta de consentimiento informado para maestros
- G. Carta de consentimiento informado para padres

RESUMEN

La presente investigación forma parte del proyecto: *Salud mental y el uso de sustancias psicoactivas en escolares de nivel medio: Diagnóstico e intervención temprana*, el cual se llevó a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en colaboración con la Secretaría de Educación Pública. El levantamiento de la muestra consistió en dos etapas, primeramente se aplicó un cuestionario tamizaje (POSIT) a 1474 alumnos de secundarias de cuatro escuelas públicas y tres privadas para la identificación de “probables casos de psicopatologías”; en la segunda etapa se identificaron 319 “probables casos”, de los cuales 117 fueron confirmados como “casos” a través una la entrevista semi-estructurada para adolescentes.

El cuestionario tamizaje fue adecuado a esta población ya que obtuvo una buena confiabilidad $\alpha=.898$. Los alumnos confirmados como “casos” se les diagnosticó trastornos externalizados, de los cuales el 59.8% presentó trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el 29.1% trastorno negativista desafiante y el 17.1% trastorno disocial. Se realizó una correlación entre funcionamiento familiar y severidad de cada trastorno, se obtuvo una correlación negativa entre dichas variables encontrando diferencias estadísticamente significativas con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Así mismo se obtuvo una correlación negativa y estadísticamente significativa entre los puntajes totales de funcionamiento familiar y la severidad total de los trastornos externalizados. Se concluye que la presencia de dichos trastornos en adolescentes tienen un impacto negativo en la familia y producen mayores niveles de estrés, es importante realizar estudios sobre las repercusiones en el seno familiar así como la detección de estilos de crianza que favorecen la presencia y/o la severidad de los trastornos externalizados.

Palabras clave: adolescencia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, funcionamiento familiar, comorbilidad, severidad de trastornos.

INTRODUCCIÓN

Los problemas que se desprenden de las enfermedades mentales son un reto para la salud pública en México y en todo el mundo, esta problemática afecta marcadamente a los jóvenes. Muchos de los esfuerzos de las instancias de salud e investigadores en el ramo, se han centrado en un enfoque preventivo sobre los jóvenes, sin embargo, son muy escasos aquellos en donde se implica a la salud mental de modo más amplio. A pesar de los avances científicos la atención de los enfermos mentales sigue siendo deficiente. Se sabe que la primera puerta que tocan las personas con dichas enfermedades es la medicina general. Sin embargo, su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente, ya que existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerablemente largo (Caraveo, 1999).

Actualmente la población mexicana se encuentra en un momento de transición epidemiológica el cual también impacta a la población infantil, ya que por un lado, existe una alta frecuencia de acontecimientos traumáticos que afectan negativamente el desarrollo estructural y funcional del encéfalo y, por otro emerge un grupo poblacional cada vez más numeroso, de niños sanos expuestos a exigencias sociales y académicas intensas y de alta competitividad, en quienes los trastornos de conducta y el aprendizaje cobran una importancia fundamental (Medina-Mora, Borges, Lara, y Benjet, 2005).

Hablando específicamente de los trastornos de conducta, los cuales también son conocidos como “*trastornos externalizados*” de acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002) son un grupo de trastornos que actualmente los niños y adolescentes están presentando con mayor frecuencia. Estos trastornos comparten que los síntomas son percibidos por personas externas a quienes los presentan, por ejemplo: levantarse continuamente del asiento, decir mentiras, discutir, etc. Los trastornos que integran los trastornos externalizados son tres: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno disocial (TD). Con frecuencia dichos trastornos confluyen y se presentan juntos (Gómez, 2006). A

continuación se presenta una breve descripción de cada uno de los trastornos externalizados:

El TDAH emerge como un problema de salud pública desde principios del siglo XX, de acuerdo a la Academia Mexicana de Pediatría, este trastorno afecta del 4 al 10% de los escolares y con frecuencia persiste en la vida del individuo que lo padece. Es considerado el trastorno neuropsiquiátrico más común en la infancia; se calcula que en nuestro país existen cerca de un millón 500 mil niños que presentan TDAH. Las manifestaciones clínicas incluyen grados variables de hiperactividad, inatención e impulsividad, lo cual produce alteraciones en el desempeño académico, social y laboral. Información reciente sugiere que los pacientes con TDAH que no reciben tratamiento tienen índices altos de reprobación, abandono escolar prematuro, incremento del uso y abuso de alcohol y drogas, y dificultades sociales, familiares, emocionales y laborales derivadas de los síntomas. Cerca del 65% de los pacientes con TDAH tienen otras entidades patológicas concomitantes, como los trastornos de aprendizaje, depresión, trastorno negativista desafiante y trastorno disocial (Ruiz, 2004).

El TND se manifiesta por comportamientos recurrentes negativistas, hostiles y desafiantes. Los síntomas incluyen un desafío a la autoridad, fallas para cumplir con las exigencias de los adultos, intimidación, culpar a otros, así como realización de comportamientos que constituyen violaciones menores a las normas sociales apropiadas para la edad, con presencia de un mínimo de cuatro de esas conductas por un espacio de al menos seis meses. Este trastorno puede aparecer desde los tres años de edad, aunque suele iniciarse a los ocho años de edad y normalmente no después de la adolescencia. Antes de la pubertad es más común en hombres que en mujeres, aunque la distribución por sexos se iguala más adelante. Según Kaplan & Sadock (1999) este trastorno afecta del 2% a 16% de niños y adolescentes. Los adolescentes que presentan este trastorno a pesar de no tener problemas de inteligencia presentan un rendimiento académico bajo, ya que se niegan a participar, se resisten ante las demandas externas e insisten en solucionar sus problemas sin la ayuda de los demás. Como consecuencias secundarias a estas dificultades suelen tener una baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración, ánimo deprimido y arranques de

cólera. Estos jóvenes presentan mayores riesgos para el consumo de alcohol o drogas. Con frecuencia este trastorno evoluciona hacia un trastorno disocial (Solloa, 2001).

El TD se manifiesta principalmente por un patrón persistente de comportamientos en los que el niño o adolescente viola los derechos básicos de los demás, desarrolla conductas agresivas y delinquentes que conforman violaciones mayores a las normas sociales propias de la edad, por un espacio de al menos seis meses. La edad de aparición es más temprana en los hombres que en las mujeres; en los varones puede desarrollarse entre los 10 y los 12 años de edad, mientras que en las mujeres se presenta entre los 14 y 16 años. Este trastorno es más frecuente en varones, en una proporción de 4:1. Se ha encontrado que los varones que lo presentan antes de los 10 años de edad tienen nueve veces más probabilidad de mostrar al menos un síntoma de agresión a diferencia de los jóvenes que lo presentan en edades más tardías. Se estima una prevalencia del 6% al 16% en hombres; mientras que para las mujeres es de 2% a 9%. Por lo general, los adolescentes que manifiestan los síntomas del trastorno disocial a una edad temprana, son los que tienen peor pronóstico. Esto se debe en parte, a que los niños con trastorno disocial grave son los más vulnerables para sufrir otros trastornos a lo largo de su vida y por lo tanto más problemas (Kaplan & Sadock, 1999).

Los niños y jóvenes con cualesquiera de los trastornos externalizados comparten características similares que incluyen: tendencia excesiva a buscar lo novedoso, baja evitación de daño, ambientes familiares caóticos – disruptivos (como aquellos atribuibles a los efectos del alcoholismo familiar), conflictos maritales, abandono y/o abuso infantil. Algunos autores apoyan la idea de la existencia de un mecanismo compartido o una vulnerabilidad común entre los comportamientos antisociales y la hiperactividad y si a esta situación se le suman problemas en el funcionamiento familiar, la probabilidad de presentar dichos trastornos se incrementa, así mismo ante la presencia de los trastornos externalizados un funcionamiento familiar no adecuado incrementa la severidad de los síntomas (Palacios 2004).

Dado que esta problemática genera un deterioro en diversas áreas de la vida del adolescente que lo presenta, así como un desequilibrio en su dinámica familiar y en los

miembros que componen su familia, el objetivo del presente trabajo es identificar a aquellos alumnos con la presencia de trastornos externalizados, determinar la severidad éstos y realizar una comparación con su funcionamiento familiar en alumnos de secundarias del Distrito Federal, (públicas y privadas).

Para lograr dicho objetivo se realizó una revisión teórica y de artículos científicos actuales para la integración de los tres capítulos que conforman el marco teórico y conceptual. En el capítulo uno se describen las características más importantes de cada uno de los tres trastornos que forman el grupo de los trastornos externalizados: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno negativista desafiante (TND) y trastorno disocial (TD). En el capítulo dos se define el concepto de comorbilidad y se describe la relación que tienen entre sí los trastornos externalizados para determinar la severidad de éstos. En el capítulo tres se resalta la importancia del factor psicosocial del funcionamiento familiar en el desarrollo o en la contención de los síntomas de cada uno de los trastornos externalizados en los adolescentes.

En el apartado del método se describe el objetivo general de la presente investigación, así como los objetivos específicos. Se presenta el diseño del estudio, la definición de variables, los instrumentos utilizados, el procedimiento, el tamaño de la muestra, los criterios de inclusión y de exclusión y las consideraciones éticas. En el apartado de resultados se presentan las características de la población y la muestra final, así como los diferentes análisis realizados para el cumplimiento de los objetivos, al final se presentan los apartados de conclusiones y discusión. En el apartado de los anexos se encuentran los instrumentos utilizados así como los formatos de las cartas de consentimiento de los alumnos y de padres.

CAPÍTULO I

TRASTORNOS EXTERNALIZADOS EN LA ADOLESCENCIA

El objetivo del presente capítulo es dar una panorámica de lo que son los trastornos externalizados, para lo cual se inicia con las características generales de los mismos como grupo, y posteriormente se presenta una descripción detallada de cada uno de estos trastornos.

Los desórdenes mentales y del comportamiento afectan a un amplio espectro de la población, causan un nivel importante de discapacidad, afectan la vida de las personas que padecen otros trastornos crónicos incrementando la mortalidad. A pesar de esto no han logrado ocupar su lugar en las prioridades de salud de muchos países y México no es la excepción. Nuestro país entró al tercer milenio con un aumento en el número absoluto de jóvenes, grupo vulnerable para las adicciones y problemas de salud mental, así como un aumento en la población de mayor edad con riesgo de demencias y de otros padecimientos degenerativos (Medina-Mora, 2005).

La prevalencia global de los trastornos mentales y conductuales en la población infantil ha sido objeto de varios estudios en países desarrollados y en vías de desarrollo. Aunque las cifras varían notablemente, se estima que del 10% al 20% de todos los niños tienen uno o más problemas mentales o de conducta (Mercugliano, 1999). Todas las formas de psicopatología infantil implican la existencia de signos y síntomas en la conducta del niño, sin embargo, hay algunos trastornos cuyas manifestaciones afectan primordialmente al entorno, es decir, que causan un gran malestar en las personas que rodean al niño, y a éstos se les ha denominado por mucho tiempo “*trastornos de conducta*”. La finalidad de la educación del niño en nuestra sociedad consiste en capacitarlo para que pueda tolerar cierto monto de frustración y también para que aprenda a tener cierto grado de control sobre sus impulsos y pueda vivir en un grupo en conformidad con las normas establecidas. La incapacidad de lograr esta adaptación esencial del niño constituye un fenómeno tan frecuente en la actualidad, que muchos profesionistas dedicados al trabajo con niños afirman que las neurosis infantiles están desapareciendo en la actualidad para ser reemplazadas por graves desórdenes de la conducta y por la delincuencia juvenil (Loeber, 2000).

La APA (2002), ha clasificado bajo la categoría de Trastornos de la conducta a los siguientes trastornos:

- ☛ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- ☛ Trastorno negativista desafiante (TND)
- ☛ Trastorno disocial (TD)

Con gran frecuencia se denomina a estos tres trastornos como “*trastornos externalizados*” basándose en la característica fundamental que los define: los signos o síntomas son perceptibles por sujetos externos a quienes los presentan. Los niños y adolescentes con estos trastornos se caracterizan por presentar conductas que interfieren negativamente con su desarrollo y con sus relaciones con el entorno, dificultando el proceso de adaptación social. Debido a esta similitud es complicado poder distinguir entre estos tres cuadros nosológicos, de hecho, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, 1992) únicamente distingue entre los trastornos hiperquinéticos y los disociales y propone el TND como subcategoría de estos últimos.

A pesar de lo anterior, en la práctica clínica es posible observar diferencias entre los tres cuadros nosológicos propuestos por la APA; en cuanto a la etiología, el TDAH tiene un sustrato neurológico importante mientras que el TND tiene un origen relacional-social principalmente; también se aprecian diferencias en algunos aspectos cualitativos de las manifestaciones, el adolescente negativista tiene mayor empatía y nunca transgrede los derechos vitales de los demás, como el adolescente con el TD. También existen diferencias en cuanto a la edad de aparición: el TND es más frecuente en niños de edad preescolar y escolar, mientras que el TD se presenta casi siempre en adolescentes (Solloa, 2001).

A continuación se presenta cada uno de los trastornos de manera individual, donde se especifica detalladamente las características principales para cada uno.

1.1 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Historia

El trastorno que actualmente se conoce como “trastorno por déficit de atención con hiperactividad”, fue descrito por primera vez por el médico alemán Heinrich Hoffmann en 1854. Desde entonces, muchos autores han estudiado este padecimiento que aparece a una edad temprana, que es más común entre los varones y que se manifiesta por un patrón de síntomas que incluyen: hiperactividad, impulsividad y distractibilidad. Solloa (2001) resume la historia del TDAH de la siguiente forma:

Still en 1902 fue un famoso pediatra británico, el cual describió un grupo de niños que tenían lo que llamó “un defecto del control moral”; estos niños tenían serias dificultades académicas sin presentar un impedimento general del intelecto ni un trastorno físico. En 1929, después de una epidemia de encefalitis letárgica, algunos niños que se recobraron de la enfermedad presentaban un síndrome de conducta hiperactiva, que se definió como “impulsividad orgánica”. Brandley, en 1950, fue el primero en emplear anfetaminas en el tratamiento, al descubrir que dentro del grupo de pacientes que él atendía había un subgrupo con hiperquinesia y distractibilidad que respondía de manera paradójica a los estimulantes. Strauss y Lethinen, en 1947, plantearon que la conducta hiperactiva era el resultado de un daño cerebral manifiesto o supuesto y denominaron el trastorno como *síndrome de daño cerebral*. Posteriormente, Laufer y Denhoff, en 1957 fueron los primeros en hacer una descripción sistemática del *síndrome hiperquinético* y en establecer la existencia de un componente fisiológico, en una época en la que se hacía énfasis en los factores psicodinámicos para explicar la psicopatología infantil. Estos autores explicaron que el síndrome era consecuencia de un defecto en el funcionamiento de un conjunto de estructuras subcorticales que incluían el tálamo, el hipotálamo, el subtálamo y el epitálamo, y concluyeron que el problema no se debía a un daño cerebral sino a una disfunción. En 1966, gracias a las aportaciones de Clements, se logró cambiar el término *daño cerebral* por el de *disfunción cerebral*, puesto que no era posible localizar un daño, y así se acuñó el término *disfunción cerebral mínima*, que prevaleció durante muchos años y que fue descrito en una monografía del Instituto Nacional de Padecimientos

Neurológicos con 10 características citadas en orden de mayor a menor frecuencia:

1. Hiperactividad.
2. Dificultades perceptomotoras.
3. Labilidad emocional.
4. Déficit en la coordinación general.
5. Desórdenes de atención (lapsos de atención cortos, distractibilidad y perseverancia).
6. Impulsividad.
7. Desórdenes de la memoria y el pensamiento.
8. Problemas de aprendizaje en lectura, aritmética, escritura u ortografía.
9. Dificultades del habla y audición
10. Signos neurológicos equívocos e irregularidades neurológicas.

Como se observa, en esta descripción todavía no se distinguía entre los niños que cursaban únicamente con problemas de aprendizaje de los que padecían lo que hoy se conoce como Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. De esta manera, muchos de los niños que presentaban problemas académicos eran fácilmente diagnosticados con “*disfunción cerebral mínima*”. En 1968, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM II) se distinguió por primera vez la “reacción hiperquinética de la niñez” como un desorden caracterizado por sobreactividad, inquietud, distractibilidad y lapsos de atención cortos, especialmente en niños pequeños y se planteaba que los síntomas generalmente desaparecían en la adolescencia. Durante los años setenta, la investigación sobre este trastorno arrojó datos que sugerían la necesidad de considerar la inatención y la impulsividad como los problemas más profundos y crónicos del trastorno. Con este planteamiento surgió en 1980 el DSM III, en el que se describió el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA-H), como un problema relacionado con la atención y la impulsividad, en donde los síntomas de hiperactividad podían o no estar presentes. En 1987, en el DSM III R, se vuelve a considerar el trastorno en forma unidimensional, con esta visión, los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad se podían presentar en diferentes grados. En esta versión del manual se agrupó el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, junto con los *trastornos de la conducta perturbadora*, y el diagnóstico se hacía con base en 14 descripciones conductuales sin

que necesariamente éstas tuvieran que reflejar dificultades con la atención, impulsividad e hiperactividad. De hecho, la distinción entre los *trastornos de conducta* y el TDAH ha sido un aspecto diagnóstico diferencial que ha causado mucha polémica (p.115).

Por su parte, la comunidad psiquiátrica europea, y especialmente la británica, sostiene que los niños con TDAH no son esencialmente diferentes de los niños que presentan trastornos de conducta y consideran que tienen el mismo desorden pero con diferente grado de severidad. Abbikoff y Gittleman (1985) encontraron que 50% de los pacientes con TDAH desarrollaban *trastornos de conducta* en la adolescencia y, de éstos, dos terceras partes presentaban abuso de alcohol y drogas. Más recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su manual diagnóstico CIE 10, postuló que la hiperquinesia y la inatención son los síntomas centrales del trastorno. Este planteamiento es muy similar al del DSM IV en el que también se considera al TDAH como bidimensional.

Definición

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, conocido como TDAH por sus siglas, es un trastorno en el desarrollo del autocontrol. Engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad. Estos problemas se reflejan en el deterioro de la voluntad del niño o de su capacidad para controlar su conducta a lo largo del tiempo y para mantener en su mente las metas y contemplar consecuencias futuras. El TDAH no es sólo la hiperactividad o desatención de un momento o la incapacidad de hacer los deberes de cada día, sino un deterioro constante en cómo se organiza y dirige su conducta.

Asimismo se deben tomar en cuenta los siguientes puntos para poder sospechar que un adolescente tiene TDAH, las conductas...

- ☛ aparecieron pronto en el desarrollo del niño (antes de los 7 años).
- ☛ se distinguen claramente entre los jóvenes que no lo tienen.
- ☛ ocurren en diferentes situaciones, como en la escuela, casa, con los amigos.
- ☛ afectan las habilidades del joven para cumplir con éxito aquello que se le exige para su edad.
- ☛ son relativamente persistentes a través del tiempo o del desarrollo.

- ☛ no se deben únicamente a causas sociales o al ambiente.
- ☛ pueden estar relacionadas con irregularidades en el funcionamiento o desarrollo del cerebro.
- ☛ pueden estar asociadas a otros factores biológicos que afectan al funcionamiento o desarrollo del cerebro (por ejemplo factores genéticos, lesiones, toxinas).

Epidemiología

En la actualidad se estima que entre el 3% y 5% de niños en edad escolar presentan TDAH, mientras que en la adolescencia se reportan diferencias por sexo, en los hombres adolescentes se presenta del 1% al 6%, y en las mujeres adolescentes del 1% al 2%. En general los varones lo presentan más que las mujeres con proporciones que van de 3 hombres por cada mujer, hasta 5 hombres: 1 mujer. En los hermanos de niños con TDAH se ha encontrado que tienen un riesgo 2 veces mayor de presentarlo (Kaplan & Sadock, 1999).

Un niño con TDAH sin diagnosticar y sin tratamiento presenta más probabilidades de tener fracasos, así como bajo rendimiento académico. En el cuadro 1 se presentan algunos datos en relación a las consecuencias que se tienen en niños con TDAH no diagnosticados y por lo tanto sin tratamiento oportuno (Barkley, 2002).

Cuadro 1. Consecuencias asociadas al TDAH sin tratamiento

<i>%</i>	Consecuencias asociadas al TDAH
30 a 50	☛ repiten un año escolar por lo menos una vez.
50	☛ tienen serios problemas en las relaciones sociales
35	<ul style="list-style-type: none"> ☛ no acaba el bachillerato ☛ presentan un comportamiento rebelde que les conduce a malentendidos ☛ resentimientos con los hermanos ☛ regaños y castigos frecuentes ☛ más tarde mayores probabilidades para delinquir y abusar de las drogas

Etiología

Los factores que contribuyen para la presencia del TDAH son múltiples, es importante contemplarlos en interacción con otros factores etiológicos y no como una relación exclusiva causa-efecto ya que ningún factor por sí solo explica el origen del trastorno. Estos son algunos factores que se sabe que pueden influir (Sosa, 2007).

☛ Factor hereditario

Las investigaciones realizadas indican un gran peso genético, el cual incrementa el riesgo de la expresión fenotípica. Los estudios de adopción permiten diferenciar los factores ambientales de los genéticos; estos estudios indican una alta implicación genética en la varianza fenotípica; los scores de heredabilidad genética en este tipo de estudio varían de 39% a un 74% (Sprich, Biederman, & Crawford, 2000). En los estudios con gemelos la heredabilidad se estima en el 50%-98% cuando los informadores son los padres, del 39-81 % cuando son los profesores y del 0%-81% cuando se utilizan la auto-información, (Biederman, Faraone & Keenen, 1992). Todd y Rasmussen, (2001) mencionan que la inatención presenta un mayor score de heredabilidad que la hiperactividad-impulsividad: 94% frente al 78%, respectivamente. Colmes y Payton (2002) mencionan que se han encontrado que los genes implicados en el TDAH son: COMT (catecol – o – metiltransferasa), 5-HTT (transportador de la serotonina), DBH (dopamina-beta-hidrosilasa), DRD5 (receptor de la dopamina), DRD4, DRD3 y DAT transportador de la dopamina, por lo que actualmente se acepta que la susceptibilidad genética para el TDAH se encuentra entre el 70-90%

☛ Factores neuroanatómicos

En el ser humano, las lesiones específicas o generalizadas, provocadas por infecciones como encefalitis o traumatismos craneoencefálicos pueden favorecer a la presencia del TDAH, el cual podría ser una reacción inespecífica cuando el cerebro es lesionado por cualquier agente nocivo. Se sabe que los niños que padecen este trastorno presentan con mayor frecuencia que el resto de la población antecedentes de dificultades durante la gestación así como problemas perinatales y otras complicaciones médicas durante los primeros años de vida. Un área de interés particular en las investigaciones actuales es investigar estructuras o zonas cerebrales relacionadas con la sintomatología de este trastorno. Los avances tecnológicos y el desarrollo de nuevas técnicas de imágenes cerebrales han dado un auge al estudio neuroanatómico de diferentes

trastornos. Se ha estudiado principalmente el lóbulo frontal basándose en la suposición de que una desinhibición de este lóbulo puede ser responsable de la sintomatología del TDAH, ya que el lóbulo frontal anterior medial se asocia a las funciones que son inadecuadas en este trastorno.

☛ Factores neurofisiológicos

1. Estudios electroencefalográficos: Se ha encontrado que un alto porcentaje, (de 35% a 50%), de los niños diagnosticados con TDAH, tienen estudios electroencefalográficos anormales; la anomalía reportada con más frecuencia es una actividad cerebral lenta, difusa y en general ausencia de una cantidad apropiada de ondas alfa para la edad. Todo esto se denomina como patrones inmaduros de funcionamiento, y se interpreta como un retraso en la maduración del sistema nervioso central.

2. Estudio de los neurotransmisores: La efectividad terapéutica de los estimulantes es una prueba indirecta de que un factor etiológico asociado a este trastorno es un funcionamiento inadecuado de las catecolaminas. Los estimulantes parecen tener un efecto altamente específico, ya que no sólo actúan como tranquilizantes, sino que también aumentan los lapsos de atención, disminuyen la agresión y mejoran la conducta en general en las personas con THDA. A partir de estos hallazgos se aceptó sin cuestionar el llamado efecto paradójico de los estimulantes sobre la conducta del niño hiperactivo. El error de conceptualizar el efecto de los fármacos estimulantes como paradójico se hizo al ligar la conducta “más calmada y menos activa” que resulta de utilizar el medicamento, con la suposición de que el medicamento ejercía una acción farmacológica sedativa. Lo que realmente sucede es que los niños con déficit en la atención poseen niveles inhibitorios bajos en el sistema nervioso central (SNC), y los medicamentos estimulantes realmente actúan como estimulantes activando el SNC y aumentando los bajos niveles de inhibición. Se ha encontrado, además, que el nivel de activación del SNC central tiene una correlación negativa con el grado de severidad de la conducta hiperactiva. Por lo anterior, la mayoría de los estudios sobre TDAH y la neuroquímica cerebral se relacionan con alteraciones en las catecolaminas cerebrales, principalmente con la dopamina, la norepinefrina y la noradrenalina. Se sabe que los estimulantes pueden actuar sobre las catecolaminas, inhibiendo su recaptura o su degradación, o bien,

acrecentando su liberación o activando sus receptores. Todas estas acciones causan un incremento de dopamina o norepinefrina en el nivel simpático; por lo tanto, si los estimulantes mejoran los síntomas del TDAH y trabajan en los sistemas de catecolamina, se infiere que el TDAH se relaciona con las catecolaminas. Dado que los medicamentos utilizados en el tratamiento del TDAH actúan sobre varios neurotransmisores, se ha intentado identificar si existe una anomalía en el funcionamiento de un neurotransmisor específico, pero como los neurotransmisores se encuentran interrelacionados en cadenas, es muy poco probable que se pueda alterar el funcionamiento de un neurotransmisor sin afectar el otro. Así pues, por el momento la teoría de una deficiencia en un solo neurotransmisor no se ha podido comprobar (Arnsten, 1996).

• Otras hipótesis

Se ha señalado que los alimentos con aditivos, colorantes y saborizantes artificiales, así como salicílicos naturales y azúcares refinadas son los causantes de los síntomas de este trastorno; esta creencia fue aceptada a pesar de que en los textos científicos no se encontraron datos que apoyaran esta hipótesis, Jonson (1988) a través de un estudio llevado a cabo por el Departamento de Pediatría de la Universidad de Vanderbilt en Estados Unidos no encontró evidencia de que el azúcar o el aspartame afectara a la conducta y la función cognitiva de niños con TDAH.

Diagnóstico

Para poder diagnosticarlo hay que conocer que los comportamientos más comunes caen en tres categorías: *falta de atención, hiperactividad e impulsividad*, los cuales son más frecuentes y graves que el observado en niños de la misma edad con un desarrollo normal. Cuando la característica predominante es la **falta de atención**, el patrón de comportamiento se denomina **TDAH tipo predominantemente inatento**. Cuando la característica predominante es la **hiperactividad e impulsividad** se denomina **TDAH tipo predominantemente hiperactivo**. Cuando existe la **falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad** se denomina **TDAH tipo combinado**.

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV son los siguientes:

Seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** deben de haber estado presentes por lo menos durante seis **meses** con una **intensidad** que es **desadaptativa e incoherente** en relación con el **nivel de desarrollo**.

a) Desatención

A menudo:

- ☛ no presta atención suficiente a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- ☛ tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades de juego.
- ☛ parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- ☛ no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo.
- ☛ tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- ☛ evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- ☛ extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- ☛ se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- ☛ es descuidado en las actividades diarias.

Seis (o más) de los siguientes síntomas de **hiperactividad-impulsividad** deben de haber estado presentes por lo menos durante seis **meses** con una **intensidad** que es **desadaptativa e incoherente** en relación con el **nivel de desarrollo**.

b) Hiperactividad

A menudo:

- ☛ mueve en exceso manos y pies, o se remueve de su asiento.
- ☛ abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- ☛ corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- ☛ tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- ☛ “esta en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.

- ☛ habla en exceso.

c) Impulsividad

A menudo:

- ☛ precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas .
- ☛ tiene dificultades para esperar su turno.
- ☛ interrumpe o se “mete” en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos).

Los tres síntomas anteriores pueden reducirse a **“un retraso en el desarrollo de la inhibición de la conducta”**. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad. (Este criterio se está cuestionando actualmente). Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (la escuela, el trabajo y en casa).

Otras técnicas y estudios complementarios que no son recomendados para el diagnóstico de este trastorno, pero pueden utilizarse con fines de investigación o para orientar el tratamiento son:

- ☛ electroencefalograma (EEG).
- ☛ resonancia magnética.
- ☛ tomografía por emisión de positrones.
- ☛ estudios genéticos.
- ☛ estudios psicológicos los cuales son complementarios para el diagnóstico, evolución y tratamiento del TDAH.
- ☛ las pruebas neuropsicológicas son particularmente importantes para la detección y descripción del probable daño neurológico y las inhabilidades específicas del aprendizaje (Gómez, 2006).

Curso y/o pronóstico

El curso de TDAH es variable, los síntomas pueden persistir durante la adolescencia y vida adulta, remitir en la pubertad, o puede desaparecer la hiperactividad, pero perdurar el período de atención reducido y los problemas de control de impulsos. La hiperactividad suele ser el primer síntoma en remitir y distractibilidad el último. La remisión no es frecuente antes de los 12 años. Si se produce, lo normal es que se haga entre los 12 y los 20 años. La remisión puede ir acompañada de una adolescencia y vida activa productivas, con relaciones interpersonales gratificantes y pocas secuelas significativas. Los niños que llegan a la adolescencia con TDAH tienen más posibilidad de padecer trastorno disocial. El peor pronóstico es cuando inicia con trastorno negativista desafiante cuando aparece antes de los 4 años y desarrolla además un trastorno disocial en la infancia (Kaplan & Sadock, 1999).

1.2 Trastorno negativista desafiante (TND)

El trastorno negativista desafiante se describe como un patrón recurrente de conductas no cooperativas, desafiantes, negativas, irritables y hostiles hacia los padres, maestros y otras figuras de autoridad. Este trastorno puede aparecer desde los 3 años de edad, aunque suele iniciarse a los 8 años de edad y normalmente no después de la adolescencia. Antes de la pubertad es más común en hombres que en mujeres, aunque la distribución por sexos se iguala más adelante. Los estudios reportan una prevalencia de entre 2% y 16% niños (Kaplan & Sadock, 1999).

Historia

Originalmente se le consideraba como personalidad pasivo-agresiva, en la actualidad se distinguen dos trastornos dependiendo de la edad del sujeto; los niños al no poder ser diagnosticados con un trastorno de personalidad, se les diferencia de los adultos por un negativismo desafiante, el cual es considerado como un trastorno típico de la niñez y, en el caso de la adultez, se puede manifestar el problema bajo el rubro de un trastorno de la personalidad disocial. En el ámbito clínico la APA en el DSM-III lo clasificó dentro de los trastornos de conducta perturbadora, denominando a esta alteración como “trastorno opositor desafiante”. (Solloa, 2001).

La mayoría de los síntomas observados en niños y adolescentes con este trastorno también se observa en adolescentes que no lo padecen. Alrededor de los dos o

tres años de edad y durante la adolescencia las conductas oposicionistas pueden formar parte del desarrollo normal.

Muchos niños y adolescentes, principalmente cuando están cansados, tristes, con hambre o disgustados, tienden a desobedecer, discutir con sus padres y desafiar su autoridad. Sin embargo, en los niños y adolescentes que padecen este trastorno, estos síntomas se presentan en forma más frecuente e interfieren con el aprendizaje, la adaptación en la escuela y las relaciones personales. El oposicionismo normal de ciertas etapas del desarrollo es necesario para asumir una individualidad y poder establecer normas y controles; la patología comienza cuando estas fases se prolongan o cuando el medio reacciona excesivamente a la oposición del niño.

Definición

Conforme lo establece el DSM-IV, el TND es un patrón recurrente de comportamiento oposicionista, desafiante, desobediente, hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante seis meses. Por su parte la OMS, en la CIE 10, considera al negativismo como un subtipo del TD, exigiendo que además de sus características distintivas cumpla con los criterios de este, aunque no incluya las violaciones más importantes a los derechos de los demás. Clínicamente se pueden diferenciar dos tipos de negativismo: *el pasivo* y *el activo*; en el primero, el comportamiento del niño se caracteriza por lo que se ha llamado “la huelga de los brazos caídos”, es decir, que el niño no realiza las órdenes o peticiones de los otros, pero sin llevar a cabo conductas hostiles u oposicionistas manifiestas. Estos niños nunca se enfrentarán directamente con un “no lo hago” sino que sólo dirán que sí a todo pero sin llevarlo a cabo. Por otro lado, los niños con un negativismo activo se resistirán en forma abierta a realizar las peticiones de otros, mostrando una actitud constante de enojo y resentimiento y desplegando conductas francamente hostiles y agresivas.

Con frecuencia la historia clínica revela que durante los años escolares estos niños tuvieron temperamentos problemáticos o una actividad motora excesiva (Kaplan & Sadock, 1999). Generalmente el negativismo aparece asociado a otros trastornos como el TDAH y trastornos de lenguaje; los niños negativistas suelen presentar a lo largo de los años escolares baja autoestima, humor variable, baja tolerancia a la frustración y tendencias precoces al uso de drogas. Suele aparecer a los 8 ó 9 años,

preferentemente en el ámbito familiar, para luego extenderse a otros ámbitos; cuando se da un inicio temprano puede ser indicio de un futuro TD.

Epidemiología

Este trastorno puede aparecer desde los tres años de edad, aunque con mayor frecuencia se inicia alrededor de los ocho años; rara vez se inicia después de la adolescencia. Antes de la pubertad es más común en hombres que en mujeres, aunque la distribución por sexos se iguala más adelante. Los estudios reportan una prevalencia de entre 2% y 16% (Kaplan & Sadock, 1999).

Etiología

Este trastorno se encuentra más en familias en las que los padres están muy preocupados por el poder, control y autonomía, en donde las prácticas educativas son duras, incoherentes o negligentes, así como en las familias donde las reglas y los límites del niño no son claros ya que éstos tienen distintos cuidadores. En algunas investigaciones se ha encontrado una relación con depresión materna, aunque aún no se sabe si ésta es la causa o la consecuencia del negativismo del hijo (Lavietes, 1999).

Aún se desconoce la causa exacta de este trastorno como en todos los problemas de salud mental, ya que su presentación, evolución y pronóstico esta determinada por la confluencia o interacción de todos los factores. Se han encontrado factores biológicos que están asociados, sin embargo, parece ser que en su desarrollo tiene un peso mayor la presencia de factores psicosociales. Sosa (2007) menciona las causas más importantes para el desarrollo de este trastorno:

☛ Factores biológicos

Este trastorno es otro de los ejemplos que ponen de manifiesto la interrelación de los factores biológicos que confieren vulnerabilidad, con la serie de factores psicológicos, sociales y del desarrollo que contribuyen a la manifestación o expresión del trastorno.

Esta vulnerabilidad biológica aunque aún no es del todo clara, puede estar mediada por factores genéticos que modulan el temperamento, ya que las características de éste desde la infancia se consideran genéticas y consistentes a través del tiempo. Los adolescentes quienes desde niños han presentado un temperamento “difícil” tienen mayor posibilidad de desarrollar problemas de conducta.

Otro factor que ha sido estudiado, es la influencia de los cambios hormonales en la conducta de los adolescentes ya que los niveles hormonales se pueden asociar con agresividad, irritabilidad e impaciencia. También se han encontrado algunas evidencias de disfunción de sistemas de neurotransmisores como la serotonina, relacionada con agresión episódica o con las dificultades en la capacidad para inhibir conductas hostiles o agresivas (Sosa, 2007).

☛ Factores psicosociales

Para explicar la importancia de los factores psicosociales se presentan dos teorías Kaplan & Sadock (1999) mencionan dos teorías que tienen que ver con el ambiente familiar, social y educacional del adolescente:

1. Teoría del desarrollo: Sugiere que los problemas comienzan cuando el niño tiene entre uno y dos años y medio de edad. Los niños y adolescentes que lo desarrollan pueden experimentar dificultades para aprender a volverse autónomos y separarse de la persona principal a la cual se encuentran ligados emocionalmente, generalmente de la madre. Las "actitudes negativas" características de este trastorno se consideran una continuación de las cuestiones normales del desarrollo que no se resolvieron de forma adecuada durante los primeros años de vida.

2. Teoría del aprendizaje: Plantea que las características negativas del trastorno son actitudes que los jóvenes aprenden de las técnicas negativas empleadas por los padres y figuras de autoridad, (castigos, gritos, golpes, ignorarlos, etc). Esto hace que ellos tengan conductas agresivas, groseras y rebeldes; ya que de esta forma logran la atención, el tiempo, la preocupación y la interacción que desean obtener de sus padres o de las figuras de autoridad.

Diagnóstico

La mayoría de los síntomas observados en niños y adolescentes con este trastorno también se observa en niños y adolescentes que no lo padecen, especialmente alrededor de los dos o tres años de edad o durante la adolescencia. Muchos jóvenes, principalmente cuando están cansados, con hambre o disgustados, tienden a desobedecer, discutir con sus padres y desafiar su autoridad. Sin embargo, en los niños y adolescentes que padecen el TND, estos síntomas se presentan en forma más frecuente

e interfieren con el aprendizaje, la adaptación en la escuela y, algunas veces, con las relaciones personales del adolescente.

El trastorno parece molestar más a las personas que rodean que al propio niño o adolescente que lo presenta. Los jóvenes suelen carecer de amigos y perciben las relaciones humanas como insatisfactorias. A pesar de tener un nivel de inteligencia adecuado, su rendimiento académico es bajo, ya que se niegan a participar, se resisten ante las demandas externas e insisten en solucionar sus problemas sin la ayuda de los demás. Como consecuencias secundarias a estas dificultades suelen tener una baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración y ánimo deprimido. Los adolescentes pueden beber alcohol o utilizar sustancias ilegales. Con frecuencia este trastorno evoluciona hacia un trastorno disocial.

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV son los siguientes:

A. Para diagnosticar el TND se deben tomar en cuenta los siguientes criterios, los cuales deben tener una duración de por lo menos seis meses, y por lo menos presentarse cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

- ☛ se encolerizan y hacen rabietas frecuentes.
- ☛ discuten excesivamente con los adultos.
- ☛ desafían activamente a los adultos o rehúsan cumplir sus demandas.
- ☛ tienen conductas dirigidas a molestar, enojar a los demás.
- ☛ a menudo culpan a otras personas por su mala conducta o errores.
- ☛ son fácilmente molestados por otros.
- ☛ a menudo son coléricos y resentidos.
- ☛ presenta actitudes rencorosas y vengativas.

B. El trastorno provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

Curso y/o pronóstico

El curso y pronóstico del adolescente con TND depende de muchas variables, entre las que se incluye la gravedad del trastorno, la estabilidad a lo largo del tiempo, la presencia de otros trastornos (como TD, trastornos del aprendizaje, trastornos del estado

de ánimo y trastornos de abuso de sustancias) y el grado de integración familiar. Alrededor del 25% de niños a los que se les hace el diagnóstico de TND puede ser que después de unos años ya no cubran los criterios para el diagnóstico; en estos casos, se desconoce si los criterios se aplicaron a niños cuyo comportamiento era normal desde el punto de vista evolutivo o si el trastorno remitió espontáneamente; estos pacientes tienen el mejor pronóstico. Los pacientes en los que el diagnóstico persiste pueden mantenerse estables o comenzar a violar los derechos de los demás y así desarrollar un TD, por lo tanto, el pronóstico de los niños y jóvenes con un TND depende de alguna manera del grado de funcionamiento familiar y del desarrollo de otras psicopatologías (Kaplan y cols. 1999).

1.3 Trastorno disocial (TD)

Este trastorno ha sido reconocido desde hace mucho tiempo por el impacto social de las conductas que lo constituyen; (conductas agresivas, robo y vandalismo). Desde hace muchos años se ha identificado a estos pacientes y se les ha llamado de diversas maneras: “sociópatas”, “niños con problemas de conducta”, “pequeños delincuentes”, “niños con insania moral”, etc. Muchas de las manifestaciones de este trastorno en la niños son similares a las conductas de los adultos diagnosticadas como personalidad antisocial; sin embargo, el TD (sólo diagnosticable hasta los 18 años), se ha separado de los diagnósticos de personalidad antisocial de los adultos.

Debido a que muchos profesionistas que trabajan con este tipo de pacientes creen que en los niños, estos comportamientos inadecuados pueden ser más fácilmente modificados que en los adultos y porque se considera que los niños no pueden tener trastornos de personalidad debido a que todavía no se termina de formar “la personalidad”.

El TD se presenta cada vez más en todo el mundo, incrementándose por ello el número de delitos cometidos por niños y jóvenes; en los últimos tiempos el porcentaje de crímenes cometidos por menores ha aumentado desproporcionadamente; por ello este trastorno no sólo es estudiado por profesionales relacionados con la salud mental sino que también ha capturado el interés de los códigos penales tanto de niños como de adultos (Lewis, 1991).

Historia

Pinel en el siglo XIX utilizó el término *manie sans delire* (manía sin delirio) y en 1837, el de *insanidad moral*, para designar a los pacientes con conducta antisocial recurrente que no eran psicóticos. Posteriormente, Kraepelin sugirió que las conductas antisociales recurrentes eran, muy a menudo, manifestaciones de formas frustradas de psicosis (Solloa, 2001).

Esta misma autora presenta una revisión del TD a través de las diferentes versiones del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales:

- ☛ En 1952, el diagnóstico de “personalidad sociopática: reacción antisocial” para adultos, fue codificada por la APA en el DSM I. A estos individuos se les diagnosticaba por estar siempre en problemas, por ser inmaduros, desleales, hedonistas, irresponsables e incapaces de beneficiarse de las experiencias o del castigo; en resumen, “no eran buenas personas”.
- ☛ En el DSM II, bajo la categoría de desórdenes conductuales de la infancia y la adolescencia, se incluyó el diagnóstico de “reacciones agresivas no socializadas de la infancia (o adolescencia)”. Se incluía en esta categoría a los niños que tenían un temperamento difícil, que mentían y robaban a sus compañeros, que eran capaces de manifestar una gran desobediencia, de ser peleoneros, de actuar con agresiones físicas y verbales y con frecuencia eran vengativos y destructivos.
- ☛ En 1980 se publicó el DSM III y con él se estableció una nueva categoría dentro de los trastornos de conducta: la categoría “reacción agresiva no socializada” que fue utilizada para designar a los niños con conductas vandálicas, abuso de sustancias, rapto y asalto. Debido a la gran influencia de estos trabajos sobre delincuencia, el trastorno de conducta fue dividido en cuatro categorías: agresivo, no agresivo, socializado y no socializado.

- ☛ En los siete años entre la publicación del DSM-III y el DSM-III-R se llevó a cabo una revisión del diagnóstico, que dio lugar a una nueva modificación en la clasificación de los subtipos del trastorno de conducta que ahora se clasificaron como a) tipo solitario agresivo, b) tipo grupal y c) tipo indiferenciado.
- ☛ Actualmente el DSM IV tipifica a este trastorno bajo el rubro de trastorno disocial y lo subdivide en dos grupos específicos: el de tipo de inicio infantil y el de tipo de inicio adolescente (pp.150)

Definición

El TD es un conjunto persistente de comportamientos que evolucionan con el tiempo; se caracteriza por comportamientos antisociales que violan los derechos de otras personas, las normas y las reglas adecuadas para la edad. Entre los comportamientos antisociales se pueden citar la irresponsabilidad, el comportamiento trasgresor (como las ausencias escolares o el escaparse), la violación de los derechos ajenos (robo, por ejemplo) y la agresión física hacia otros (asalto o violación).

Epidemiología

Este trastorno es más frecuente en varones que en mujeres en una relación de 8 a 1, especialmente cuando tiene un inicio infantil; se ha encontrado que los varones que lo presentan antes de los 10 años de edad tienen nueve veces más probabilidad de mostrar al menos un síntoma de agresión a diferencia de los jóvenes que lo presentan en edades más tardías (Kaplan & Sadock, 1999). La edad media de aparición es más temprana en los hombres que en las mujeres; en población americana se considera que en los varones puede desarrollarse entre los 10 y los 12 años de edad, mientras que en las mujeres entre los 14 y 16 años; sin embargo éstas edades de aparición del trastorno cada vez son más tempranas. En dicha población se estima una prevalencia en niños y adolescentes hombres de 6 a 16%; mientras que para las niñas y adolescentes mujeres es de 2% a 9%. Existe también una relación entre el bajo nivel socioeconómico y los trastornos de disocial, así mismo, se ha observado que afecta más a las zonas urbanas que a las rurales.

Etiología

Kaplan & Sadock (1999) mencionan los siguientes factores que contribuyen al desarrollo del TD:

1. Factores parentales: Se ha encontrado que ciertas características de los padres se asocian con el desarrollo del TD en los hijos, como:

- ☛ educación dura y punitiva caracterizada por la grave agresión física o verbal está asociada al desarrollo de comportamientos agresivos mal adaptativos.
- ☛ patrones de disciplina incorrectos, pueden variar desde la severidad extrema y estricta, hasta la incongruencia o relativa falta de supervisión y control.
- ☛ condiciones caóticas en el hogar.
- ☛ divorcio, donde exista una hostilidad persistente; sobretodo si existe resentimiento y amargura entre los padres.
- ☛ abuso, maltrato infantil y negligencia
- ☛ alcoholismo y abuso de sustancias
- ☛ trastornos psiquiátricos en los padres.

2. Factores socioculturales:

- ☛ sufrir privaciones económicas
- ☛ vivir en zonas urbanas marginadas y que además exista consumo de drogas
- ☛ desempleo de los padres
- ☛ falta de una red de apoyo social
- ☛ falta de participación en las actividades de la comunidad (pueden ser deportivas).

3. Factores psicológicos:

- ☛ los niños criados en condiciones caóticas y negligentes suelen ser malhumorados, agresivos y destructivos e incapaces de desarrollar progresivamente la tolerancia a la frustración necesaria para las relaciones maduras.

4. Factores neuropsicológicos:

- ☛ exámenes neuropsicológicos indican que los niños y adolescentes que tienen trastornos de conducta parecen tener afectado el lóbulo frontal del cerebro, lo

cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas.

- ☛ se considera que el temperamento de los niños tiene origen genético, los niños y los adolescentes de "carácter difícil" tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento.

Diagnóstico

El TD no aparece de un día para otro, existe una gran variedad de síntomas que van evolucionando con el tiempo hasta establecer un patrón uniforme de violación de los derechos de los demás. A continuación se enumeran los síntomas que presenta el DSM-IV, hay que resaltar que cada adolescente puede experimentarlos de una forma diferente.

A. Los adolescentes con este trastorno presentan un patrón repetitivo persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, se manifiestan por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos doce meses y por lo menos un criterio durante los últimos seis meses.

Agresión a personas o animales

- ☛ constantemente fanfarronean, amenazan o intimidan a otros.
- ☛ a menudo inician peleas físicas.
- ☛ han llegado a utilizar armas que pueden causar daño físico grave a otras personas (bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
- ☛ manifiestan crueldad física con las personas.
- ☛ manifiestan crueldad física con los animales.
- ☛ roban enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatarse bolsa).
- ☛ han forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad

- ☛ provocan deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
- ☛ destruyen deliberadamente propiedades de otras personas.

Fraudulencia o robo

- ☛ violentan el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.

- ☛ mienten para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones.
- ☛ roban objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (robo de tienda, destrozos, falsificaciones).

Violaciones graves de normas

- ☛ permanecen fuera de su casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
- ☛ se escapan de su casa durante la noche por lo menos dos veces; o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo.
- ☛ tienen relaciones de noviazgo antes de los 13 años de edad.

B. El TD provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académico o laboral.

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

Curso y/o pronóstico

El pronóstico de los niños y adolescentes que presentan un TD es variable, se ha encontrado que las formas leves muestran mejoría con el tiempo, mientras que las más severas tienen un curso crónico y tienden a ser diagnosticadas como trastornos de la personalidad antisocial en la adultez. Es muy raro que el TD comience después de los 16 años de edad y en la mayoría de los niños el trastorno remite en la vida adulta, particularmente el tipo de inicio adolescente y quienes presentan síntomas leves y escasos. Un inicio precoz predice peor pronóstico y un mayor riesgo de presentar en la vida adulta un trastorno antisocial de la personalidad, adicciones, trastornos del estado del ánimo y trastornos de ansiedad (DSM-IV, 2002).

Como se pudo ver a lo largo del presente capítulo, los trastornos externalizados representan un problema de salud pública, de ahí la importancia de su estudio, lo cual permitirá mejorar la planeación de las intervenciones terapéuticas. Dichas intervenciones deben contemplar la coexistencia que tienen entre sí los trastornos externalizados, por lo que en el siguiente capítulo se presenta la comorbilidad entre dichos trastornos, la cual incrementa la severidad de los síntomas y por lo tanto el pronóstico del adolescente con trastornos externalizados resulta adverso.

CAPÍTULO II

COMORBILIDAD Y SEVERIDAD DE LOS TRASTORNOS EXTERNALIZADOS

El objetivo de este capítulo es describir el concepto de comorbilidad así como la coexistencia que presentan entre sí los trastornos externalizado y su vinculación con el abuso y consumo y de sustancias.

Definición de comorbilidad

La comorbilidad se acuñó en el contexto de las enfermedades crónicas para referirse a cualquier nueva entidad clínica adicional a la ya existente, y fue rápidamente adoptada por la psiquiatría para describir la coexistencia de dos o más trastornos mentales (Ulloa, 2000). En los estudios de psicopatología infantil y adolescentes se ha encontrado que la comorbilidad es más la regla que la excepción (Biderman, 1995) ya que el promedio de diagnósticos psiquiátricos en muestras clínicas de adolescentes mexicanos es de 2.5 (De la Peña, 1999).

Existen diferentes motivos por los cuales se presenta una elevada comorbilidad en los trastornos mentales como por ejemplo: 1) artefactos en la identificación de los síntomas, no sólo atribuible a la falta de acuerdo en los informantes sino en la variabilidad de registro de los clínicos que no utilizan instrumentos estructurados o semiestructurados, 2) problemas en las clasificaciones, atribuibles al uso de un mismo síntoma para diferentes categorías y 3) el hecho que un padecimiento pueda representar la manifestación temprana de otro y ambos puedan coexistir en una evaluación transversal.

Ulloa (2000) resume distintos modelos de diversos autores para la convergencia de varios diagnósticos o la influencia de unos sobre la aparición de otros, los cinco modelos más difundidos son:

Los trastornos comórbidos:

1. No representan entidades distintas, sino que son expresión de la variabilidad fenotípica de un mismo trastorno.

2. Representan un subtipo distinto o variación genética dentro de un trastorno heterogéneo.
3. Comparten vulnerabilidad ya sea genética y/o psicosocial.
4. Dos trastornos diferentes pueden compartir factores de riesgo, dando la impresión de que son comórbidos cuando realmente no lo son.
5. Cada trastorno comórbido representa una entidad clínica distinta.

Entre los padecimientos del espectro externalizado, es decir el TDAH con el TND y/o con el TD la comorbilidad es particularmente elevada, sin embargo existe también un amplio grupo de pacientes con TDAH que son comórbidos con padecimientos internalizados. Este grupo de personas en especial aquellos con TDAH y el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) constituyen el grupo más numeroso de adolescentes en poblaciones clínicas urbanas y de mayor riesgo para un mal funcionamiento psicosocial y mayor severidad de los síntomas (De la Peña, 1999).

La persistencia del TDAH en el tiempo parece estar relacionado a la presencia en general de comorbilidad, aunque esta presencia no se restringe a la comorbilidad con el TD (Biederman, 1996). Parece existir un consenso respecto a que el TDAH es un trastorno de inicio temprano que afecta al desarrollo cognitivo o neuromadurativo, mientras que el TND y el TD reflejan problemas asociados a factores temperamentales y adversidades familiares y sociales. Así pues, si el TDAH se asocia a la presencia de un estrés psicosocial intenso, aumenta el riesgo de aparición posterior de un TND o un TD asociados (Diamond & Mattsson, 1998).

Algunos reportes mencionan que en los individuos con uno de estos diagnósticos, del 29% al 71% tenían al menos uno de los otros dos diagnósticos tanto en muestras epidemiológicas como clínicas (Burt, 2001). En uno de los pocos estudios que abordan la comorbilidad y la respuesta al tratamiento médico, Jensen, Hinshaw, Kraemer y Lenora (2001), a través de información longitudinal y transversal de 579 niños (con edades entre 7 y 9 años) que participaron en el estudio de tratamiento multimodal multicéntrico colaborador del National Institute of Mental Health (NIMH) de niños con TDAH, hallaron tres perfiles clínicos: 1) TDAH que coexiste con los trastornos internalizados (principalmente trastornos de ansiedad reportados por los padres) sin trastornos disruptivos coexistentes; 2) TDAH que coexiste con TND/TD pero sin ansiedad; 3) TDAH tanto con ansiedad y TND/TD. Concluyeron que estos

subtipos pueden ser lo suficientemente distintos, para garantizarlos como subtipos de TDAH, diferentes del TDAH puro (sin comorbilidad).

Campos (2004), menciona que existen dos puntos importantes en cuanto a la comorbilidad entre los trastornos externalizados de la infancia:

- 1.- Existe un gradiente sobre el cual, múltiples trastornos son más severos y tienen grados mayores de carga genética y/o medioambiental, que los trastornos que se presentan de manera aislada.
- 2.- Las cargas genética y/o medioambiental probablemente toman la forma de vulnerabilidades comunes que contribuyen a la comorbilidad entre los trastornos externalizados de la infancia. Sin embargo, la naturaleza específica (ya sea genética o medioambiental) de estas vulnerabilidades permanece en discusión.

Un fenómeno que frecuentemente se asocia al TND y al TD es la agresión interrelacionando o superponiéndose a estos, aunque siempre se ha considerado que son entidades diferentes (Newcorn, 2000). Ahora bien, la presencia de problemas de conducta en la infancia, si se asocia o no con el TDAH, parece ser un precursor para la conducta agresiva, la delincuencia y el abuso de sustancias en la adolescencia, mientras la presencia de problemas atencionales sin problemas de conducta parecen ser un precursor para los déficits académicos y cognitivos (Biederman, 1991).

De acuerdo a la opinión de algunos autores pareciera que el TND y el TD fueran diferentes grados de un mismo fenómeno (Green, 2002). Buscando alcanzar un mayor entendimiento del diagnóstico de TND independiente de su asociación con el TD, se ha encontrado que los jóvenes negativistas desafiantes con y sin TD tienen significativamente mayor comorbilidad psiquiátrica y una disfunción significativamente mayor en el área familiar y social comparado con sujetos con otros trastornos psiquiátricos. Así mismo se han observado diferencias significativas entre los sujetos con TND solo y aquellos con un TD comórbido en los índices de trastornos afectivos y el deterioro social. El TND se ha correlacionado significativamente con adversidades familiares y sociales. Las conductas asociadas con el TND, puede impedir significativamente las interacciones adaptativas con los adultos y demás niños (Dumas, 1995). Los padres de los niños con TND tienen mayor probabilidad de utilizar los servicios de salud mental infantil que los padres de niños con otros trastornos de

conducta disruptiva (Cohen, 1991). Existe también evidencia que los niños tanto con TDAH y TD y los niños tanto con TDAH y TND (aunque en menor grado) tienen cursos clínicos más serios con pronósticos más pobres que el de los niños con un TDAH puro (Biederman, 1991).

Varios estudios epidemiológicos (Stzatzmari, 1989) indican que el TND y el TD se encuentran presentes del 40 % al 70% de los niños con TDAH, aunque algunos de estos niños también tienen trastornos internalizados comórbidos. En reportes latinoamericanos se ha estimado que el TD y el TND se asocian al TDAH hasta en un 40% de los casos (Joselevich, 2000). Por otra parte, se ha mostrado que los niños con TDAH combinado, presentan mayores problemas emocionales y de comportamiento social, mayor impulsividad y falta de autocontrol. Si se va más allá de los límites de los diagnósticos categóricos y se considera el espectro completo de conducta oposicionista, agresión y problemas conducta subsindromáticos, el porcentaje de niños y adolescentes con TDAH que presentan este patrón de comorbilidad es mayor.

Otras consideraciones acerca de los trastornos externalizados.

La frecuencia de los problemas de conducta comórbida varía de acuerdo a la población en estudio ya que no es lo mismo una población clínica que una epidemiológica (Newcorn, 2000), incluso varía en los diferentes marcos clínicos: hospital psiquiátrico vs hospital general. Esto es particularmente relevante para entender las diferencias entre los niños con TDAH que se presentan con el psiquiatra y aquellos quienes se presentan con el pediatra u otro profesional de la salud, y de esta manera, entender como probablemente estos profesionales de distintas áreas de la salud ven al TDAH.

A pesar de la frecuencia con la cual el TDAH y los problemas de conducta coexisten, existen discrepancias en cuanto al manejo de la comorbilidad en el DSM-IV y la CIE-10 (Newcorn, 2000). Estos diferentes puntos de vista llevan a las siguientes reflexiones: 1) ¿Cómo se está entendiendo el fenómeno de prevalencias extremadamente altas?; 2) ¿Cuáles son las implicaciones con respecto a la validez y la distinción de estos trastornos? Además existen problemas que podrían llevar a una comorbilidad artificialmente alta, como: 1) inexactitudes en la información reportada causada por diferencias en el entendimiento de cada individuo, sobre lo que es normal o anormal (sesgo del informante); 2) el hecho de que ciertas conductas blanco pueden ser

más prominentes en un marco de evaluación que en otro (y de esta forma puede variar considerablemente a través de los evaluadores); y 3) los efectos de halo, sobre los instrumentos de evaluación estandarizados (es decir, el niño con problemas de conducta puede ser identificado como inatento e hiperactivo cuando en realidad no lo es). Los estimados “inflados” de la comorbilidad podrían también resultar de categorías que son ampliamente o estrechamente definidas, de esta manera incrementando el grado de traslape de los dos trastornos o restringiendo la definición de uno de los trastornos a un grupo que es casi seguro comórbido. Es razonable, de esta manera, concluir que las estimaciones de la magnitud de la comorbilidad entre el TDAH y el resto de los trastornos de conducta disruptivos, pueden ser un tanto más infladas debido a artefactos y a errores de medición (Palacios, Ulloa y De la Peña, 2004).

Estos mismos autores mencionan que el alto grado de comorbilidad entre el TDAH y los problemas de conducta lleva a varios cuestionamientos operacionales y conceptuales importantes:

- ☛ ¿Son el TDAH, el TND, y el TD condiciones psiquiátricas distintas o son aspectos diferentes del mismo fenómeno general?
- ☛ ¿Por qué es la comorbilidad con el TND, el TD, y/o agresión tan común en los niños con TDAH?
- ☛ ¿La presencia de problemas de conducta comórbidos altera la presentación clínica de los niños con TDAH?
- ☛ ¿La configuración comórbida del TDAH y el TD representa un subtipo distinto?
- ☛ ¿El sujeto con TDAH y problemas de conducta comórbidos requiere de tratamientos diferentes o adicionales?

Aspectos comunes e individuales de los trastornos externalizados y el TDAH.

Durante la década de los 80's, el amplio traslape entre estos trastornos generó mucha discusión (Hinshaw, 1987), con algunos autores sugiriendo que el TD y el TDAH representaban manifestaciones alternativas de una condición subyacente. Lahey (2002) propone que la comorbilidad del TDAH con el resto de los trastornos de conducta disruptiva se pudiera comportar de una manera dinámica. La frecuente coexistencia de la inatención, la hiperactividad, impulsividad, oposicionismo y agresión dentro de los individuos sugiere que estos dominios de síntomas se encuentran

estrechamente relacionados, lo cual los hace difíciles de distinguir tanto en la práctica clínica como heurísticamente (Newcorn 2002).

Por otro lado, la distinción entre el TDAH y el TD ha sido demostrada en varias muestras epidemiológicas (McGee, 1984; Moffitt, 1990; Szatmari, 1989b). Existen diferencias significativas en cuanto a la psicopatología parental cuando se comparan los niños con TDAH sin TD versus sujetos controles (Lahey, Piacentini y Mc Burnett, 1988). Se ha propuesto la hipótesis, que el TD puede ser una condición más influenciada medioambientalmente que el TDAH, aunque esto no niega las contribuciones genético-neurobiológicas a la patogénesis del TD, así como tampoco los mecanismos psicosociales en el TDAH (Newcorn, 2000). Biederman, Faraone, y Mick (1995), señalaron la importancia de la adversidad psicosocial en el TDAH. Walter, Lahey y Hynd (1987) y Moffit (1990) indicaron que el TD comórbido contribuye para un peor pronóstico entre los sujetos con TDAH y de manera inversa, el TDAH comórbido confiere un riesgo incrementado para un pobre resultado en los niños con TD.

En resumen, aunque existe todavía un traslape considerable y una imprecisión diagnóstica, la investigación reciente indica que el TDAH y los problemas de conducta no representan variantes de un solo tema.

El TDAH y su comorbilidad con el TND, el TD y/o agresión.

Es razonable considerar que al TND, el TD y la agresión como un espectro, debido a que aproximadamente el 90% de los niños con TD también tienen un TND y existe una progresión del desarrollo del TND al TD conforme avanza la edad (Lahey, 1994). Sin embargo como se mencionó, a pesar de sus similitudes, estas condiciones pueden diferir en vías predecibles e importantes. Es sabido que no todos los niños con TND progresan a un TD (Rey, 1993).

Aunque es un consenso general y queda claro que el TDAH es una forma distinta de los problemas de conducta, ¿por qué el 50 a 70% de los niños con TDAH también presentan un TD o un TND comórbido? Algunas de las posibles explicaciones según Caron (1991) son:

- ☛ un trastorno representa un precursor del desarrollo para otro.

- ☛ un trastorno representa un factor de riesgo para el desarrollo subsecuente del otro trastorno.
- ☛ los trastornos comparten los mismos factores de riesgo o factores relacionados.
- ☛ existe una base sintomática subyacente común para uno o más de estos trastornos.

Dicho autor comenta que todas estas explicaciones son correctas, aunque ninguna es suficiente para explicar el fenómeno. Existe poca evidencia que el TDAH represente un precursor del desarrollo para el TD. Sin embargo, los sujetos con TDAH y un TD o TND comórbido presentan característicamente un inicio temprano de la agresión, además este grupo se encuentra con un riesgo elevado para que persista la agresión y una alteración antisocial en la infancia tardía o en la adolescencia (Loeber, 2000). Ahora bien, ¿el riesgo elevado para la conducta antisocial entre niños con TDAH se tiene cuando estos sujetos alcanzan la adolescencia y tienen problemas de conducta comórbidos en la infancia, o puede ocurrir este resultado independientemente de la comorbilidad con los problemas de conducta?

Una hipótesis relacionada que se ha propuesto, aunque más moderada, es que aunque el TDAH y el TD no son parte en forma parcial o completa del mismo fenómeno, el TDAH puede representar un factor de riesgo para el desarrollo subsecuente del TD (Taylor, 1996). Los datos indican que el TDAH puede acelerar la transición en los diferentes grados del espectro de las conductas disruptivas (conductas oposicionistas por un lado y conductas disociales por el otro) y de esta forma contribuir al riesgo elevado para un TD.

La adversidad psicosocial que incluye la psicopatología parental, el bajo nivel socioeconómico, los problemas familiares, y la exposición a la conducta antisocial de sus iguales, se ha asociado con frecuencia con un alto riesgo para la agresión y el TD en presencia del TDAH. Biederman y cols. (1995) mencionan que aunque ningún factor de problemas psicosociales está específicamente asociado con el TDAH, la acumulación de varios factores de adversidad como los conflictos parentales, una cohesión familiar disminuida, y la psicopatología parental, se asocian con un riesgo incrementado para el TDAH. Similarmente, los factores de riesgo asociados con el TDAH también pueden

conferir un riesgo incrementado para el TD. Así aunque, los factores de riesgo para el TDAH y el TD pueden ser distintos, en algunas situaciones pueden interactuar para producir un factor aditivo (Newcorn, 2000).

Por otra parte existen datos que apoyan la disputa que el TDAH y el TD comparten una base sintomática subyacente, aunque los síntomas puedan presentarse de manera diferente en las dos condiciones (Halperin, 1995). Existe la hipótesis apoyada por algunos estudios que los individuos con un TDAH y/o agresión comparten un estilo de personalidad impulsivo subyacente y sugiere un mecanismo por el cual el TDAH podría representar un factor de riesgo para la agresión (Newcorn, 2000).

Los síntomas disociales son precedidos típicamente por hiperactividad e impulsividad, con la desinhibición conductual, jugando un papel central en la agresión exhibida por estos sujetos (Loeber, 1995). La desinhibición conductual es también una característica definitoria de el TDAH predominantemente hiperactivo-impulsivo (Barkley, 1997). Sin embargo, aunque los probandos con este diagnóstico comparten la impulsividad con los grupos de TD de inicio temprano y agresivo subsocializado, del 30% a 50% no reúnen los criterios para algún subtipo de TD (Biederman, 1991), es decir muchos de ellos no son agresivos. Tanto en el TD agresivo como en el TDAH hiperactivo-impulsivo, son de esta manera caracterizados por una desinhibición conductual, aunque solamente en el caso anterior es esta desinhibición manifestada en agresión. En conclusión, los estudios sugieren que los niños con un TDAH, particularmente aquellos con sintomatología de un TDAH severo y persistente, se encuentran en un riesgo elevado para el desarrollo de problemas de conducta, que incluyen el TND y el TD.

Presencia de trastornos externalizados comórbidos y su relación con la presentación clínica del TDAH en la infancia.

Existe un acuerdo general con respecto a la existencia de dos grupos parcialmente distintos de niños con TDAH, cuyas condiciones han sido variablemente descritas como subtipos cognitivo y conductual (August, 1989), inatento y no inatento (Halperin, 1990), agresivo y no agresivo. Los niños en el grupo cognitivamente deteriorado/inatento/no agresivo son caracterizados por uno o más de los siguientes puntos: inatención, ausencia de conducta agresiva, presencia de incapacidades de aprendizaje o sub-aprovechamiento académico, y comorbilidad con trastornos afectivos

y ansiosos. En contraste, los niños en el grupo con deterioro conductual/no inatento/agresivo, son caracterizados por niveles más altos de actividad motora e impulsividad, con o sin niveles altos de inatención objetivamente medida, y tienen una mayor probabilidad de ser agresivos (Newcorn, 2000). Los niños con TDA sin hiperactividad tienen mayor probabilidad de presentar trastornos internalizados y/o cognitivos; los niños con TDAH tienen mayor probabilidad de mostrar trastornos externalizados comórbidos (Lahey, 1994). Otros datos sugieren que la presencia simultánea de al menos un trastorno de ansiedad en los niños con TDAH y problemas de conducta comórbidos pueden mitigar por otra parte el nivel alto de la conducta impulsiva (Halperin, 1998).

La entidad del TDAH más el TD como un subtipo distinto del TDAH.

De las muchas configuraciones comórbidas del TDAH, la comorbilidad del TDAH y el TD se ha considerado como un subtipo distinto (Biederman, 1991 & Newcorn, 2000). Algunos datos que hablan a favor de esta consideración incluyen: 1) los resultados de los estudios familiares, indican que la transmisión de la condición comórbida tiene un fuerte componente familiar, 2) los resultados de los estudios longitudinales, sugieren que los niños con el TDAH y el TD comórbido se encuentran en un riesgo elevado para un pobre pronóstico, que incluye el desarrollo de la conducta antisocial y el abuso de sustancias en la adolescencia y la adultez; y 3) los hallazgos de los estudios que usan las mediciones periférica y central de la función del neurotransmisor, así como también la respuesta al reto farmacológico, puntualizan las diferencias en la base neurobiológica del TDAH con y sin agresión.

Biederman, Newcorn y Sprich (1991), propusieron que el TDAH asociado al TD puede representar una forma particularmente severa de TDAH, con el TDAH más el TND formando un subgrupo intermedio entre aquellos con TD/TDAH por un lado y aquellos con un TDAH puro por el otro. Algunos hallazgos son consistentes con la hipótesis de que el TDAH con el TD comórbido representa una presentación diferente o más grave del TDAH, el cual se caracteriza por una transmisión familiar, y que el TND puede ser una variante menos severa del TD (Faraone, 1997). De particular interés es la comorbilidad entre el TD y el subtipo hiperactivo/impulsivo del TDAH. La evidencia que se ha acumulado sugiere que el TD acompañado de hiperactividad representa una condición particularmente caótica, caracterizado por una fuerte carga genética, índices

incrementados de agresión, y un riesgo elevado para la conducta antisocial futura (Faraone, 1997). De hecho, los adolescentes masculinos con problemas de conducta e hiperactividad/impulsividad simultáneas se parecen mucho a los ofensores adultos antisociales (Lyam, 1998).

Existen diferencias neurobiológicas del TDAH con y sin agresión (Newcorn, 2000). La integración de estos hallazgos neurobiológicos heterogéneos en una hipótesis unitaria es un reto. Los datos presentados indican que tanto los mecanismos noradrenérgicos como serotoninérgicos se encuentran implicados en la agresión y que las bases neurobiológicas de la agresión en presencia del TDAH pueden ser diferentes de aquellas observadas en la agresión sola. En contraste, las hipótesis principales con respecto a la función neuroquímica en el TDAH involucran los mecanismos noradrenérgicos y dopaminérgicos (Arnsten, 1996). De esta forma es razonable asumir que los niños con la patología comórbida tienen anomalías tanto en los sistemas catecolaminérgico y serotoninérgico. Las inconsistencias en los hallazgos al estudiar la función serotoninérgica en varios estudios, no hace pensar que la neuroquímica es distinta en los niños con TDAH y agresión.

Existen datos considerables que indican que la identificación de la configuración comórbida (TDAH + TD) tiene un gran significado clínico y pronóstico y que los niños con esta comorbilidad pueden ser diferentes de otros niños con TDAH en características importantes asociadas (historia familiar, curso longitudinal y función neuroquímica) (Newcorn, 2000).

Asociación del consumo y abuso de sustancias con los trastornos externalizados.

Desde el punto de vista de la salud pública, se ha observado que los trastornos externalizados (principalmente el TD), tienen una asociación bastante estrecha con los trastornos relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas (Jensen, 2001). Dicha asociación se planteó primariamente de manera significativa en individuos que desarrollaban una personalidad antisocial o un TD (Biederman, 1995). Otros autores han demostrado que la agresividad y el TDAH predicen el abuso de sustancias en una muestra de agresores juveniles. Aunque también existen estudios de seguimiento en la adolescencia hasta la edad adulta que descartan la asociación del abuso de sustancias en niños con TDAH (Mannuzza, 1993).

Robins (1998) encontró que la delincuencia juvenil está asociada con el TD de la infancia así como una variedad de psicopatología en el adulto (incluyendo alcoholismo y abuso de sustancias). En otro estudio se encontró que los adolescentes que mostraron una conducta agresiva, con pobre control de los impulsos, inquietud y dificultades para la concentración, tuvieron mayor probabilidad de que en la etapa adulta tuvieran un diagnóstico relacionado con el alcohol (Rydellius 1983). Para McCord (1988) uno de los factores en su estudio que predijo el desarrollo de alcoholismo en el adulto, fue la incapacidad de la madre para controlar la conducta desinhibida / disruptiva de su hijo. Caspi, Moffitt, Newman y Silva (1996) realizaron un estudio de seguimiento con niños y jóvenes y encontraron que a los 21 años, los hombres impulsivos, inquietos y distraídos tuvieron una mayor probabilidad de tener un diagnóstico de acuerdo al DSM-IV de dependencia al alcohol.

Kuperman (2001) reportó que casi tres cuartas partes de los adolescentes dependientes al alcohol tenían al menos un diagnóstico del grupo de los trastorno externalizados, donde el TDAH se presentaba primero, seguido por el TD. El uso de sustancias comenzó con el alcohol o el tabaco, seguido por marihuana y después otras drogas psicoactivas. La dependencia al alcohol comenzó significativamente después del inicio del TDAH o el TD y significativamente mucho después que el primer uso de tabaco. De esta manera la evidencia indica que el riesgo para el abuso de sustancias y alcohol entre los niños con TDAH es alto solamente entre aquellos en quienes progresa una personalidad antisocial.

Tanto la severidad y la duración de los síntomas del TDAH como el inicio temprano de la conducta agresiva, incrementan la probabilidad del abuso de sustancias (Newcorn, 2000). Merle (2004) encontró que cerca de un tercio de los pacientes estudiados reportaron una historia de abuso de psicoestimulantes. Los pacientes con un diagnóstico comórbido de TDAH fueron más propensos a tener una historia a lo largo de la vida de abuso de psicoestimulantes que los que no tenían el diagnóstico. La mayoría de los pacientes que con TDAH reportaron haber sido diagnosticados a los 12 años de edad, un año después de que desarrollaron los síntomas, generalmente iniciaron con uso de alcohol a un año del diagnóstico. El diagnóstico de TDAH precedió al uso de alcohol y aparecieron más temprano que el trastorno por uso de sustancias; el retraso

entre la manifestación de los síntomas y el diagnóstico pudo haber contribuido a la iniciación del uso de sustancias.

La comorbilidad entre el TDAH, TND y TD como se puede apreciar en este capítulo, constituye un estado patológico con un riesgo elevado para un mal pronóstico el cual incluye la aparición y evolución de conductas antisociales y el abuso de sustancias en el adolescente.

Un factor regulador de la severidad y la comorbilidad es la situación familiar que vive el niño o adolescente, por lo que en el siguiente capítulo se aborda la importancia de la familia, el funcionamiento familiar en población general y el funcionamiento familiar en la presencia de un adolescente con algún trastorno externalizado.

CAPÍTULO III

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS EXTERNALIZADOS

Este tercer capítulo presenta un factor psicosocial fundamental para el desarrollo de los seres humanos: la familia. Se detalla la importancia del funcionamiento familiar en los sistemas familiares sin patologías y en sistemas familiares con algún miembro con trastornos externalizados.

Para conocer una sociedad se debe estudiar cómo vive y actúan sus familias, así mismo para prever el futuro de una sociedad se puede saber bastante de ella observando a las familias, si se quiere reflexionar sobre la identidad personal, “por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido”, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada individuo. Esto hace reflexionar acerca de la importancia de la familia para la persona, para la sociedad y en especial para el proceso salud-enfermedad (Alvarez, 1993).

Para poder hablar de un estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por lo tanto de sus condiciones y de su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" por lo que se considera muy importante también para su salud, su modo de vida familiar. En un análisis retrospectivo de las diferentes sociedades existentes se puede apreciar que el origen histórico de la familia se remonta al origen mismo del hombre primitivo. Las familias están presentes en las diferentes sociedades y en todos los tiempos, matizadas por el modo y estilo de vida de cada época.

El término *familia* puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de el cual el individuo forma parte y al que pertenece, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas. Según los demógrafos la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia, en tanto satisfacen necesidades comunes (Pérez, 1982). Con relación a la estructura se puede referir al criterio de consanguinidad dado por vínculos conyugales,

el criterio cohabitacional dado por vivir bajo el mismo techo, y el criterio afectivo dado por la existencia de un núcleo de relaciones afectivas estables (Ares, 1990).

Según la definición de Horwitz (1986), la familia es una unidad de atención médica, que incluye a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas, y que por lo general, están ligadas por lazos de parentescos.

A partir de la década de los 60's uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos (Von Bertalanffy, 1976). Así entonces la familia es un sistema compuesto por un conjunto de personas que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa (Simón, 1998). Por lo tanto se puede considerar que el papel de la familia está en función de las relaciones que se establecen, así mismo la familia es muy importante para la formación de la personalidad del individuo siempre haciendo referencia su carácter sistémico.

Definición del grupo familiar

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de los fines principales de cada país debe ser incrementar el nivel de salud de la población, haciendo referencia a la "familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud". La familia en el proceso salud-enfermedad puede contribuir al mantenimiento de la salud siempre y cuando sea un espacio de aprendizaje; ya que es en este grupo donde se forman hábitos, costumbres, creencias, valores y estilos de vida saludables que conducen a comportamientos protectores de salud (Pérez, 1982). Es de significar que también este grupo familiar puede favorecer la curación y rehabilitación de sus integrantes en la medida que sea capaz de identificar tempranamente los problemas de salud, lo cual facilita el cumplimiento del tratamiento terapéutico, brinda apoyo y seguridad en la evolución del enfermo, entre otros aspectos. En los casos de los miembros que necesiten rehabilitación puede contribuir a que el enfermo asuma su nuevo rol familiar y social, así como cubrir la dependencia que genera esta incapacidad.

Al estudiar el grupo familiar se deben determinar las características relacionadas con su composición según el parentesco y el tamaño de la familia.

- ☛ Uno de los ejes de clasificación utilizados para el estudio de la familia es el de la consanguinidad, refiriéndose a la familia nuclear, la que está constituida por padres e hijos y la familia extendida o ampliada, donde se incluyen más de dos generaciones y otros miembros (Ares, 1990).
- ☛ Cada familia puede ser clasificada, en *completa e incompleta* según la presencia de padres consanguíneos. Es de significar que en el caso de ser *incompleta*, otro eje de clasificación utilizado puede ser *reconstituida*, la cual que es aquella que está formada por un matrimonio donde el o los hijos son sólo de uno de los cónyuges, el otro cónyuge cumple el rol de madrastra o padrastro, y la monoparental formada por uno de los padres o tutor y el (o los) hijo (s) (Walsh, 1982).
- ☛ El tamaño es otro factor a tener presente al estudiar la familia. Existen familias clasificadas como grandes (siete y más miembros), medianas (cuatro a seis miembros) y pequeñas (uno, dos y tres miembros). Conocer el tamaño de la familia resulta útil ya que, entre otros aspectos, mediante esta variable se puede conocer el índice de hacinamiento, ingreso per cápita, etcétera. Es de significar que el tamaño y la composición familiar pueden ser indicadores de salud de gran importancia a la hora de estudiar a la familia en riesgo, y especialmente a aquellas que no cumplen adecuadamente el desempeño de sus funciones en tanto pueden generar disfunciones hacia su interior.

Funciones que cumple el grupo familiar.

- ☛ Función económica: cuando la familia cumple con las necesidades materiales básicas de alimentación, higiene, cuidado personal, calzado, vestido, medicamentos, etc.
- ☛ Función educativa: cuando los miembros de la familia mantienen comportamientos aceptados socialmente.
- ☛ Función afectiva: si los miembros de la familia expresan o evidencian signos de satisfacción afectiva con la familia y la función reproductiva.

La interacción marital (calidad matrimonial) disfuncional se ha relacionado con problemas de conducta, ansiedad, depresión y dificultades de adaptación del adolescente, consumo de alcohol y drogas (Buckle, 1996). Cuando hay funcionalidad y apoyo al adolescente se promueven conductas adaptativas y emociones positivas en el joven. La clase social baja y la pobreza son factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología, aunque deben incluirse otras variables como la disponibilidad de recursos (alimentación deficiente, problemas de vivienda, deficiente cuidado médico etc.), y al mismo tiempo la asociación con otros factores como las enfermedades físicas las cuales también pueden repercutir en el estado emocional de los padres y los hijos.

La violencia familiar tiene repercusiones en el vínculo y el niño puede reproducir la agresividad hacia sus pares y/o cuidadores. Por lo tanto se puede afirmar que la familia desempeña en su conjunto un papel protector en lo que se refiere a la patología mental.

Funcionamiento familiar

Existen familias que asumen estilos de afrontamientos ajustados ante determinadas situaciones conflictivas y que son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionen salud y bienestar; pero hay otras que no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen las suficientes fuerzas o recursos, y manifiestan desajustes, desequilibrios, que condicionan cambios en el proceso salud-enfermedad y específicamente en el funcionamiento familiar.

El funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo es capaz de enfrentar las crisis, por la forma en que se permiten las expresiones de afecto, por el crecimiento individual de sus miembros, y por la interacción entre ellos, todo esto sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro (Florenzano, 1994). El funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo, el control de la conducta y la flexibilidad. También es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, la vida social, por la estructura de autoridad, por la distribución de tareas domésticas y el rol funcional (Baldwin, 1998). Macías (1994) considera que el funcionamiento familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquías, modelos psicosexuales, alianzas, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los

problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado funcionamiento familiar. Menciona que lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento, y en la rehabilitación.

Cuando se aborda el tema de funcionamiento familiar es común encontrar que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas (Walsh, 1982).

Herrera (1997) plantea algunos indicadores que se utilizan para medir el **funcionamiento familiar:**

- ☛ **Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.** Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía - pertenencia. En muchas familias, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre -hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales. Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar (Minuchin, 1997). Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.

- ☛ **Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos.** Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobre exigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar.
- ☛ **Debe existir flexibilidad o complementariedad de rol** o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida (Satir, 1985). También en este indicador debe analizarse la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía). Por ejemplo, en la relación matrimonial debe existir un sistema de jerarquía horizontal y en la relación padre-hijos debe ser vertical (cuando se encuentra bajo la tutela de los padres). La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.
- ☛ **Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.** Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes o sea, cuando el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se trasmite extra-verbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro. Por lo general, cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la

comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc., aunque no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular.

- ☛ **Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios.** La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. La capacidad de adaptación es uno de los factores más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente dos tipos de tareas: las de desarrollo (son las tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital") y las de enfrentamiento (que son las que se derivan del enfrentamiento a las llamadas crisis familiares no transitorias). Ambos tipos de tareas requieren en gran medida de la capacidad de adaptación, ajuste y equilibrio de la familia para lograr que ésta sea capaz de desarrollarse y enfrentar los momentos críticos de una manera adecuada y mantener el equilibrio psicológico de sus miembros.

Modelo circunplejo del funcionamiento familiar de Olson (1993, 1997).

Este modelo explica el funcionamiento familiar basado en las dimensiones de *cohesión* y *adaptabilidad*. La primera tiene dos componentes, 1) los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y 2) el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar. Implica los factores de ligas afectivas, fronteras o límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones. La segunda dimensión, la de adaptabilidad, se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de adaptación.

Cada dimensión (cohesión y adaptabilidad) se subdivide en cuatro niveles:

- ☛ La cohesión familiar va de la cohesión extremadamente baja a la cohesión extremadamente alta (familia desligada, separada, conectada y amalgamada).
- ☛ La adaptabilidad familiar va de la adaptación extremadamente baja, a la extremadamente alta (familia rígida, estructurada, flexible y caótica).
- ☛ Combinando los cuatro niveles de cada dimensión se obtienen 16 tipos de sistemas familiares, agrupados a su vez en tres modos de funcionamiento: balanceado, medios y extremo (cuadro 2).

Cuadro 2. Tipos de sistemas familiares según el modelo de Olson

BALANCEADA	MEDIO	EXTREMO
flexiblemente separadas	flexiblemente desligadas	caóticamente desligadas
flexiblemente conectadas	flexiblemente amalgamadas	caóticamente amalgamadas
estructuralmente separadas	caóticamente separadas	rígidamente desligadas
estructuralmente conectadas	caóticamente conectadas	rígidamente amalgamadas
	estructuralmente desligadas	
	estructuralmente amalgamadas	
	rígidamente separadas	
	rígidamente conectadas	

Según el **grado de adaptabilidad**, las familias pueden ser: 1) rígidas, 2) estructuradas, 3) flexibles y 4) caóticas:

1. **Familias rígidas.** Se caracterizan porque el liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental; la disciplina es estricta, rígida y su aplicación severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.
2. **Familias estructuradas.** El liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecible sus consecuencias. Es un tanto democrática aunque los padres toman las

decisiones, los roles son estables pero pueden compartirse; las reglas se hacen cumplir firmemente y pocas son las reglas que se cambian.

3. **Familias flexibles.** El liderazgo es igualitario, permite cambios; la disciplina es algo severa, aunque sus consecuencias pueden negociarse. Usualmente son democráticas, las decisiones se toman por acuerdo. Se comparten los roles, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad e incluso algunas reglas cambian.
4. **Familias caóticas.** El liderazgo es limitado y/o ineficaz, la disciplina es muy poco severa habiendo inconsistencia en sus consecuencias. Las decisiones parentales son impulsivas, falta claridad en los roles y con frecuencia éstos se alternan e invierten. Hay frecuentes cambios en las reglas y éstas no se hacen cumplir de manera consistente.

Por otro lado, **según el grado de cohesión**, las familias pueden ser 1) desligadas, 2) separadas, 3) conectadas y 4) amalgamadas.

1. **Familias desligadas.** Presentan extrema separación emocional, existe falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros y la correspondencia afectiva es infrecuente entre ellos. Hay una gran lejanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan tiempo juntos, existe una gran necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente. El interés se localiza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, la recreación se lleva a cabo individualmente.
2. **Familias separadas.** Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento no se acepta prefiriéndose la distancia personal. Algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva. Los límites parento-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos. Se alienta cierta separación personal. El tiempo individual es importante pero conviven en ocasiones. Se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar. Las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas. El interés se focaliza fuera de la familia. Los amigos personales raramente son compartidos con la familia. Los intereses de los miembros familiares son distintos. La recreación se lleva a cabo más separada que compartidamente.

3. **Familias conectadas.** Hay más cercanía emocional, lo esperado es la lealtad familiar, se enfatiza el involucramiento pero se permite aún la distancia personal. Las interacciones afectivas son alentadas y preferidas. Los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento -filial. La necesidad de separación es respetada pero poco valorada. El tiempo que pasan juntos es importante. El espacio privado es respetado. Se prefieren las decisiones conjuntas. El interés se focaliza dentro de la familia. Los amigos individuales se comparten con la familia. Se prefieren los intereses comunes y la recreación compartida antes que la individual.
4. **Familias amalgamadas.** La cercanía emocional es extrema, se demanda lealtad hacia la familia. Los miembros de la familia dependen mucho unos de otros (dependencia afectiva). Faltan límites generacionales y se dan coaliciones parento-filiales. No hay separación personal, la mayor parte del tiempo están juntos, los intereses conjuntos se dan por mandato y se permite poco tiempo y espacio privado. Las decisiones están sujetas al deseo de grupo, el interés se focaliza dentro de la familia. Se prefieren los amigos de la familia a los amigos personales.

Funcionamiento familiar y adolescencia.

En el estudio de los factores de riesgo de la psicopatología del adolescente, uno de los aspectos importantes es la evaluación del funcionamiento familiar, entendido como el conjunto de funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la familia fundamentalmente en los aspectos afectivos, de socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar conforme a las normas de la sociedad a la cual se pertenece (Ballesteros, 1996).

Horwitz (1990) señala que la construcción de la realidad del adolescente y sus experiencias serán percibidas, interpretadas y enjuiciadas en función del marco familiar, y gran parte de los recursos con los que el adolescente se manejará en el mundo provendrán de la familia. El sistema relacional de una familia en la etapa adolescente se enfrenta a intensos cambios de uno a más de sus miembros y, por lo tanto, cambia su propio funcionamiento. En este sentido, es una etapa en la cual la homeostasis se reajusta en un nuevo nivel de funcionamiento, más apropiado para el desarrollo de sus miembros. Hay interacciones que muestran que la retroalimentación positiva predomina

sobre la negativa, es decir, se producen cambios que a su vez activan nuevos cambios. Por estas razones, la etapa con hijos adolescentes suele ser considerada como una de las más difíciles dentro del ciclo vital de la familia. Es el período más "centrífugo" dentro del ciclo familiar. Es decir, es una etapa donde los distintos miembros de la familia cambian su orientación hacia relaciones extra-familiares y las fronteras pueden volverse menos permeables que en etapas anteriores. Esta característica se nota con claridad en los típicos conflictos padres-hijos referidos a la defensa de la privacidad y de la autodeterminación por parte de los adolescentes, en contraposición al intento de los padres por mantener las pautas de relación de la niñez. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que el hijo adolescente también está viviendo tendencias "homeostáticas", en el sentido que mantienen conductas que reflejan sus necesidades infantiles de protección y control por parte de sus padres.

En esta etapa las tareas parentales son difíciles, los padres deben aceptar el crecimiento y desarrollo de su hijo y darle progresivamente las condiciones para que se desarrolle y pueda llegar a decidir personalmente su futuro laboral, sexual y familiar. Las opciones que el adolescente toma en algunos momentos pueden coincidir o no con las expectativas de los padres, lo que produce conflictos que para muchas familias son difíciles de manejar y aceptar. A veces los padres se empeñan en mantener una actitud controladora que retarda la independencia del joven. Idealmente deben reaccionar apoyando a sus hijos, manteniendo una comunicación abierta y dando las posibilidades emocionales y materiales para que el joven comience una vida independiente exitosa. También es posible que tengan una postura desinteresada o impotente, manifestada en una excesiva permisividad, y que también tiene consecuencias negativas para el desarrollo adolescente.

Familias con algún miembro con trastornos externalizados.

Familias con algún miembro con TDAH.

Diversas investigaciones señalan que el contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso de este trastorno. La disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad (McGee, 1984). Los factores familiares no se consideran como la causa original del trastorno, pero sí se cree que mantiene e incluso amplifica la sintomatología de éste en el curso del desarrollo. Los estilos

disciplinarios altamente directivos y hostiles –o excesivamente permisivos-, las psicopatologías de los padres y el abuso de drogas no facilitan la interiorización de las reglas sociales y se han asociado con una competencia autorregulatoria deficiente en los niños con TDAH (Olson, 1986).

Keown (2002) ha tratado de analizar las variables predictoras de los problemas conductuales de los niños hiperactivos, a partir del análisis de las relaciones de los padres con sus hijos hiperactivos en edades tempranas en comparación con las relaciones padres-niños sin TDAH. Los resultados obtenidos indican que los padres de los niños hiperactivos utilizan prácticas disciplinarias laxas, tienen menos comunicación con sus hijos y, además, hay una menor sincronía en las interacciones madre-hijo. Estos hallazgos sugieren que la forma en que interactúan los padres con sus hijos hiperactivos en edades preescolares es precursora del desarrollo de dificultades de comportamiento experimentado por los niños hiperactivos en edades posteriores.

Los estudios de Anastopoulos (1992), reportan haber encontrado niveles elevados de estrés en los padres de los niños hiperactivos, hallaron que estos niveles aumentaban hasta un 43% cuando presentaban también conductas agresivas y opositoristas-desafiantes. Recientemente, Johnston, Murray, Hinshaw, Pelma y Hoza (2002), han evaluado la interacción madre-hijo en 136 familias de niños con TDAH de 7 a 10 años en cuatro situaciones de laboratorio. Los investigadores encontraron un factor de ‘sensibilidad’ de la madre hacia el hijo que incluía conductas de aceptación, afecto, sensibilidad y control apropiado. Curiosamente, este factor mostró una correlación negativa con los problemas de conducta de los niños, pero no con la gravedad de los síntomas de TDAH, lo cual indicaría que las dificultades de los padres con sus hijos podrían estar más ligadas a los problemas de conducta que a la sintomatología propia del TDAH y que los niveles de estrés se incrementan, no sólo por la gravedad de la sintomatología del TDAH, sino especialmente por la posible comorbilidad que puede acompañar a éste.

Rosell, García, Tárraga & Mulas (2003), trabajaron con 36 familias y analizaron el impacto que producen en el ambiente familiar los niños con TDAH. Los resultados muestran claramente que tener un hijo con este trastorno genera –incluso en los padres más competentes– sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y

rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos. Estos autores también han analizado cómo afecta el comportamiento de los niños con TDAH a la convivencia con sus hermanos. El análisis de los datos indica que el 44% de los padres considera que su hijo con TDAH dificulta e incomoda más a sus hermanos a la hora de participar en actividades. Estos hallazgos están en la línea de los obtenidos por estudios que han evaluado cómo perciben los mismos hermanos la convivencia con el hermano hiperactivo. En el estudio realizado por Kendall (1999) con 11 familias de niños hiperactivos destaca que los hermanos manifiestan sentirse influidos por la conducta de su hermano hiperactivo, algunos hermanos reportaron sentirse “víctimas” porque se ven obligados por sus padres a ejercer de ‘cuidadores’ o ‘guardianes’ de su hermano, y también por los sentimientos de tristeza e indefensión que experimentan.

Los escasos trabajos que han analizado el funcionamiento familiar según los distintos subtipos del TDAH indican que las familias de los niños del subtipo combinado (TDAH-C) parecen tener más problemas de relación con sus hijos que las familias de niños con TDAH del subtipo inatento (TDAH-I) y del subtipo hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI) (Paternite, 1996). En concreto, un estudio realizado por Lewis (1992) encontró que las familias de los hijos con TDAH-I presentaban un mejor funcionamiento general que las familias de los hijos TDAH-C o que el grupo comórbido TDAH más problemas de agresividad. Por consiguiente, parece que la combinación de los síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad está más firmemente vinculada al funcionamiento familiar negativo que los síntomas de inatención solamente.

Halperin y Newcorn (1998) analizaron el impacto que un niño con TDAH-C provoca en el seno de la familia y lo compararon con el producido por un niño sin este trastorno. Los resultados obtenidos recogen diferencias significativas que muestran un profundo deterioro del grupo con TDAH-C en todas las áreas analizadas (sentimientos y actitudes de los padres, vida social de la familia, relación de pareja, relaciones con los iguales y hermanos) con la única excepción del aspecto económico. La gravedad de las manifestaciones es importante hasta el punto de que los padres de los niños con TDAH-C confesaron que es más difícil vivir con él y que su presencia influye negativamente en la familia. Por lo tanto las demandas y la naturaleza intrusiva de los niños con TDAH provocan reacciones negativas de los otros miembros de la familia y exagera las

influencias disruptivas sobre la relación familiar y sobre el funcionamiento psicológico de los padres. Los padres de niños con TDAH-C perciben que este hijo afecta considerablemente a sus sentimientos y actitudes, de manera que les produce estrés y les hace sentir menos competentes como padres.

Familias con algún miembro con TND.

En el trastorno negativista desafiante no existen patrones familiares distintivos, pero se ha encontrado que muchos de los padres de niños con este trastorno están interesados de manera exagerada por el poder, el control y la autonomía. En algunas familias se han observado hermanos obstinados, madres deprimidas y controladoras y padres pasivo-agresivos; en algunos casos los chicos con este trastorno fueron niños no deseados (Kaplan & Sadock, 1999).

Se ha encontrado que los frecuentes conflictos matrimoniales pueden generar en el niño conductas agresivas incluso desde edades muy tempranas. Las pautas educativas e interacciones familiares parecen jugar también un importante papel; elementos como el rechazo paterno, la permisividad frente a la agresión, una agresiva tendencia a castigar, una deficiente comunicación padres e hijos y las relaciones agresivas con los hermanos, contribuyen a la aparición del TND de forma indirecta como directa (Caspi y colaboradores, 1996).

Familias con algún miembro con TD

Frecuentemente los niños y jóvenes con TD provienen de hogares deshechos por el divorcio de los padres o de matrimonios que están juntos físicamente pero no emocionalmente. Si bien se sabe que la ruptura familiar no es el factor desencadenante del TD, sino que es la lucha entre los padres lo que tiene efectos muy nocivos para los hijos, especialmente cuando se asocia a padres que abusan física y sexualmente de ellos. La relación que mantienen los padres de estos niños y jóvenes es poco estable; se caracteriza por una gran distancia emocional y casi nunca se dan muestras de afecto. Por otra parte, las actitudes morales y el comportamiento social que desean inculcar en sus hijos está lleno de dobles mensajes, por lo que el niño incorpora de manera distorsionada las normas morales y la capacidad para juzgar lo bueno y lo malo (Walsh F, 1982).

También se ha encontrado que la psicopatología en los padres (personalidad antisocial, alcoholismo, psicosis) es un factor importante; sin embargo, estos trastornos paternos son pasados por alto debido a que la conducta antisocial del hijo llama más la atención. En esta línea, la depresión materna ha sido reportada como una variable importante que interfiere en la habilidad de crianza de las madres, sin embargo,

Paterson (1986) encontró una asociación entre sintomatología depresiva en las madres y comportamiento agresivo en los niños a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Además se reportó que las madres de niños referidos clínicamente, consideraban que sus hijos eran más desobedientes y ellas se describían como más deprimidas que las madres de los niños normales.

Dumas, La Freniere & Serketich (1995) explican que la depresión puede tener una influencia causal en el cuidado materno, o que por el contrario puede ser que los niños con TD sean retardados y difíciles de manejar que provoquen que sus madres se depriman, lo que a su vez ocasionará un manejo indiscriminado y poco constante que incrementa el mal comportamiento del hijo. Se cierra así un círculo vicioso en el que las relaciones están matizadas por efectos negativos que se acrecentan día a día, en donde el niño no se siente querido y corrobora su sensación de rechazo; por su parte, la madre se siente inadecuada e incompetente para manejarlo.

Conclusión del marco teórico

Hablar de trastornos externalizados equivale a referirse a tres padecimientos: TDAH, TND y TC. Aunque son definidos cada uno individualmente, parece existir una importante semejanza y correlación entre ellos. Los síntomas de dichos trastornos se pueden agrupar en varios canales que van desde los aspectos más simples como la inatención, hasta aquellos más complejos y abiertamente violatorios, agresivos y delictivos. No obstante de tratarse de trastornos frecuentemente encontrados, en la actualidad no existen estadísticas confiables. En lo que se refiere a su etiología intervienen diversos factores orgánicos, hereditarios, familiares, psicológicos y socioculturales. Así mismo, las características especiales de estos jóvenes los convierte en objetos de desahogo de la tensión y agresión familiar lo que determina ciertas características del funcionamiento familiar. Con esta información se concluye la primera parte de este trabajo; a continuación se presenta el método de la presente investigación.

MÉTODO

En el presente capítulo se aborda la forma en que se realizó la investigación. En la primera parte se presentan la formulación del problema, los objetivos, el diseño del estudio, la definición de variables y se describen los instrumentos utilizados. Posteriormente se encuentra el procedimiento realizado, las características de la población estudiada, criterios de inclusión, exclusión y consideraciones éticas. Finalmente se describen los análisis realizados para la obtención de los resultados.

Formulación del problema

La necesidad de un diagnóstico oportuno y valoración de la intensidad de la psicopatología en la adolescencia es importante para el manejo de la misma. La oportunidad de una intervención temprana es vital ya que la adolescencia corresponde a una etapa de desarrollo y adquisición de habilidades para la autosuficiencia del individuo. Como es bien sabido, en muchos trastornos se tiene peor pronóstico si tiene una edad de inicio más temprana.

Los trastornos de conducta: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno disocial (TD), comprenden el grupo de los “trastornos externalizados”; desafortunadamente son un grupo de patologías que los adolescentes están presentando cada vez de forma más frecuente (Gómez, 2006). Dichos trastornos afectan principalmente su entorno, es decir, que causan un gran malestar en las personas que rodean al adolescente, ya que sus conductas interfieren negativamente con su desarrollo y dificultan el proceso de adaptación social.

Debido a esto, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” implementó un programa multi-modal para la detección y tratamiento oportuno de estudiantes de nivel medio de escuelas secundarias (públicas y privadas) que presenten patologías propias de la edad, entre ellas los trastornos externalizados.

Por lo tanto, el presente trabajo se desprende de un proyecto más amplio, del cual se propone analizar la sección de los *trastornos externalizados (TDAH, TND, TD)* y algunos factores que se ven relacionados en dichos trastornos como el *funcionamiento familiar* y la *severidad de los padecimientos*.

Objetivos

Objetivo General:

- ☛ Identificar si existe relación entre la severidad de los trastornos externalizados (TDAH, TND, TD) y el funcionamiento familiar en alumnos de siete secundarias del Distrito Federal (públicas y privadas).

Objetivos específicos:

- ☛ Identificar a los alumnos que sean probables con el instrumento *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)* (Mariño, 1998).
- ☛ Establecer el diagnóstico de los trastornos externalizados a través de la *Entrevista semi-estructurada (ESA)* (De la Peña, 1998).
- ☛ Establecer la severidad de los trastornos externalizados confirmados como casos, a través de la *Escala de evaluación de problemas externalizados para adolescentes y adultos jóvenes (EPE-AA)* (De la Peña 2004).
- ☛ Identificar el funcionamiento familiar con el *Cuestionario de Percepción Familiar (FF-SIL)* (Louro, 2004).
- ☛ Identificar se existe relación entre el funcionamiento familiar y la severidad de los padecimientos externalizados

Diseño del estudio

Es un estudio *expost- facto*, de tipo transversal descriptivo y correlacional (Hernández, Fernández & Baptista, 1991), donde se evaluaron estudiantes adolescentes de tres escuelas secundarias privadas y cuatro secundarias públicas del Distrito Federal.

Definición de variables

Definición teórica

- ☛ *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH):* Padecimiento neurobiológico que se caracteriza por síntomas de inatención, inquietud e impulsividad que interfieren significativamente en el funcionamiento normal de la persona que lo padece.
- ☛ *Trastorno negativista desafiante (TND):* Trastorno externalizado o de conducta también llamado trastorno oposicionista desafiante, su manifestación principal es el “oposicionismo” o “negativismo”, se diagnostica generalmente en la infancia o en la adolescencia.
- ☛ *Trastorno disocial (TD):* Trastorno externalizado o de conducta en el cual hay un patrón persistente y repetitivo de la violación a las reglas y normas de la familia, escuela y sociedad.
- ☛ *Severidad del trastorno:* Que tan complicada es la presencia del trastorno, de acuerdo a los tres niveles propuestos por el DSM-IV:

Leve. Son pocos, o ninguno, los síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico. Los síntomas no dan lugar sino a un ligero deterioro de la actividad social o laboral.

Moderado. Existen síntomas o deterioro funcional situados entre “leve” y “grave”.

Grave. Se detectan varios síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico, o distintos síntomas que son particularmente graves, o los síntomas dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral.

- ☛ *Funcionamiento familiar:* Conjunto de funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la familia fundamentalmente en los aspectos de: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol o papel y permeabilidad.
- ☛ *Edad del sujeto:* período entre la fecha de nacimiento y la fecha del último cumpleaños del sujeto.
- ☛ *Sexo:* condición biológica: hombre, mujer
- ☛ *Tipo de escuela:* pública o privada

Definición operacional

- ☛ *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH):* De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV.
- ☛ *Trastorno negativista desafiante (TND):* De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV.
- ☛ *Trastorno disocial (TD):* De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV.
- ☛ *Severidad del trastorno:* De acuerdo al número de síntomas y por la comorbilidad con otros trastornos externalizados. Para determinar la severidad del TDAH primeramente se obtuvieron los 20 reactivos de la escala EPE-AA que miden dicho trastorno, (cuadro 3). Esta es una escala tipo likert la cual consta de tres opciones de respuesta: nunca= 0; ocasionalmente= 1 y frecuentemente= 2. El máximo puntaje que se puede obtener en estos reactivos es 40 y el punto de corte se obtuvo dividiéndolo en tres (cuadro 4).

Cuadro 3. Reactivos de la escala EPE-AA que miden severidad de TDAH

Número de reactivo	Definición de reactivo
1	He tenido problemas para terminar las tareas escolares en la casa
2	He actuado como si tuviera un motor por dentro
4	He tenido problemas para concentrarme
5	He sido atento en los juegos
8	Te han dicho que parece que no escuchas cuando alguien te habla, es decir, no pusiste atención a lo que te decían
10	He sido organizado
12	He terminado las actividades que comienzo
13	Soy de los que habla mucho, mucho, mucho
15	He sido muy desesperado al esperar mi turno
17	He tenido problemas para seguir instrucciones
18	Me he entrometido o interrumpido las conversaciones o juegos de otros
19	He sido alguien que no pone atención y/o olvida donde deja las cosas (ejemplo, llaves, carteras, libros)
20	Me ha costado trabajo mantenerme sentado (ejemplo, al comer o al estar en clases)
21	He sido muy escandaloso
24	He actuado antes de pensar en lugar de pensar antes de actuar, es decir que no pienso lo que hago o digo
26	He perdido fácilmente las cosas
27	He interrumpido a otros cuando hablan, es decir que no espero a que ellos terminen por mi impaciencia a participar o contestar
28	He podido seguir instrucciones sin problemas
29	He sido muy intrépido o aventado, no mido el peligro
40	He puesto atención en clases sin problemas

Cuadro 4. Escala de severidad de TDAH

severidad	puntos de corte
leve	1- 13
moderado	14- 26
grave	27- 40

Para obtener la severidad del **TND** se identificaron los nueve reactivos que en la escala EPEAA miden este trastorno (cuadro 5), después se identificó el máximo puntaje que puede ser obtenido el cual es 18 y se dividió en tres (cuadro 6).

Cuadro 5. Reactivos de la escala EPE-AA que miden severidad de TND

Número de reactivo	Definición de reactivo
6	He discutido con los adultos
7	He cumplido las reglas en la casa y en la escuela
9	He tenido explosiones, pierdo el control
11	Me he enojado por cosas insignificantes
14	Me ha molestado que me ordenen hacer cosas, me he rehusado a obedecer a pesar que tuvieran razón
16	He hecho berrinches
22	He culpado a otros de mis errores de manera intencional, sabiendo que yo era responsable de ellos
23	He molestado sólo por molestar
25	He sido rencoroso y vengativo cuando alguien me hace algo o se burla de mí

Cuadro 6. Escala de severidad de TND

severidad	puntos de corte
leve	1- 6
moderado	7- 13
grave	14- 18

Para obtener la severidad del TD se identificaron los 15 reactivos que la escala de EPEAA contempla para dicho trastorno (cuadro 7). Para determinar la severidad de este trastorno se tomaron criterios diferentes a los dos trastornos anteriores, ya que existen grandes diferencias cualitativas entre los reactivos. Primeramente se obtuvieron los reactivos que caen en la categoría *de agresión a personas y animales*: (3) he iniciado peleas físicas, (34) he amenazado a otros para intimidar o simplemente porque me gusta que me tengan miedo, (36) he robado cara a cara, (39) he utilizado cuchillos, navajas o pistolas para herir a alguien (41) me he sobrepasado sexualmente, he llegado más lejos de lo que quería mi pareja. Si en cualquiera de estos reactivos contestaron 1 (ocasionalmente) se consideró una severidad moderada; mientras que si en cualquier reactivo contestaron 2 (frecuentemente) se consideró como una severidad grave.

Cuadro 7. Reactivos de la escala EPE-AA que miden severidad de TD

Número de reactivo	Definición de reactivo
3	He iniciado peleas físicas
30	Me he escapado de la casa siempre sin permiso y llegaba horas o incluso días después
31	He estado involucrado en problemas con la policía
32	He sido mentiroso
33	Me iba de pinta o me salía de la escuela cuando estaba en clases
34	He amenazado a otros para intimidar o simplemente porque me gusta que me tengan miedo
35	He robado sin que se den cuenta
36	He robado cara a cara
37	He destruido las cosas de los demás intencionalmente, por venganza
38	He provocado incendios o he quemado alguna pertenencia ajena sólo por molestar
39	He utilizado cuchillos, navajas o pistolas para herir a alguien
41	Me he sobrepasado sexualmente, he llegado más lejos de lo que quería mi pareja
42	He fumado
43	Me he puesto borracho
44	Me he drogado

En el apartado destrucción a la propiedad si en el reactivo 38 (he provocado incendios o he quemado alguna pertenencia ajena solo para molestar), contestaron 1 ó 2 se consideró como una severidad grave.

En el apartado de *robo*, si en el reactivo 35 (he robado sin que se den cuenta) y 36 (he robado cara a cara) contestaron 1 (ocasionalmente) se consideró como una severidad moderada, si contestaron 2 (frecuentemente) fue considerada como una severidad grave.

Para el apartado de *violaciones graves a las normas* si en el reactivo 33 (me iba de pinta o me salía de la escuela cuando estaba en clases), contestaron 1 (ocasionalmente) se consideró como una severidad leve, pero si contestaban 2 (frecuentemente) se consideró como una severidad grave. Si en el reactivo 30 (me he escapado de la casa siempre sin permiso y llegaba horas o incluso días después) y 31 (he estado involucrado en problemas con la policía), contestaron 1 ó 2 se consideró como una severidad grave.

Finalmente en el apartado de *adicciones* si en los reactivos 42 (he fumado), 43 (me he puesto borracho) y 44 (me he drogado) contestaron 1 (ocasionalmente) se consideró como severidad leve, si contestaron 2 (frecuentemente) se consideró como grave.

Para tener un mayor entendimiento de la severidad del TD se muestra el cuadro 8, donde se pueden apreciar todos los reactivos que miden TD en la escala EPE-AA y

se especifica su severidad: si contestaban uno en el reactivo correspondiente fue considerada una severidad moderada, pero si contestaba dos fue considerada una severidad grave. Los reactivos 38, 30 y 31 con la sólo presencia fue considerada una severidad grave.

Cuadro 8. Reactivos de la escala EPE-AA que miden severidad de TD

Número de reactivo	Definición de reactivo	Severidad	
		moderada (1)	grave (2)
3	He iniciado peleas físicas	x	x
34	He amenazado a otros para intimidar o simplemente porque me gusta que me tengan miedo	x	x
36	He robado cara a cara	x	x
39	He utilizado cuchillos, navajas o pistolas para herir a alguien	x	x
41	Me he sobrepasado sexualmente, he llegado más lejos de lo que quería mi pareja	x	x
38	He provocado incendios o he quemado alguna pertenencia ajena solo para molestar		x
35	He robado sin que se den cuenta	x	x
36	He robado cara a cara	x	x
33	Me iba de pinta o me salía de la escuela cuando estaba en clases	x	x
30	Me he escapado de la casa siempre sin permiso y llegaba horas o incluso días después		x
31	He estado involucrado en problemas con la policía		x
42	He fumado	x	x
43	Me he puesto borracho	x	x
44	Me he drogado	x	x

☛ *Funcionamiento familiar:* Se recodificaron las opciones de respuesta de la escala original la cual cuenta con cinco opciones: casi nunca (1); pocas veces (2); a veces (3); muchas veces (4); casi siempre (5). En el cuadro 9 se representa la remodificación de las respuestas.

Cuadro 9. Recodificación de las opciones de respuesta del cuestionario de funcionamiento de percepción familiar

valor anterior	recodificación
casi nunca	nunca (0)
pocas veces y a veces	a veces (1)
muchas veces y casi siempre	siempre (2)

El puntaje de la escala se obtuvo sumando la puntuación total por alumno

- ☛ *Edad del sujeto:* La edad que el alumno puso en el cuestionario tamizaje.
- ☛ *Sexo:* 1=hombre, 2= mujer

Instrumentos

- *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)*. Este instrumento fue desarrollado en los E.U.A. por el National Institute on Drug Abuse (NIDA), en el año 1991 con el fin de poder detectar oportunamente problemas específicos de los jóvenes que usan/abusan de las drogas. Es un instrumento que consta de 139 reactivos que evalúan 10 áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes que pueden verse afectadas por el uso de drogas: uso y abuso de sustancias, salud física, salud mental, relaciones familiares, relaciones con los amigos, nivel educativo, interés vocacional, habilidades sociales, entretenimiento y recreación, conducta agresiva/delincuencia. La capacidad del instrumento para diferenciar a los adolescentes con y sin problemas fue probada comparando 2 muestras: 310 adolescentes entre 13 y 19 años de edad que se encontraban en tratamiento y/o en dependencias de procuración de justicia con problemas relacionados con el uso de drogas y, una muestra de 1356 estudiantes de enseñanza media y media superior. El instrumento se probó mediante la comparación de las respuestas de una y otra muestra en cada una de las áreas (t-test) y de cada reactivo por separado (χ^2), además de la identificación de reactivos sesgados por medio de la correlación reactivo-total al interior de cada área. Los resultados indicaron que de los 139 reactivos originales, 81 de ellos (58.3%) que integran siete áreas del POSIT, funcionan de manera satisfactoria para detectar a los adolescentes mexicanos con problemas por el uso de drogas; cuarenta reactivos están considerados “red flags”, esto es, su sola presencia indica riesgo en el área que se encuentra. Las siete áreas de funcionamiento son: “uso y abuso de sustancias” ($\alpha=.8708$), “salud mental” ($\alpha=.8026$), “relaciones familiares” ($\alpha=.7458$), “relaciones con amigos” ($\alpha=.6473$), “nivel educativo” ($\alpha=.7319$), “interés vocacional” ($\alpha=.6430$) y “conducta agresiva/delincuencia” ($\alpha=.7032$).

El equipo clínico del presente proyecto determinó que el punto de corte para considerar “probables casos” fuera los alumnos que sus puntajes estuvieran arriba de una desviación estándar después de la media.

- ☛ *Entrevista semi-estructurada para adolescentes (ESA)* Es una entrevista semiestructurada desarrollada en la clínica de adolescentes del Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente, que como instrumento diagnóstico permite establecer las principales categorías señaladas dentro del DSM-IV. La ESA esta integrada por secciones partes: la primera corresponde a los datos de identificación general del adolescente y su padecimiento actual, en la segunda se explora síntoma por síntoma de las diferentes psicopatologías, en la tercera se interroga al padre sobre los antecedentes del paciente, en la cuarta se abordan los apartados de desarrollo sexual, abuso físico o sexual, consumo de alcohol y drogas y evaluación de funcionamiento psicosocial. La ESA abarca 17 categorías diagnósticas entre las que se incluyen los principales diagnósticos internalizados y externalizados, además de otros padecimientos, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los tics etc. Permite establecer diagnósticos en el momento actual, a lo largo de la vida, o bien la identificación de síntomas como rasgos en el paciente. Los coeficientes de correlación Kappa (K) en el estudio de confiabilidad interevaluador a la presencia del diagnóstico fueron: trastorno por déficit de atención (TDA) 0.75; trastorno disocial (TD) 0.97 y trastorno negativista desafiante (TND) 0.92. Los coeficientes de correlación Kappa (K) en el estudio de confiabilidad temporal (test -retest) fueron: TDAH 0.78, TD 0.85, TND 0.51. Los coeficientes de correlación K interevaluador para las principales categorías diagnósticas expresan un rango de 0.74 a 0.97 con una media de 0.85, estos resultados son muy similares a los que otros investigadores han reportado con diferentes entrevistas semiestructuradas (De la Peña 1998). Al comparar los coeficientes de correlación K de la ESA con entrevistas altamente estructuradas, para el conjunto de los padecimientos internalizados y externalizados encontramos una gran similitud.
- ☛ *Escala de evaluación de problemas externalizados para adolescentes y adultos jóvenes (EPE-AA)*. Esta escala fue diseñada dentro de la Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (De la Peña 2004), con el objetivo de contar con una herramienta que determinara la presencia y la severidad de los síntomas principales de los padecimientos del espectro externalizado: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno

negativista desafiante y trastorno disocial. Se realizó la evaluación de 640 pacientes del servicio de consulta externa.

- ☛ *Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)*. Este cuestionario fue elaborado en Cuba con el objetivo de contar con un instrumento que permitiera una valoración de la situación de salud del grupo familiar en las familias de las comunidades cubanas. Evalúa diversas categorías (Louro, 2004):

Cohesión: implica la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas (reactivos uno y ocho).

Armonía: se define como la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo (reactivos 2 y 13).

Comunicación: cuando los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa (reactivos 5 y 11).

Adaptabilidad: es la habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera (reactivos 6 y 10).

Afectividad: es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros (reactivos 4 y 14).

Rol o papel: es la función que cada miembro de la familia cumple, las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar (reactivos 3 y 9).

Permeabilidad: es la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones (reactivos 7 y 12).

Este instrumento evalúa el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de los miembros y su aplicación se realizará al miembro de la familia que, a criterio del equipo de salud, tenga capacidad para responderla, en condiciones de privacidad adecuadas.

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítem. La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado: Casi siempre 5,

muchas veces 4, a veces 3, pocas veces 2, casi nunca 1. El diagnóstico del funcionamiento según la puntuación total: Funcional de 70 a 57, moderadamente funcional 56 a 43, disfuncional 42 a 28 y severamente disfuncional de 27 a 14 puntos.

Procedimiento

El levantamiento de la muestra consistió en dos etapas:

En la primera etapa un coordinador externo (psiquiatra), capacitó a los encuestadores para llevar a cabo el levantamiento de la muestra, los encuestadores fueron pasantes de psicología y trabajo social, los cuales fueron previamente seleccionados por los coordinadores del proyecto. La capacitación de los entrevistadores consistió en:

- ☛ Conocer la importancia de la prevención de la salud mental en estudiantes adolescentes.
- ☛ Capacitación para el manejo de los diagnósticos psiquiátricos más comunes en la adolescencia.
- ☛ Brindar estrategias de cómo abordar a los maestros y estudiantes para invitarlos a participar en la investigación.
- ☛ Capacitación para el manejo y aplicación de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), se incluyeron a residentes de psiquiatría.

Para el levantamiento de la información se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- ☛ El coordinador externo del proyecto se puso en contacto con las escuelas para invitarlas a participar en el proyecto; cabe mencionar que algunas escuelas privadas no les interesó participar en el estudio.
- ☛ Una vez contactadas las escuelas que aceptaron participar, los coordinadores del proyecto se entrevistaron con los directores de las escuelas para explicarles el objetivo del estudio, en donde se les indicó que era necesario formar un comité interno en el cual participara el Sistema de Asistencia Educativa (SAE) de cada escuela, compuesto por médicos escolares, prefectos, orientadores, psicólogos y trabajadores sociales, el cual sería el contacto principal entre el Instituto y la escuela.

- ☛ Se impartieron cursos de psicoeducación sobre psicopatología y adicciones en adolescencia a miembros del comité en cada una de las escuelas.
- ☛ Con la ayuda de los miembros de los comités, los entrevistadores asistieron a cada uno de los salones de cada escuela para invitar a los alumnos a participar en el estudio, ese mismo día se les entregaron las cartas de consentimiento informado tanto para alumnos como para sus padres.
- ☛ El comité se encargó de recuperar las cartas de consentimiento de alumnos y padres.
- ☛ Una vez identificados a los alumnos que entregaron ambas cartas de consentimiento afirmativas se programó el día de la aplicación del tamizaje.
- ☛ Se aplicó el tamizaje a cada una de las escuelas.
- ☛ Se foliaron y capturaron los cuestionados en lector óptico y se creó una base de datos.
- ☛ Se analizaron los datos para obtener a los alumnos “probables casos”.
- ☛ Una vez identificados los alumnos “probables casos”, se entregaron los resultados a los alumnos en dos tipos de cartas: una de ellas fue para los alumnos que no reportaron ningún problema, en esta carta se les agradeció su participación. El segundo tipo de carta fue para aquellos alumnos en los cuales se detectó una probable psicopatología; en esta carta también se les agradeció su participación y se les pidió que se comunicaran al Instituto Nacional de Psiquiatría para programarles una cita para la aplicación de la Entrevista semiestructurada para adolescente.
- ☛ De los 319 probables casos solamente 3 alumnos hablaron para que se les programara la cita, por lo que se decidió llamarles por teléfono a cada uno para volverlos a invitar a seguir participando en el estudio. De esta manera fue como se consiguió que asistieran al Instituto Nacional de Psiquiatría para la aplicación de la ESA.

Se eligieron siete escuelas ubicadas en la zona sur de la Ciudad de México, abarcando una región que comprendió a las delegaciones políticas de Coyoacán, Magdalena Contreras, Tlalpan y Xochimilco, esto dada la vecindad de los planteles con el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, situación que facilitó la aplicación del tamizaje y posteriormente que los alumnos y sus padres asistieran al Instituto para la aplicación de la Entrevista semi-estructurada. Las escuelas fueron

contactadas verbalmente y por medio de la documentación pertinente a través de la Dirección General del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” y de manera coordinada con los investigadores del proyecto. Fueron tres escuelas privadas incorporadas a la Secretaría de Educación Pública (SEP) y cuatro de ellas pertenecientes al sistema SEP de educación pública u oficial.

Población de estudio

Características de la población inicial

Para la obtención de la muestra se realizó la aplicación del tamizaje a 1474 estudiantes de los cuales 752 pertenecían a escuelas públicas de éstos el 52% fueron hombres y el 48% mujeres. En las escuelas privadas se aplicaron 722 cuestionarios de los cuales el 56.2% fueron hombres y el 43.8% mujeres.

Características de la muestra de estudio

Después de la aplicación de los 1474 tamizajes se obtuvieron 319 “probables casos”, de los cuales 117 asistieron al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” para la aplicación de la Entrevista semi-estructurada para confirmar diagnóstico. Estos son los alumnos que se evaluaron en la siguiente etapa del proyecto.

Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión:

- ☛ Alumnos detectados como afectados mediante los instrumentos propios del estudio.
- ☛ Alumnos inscritos regularmente en sus correspondientes planteles.
- ☛ Edades comprendidas entre los 12 y los 18 años.
- ☛ Cuyos padres o tutores permitan su participación en el proyecto.
- ☛ Quienes deseen participar voluntariamente en el programa, sometiéndose a las indicaciones generales de los manejos médicos y terapéuticos.

Criterios de exclusión:

- ☛ Alumnos que no deseen participar en el estudio.
- ☛ Alumnos cuyos padres o tutores no den su anuencia para la participación de los alumnos en el programa.
- ☛ Alumnos que estén recibiendo algún otro manejo para alguna condición psicopatológica o adictológica, ya sea médico, psicológico o alternativo y que no se encuentren dispuestos a suspenderlo durante el estudio, dado que esto constituye un sesgo importante para el estudio más amplio.
- ☛ Alumnos que presenten alguna condición académica, civil o judicial que les impida su participación.

- ☛ Alumnos que por alguna circunstancia extraordinaria, representen un impedimento o problema para el funcionamiento del estudio en su conjunto.

Consideraciones éticas

- ☛ Se respetó la decisión de cada alumno de querer participar o no en el estudio, ya que fue de forma voluntaria.
- ☛ Toda la información fue confidencial, se les explicó que en caso de que estuviera en peligro el alumno o algún tercero, se rompería la confidencialidad. Dicha información se encontraba en la carta compromiso.
- ☛ Los resultados obtenidos de forma individual no se les proporcionó a las autoridades escolares, se entregaron reportes de manera global.
- ☛ A todos aquellos alumnos que presentaron algún problema de salud mental, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” les brindó el tratamiento de forma gratuita durante un año, esto incluyó, pruebas de laboratorio. Si algún alumno no deseaba tomar el tratamiento en la presente institución se les proporcionaron direcciones de otras instituciones o médicos.

Análisis que se realizaron

- ☛ Los análisis se dividieron en dos etapas, en la primera se obtuvieron los resultados del cuestionario tamizaje: frecuencias simples y porcentajes de respuesta. Dicho cuestionario se estudió de acuerdo a cada una de las áreas de funcionamiento que lo conforman, de las cuales se obtuvo el alpha de Cronbach y la estandarizada. Así mismo se realizaron nuevos análisis de confiabilidad al quitar los reactivos que correlacionaban negativamente.
- ☛ Se realizaron comparaciones del cuestionario tamizaje por escuelas: públicas y privadas a través de la prueba t de Student.
- ☛ En la segunda etapa se analizó la muestra considerada como “probables casos”, se obtuvieron frecuencias simples y porcentajes de los cuestionarios aplicados así como el alpha de Cronbach y la estandarizada.
- ☛ Se realizaron comparaciones por sexo a través de la prueba χ^2 .
- ☛ Finalmente se realizó una correlación con la prueba t de Student entre la variable de funcionamiento familiar y severidad de los trastornos externalizados.

RESULTADOS

Se trabajó con estudiantes adolescentes de tres escuelas secundarias privadas y cuatro secundarias públicas del sur del Distrito Federal todas ubicadas en zonas urbanas.

En las *escuelas públicas* se repartieron 984 cartas de consentimiento para alumnos y para padres de familia; de las cuales el 84.8% de alumnos y 77.4% de papás aceptaron participar. En las *escuelas privadas* se repartieron 1007 cartas de consentimiento, de las cuales el 81.4 % de alumnos y el 73.1% de los padres aceptaron participar. Para aplicar el tamizaje fue necesario contar con el consentimiento de ambos: alumnos y padres. En las escuelas públicas se obtuvieron 762 cartas de consentimiento afirmativas de ambos y en las privadas 737 cartas. Finalmente, en las escuelas públicas se aplicaron 752 tamizajes; ya que seis alumnos no asistieron el día de la aplicación, y cuatro no quisieron contestar el cuestionario. En las escuelas privadas se aplicaron 722 tamizajes; nueve alumnos no asistieron el día de la aplicación, y seis de ellos no quisieron contestar el cuestionario.

Características de la población inicial

Para la obtención de la población se realizó la aplicación del tamizaje a 1474 *estudiantes* de los cuales 752 alumnos fueron de escuela públicas: el 52% eran hombres y el 48% mujeres; en cuanto a la edad el 1.9% tenía 11 años; el 28.9%, 12 años; el 43.6%, 13 años; el 20.7%, 14 años; el 4.5%. 15 años; el 0.3%, 16 años y el 0.1% 17 años. En las escuelas privadas fueron 722 alumnos de los cuales el 56.2% eran hombres y el 43.8% mujeres; el 11.5% tenía 12 años; el 46.3%, 13 años; el 36.8%, 14 años; el 5.3%. 15 años y el 0.1% 16 años (tabla 1).

Una vez descritas las características generales de la población inicial se obtuvieron los porcentajes de cada uno de los reactivos del cuestionario tamizaje. Primeramente se presentan los porcentajes de la escala total; más adelante se describe cada una de las áreas de funcionamiento que la conforman (tabla 2).

Tabla 1. Características de la población de acuerdo al tipo de escuela

		Escuela (N=1474)			
		Pública (n=752)		Privada (n=722)	
		n	%	n	%
<i>Sexo</i>	Masculino	391	52.0	406	56.2
	Femenino	361	48.0	316	43.8
<i>Edad</i>	11	14	1.9	---	---
	12	217	28.9	83	11.5
	13	328	43.6	334	46.3
	14	156	20.7	266	36.8
	15	34	4.5	38	5.3
	16	2	0.3	1	0.1
	17	1	0.1	---	---

Tabla 2. Porcentajes de respuesta del POSIT: población total (N=1474)

Reactivos	No %	Si %
¿Eres arrogante?	83.7	16.3
¿Has tenido dificultades por que consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	98.6	1.4
¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?	74.3	25.7
¿Discuten demasiado tus tutores o padres?	80.8	19.2
¿Te cansas con frecuencia?	79.0	21.0
¿Te asustas con facilidad?	69.7	30.3
¿Tienes menos energía de la que crees deberías tener?	72.8	27.2
¿Te sientes frustrado con facilidad?	81.0	19.0
¿Amenazas a otros con hacerles daño?	92.1	7.9
¿Te sientes solo la mayor parte del tiempo?	83.5	16.5
¿Dices groserías o vulgaridades?	37.2	62.8
¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?	71.2	28.8
¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?	79.0	21.0
¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enojan contigo?	79.0	21.0
¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?	62.1	37.9
¿Has tenido un trabajo eventual con sueldo?	81.0	19.0
¿Te has hecho daño o les has hecho daño a otras personas accidental mente estando bajo alcohol o de drogas?	97.4	2.6
¿Tienes buena ortografía?	46.3	53.7
¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?	65.1	34.9
¿La mayoría de las veces saben tus padres o tutores lo que están haciendo?	86.3	13.7
¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque haz gastado demasiado en drogas o bebidas alcohólicas?	98.1	1.9
¿Participas en demasiadas actividades en compañía de tus padres o tutores?	58.7	41.3
¿Te sientes nervioso la mayor parte del tiempo?	78.5	21.5
¿Has robado alguna vez?	70.8	29.2
¿Has sentido que eres adicto al alcohol o a las drogas?	98.0	2.0
¿Sabes leer bien?	87.2	12.8
¿Has estado ausente o has llegado tarde a tu escuela con frecuencia?	78.0	22.0
¿Siente que la gente están en contra tuya?	81.0	19.0
¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	96.6	3.4
¿Pelan a menudo o muchas veces?	82.5	17.5
¿Tienes mal genio?	61.0	39.0
¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando lea hablas?	89.5	10.5

Tabla 2. Continuación de porcentajes de respuesta POSIT, población total (N=1474).

Reactivos	No %	Si %
¿Has empezado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para tener el efecto que deseas?	98.4	1.6
¿Te dice la gente que eres descuidado?	54.9	45.1
¿Eres muy necio?	66.0	34.0
¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?	85.8	14.2
¿Has amenazado alguna vez a alguien con una arma?	96.9	3.1
¿Te vas a veces a las fiestas por que no hay en ellas bebidas alcohólicas?	93.8	6.2
¿Saben tus padres o tutores como piensas o te sientes realmente?	60.0	40.0
¿Actúas impulsivamente con frecuencia?	74.0	26.0
¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas?	97.1	2.9
¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?	84.8	15.2
¿Tienes dificultades para concentrarte?	63.8	36.2
¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?	89.1	10.9
¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores levantando la voz o gritando?	72.8	27.2
¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o drogas?	99.0	1.0
¿Olvidas lo que haces cuando bebes?	97.3	2.7
¿El mes pasado manejaste un automóvil estando borracho o drogado?	99.2	0.8
¿Levantas la voz más que los muchachos de tu edad?	73.9	26.1
¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?	86.0	14.0
¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?	95.4	4.6
¿Les gusta a tus padres o tutore hablar y estar contigo?	89.3	10.7
¿Has pasando alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran donde estabas?	92.4	7.6
¿El uso del alcohol o las drogas te producen cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento a estar triste o viceversa?	94.1	5.9
¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?	82.7	17.3
¿Pierdes días de clases o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas?	99.5	0.5
¿Te han dicho algunas veces tus familiares o amigos que deben reducir el consumo de bebidas alcohólicas?	93.9	6.1
¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?	95.8	4.2
¿Molestas muchos a tus amigos?	83.5	16.5
¿Tienes dificultades para dormir?	79.8	20.2
¿Tienes dificultades con trabajos escritos?	79.0	21.0
¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido ha hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o tener relaciones sexuales con alguien?	97.5	2.5
¿Sientes que a veces pierdes el control de ti mismo y terminas pelando?	70.2	29.8
¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?	93.3	6.7
¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas que consumes?	98.8	1.2
¿Tienes dificultades al seguir instrucciones?	78.0	22.0
¿Tienes amigos que han amenazado o golpeado sin razón?	68.8	31.2
¿Has tenido el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	97.5	2.5
¿Tienes buena memoria?	67.2	32.8
¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?	21.5	78.5
¿Están tus padres o tutores de acuerdo en como te deben educar?	20.4	79.6
¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?	74.6	25.4
¿Falta tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?	80.0	20.0
¿Te hace sentir la escuela estúpido a veces?	81.8	18.2
¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?	75.8	24.2
¿Te da miedo estar con la gente?	94.4	5.6
¿Tienes amigos que han robado?	67.9	32.1

Tabla 2. Continuación de porcentajes de respuesta POSIT, población total (N=1474).

Reactivos	No %	Si %
¿Has reprobado algún año en la escuela?	90.5	9.5
¿Es difícil la escuela para ti?	76.3	23.7
¿Eres una persona nerviosa de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?	70.4	29.6
¿Gritas mucho?	70.1	29.9

Se aplicó el alpha de Cronbach para saber si la confiabilidad de la escala total era la adecuada para esta población, obteniéndose una alpha de .898 y una estandarizada de .896. Dos reactivos se correlacionaron de forma negativa y si se borran de la escala el alpha subía ligeramente, sin embargo, se decidió dejarlos pues no afectaban en gran manera el alpha y para saber como se comportaban en el análisis de las subescalas (tabla 3).

Tabla 3. Confiabilidad del POSIT, población total (N=1474)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Eres arrogante?	.1602 (.36693)	.271	.897
¿Has tenido dificultades por que consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	.0129 (.11308)	.161	.898
¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?	.2443 (.42987)	.280	.897
¿Discuten demasiado tus tutores o padres?	.1877 (.39063)	.334	.896
¿Te cansas con frecuencia?	.2055 (.40423)	.393	.896
¿Te asustas con facilidad?	.3034 (.45991)	.259	.897
¿Tienes menos energía de la que crees deberías tener?	.2581 (.43776)	.374	.896
¿Te sientes frustrado con facilidad?	.1853 (.38868)	.428	.895
¿Amenazas a otros con hacerles daño?	.0777 (.26776)	.252	.897
¿Te sientes solo la mayor parte del tiempo?	.1610 (.36768)	.430	.895
¿Dices groserías o vulgaridades?	.6424 (.47949)	.328	.896
¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?	.2783 (.44835)	.273	.897
¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?	.2015 (.40125)	.250	.897
¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enojan contigo?	.2079 (.40599)	.296	.897
¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?	.3819 (.48604)	.513	.894
¿Has tenido un trabajo eventual con sueldo?	.1820 (.38603)	.202	.897
¿Te has hecho daño o les has hecho daño a otras personas accidental mente estando bajo alcohol o de drogas?	.0243 (.15395)	.188	.897

Tabla 3. Continuación de confiabilidad del POSIT, población total (N=1474).

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Tienes buena ortografía?	.5299 (.49931)	.168	.898
¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?	.3463 (.47598)	.346	.896
¿La mayoría de las veces saben tus padres o tutores lo que están haciendo?	.1319 (.33849)	.323	.896
¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque haz gastado demasiado en drogas o bebidas alcohólicas?	.0186 (.13519)	.107	.898
¿Participas en demasiadas actividades en compañía de tus padres o tutores?	.4150 (.49293)	.298	.897
¿Te sientes nervioso la mayor parte del tiempo?	.2071 (.40541)	.416	.895
¿Has robado alguna vez?	.2880 (.45303)	.314	.896
¿Has sentido que eres adicto al alcohol o a las drogas?	.0178 (.13228)	.163	.897
¿Sabes leer bien?	.1238 (.32947)	.211	.897
¿Has estado ausente o has llegado tarde a tu escuela con frecuencia?	.2152 (.41113)	.324	.896
¿Siente que la gente están en contra tuya?	.1861 (.38933)	.454	.895
¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	.0275 (.16362)	.223	.897
¿Pelan a menudo o muchas veces?	.1691 (.37499)	.418	.895
¿Tienes mal genio?	.3867 (.48720)	.381	.896
¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando lea hablas?	.1028 (.30376)	.251	.897
¿Has empezado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para tener el efecto que deseas?	.0170 (.12929)	.169	.897
¿Te dice la gente que eres descuidado?	.4434 (.49698)	.435	.895
¿Eres muy necio?	.3350 (.47216)	.389	.896
¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?	.1367 (.34370)	.222	.897
¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?	.0291 (.16823)	.145	.898
¿Te vas a veces a las fiestas por que no hay en ellas bebidas alcohólicas?	.0566 (.23124)	.229	.897
¿Saben tus padres o tutores como piensas o te sientes realmente?	.4005 (.49020)	.398	.895
¿Actúas impulsivamente con frecuencia?	.2581 (.43776)	.486	.895
¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas?	.0243 (.15395)	.218	.897
¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?	.1448 (.35206)	.457	.895
¿Tienes dificultades para concentrarte?	.3633 (.48114)	.476	.895
¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?	.1019 (.30269)	.162	.898
¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores levantando la voz o gritando?	.2783 (.44835)	.460	.895
¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o drogas?	.0097 (.09809)	.088	.898
¿Olvidas lo que haces cuando bebes?	.0259 (.15887)	.193	.897

Tabla 3. Continuación de confiabilidad del POSIT, población total (N=1474).

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
-----------	-----------------------------	--------------------------------	----------------------------

¿El mes pasado manejaste un automóvil estando borracho o drogado?	.0065 (.08022)	.140	.898
¿Levantas la voz más que los muchachos de tu edad?	.2565 (.43686)	.403	.895
¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?	.1367 (.34370)	.312	.896
¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?	.0340 (.18125)	.158	.897
¿Les gusta a tus padres o tutores hablar y estar contigo?	.1036 (.30481)	.263	.897
¿Has pasando alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran donde estabas?	.0672 (.25039)	.286	.897
¿El uso del alcohol o las drogas te producen cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento a estar triste, o viceversa?	.0558 (.22968)	.307	.897
¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?	.1691 (.37499)	.500	.895
¿Pierdes días de clases o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas?	.0049 (.06953)	.116	.898
¿Te han dicho algunas veces tus familiares o amigos que deben reducir el consumo de bebidas alcohólicas?	.0518 (.22167)	.172	.897
¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?	.0437 (.20449)	.156	.897
¿Molestas muchos a tus amigos?	.1578 (.36467)	.348	.896
¿Tienes dificultades para dormir?	.1958 (.39697)	.343	.896
¿Tienes dificultades con trabajos escritos?	.2104 (.40773)	.378	.896
¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o tener relaciones sexuales con alguien?	.0235 (.15143)	.277	.897
¿Sientes que a veces pierdes el control de ti mismo y terminas pelando?	.2913 (.45453)	.454	.895
¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?	.0623 (.24179)	.239	.897
¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas que consumes?	.0113 (.10587)	.141	.898
¿Tienes dificultades al seguir instrucciones?	.2160 (.41169)	.525	.894
¿Tienes amigos que han amenazado o golpeado sin razón?	.2969 (.45709)	.365	.896
¿Has tenido el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	.0210 (.14356)	.182	.897
¿Tienes buena memoria?	.3196 (.46650)	.363	.896
¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?	.7905 (.40715)	-.372	.903
¿Están tus padres o tutores de acuerdo en como te deben educar?	.8026 (.39821)	-.233	.901
¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?	.2484 (.43225)	.379	.896
¿Falta tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?	.1893 (.39192)	.266	.897

Tabla 3. Continuación de confiabilidad del POSIT, población total (N=1474).

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Te hace sentir la escuela estúpido a veces?	.1699 (.37570)	.408	.896
¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?	.2330 (.42292)	.394	.896
¿Te da miedo estar con la gente?	.0518 (.22167)	.290	.897

¿Tienes amigos que han robado?	.3163 (.46524)	.338	.896
¿Has reprobado algún año en la escuela?	.0874 (.28250)	.239	.897
¿Es difícil la escuela para ti?	.2395 (.42694)	.422	.895
¿Eres una persona nerviosa de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?	.2880 (.45303)	.389	.896
¿Gritas mucho?	.2856 (.45188)	.400	.895
Alpha Cronbach: .898 Alpha estandarizada: .896			

A continuación se presentan los porcentajes según las diferentes áreas de funcionamiento que conforman el instrumento de tamizaje.

Primeramente se presenta el *área de funcionamiento de uso/abuso de sustancias* la cual consta de 17 reactivos los cuales son considerados “*red flags*”. El 6.2% reportó que a veces se va de las fiestas por que no hay en ellas bebidas alcohólicas; el 2.9% ha sentido un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas; el 5.9% ha sentido que el uso del alcohol o las drogas le producen cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento a estar triste; al 6.1% le han dicho algunas veces sus familiares o amigos que deben reducir el consumo de bebidas alcohólicas; el 4.2% discute seriamente con sus amigos o familiares por el uso que hace de las bebidas alcohólicas o drogas (tabla 4).

Se aplicó el alpha de Cronbach en ésta área de uso /abuso de sustancias para saber si la confiabilidad era la adecuada para esta población, obteniéndose una alpha de .738 y una estandarizada de .755. Todos los reactivos correlacionaron positivamente, se decidió dejar todos los reactivos ya que la anulación de alguno de ellos no mejoraba considerablemente el alpha (tabla 5).

Tabla 4: Porcentajes del área de funcionamiento de uso/abuso de sustancias (POSIT)
(N=1474)

Reactivos	No %	Si %
¿Has tenido dificultades por que consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	98.6	1.4
¿Te has hecho daño o les has hecho daño a otras personas accidental mente estando bajo alcohol o de drogas?	97.4	2.6
¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque haz gastado demasiado en drogas o bebidas alcohólicas?	98.1	1.9
¿Has sentido que eres adicto al alcohol o a las drogas?	98.0	2.0
¿Has empezado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para tener el efecto que deseas?	98.4	1.6
¿Te vas a veces a las fiestas por que no hay en ellas bebidas alcohólicas?	93.8	6.2
¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas?	97.1	2.9
¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o drogas?	99.0	1.0
¿Olvidas lo que haces cuando bebes?	97.3	2.7
¿El mes pasado manejaste un automóvil estando borracho o drogado?	99.2	0.8
¿El uso del alcohol o las drogas te producen cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento a estar triste, o viceversa?	94.1	5.9
¿Pierdes días de clases o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas?	99.5	0.5
¿Te han dicho algunas veces tus familiares o amigos que deben reducir el consumo de bebidas alcohólicas?	93.9	6.1
¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?	95.8	4.2
¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido ha hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o tener relaciones sexuales con alguien?	97.5	2.5
¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas que consumes?	98.8	1.2
¿Has tenido el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	97.5	2.5

Tabla 5. POSIT, confiabilidad del área de funcionamiento de uso/abuso de sustancias
(N=1474)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Has tenido dificultades por que consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	.0141 (.11796)	.287	.730
¿Te has hecho daño o les has hecho daño a otras personas accidental mente estando bajo alcohol o de drogas?	.0261 (.15947)	.384	.721
¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque haz gastado demasiado en drogas o bebidas alcohólicas?	.0190 (.13672)	.332	.726
¿Has sentido que eres adicto al alcohol o a las drogas?	.0190 (.13672)	.332	.726
¿Has empezado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para tener el efecto que deseas?	.0162 (.12637)	.337	.726
¿Te vas a veces a las fiestas por que no hay en ellas bebidas alcohólicas?	.0621 (.24135)	.326	.731
¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas?	.0268 (.16155)	.284	.730
¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o drogas?	.0092 (.09534)	.230	.734
¿Olvidas lo que haces cuando bebes?	.0261 (.15947)	.380	.721
¿El mes pasado manejaste un automóvil estando borracho o drogado?	.0085 (.09163)	.317	.730

Tabla 5. Continuación de POSIT, confiabilidad del área de funcionamiento de uso/abuso de sustancias.

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿El uso del alcohol o las drogas te producen cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento a estar triste, o viceversa?	.0585 (.23483)	.464	.711
¿Pierdes días de clases o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas?	.0056 (.07493)	.318	.731
¿Te han dicho algunas veces tus familiares o amigos que deben reducir el consumo de bebidas alcohólicas?	.0592 (.23615)	.340	.728
¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?	.0416 (.19976)	.270	.734
¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o tener relaciones sexuales con alguien?	.0247 (.15521)	.432	.717
¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas que consumes?	.0120 (.10887)	.329	.728
¿Has tenido el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	.0219 (.14628)	.330	.726
Alpha Cronbach: .738 Alpha estandarizada: .755			

En el área de *funcionamiento de salud mental compuesta por 16 reactivos*, el 30.3% se asusta con facilidad; el 37.9% actúa impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán sus actos; el 26% actúa impulsivamente con frecuencia; el 36.2% tiene dificultades para concentrarse; el 29.8% siente que a veces pierde el control de si mismo y termina pelando; el 22% tiene dificultades al seguir instrucciones y el 29.6% es una persona nerviosa de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo (tabla 6).

En la confiabilidad del área de funcionamiento de salud mental se aplicó el alpha de Cronbach para saber si la confiabilidad de la escala era la adecuada para esta población, y se obtuvo una alpha de .810 y una estandarizada de .800. Todos los reactivos correlacionaron positivamente por lo que se dejaron todos los reactivos (tabla7).

Tabla 6. Porcentajes del área de funcionamiento de salud mental (POSIT)
(N=1474)

Reactivos	No (%)	Si (%)
¿Te cansas con frecuencia?	79.0	21.0
¿Te asustas con facilidad?	69.7	30.3
¿Te sientes frustrado con facilidad?	81.0	19.0
¿Te sientes solo la mayor parte del tiempo?	83.5	16.5
¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?	62.1	37.9
¿Te sientes nervioso la mayor parte del tiempo?	78.5	21.5
¿Siente que la gente están en contra tuya?	81.0	19.0
¿Actúas impulsivamente con frecuencia?	74.0	26.0
¿Tienes dificultades para concentrarte?	63.8	36.2
¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?	82.7	17.3
¿Tienes dificultades para dormir?	79.8	20.2
¿Sientes que a veces pierdes el control de ti mismo y terminas pelando?	70.2	29.8
¿Tienes dificultades al seguir instrucciones?	78.0	22.0
¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?	75.8	24.2
¿Te da miedo estar con la gente?	94.4	5.6
¿Eres una persona nerviosa de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?	70.4	29.6

Tabla 7. POSIT, confiabilidad del área de funcionamiento de salud mental
(N=1474)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Te cansas con frecuencia?	.2102 (.40756)	.444	.798
¿Te asustas con facilidad?	.3025 (.45952)	.357	.804
¿Te sientes frustrado con facilidad?	.1890 (.39165)	.455	.797
¿Te sientes solo la mayor parte del tiempo?	.1657 (.37197)	.435	.799
¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?	.3780 (.48506)	.449	.797
¿Te sientes nervioso la mayor parte del tiempo?	.2144 (.41054)	.478	.795
¿Siente que la gente están en contra tuya?	.1904 (.39276)	.460	.797
¿Actúas impulsivamente con frecuencia?	.2602 (.43891)	.423	.799
¿Tienes dificultades para concentrarte?	.3646 (.48149)	.466	.796
¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?	.0049 (.07011)	.036	.814
¿Tienes dificultades para dormir?	.2010 (.40088)	.371	.802
¿Sientes que a veces pierdes el control de ti mismo y terminas pelando?	.2983 (.45768)	.444	.798
¿Tienes dificultades al seguir instrucciones?	.2186 (.41345)	.469	.796
¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?	.2426 (.42880)	.470	.796
¿Te da miedo estar con la gente?	.0557 (.22945)	.281	.808
¿Eres una persona nerviosa de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?	.2934 (.45547)	.398	.801
Alpha Cronbach: .810 Alpha estandarizada: .800			

En el *área de funcionamiento de relaciones familiares* compuesta por 10 reactivos, en ésta área el 19.2% de los adolescentes reportó que discuten demasiado con sus tutores o padres; el 21% sus padres se niegan a hablarle cuando se enojan con él; el 86.3% la mayoría de las veces los padres no saben lo que están haciendo sus hijos; el 58.7% no participa en muchas actividades en compañía de sus padres; al 89.5% no le prestan atención sus padres cuando les hablan; el 60% no saben sus padres como piensan o lo que sienten realmente; el

27.2% discute frecuentemente con sus padres o tutores levantando la voz o gritando; el 89.3% no le gusta a sus padres o tutores hablar y estar con el adolescente; el 21.5% sus padres o tutores no tienen una idea relativamente buena de lo que le interesa a su hijo y el 20.4% sus padres o tutores no están de acuerdo en como deben educarlo (tabla 8).

Tabla 8. Porcentajes del área de funcionamiento de relaciones familiares (POSIT) (N=1474)

Reactivos	No (%)	Si (%)
¿Discuten demasiado tus tutores o padres?	80.8	19.2
¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enojan contigo?	79.0	21.0
¿La mayoría de las veces saben tus padres o tutores lo que están haciendo?	86.3	13.7
¿Participas en demasiadas actividades en compañía de tus padres o tutores?	58.7	41.3
¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando lea hablas?	89.5	10.5
¿Saben tus padres o tutores como piensas o te sientes realmente?	60.0	40.0
¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores levantando la voz o gritando?	72.8	27.2
¿Les gusta a tus padres o tutores hablar y estar contigo?	89.3	10.7
¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?	21.5	78.5
¿Están tus padres o tutores de acuerdo en como te deben educar?	20.4	79.6

En la confiabilidad del área de funcionamiento de relaciones familiares se aplicó el alpha de Cronbach para saber si la confiabilidad de la escala era la adecuada para esta población, y se obtuvo una alpha de Cronbach de .372 y una estandarizada de .384 (tabla 9). Dos reactivos correlacionaron negativamente, por lo que se realizó nuevamente el análisis sin estos reactivos para ver como se comportaba la escala (tabla 10).

Tabla 9. POSIT: Confiabilidad del área de funcionamiento de relaciones familiares (N=1474)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Discuten demasiado tus tutores o padres?	.1931 (.39490)	.301	.280
¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enojan contigo?	.2106 (.40790)	.265	.293
¿La mayoría de las veces saben tus padres o tutores lo que están haciendo?	.1393 (.34634)	.248	.309
¿Participas en demasiadas actividades en compañía de tus padres o tutores?	.4115 (.49227)	.291	.268
¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando lea hablas?	.1050 (.30662)	.303	.297
¿Saben tus padres o tutores como piensas o te sientes realmente?	.3996 (.48998)	.297	.265
¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores levantando la voz o gritando?	.2736 (.44597)	.344	.248

Tabla 9. Continuación de POSIT: Confiabilidad del área de funcionamiento de relaciones familiares.

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Les gusta a tus padres o tutore hablar y estar contigo?	.1085 (.31108)	.293	.300
¿Tienen tus padres o tutores una idea	.7873 (.40939)	-.446	.558

relativamente buena de lo que te interesa?			
¿Están tus padres o tutores de acuerdo en como te deben educar?	.7978 (.40181)	-.265	.497
Alpha Cronbach: .372 Alpha estandarizada: .384			

Tabla 10. POSIT: Confiabilidad del área de funcionamiento de relaciones familiares, sin dos reactivos (N=1474)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Discuten demasiado tus tutores o padres?	.1931 (.39490)	.334	.657
¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enojan contigo?	.2106 (.40790)	.324	.660
¿La mayoría de las veces saben tus padres o tutores lo que están haciendo?	.1393 (.34634)	.310	.662
¿Participas en demasiadas actividades en compañía de tus padres o tutores?	.4115 (.49227)	.385	.647
¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando lea hablas?	.1050 (.30662)	.377	.651
¿Saben tus padres o tutores como piensas o te sientes realmente?	.3996 (.48998)	.452	.627
¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores levantando la voz o gritando?	.2736 (.44597)	.399	.642
¿Les gusta a tus padres o tutore hablar y estar contigo?	.1085 (.31108)	.417	.643
Alpha Cronbach: .679 Alpha estandarizada: .686			

Al realizar el análisis sin los dos reactivos que correlacionaban negativamente, efectivamente sube el alpha de esta área, obteniéndose un alpha de Cronbach de .679 y la estandarizada de .686.

En el *área de funcionamiento de relaciones con amigos*, la cual consta de siete reactivos considerados en la escala original todos como “red flags”, se encontró que el 25.7% se aburren sus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas; el 79% no son los amigos del agrado de sus padres; el 34.9% tiene amigos que causan daño o destrucción intencionalmente; el 31.2% tienen amigos que han amenazado o golpeado sin razón y el 32.1% tienen amigos que han robado (tabla 11).

Tabla 11. Porcentajes del área de funcionamiento de relaciones con amigos (POSIT)

(N=1474)

Reactivos	No	Si
¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?	74.3	25.7
¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?	79.0	21.0
¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?	65.1	34.9
¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	96.6	3.4
¿Tienes amigos que han amenazado o golpeado sin razón?	68.8	31.2
¿Falta tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?	80.0	20.0
¿Tienes amigos que han robado?	67.9	32.1

En la confiabilidad del área de funcionamiento de relaciones con amigos se aplicó el alpha de Cronbach para saber si la confiabilidad de la escala era la adecuada para esta población, y se obtuvo una alpha de .604 y una estandarizada de .610. Todos los reactivos correlacionaron positivamente, se dejaron todos los reactivos ya que la eliminación de alguno de ellos no mejoraba el puntaje (tabla 12).

En el *área de funcionamiento de nivel educativo*, la cual consta de 16 reactivos, se encontró que el 71.2% no escucha cuidadosamente cuando alguien le habla; el 37.9% actúa impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán sus actos; el 53.7% tiene mala ortografía; el 87.2% no sabe leer bien, al 45.1% le dice la gente que es descuidado; el 26% actúa impulsivamente con frecuencia; el 15.2% pierde el hilo del pensamiento con mucha frecuencia; el 21% tienes dificultades con trabajos escritos; el 22% tienes dificultades al seguir instrucciones; el 67.2% tiene mala memoria; al 25.4% se le hace difícil hacer planes u organizar sus actividades y al 18.2% la escuela lo hace sentir a veces estúpido (tabla 13).

Tabla 12. POSIT: Confiabilidad del área de funcionamiento de relaciones con amigos (N=1474)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?	.2553 (.43621)	.254	.590
¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?	.2105 (.40780)	.188	.610
¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?	.3492 (.47688)	.422	.526
¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	.0345 (.18259)	.233	.598
¿Tienes amigos que han amenazado o golpeado sin razón?	.3106 (.46288)	.451	.515
¿Falta tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?	.2001 (.40024)	.300	.573
¿Tienes amigos que han robado?	.3230 (.46778)	.407	.533
Alpha Cronbach: .604 Alpha estandarizada: .610			

Tabla 13. Porcentajes del área de funcionamiento de nivel educativo (POSIT)

(N=1474)

Reactivos	No (%)	Si (%)
¿Tienes menos energía de la que crees deberías tener?	72.8	27.2
¿Te sientes frustrado con facilidad?	81.0	19.0
¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?	71.2	28.8
¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?	62.1	37.9
¿Tienes buena ortografía?	46.3	53.7
¿Sabes leer bien?	87.2	12.8
¿Te dice la gente que eres descuidado?	54.9	45.1
¿Actúas impulsivamente con frecuencia?	74.0	26.0
¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?	84.8	15.2
¿Tienes dificultades con trabajos escritos?	79.0	21.0
¿Tienes dificultades al seguir instrucciones?	78.0	22.0
¿Tienes buena memoria?	67.2	32.8
¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?	74.6	25.4
¿Te hace sentir la escuela estúpido a veces?	81.8	18.2
¿Es difícil la escuela para ti?	76.3	23.7
¿Eres una persona nerviosa de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?	70.4	29.6

En la confiabilidad del área de funcionamiento de nivel educativo se aplicó el alpha de Cronbach para saber si la confiabilidad de la escala era la adecuada para esta población, y se obtuvo una alpha de .786 y una estandarizada de .788. Todos los reactivos correlacionaron positivamente, se dejaron todos los reactivos ya que la eliminación de alguno de ellos no mejoraba el puntaje (tabla 14).

Tabla 14. POSIT: Confiabilidad del área de funcionamiento de nivel educativo,

(N=1474)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Tienes menos energía de la que crees deberías tener?	.2696 (.44389)	.331	.779
¿Te sientes frustrado con facilidad?	.1871 (.39009)	.388	.775
¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?	.2845 (.45133)	.303	.781
¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?	.3812 (.48586)	.455	.769
¿Tienes buena ortografía?	.5327 (.49911)	.203	.791
¿Sabes leer bien?	.1266 (.33264)	.212	.786
¿Te dice la gente que eres descuidado?	.4467 (.49732)	.442	.770
¿Actúas impulsivamente con frecuencia?	.2624 (.44012)	.404	.773
¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?	.1486 (.35587)	.457	.771
¿Tienes dificultades con trabajos escritos?	.2119 (.40883)	.422	.772
¿Tienes dificultades al seguir instrucciones?	.2183 (.41327)	.525	.764
¿Tienes buena memoria?	.3250 (.46855)	.415	.772

Tabla 14. Continuación: POSIT, Confiabilidad del área de funcionamiento de nivel educativo.

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Se te hace difícil hacer planes u organizar	.2532 (.43500)	.412	.773

tus actividades?			
¿Te hace sentir la escuela estúpido a veces?	.1807 (.38487)	.372	.776
¿Es difícil la escuela para ti?	.2397 (.42704)	.443	.770
¿Eres una persona nerviosa de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?	.2980 (.45755)	.353	.777
Alpha Cronbach: .786 Alpha estandarizada: .788			

En el *área de funcionamiento de interés laboral*, la cual consta de seis reactivos, se encontró que el 19% ha tenido un trabajo eventual con sueldo; el 14.2% ha tenido alguna vez o tiene actualmente un empleo y el 10.9% ha tenido alguna vez un empleo con sueldo que ha durado por lo menos un mes (tabla 15).

Tabla 15. Porcentajes del área de funcionamiento de interés laboral (POSIT), (N=1474)

Reactivos	No (%)	Si (%)
¿Has tenido un trabajo eventual con sueldo?	81.0	19.0
¿Has estado ausente o has llegado tarde a tu escuela con frecuencia?	78.0	22.0
¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?	85.8	14.2
¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?	89.1	10.9
¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?	95.4	4.6
¿Has reprobado algún año en la escuela?	90.5	9.5

En la confiabilidad del área de funcionamiento de interés laboral se aplicó el alpha de Cronbach para saber si la confiabilidad de la escala era la adecuada para esta población, y se obtuvo una alpha de .634 y una estandarizada de .638. Todos los reactivos correlacionaron positivamente, se dejaron todos los reactivos ya que la eliminación de alguno de ellos no mejoraba el puntaje (tabla 16).

Tabla 16. POSIT: Confiabilidad del área de interés laboral, (N=1474)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Has tenido un trabajo eventual con sueldo?	.1900 (.39242)	.557	.501
¿Has estado ausente o has llegado tarde a tu escuela con frecuencia?	.2202 (.41450)	.151	.691
¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?	.1427 (.34985)	.615	.482
¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?	.1084 (.31095)	.488	.546
¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?	.0466 (.21094)	.265	.625
¿Has reprobado algún año en la escuela?	.0953 (.29378)	.200	.644
Alpha Cronbach: .634 Alpha estandarizada: .638			

En el *área de funcionamiento de conducta agresiva/delincuencial*, la cual consta de 14 reactivos, se encontró que el 62.8% dice groserías o vulgaridades; el 29.2% ha robado alguna vez; el 39% tiene mal genio; el 3.1% has amenazado alguna vez a alguien con un arma; el 14% ha ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente; el 7.6% ha pasado alguna

noche fuera de su casa sin que sus padres o tutores supieran donde estaba y el 16.5% molesta mucho a sus amigos (tabla 17).

Tabla 17. Porcentajes del área de funcionamiento de conducta agresiva/delincuencia (POSIT), (N=1474)

Reactivos	No (%)	Si (%)
¿Eres arrogante?	83.7	16.3
¿Amenazas a otros con hacerles daño?	92.1	7.9
¿Dices groserías o vulgaridades?	37.2	62.8
¿Has robado alguna vez?	70.8	29.2
¿Pelan a menudo o muchas veces?	82.5	17.5
¿Tienes mal genio?	61.0	39.0
¿Eres muy necio?	66.0	34.0
¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?	96.9	3.1
¿Levantas la voz más que los muchachos de tu edad?	73.9	26.1
¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?	86.0	14.0
¿Has pasando alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran donde estabas?	92.4	7.6
¿Molestas muchos a tus amigos?	83.5	16.5
¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?	93.3	6.7
¿Gritas mucho?	70.1	29.9

En la confiabilidad del área de funcionamiento de conducta agresiva/delincuencial se aplicó el alpha de Cronbach para saber si la confiabilidad de la escala era la adecuada para esta población, y se obtuvo una alpha de .709 y una estandarizada de .703. Todos los reactivos correlacionaron positivamente, se dejaron todos los reactivos ya que la eliminación de alguno de ellos no mejoraba el puntaje (tabla 18).

Tabla 18. POSIT: confiabilidad del área de funcionamiento de conducta agresiva/delincuencial, (N=1474)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Eres arrogante?	.1627 (.36918)	.274	.699
¿Amenazas a otros con hacerles daño?	.0799 (.27126)	.308	.697
¿Dices groserías o vulgaridades?	.6294 (.48313)	.310	.697
¿Has robado alguna vez?	.2900 (.45390)	.324	.694
¿Pelan a menudo o muchas veces?	.1719 (.37739)	.392	.685
¿Tienes mal genio?	.3883 (.48753)	.352	.691
¿Eres muy necio?	.3402 (.47393)	.429	.678
¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?	.0311 (.17370)	.165	.708

Tabla 18. Continuación de POSIT, confiabilidad del área de funcionamiento de conducta agresiva/delincuencial, (N=1474)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Levantas la voz más que los muchachos de tu edad?	.2588 (.43815)	.405	.682
¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?	.1393 (.34640)	.300	.696
¿Has pasando alguna noche fuera de tu casa sin	.0736 (.26113)	.231	.703

que tus padres o tutores supieran donde estabas?			
¿Molestas muchos a tus amigos?	.1634 (.36983)	.386	.686
¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?	.0636 (.24421)	.179	.707
¿Gritas mucho?	.2949 (.45616)	.408	.682
Alpha Cronbach: .709 Alpha estandarizada: .703			

Se realizó el análisis para la obtención de los probables casos de acuerdo al punto de corte que propone Mariño (1998), quien menciona que las áreas de funcionamiento de uso/abuso de sustancias y la de relaciones con amigos son “red flags”. En la primer área mencionada se obtuvieron 386 probables casos y en la segunda 1039 probables casos (tabla 19).

Tabla 19. POSIT por área de funcionamiento y punto de corte (N=1474)

Área de funcionamiento	Punto de corte	Probable caso		No caso	
		n	%	n	%
Uso/abuso de sustancias	1 o más	386	26.2	1088	73.8
Salud mental	5 o más	417	28.3	1057	71.7
Relaciones familiares	3 o más	621	42.1	853	57.9
Relaciones con amigos	1 o más	1039	70.5	435	29.5
Nivel educativo	5 o más	526	35.7	948	64.3
Interés laboral	3 o mas	86	5.8	1388	94.2
Conducta agresiva/delinuencia	5 o más	304	20.6	1170	79.4

Dado que se trataba de poblaciones procedentes de diferente tipo de escuela y estrato socioeconómico se decidió hacer el análisis por tipo de escuela, pública y privada, aplicándose la misma prueba para determinar si la confiabilidad de la escala era la adecuada para cada población, obteniéndose para las escuelas públicas una alpha de .847 y una estandarizada de .863 (tabla 20) una alpha de .821 y una estandarizada de .812, para las privadas (tabla 21), en ambos casos se dejaron los 81 reactivos dado que el alpha no se incrementaba considerablemente con la eliminación de ninguno de ellos.

Tabla 20. Confiabilidad del POSIT en escuelas públicas (n=752)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Eres arrogante?	1.85 (.355)	.316	.844
¿Has tenido dificultades por que consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	1.98 (.127)	.200	.846
¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?	1.78 (.413)	.272	.844
¿Discuten demasiado tus tutores o padres?	1.81 (.389)	.200	.844
¿Te cansas con frecuencia?	1.81 (.395)	.377	.843
¿Te asustas con facilidad?	1.70 (.459)	.284	.844
¿Tienes menos energía de la que crees deberías tener?	1.72 (.447)	.387	.842
¿Te sientes frustrado con facilidad?	1.84 (.368)	.446	.842
¿Amenazas a otros con hacerles daño?	1.93 (.259)	.269	.845
¿Te sientes solo la mayor parte del tiempo?	1.78 (.415)	.443	.841
¿Dices groserías o vulgaridades?	1.41 (.492)	.316	.844
¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?	1.27 (.445)	-.129	.852
¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?	1.27 (.444)	-.211	.853
¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enojan contigo?	1.78 (.412)	.285	.844
¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?	1.64 (.480)	.471	.840
¿Has tenido un trabajo eventual con sueldo?	1.80 (.399)	.293	.844
¿Te has hecho daño o les has hecho daño a otras personas accidental mente estando bajo alcohol o de drogas?	1.98 (.150)	.196	.846
¿Tienes buena ortografía?	1.64 (.481)	-.149	.853
¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?	1.67 (.470)	.341	.843
¿La mayoría de las veces saben tus padres o tutores lo que están haciendo?	1.18 (.385)	-.239	.852
¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque haz gastado demasiado en drogas o bebidas alcohólicas?	1.97 (.160)	.135	.846
¿Participas en demasiadas actividades en compañía de tus padres o tutores?	1.43 (.496)	-.205	.854
¿Te sientes nervioso la mayor parte del tiempo?	1.77 (.422)	.428	.842
¿Has robado alguna vez?	1.75 (.432)	.321	.843
¿Has sentido que eres adicto al alcohol o a las drogas?	1.98 (.133)	.230	.846
¿Sabes leer bien?	1.20 (.402)	-.180	.852
¿Sabes leer bien?	1.20 (.402)	-.180	.852
¿Has estado ausente o has llegado tarde a tu escuela con frecuencia?	1.78 (.414)	.317	.844
¿Siente que la gente están en contra tuya?	1.81 (.391)	.403	.842
¿Sabes leer bien?	1.20 (.402)	-.180	.852
¿Has estado ausente o has llegado tarde a tu escuela con frecuencia?	1.78 (.414)	.317	.844
¿Siente que la gente están en contra tuya?	1.81 (.391)	.403	.842
¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	1.97 (.165)	.256	.845
¿Pelan a menudo o muchas veces?	1.84 (.369)	.388	.843
¿Tienes mal genio?	1.58 (.493)	.368	.842
¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando lea hablas?	1.12 (.325)	-.170	.850

Tabla 20. Continuación de confiabilidad del POSIT en escuelas públicas (n=752)

Reactivos	Media	Correlación total	Alpha si se
-----------	-------	-------------------	-------------

	(desviación estándar)	por reactivo	anula reactivo
¿Has empezado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para tener el efecto que deseas?	1.98 (.139)	.207	.846
¿Te dice la gente que eres descuidado?	1.62 (.485)	.454	.841
¿Eres muy necio?	1.69 (.463)	.381	.842
¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?	1.84 (.371)	.315	.844
¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?	1.98 (.150)	.145	.846
¿Te vas a veces de las fiestas por que no hay en ellas bebidas alcohólicas?	1.94 (.239)	.193	.846
¿Sabes tus padres o tutores como piensas o te sientes realmente?	1.46 (.498)	-.250	.855
¿Actúas impulsivamente con frecuencia?	1.77 (.422)	.486	.841
¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas?	1.97 (.182)	.307	.845
¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?	1.87 (.336)	.434	.842
¿Tienes dificultades para concentrarte?	1.69 (.463)	.458	.841
¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?	1.88 (.329)	.242	.845
¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores levantando la voz o gritando?	1.72 (.449)	.427	.841
¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o drogas?	1.99 (.090)	.089	.847
¿Olvidas lo que haces cuando bebes?	1.98 (.133)	.215	.846
¿El mes pasado manejaste un automóvil estando borracho o drogado?	2.00 (.070)	.132	.846
¿Levantas la voz más que los muchachos de tu edad?	1.70 (.459)	.413	.842
¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?	1.90 (.296)	.361	.844
¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?	1.96 (.202)	.165	.846
¿Les gusta a tus padres o tutore hablar y estar contigo?	1.15 (.355)	-.130	.850
¿Has pasando alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran donde estabas?	1.93 (.248)	.265	.845
¿El uso del alcohol o las drogas te producen cambios repentinos de humor como pasar de estar contento a estar triste o viceversa?	1.96 (.202)	.350	.844
¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?	1.77 (.420)	.512	.840
¿Pierdes días de clases o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas?	1.99 (.081)	.154	.846
¿Te han dicho algunas veces tus familiares o amigos que deben reducir el consumo de bebidas alcohólicas?	1.94 (.242)	.175	.846
¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?	1.96 (.202)	.193	.846
¿Molestas muchos a tus amigos?	1.86 (.350)	.339	.843
¿Tienes dificultades para dormir?	1.81 (.390)	.323	.844
¿Tienes dificultades con trabajos escritos?	1.79 (.411)	.362	.843
¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías como desobedecer alguna regla o ley o la hora de llegar a casa o tener relaciones sexuales con alguien?	1.98 (.139)	.282	.845

Tabla 20. Continuación de confiabilidad del POSIT en escuelas públicas (n=752)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Sientes que a veces pierdes el control de ti mismo y terminas pelando?	1.71 (.456)	.460	.841
¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?	1.92 (.275)	.237	.845
¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas que consumes?	1.99 (.114)	.205	.846
¿Tienes dificultades al seguir instrucciones?	1.81 (.389)	.485	.841
¿Tienes amigos que han amenazado o golpeado sin razón?	1.72 (.449)	.411	.842
¿Has tenido el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1.97 (.174)	.276	.845
¿Tienes buena memoria?	1.36 (.479)	-.282	.855
¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?	1.25 (.433)	-.204	.853
¿Están tus padres o tutores de acuerdo en como te deben educar?	1.25 (.436)	-.087	.851
¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?	1.79 (.411)	.410	.842
¿Falta tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?	1.75 (.436)	.298	.844
¿Te hace sentir la escuela estúpido a veces?	1.86 (.345)	.286	.844
¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?	1.73 (.445)	.397	.842
¿Te da miedo estar con la gente?	1.93 (.248)	.341	.844
¿Tienes amigos que han robado?	1.72 (.450)	.356	.843
¿Has reprobado algún año en la escuela?	1.86 (.343)	.269	.845
¿Es difícil la escuela para ti?	1.83 (.379)	.337	.843
¿Eres una persona nerviosa de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?	1.70 (.461)	.412	.842
¿Gritas mucho?	1.69 (.463)	.436	.841
Alpha Cronbach: .847 Alpha estandarizada: .863			

Tabla 21. Confiabilidad del POSIT en escuelas privadas (n=722)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Eres arrogante?	1.85 (.355)	.229	.819
¿Has tenido dificultades por que consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	1.98 (.127)	.140	.821
¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?	1.78 (.413)	.281	.818
¿Discuten demasiado tus tutores o padres?	1.81 (.389)	.295	.818
¿Te cansas con frecuencia?	1.81 (.395)	.369	.816
¿Te asustas con facilidad?	1.70 (.459)	.217	.819
¿Tienes menos energía de la que crees deberías tener?	1.72 (.447)	.262	.818
¿Te sientes frustrado con facilidad?	1.84 (.368)	.377	.816
¿Amenazas a otros con hacerles daño?	1.93 (.259)	.268	.819
¿Te sientes solo la mayor parte del tiempo?	1.78 (.415)	.281	.818
¿Dices groserías o vulgaridades?	1.41 (.492)	.358	.816

Tabla 21. Continuación de confiabilidad del POSIT en escuelas privadas (n=722)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?	1.27 (.445)	-.225	.830
¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?	1.27 (.444)	-.080	.825
¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?	1.64 (.480)	.503	.812
¿Has tenido un trabajo eventual con sueldo?	1.80 (.399)	.125	.821
¿Te has hecho daño o les has hecho daño a otras personas accidental mente estando bajo alcohol o de drogas?	1.98 (.150)	.184	.820
¿Tienes buena ortografía?	1.64 (.481)	-.076	.827
¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?	1.67 (.470)	.364	.816
¿La mayoría de las veces saben tus padres o tutores lo que están haciendo?	1.18 (.385)	-.234	.826
¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque haz gastado demasiado en drogas o bebidas alcohólicas?	1.97 (.160)	.067	.821
¿Participas en demasiadas actividades en compañía de tus padres o tutores?	1.43 (.496)	-.194	.830
¿Te sientes nervioso la mayor parte del tiempo?	1.77 (.422)	.303	.818
¿Has robado alguna vez?	1.75 (.432)	.300	.817
¿Has sentido que eres adicto al alcohol o a las drogas?	1.98 (.133)	.078	.821
¿Sabes leer bien?	1.20 (.402)	-.002	.822
¿Has estado ausente o has llegado tarde a tu escuela con frecuencia?	1.78 (.414)	.328	.817
¿Siente que la gente están en contra tuya?	1.81 (.391)	.405	.815
¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	1.97 (.165)	.166	.820
¿Pelan a menudo o muchas veces?	1.84 (.369)	.436	.815
¿Tienes mal genio?	1.58 (.493)	.383	.815
¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando lea hablas?	1.12 (.325)	-.081	.824
¿Has empezado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para tener el efecto que deseas?	1.98 (.139)	.078	.821
¿Te dice la gente que eres descuidado?	1.62 (.485)	.331	.817
¿Eres muy necio?	1.69 (.463)	.406	.815
¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?	1.84 (.371)	.182	.820
¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?	1.98 (.150)	.161	.820
¿Te vas a veces a las fiestas por que no hay en ellas bebidas alcohólicas?	1.94 (.239)	.225	.820
¿Saben tus padres o tutores como piensas o te sientes realmente?	1.46 (.498)	-.331	.833
¿Actúas impulsivamente con frecuencia?	1.77 (.422)	.451	.814
¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas?	1.97 (.182)	.050	.821
¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?	1.87 (.336)	.374	.816
¿Tienes dificultades para concentrarte?	1.69 (.463)	.415	.814
¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?	1.88 (.329)	.085	.821
¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores levantando la voz o gritando?	1.72 (.449)	.401	.815

Tabla 21. Continuación de confiabilidad del POSIT en escuelas privadas (n=722)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o drogas?	1.99 (.090)	.092	.821
¿Olvidas lo que haces cuando bebes?	1.98 (.133)	.155	.820
¿El mes pasado manejaste un automóvil estando borracho o drogado?	2.00 (.070)	.144	.821
¿Levantas la voz más que los muchachos de tu edad?	1.70 (.459)	.394	.815
¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?	1.90 (.296)	.302	.818
¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?	1.96 (.202)	.148	.821
¿Les gusta a tus padres o tutores hablar y estar contigo?	1.15 (.355)	-.081	.823
¿Has pasando alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran donde estabas?	1.93 (.248)	.268	.819
¿El uso del alcohol o las drogas te producen cambios repentinos de humor como pasar de estar contento a estar triste o viceversa?	1.96 (.202)	.276	.819
¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?	1.77 (.420)	.329	.818
¿Pierdes días de clases o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas?	1.99 (.081)	.012	.821
¿Te han dicho algunas veces tus familiares o amigos que deben reducir el consumo de bebidas alcohólicas?	1.94 (.242)	.171	.820
¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?	1.96 (.202)	.135	.821
¿Molestas muchos a tus amigos?	1.86 (.350)	.357	.817
¿Tienes dificultades para dormir?	1.81 (.390)	.315	.817
¿Tienes dificultades con trabajos escritos?	1.79 (.411)	.285	.818
¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías como desobedecer alguna regla o ley o la hora de llegar a casa o tener relaciones sexuales con alguien?	1.98 (.139)	.279	.819
¿Sientes que a veces pierdes el control de ti mismo y terminas pelando?	1.71 (.456)	.437	.814
¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?	1.92 (.275)	.181	.820
¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas que consumes?	1.99 (.114)	.097	.821
¿Tienes dificultades al seguir instrucciones?	1.81 (.389)	.510	.813
¿Tienes amigos que han amenazado o golpeado sin razón?	1.72 (.449)	.320	.817
¿Has tenido el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1.97 (.174)	.046	.821
¿Tienes buena memoria?	1.36 (.479)	-.240	.830
¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?	1.25 (.433)	-.230	.828
¿Están tus padres o tutores de acuerdo en como te deben educar?	1.25 (.436)	-.142	.826
¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?	1.79 (.411)	.311	.817
¿Falta tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?	1.75 (.436)	.201	.820
¿Te hace sentir la escuela estúpido a veces?	1.86 (.345)	.519	.813

Tabla 21. Continuación de confiabilidad del POSIT en escuelas privadas (n=722)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?	1.73 (.445)	.298	.818
¿Te da miedo estar con la gente?	1.93 (.248)	.166	.820
¿Tienes amigos que han robado?	1.72 (.450)	.336	.816
¿Has reprobado algún año en la escuela?	1.86 (.343)	.117	.821
¿Es difícil la escuela para ti?	1.83 (.379)	.420	.814
¿Eres una persona nerviosa de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?	1.70 (.461)	.354	.816
¿Gritas mucho?	1.69 (.463)	.340	.817
Alpha Cronbach: .821 Alpha estandarizada: .812			

Se realizó una comparación de las áreas de funcionamiento del instrumento tamizaje por tipo de escuela y en la única área que se encontró una diferencia estadísticamente significativa fue en la laboral, siendo los alumnos de las escuelas públicas los que trabajan más que los de escuelas privadas (tabla 22).

Tabla 22. Comparación por tipo de escuela: áreas de funcionamiento (POSIT), (N=1474)

Área de funcionamiento	Tipo de escuela		p	t
	Pública	Privada		
	X	X		
Uso/abuso de sustancias	.2806	.2424	.096	1.687
Salud mental	.2899	.2756	.543	.608
Relaciones familiares	.4455	.3961	.055	1.920
Relaciones con amigos	.7101	.6994	.654	.448
Nivel educativo	.3444	.3698	.309	-1.017
Interés laboral	.0824	.0332	.000	4.049
Conducta agresiva/delinuencia	.2141	.1981	.447	.760

Con esta tabla se concluye el análisis de la primera etapa de la investigación; la siguiente información corresponde al análisis de los probables casos.

Características de la muestra

Como se mencionó en el apartado de “Instrumentos”, para la obtención de los probables casos el equipo clínico del proyecto de investigación determinó que el punto de corte fue una desviación estándar arriba de la media, con este criterio se obtuvieron 319 probables casos de los cuales *117 asistieron al Instituto Nacional de Psiquiatría* para que se les aplicara la *Escala semi-estructurada para adolescentes*, con la cual se confirmó la presencia de psicopatología.

De los 117 alumnos el 59.8% son de escuelas públicas y el 40.2% de escuelas privadas, en cuanto a la presencia por género el 57.3% son hombres y el 42.7% son mujeres. El 62.6% vive con sus padres y hermanos, el 10.4% vive con un solo padre, esta categoría se agrupó de esta forma, pero sólo un alumno reportó vivir sólo con su padre y los 11 restantes vivían sólo con su madre, el 10.4% vive con sus padres y abuelos, el 2.7% vive sólo con sus abuelos y el 13.9% reportó vivir con alguna otra persona: tíos o incluso amigos de la familia (tabla 23).

Tabla 23. Datos demográficos de la muestra (n=117)

	n	%
<i>Tipo de escuela</i>		
alumnos escuela pública	70	59.8
alumnos escuela privada	47	40.2
hombres	67	57.3
mujeres	50	42.7
<i>Edad</i>		
12-14	102	87.1
15-17	15	12.9
Media de edad= 13.39		
<i>Con quien vive:</i>		
padres y hermanos	72	62.6
sólo madre o padre	12	10.4
padres y abuelos	12	10.4
abuelos	3	2.7
otros	16	13.9

Análisis de la percepción del funcionamiento familiar según el adolescente

Se obtuvieron los porcentajes de respuesta del Cuestionario de percepción de funcionamiento familiar, en los reactivos referentes a la *cohesión familiar* el 0.9% reportó que nunca toman decisiones para cosas importantes de la familia mientras que el 3.7% reportó que cuando algún miembro de la familia tiene un problema nunca lo ayudan; en el área de *armonía* el 6.4% reportó que en su casa nunca predomina la armonía mientras que el 5.5% reportó que en su núcleo familiar nunca son respetados los intereses y necesidades de cada integrante; en el área de *comunicación* el 5.5% reportó que nunca se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa mientras que el 12.8% su familia nunca pueden conversar diversos temas sin temor; en *adaptabilidad* el 4.6% nunca pueden aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos mientras que el 12.8% nunca pueden modificarse las costumbres familiares ante determinadas situaciones; en *afectividad* el 2.8% nunca las manifestaciones de cariño forman parte de su vida cotidiana mientras que el 6.4% nunca se demuestran el cariño que se tienen; en cuanto al *rol* el 3.7% nunca en su casa cada uno cumple con sus responsabilidades mientras que en el 12.8% nunca se distribuyen las tareas de

forma que nadie esté sobrecargado; en la *permeabilidad* el 16.5% nunca toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles mientras que el 12.8% nunca ante una situación familiar difícil, son capaces de buscar ayuda en otras personas (tabla 24).

Tabla 24. Porcentajes del cuestionario de percepción de funcionamiento familiar, (n=117)

Reactivos	Nunca %	A veces %	Siempre %
Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.	0.9	47.7	51.4
En mi casa predomina la armonía.	6.4	48.6	45.0
En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.	3.7	55.0	41.3
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	2.8	44.0	53.2
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	5.5	54.1	40.4
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	4.6	37.6	57.8
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	16.5	49.5	33.9
Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.	3.7	32.1	64.2
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	12.8	45.0	42.2
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	12.8	53.2	33.9
Podemos conversar diversos temas sin temor.	12.8	39.4	47.7
Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	12.8	48.6	38.5
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	5.5	42.2	52.3
Nos demostramos el cariño que nos tenemos.	6.4	28.4	65.1

Se realizó el análisis de confiabilidad para determinar si la escala era la adecuada para esta población, obteniéndose un alpha de .825 y una estandarizada de .829, todos los reactivos correlacionaron positivamente (tabla 25).

Tabla 25. Confiabilidad escala de funcionamiento familia, (n=117)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.	1.50 (.520)	.375	.819
En mi casa predomina la armonía.	1.39 (.607)	.547	.808
En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.	1.38 (.558)	.412	.817
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	1.50 (.555)	.473	.813
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	1.35 (.583)	.509	.811

Tabla 25. Continuación de confiabilidad escala de funcionamiento familia, (n=117)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	1.53 (.586)	.559	.807
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	1.17 (.692)	.353	.822
Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.	1.61 (.561)	.545	.809
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	1.29 (.685)	.341	.823
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	1.21 (.654)	.314	.825
Podemos conversar diversos temas sin temor.	1.35 (.699)	.564	.806
Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	1.26 (.672)	.348	.822
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	1.47 (.602)	.549	.808
Nos demostramos el cariño que nos tenemos.	1.59 (.612)	.533	.809
Alpha Cronbach: .825 Alpha estandarizada: .829			

De acuerdo a los puntos de corte que propone Louro (2004) para el Cuestionario de percepción de funcionamiento familiar el 24.8% presenta un funcionamiento moderadamente funcional; el 51.4% disfuncional y el 23.9% severamente disfuncional (tabla 26).

Tabla 26. Tipo de percepción de funcionamiento familiar (n=117)

Tipo de funcionamiento	Punto de corte	n	%
Funcional	57-70	-	-
Moderadamente funcional	56-43	27	24.8
Disfuncional	42-28	56	51.4
Severamente disfuncional	27 ó menos	26	23.9

Análisis de la escala de evaluación de problemas externalizados para adolescentes y adultos jóvenes (EPE-AA).

Se obtuvieron los porcentajes de respuesta de la escala EPE-AA, para una mejor comprensión de los datos se acomodaron los reactivos por trastorno. En el TDAH *frecuentemente*: el 39.4% ha tenido problemas para concentrarse; el 27.5% le han dicho que parece que no escucha cuando alguien le habla; el 40.4% es de los que habla mucho; el 28.7% ha sido muy escandaloso y el 28.4% ha sido muy intrépido o aventado, no mide el peligro.

En el TND *frecuentemente*: el 30.3% ha discutido con los adultos; el 32.1% se ha enojado por cosas insignificantes; el 30.3% se ha molestado porque le ordenan hacer cosas y

se ha rehusado a obedecer a pesar que tuvieran razón, el 16.7% ha hecho berrinches y el 18.3% ha sido rencoroso y vengativo cuando alguien le hace algo o se burla de él.

En el TD *frecuentemente*: el 8.3% ha iniciado peleas físicas; el 23.9% ha sido mentiroso; el 7.3% he amenazado a otros para intimidarlos o simplemente porque le gusta que le tengan miedo; el 4.6% ha destruido las cosas de los demás intencionalmente por venganza y el 7.3% ha fumado (tabla 27).

Tabla 27. Porcentajes del EPE-AA por sub-escalas (n=117)

Reactivos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
He tenido problemas para terminar las tareas escolares en la casa	25.7	48.6	25.7
He actuado como si tuviera un motor por dentro	53.2	24.8	22.0
He tenido problemas para concentrarme	21.1	39.4	39.4
He sido atento en los juegos	56.9	30.3	10.1
Te han dicho que parece que no escuchas cuando alguien te habla, es decir, no pusiste atención a lo que te decían	25.7	46.8	27.5
He sido organizado	27.5	54.1	18.3
He terminado las actividades que comienzo	42.2	47.7	10.1
Soy de los que habla mucho, mucho, mucho	29.4	30.3	40.4
He sido muy desesperado al esperar mi turno	27.5	46.8	25.7
He tenido problemas para seguir instrucciones	29.4	49.5	21.1
Me he entrometido o interrumpido las conversaciones o juegos de otros	43.1	42.2	14.7
He sido alguien que no pone atención y/o olvida donde deja las cosas (ejemplo, llaves, carteras, libros)	17.4	51.4	31.2
Me ha costado trabajo mantenerme sentado (ejemplo, al comer o al estar en clases)	40.7	38.0	21.3
He sido muy escandaloso	28.7	42.6	28.7
He perdido fácilmente las cosas	29.4	44.0	26.6
He interrumpido a otros cuando hablan, es decir que no espero a que ellos terminen por mi impaciencia a participar o contestar	34.9	48.6	16.5
He podido seguir instrucciones sin problemas	33.0	50.5	16.5
He sido muy intrépido o aventado, no mido el peligro	35.8	35.8	28.4
He actuado antes de pensar en lugar de pensar antes de actuar, es decir que no pienso lo que hago o digo	32.1	44.0	23.9
He puesto atención en clases sin problemas	27.5	50.5	22.0

Tabla 27. Continuación de porcentajes del EPE-AA por sub-escalas (n=117)

Reactivos del trastorno negativista desafiante	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
He discutido con los adultos	17.4	52.3	30.3
He cumplido las reglas en la casa y en la escuela	25.7	65.1	9.2
He tenido explosiones, pierdo el control	51.9	31.5	16.7
Me he enojado por cosas insignificantes	17.4	50.5	32.1
Me ha molestado que me ordenen hacer cosas, me he rehusado a obedecer a pesar que tuvieran razón	19.3	50.5	30.3
He hecho berrinches	25.0	58.3	16.7
He culpado a otros de mis errores de manera intencional, sabiendo que yo era responsable de ellos	47.7	41.3	11.0
He molestado sólo por molestar	46.8	40.4	12.8
He sido rencoroso y vengativo cuando alguien me hace algo o se burla de mí	45.0	36.7	18.3
Reactivos del trastorno disocial			
He iniciado peleas físicas	74.3	17.4	8.3
Me he escapado de la casa siempre sin permiso y llegaba horas o incluso días después	87.2	11.9	0.9
He estado involucrado en problemas con la policía	94.5	4.6	0.9
He sido mentiroso	12.8	63.3	23.9
Me iba de pinta o me salía de la escuela cuando estaba en clases	78.9	15.6	5.5
He amenazado a otros para intimidar o simplemente porque me gusta que me tengan miedo	67.9	24.8	7.3
He robado sin que se den cuenta	71.6	26.6	1.8
He robado cara a cara	97.2	2.8	---
He destruido las cosas de los demás intencionalmente, por venganza	75.2	20.2	4.6
He provocado incendios o he quemado alguna pertenencia ajena solo para molestar	96.3	3.7	---
He utilizado cuchillos, navajas o pistolas para herir a alguien	94.5	4.6	0.9
Me he sobrepasado sexualmente, he llegado más lejos de lo que quería mi pareja	97.2	0.9	1.8
He fumado	69.7	22.9	7.3
Me he puesto borracho	85.3	13.8	0.9
Me he drogado	94.5	2.8	2.8

Se realizó el análisis de confiabilidad para la escala total para determinar si la escala era la adecuada para esta población, obteniéndose un alpha de .917 y una estandarizada de .913, todos los reactivos correlacionaron positivamente (tabla 28).

Tabla 28 Confiabilidad de la escala total de trastornos externalizados para adolescentes, (n=117)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
He tenido problemas para terminar las tareas escolares en la casa	.98 (.720)	.502	.914
He actuado como si tuviera un motor por dentro	.70 (.822)	.380	.916

Tabla 28. Continuación de confiabilidad de la escala total de trastornos externalizados para adolescentes,.

Reactivos	Media (desviación)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula
------------------	---------------------------	---------------------------------------	--------------------------

	estándar		reactivo
He iniciado peleas físicas	.35 (.635)	.515	.914
He tenido problemas para concentrarme	1.15 (.757)	.637	.912
He sido atento en los juegos	.50 (.667)	.129	.918
He discutido con los adultos	1.13 (.680)	.559	.914
He cumplido las reglas en la casa y en la escuela	.84 (.574)	.206	.917
Te han dicho que parece que no escuchas cuando alguien te habla, es decir, no pusiste atención a lo que te decían	.99 (.727)	.457	.915
He tenido explosiones, pierdo el control	.67 (.755)	.513	.914
He sido organizado	.90 (.687)	.270	.917
Me he enojado por cosas insignificantes	1.14 (.699)	.425	.915
He terminado las actividades que comienzo	.68 (.658)	.352	.916
Soy de los que habla mucho, mucho, mucho	1.11 (.824)	.470	.915
Me ha molestado que me ordenen hacer cosas, me he rehusado a obedecer a pesar que tuvieran razón	1.10 (.706)	.566	.913
He sido muy desesperado al esperar mi turno	.99 (.740)	.509	.914
He hecho berrinches	.90 (.643)	.316	.916
He tenido problemas para seguir instrucciones	.90 (.714)	.566	.913
Me he entrometido o interrumpido las conversaciones o juegos de otros	.70 (.695)	.477	.915
He sido alguien que no pone atención y/o olvida donde deja las cosas (ejemplo, llaves, carteras, libros)	1.12 (.689)	.531	.914
Me ha costado trabajo mantenerme sentado (ejemplo, al comer o al estar en clases)	.83 (.765)	.614	.913
He sido muy escandaloso	1.02 (.759)	.529	.914
He culpado a otros de mis errores de manera intencional, sabiendo que yo era responsable de ellos	.63 (.669)	.604	.913
He molestado sólo por molestar	.65 (.693)	.542	.914
He actuado antes de pensar en lugar de pensar antes de actuar, es decir que no pienso lo que hago o digo	.92 (.743)	.586	.913
He sido rencoroso y vengativo cuando alguien me hace algo o se burla de mí	.73 (.750)	.486	.914
He perdido fácilmente las cosas	.95 (.752)	.438	.915
He interrumpido a otros cuando hablan, es decir que no espero a que ellos terminen por mi impaciencia a participar o contestar	.80 (.685)	.416	.915
He podido seguir instrucciones sin problemas	.84 (.695)	.453	.915
He sido muy intrépido o aventado, no mido el peligro	.94 (.795)	.490	.914
Me he escapado de la casa siempre sin permiso y llegaba horas o incluso días después	.14 (.378)	.268	.916
He estado involucrado en problemas con la policía	.06 (.271)	.213	.917
He sido mentiroso	1.10 (.587)	.454	.915
Me iba de pinta o me salía de la escuela cuando estaba en clases	.28 (.563)	.415	.915
He amenazado a otros para intimidar o simplemente porque me gusta que me tengan miedo	.41 (.631)	.459	.915
He robado sin que se den cuenta	.30 (.502)	.385	.916
He robado cara a cara	.03 (.167)	.041	.917

Tabla 28. Continuación de confiabilidad de la escala total de trastornos externalizados para adolescentes.

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
He destruido las cosas de los demás intencionalmente, por venganza	.29 (.550)	.462	.915
He provocado incendios o he quemado alguna pertenencia ajena solo para molestar	.04 (.192)	.266	.917
He utilizado cuchillos, navajas o pistolas para herir a alguien	.07 (.286)	.258	.917
He puesto atención en clases sin problemas	.95 (.712)	.562	.914
Me he sobrepasado sexualmente, he llegado más lejos de lo que quería mi pareja	.05 (.290)	.208	.917
He fumado	.39 (.628)	.350	.916
Me he puesto borracho	.16 (.395)	.228	.917
Me he drogado	.09 (.370)	.296	.916
Alpha Cronbach: .917 Alpha estandarizada: .913			

Así mismo se realizó el análisis de confiabilidad para las tres sub-escalas que conforman el EPE-AA, en la sub-escala de TDAH se obtuvo un alpha de Cronbach de .875 y una estandarizada de .875 (tabla 29). En la sub-escala del TND se obtuvo un alpha de Cronbach de .792 y una estandarizada de .785 (tabla 30). Finalmente en la de TD se obtuvo un alpha de Cronbach de .774 una estandarizada de .782. En las tres subescalas todos los reactivos correlacionaron positivamente (tabla 31).

Tabla 29**Confiabilidad de la sub-escala de trastorno por déficit de atención del EPE-AA****(n=117)**

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
He tenido problemas para terminar las tareas escolares en la casa	.99 (.720)	.526	.868
He actuado como si tuviera un motor por dentro	.69 (.817)	.428	.872
He tenido problemas para concentrarme	1.17 (.758)	.647	.864
He sido atento en los juegos	.51 (.678)	.173	.879
Te han dicho que parece que no escuchas cuando alguien te habla, es decir, no pusiste atención a lo que te decían	1.00 (.727)	.438	.871
He sido organizado	.91 (.680)	.290	.876
He terminado las actividades que comienzo	.67 (.656)	.387	.873
Soy de los que habla mucho, mucho, mucho	1.09 (.830)	.499	.869

Tabla 29. Continuación de confiabilidad de la sub-escala de trastorno por déficit de atención del EPE-AA.

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
He sido muy desesperado al esperar mi turno	.98 (.739)	.502	.869
He tenido problemas para seguir instrucciones	.91 (.708)	.594	.866
Me he entrometido o interrumpido las conversaciones o juegos de otros	.70 (.703)	.459	.870
He sido alguien que no pone atención y/o olvida donde deja las cosas (ejemplo, llaves, carteras, libros)	1.13 (.688)	.539	.868
Me ha costado trabajo mantenerme sentado (ejemplo, al comer o al estar en clases)	.81 (.766)	.567	.867
He sido muy escandaloso	1.00 (.765)	.510	.869
He actuado antes de pensar en lugar de pensar antes de actuar, es decir que no pienso lo que hago o digo	.91 (.746)	.602	.865
He perdido fácilmente las cosas	.96 (.751)	.475	.870
He interrumpido a otros cuando hablan, es decir que no espero a que ellos terminen por mi impaciencia a participar o contestar	.80 (.693)	.452	.871
He podido seguir instrucciones sin problemas	.83 (.693)	.509	.869
He sido muy intrépido o aventado, no mido el peligro	.93 (.797)	.419	.872
He puesto atención en clases sin problemas	.94 (.712)	.496	.869
Alpha Cronbach: .875 Alpha estandarizada: .875			

Tabla 30. Confiabilidad de la sub-escala de trastorno negativista desafiante del EPE-AA (n=117)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
He discutido con los adultos	1.14 (.679)	.515	.767
He cumplido las reglas en la casa y en la escuela	.84 (.569)	.140	.809
He tenido explosiones, pierdo el control	.65 (.754)	.536	.764
Me he enojado por cosas insignificantes	1.15 (.698)	.530	.765
Me ha molestado que me ordenen hacer cosas, me he rehusado a obedecer a pesar que tuvieran razón	1.11 (.705)	.594	.756
He hecho berrinches	.92 (.646)	.403	.782
He culpado a otros de mis errores de manera intencional, sabiendo que yo era responsable de ellos	.64 (.678)	.561	.761
He molestado sólo por molestar	.66 (.700)	.442	.777
He sido rencoroso y vengativo cuando alguien me hace algo o se burla de mí	.74 (.757)	.568	.759
Alpha Cronbach: .792 Alpha estandarizada: .785			

Tabla 31. Confiabilidad de la sub-escala de trastorno disocial del EPE-AA, (n=117)

Reactivos	Media (desviación estándar)	Correlación total por reactivo	Alpha si se anula reactivo
He iniciado peleas físicas	.34 (.627)	.470	.754
Me he escapado de la casa siempre sin permiso y llegaba horas o incluso días después	.14 (.372)	.371	.763
He estado involucrado en problemas con la policía	.06 (.281)	.258	.771
He sido mentiroso	1.11 (.598)	.323	.770
Me iba de pinta o me salía de la escuela cuando estaba en clases	.27 (.555)	.479	.752
He amenazado a otros para intimidar o simplemente porque me gusta que me tengan miedo	.39 (.624)	.474	.753
He robado sin que se den cuenta	.30 (.500)	.500	.750
He robado cara a cara	.03 (.164)	.118	.777
He destruido las cosas de los demás intencionalmente, por venganza	.29 (.549)	.393	.761
He provocado incendios o he quemado alguna pertenencia ajena solo para molestar	.04 (.189)	.365	.768
He utilizado cuchillos, navajas o pistolas para herir a alguien	.06 (.281)	.436	.761
Me he sobrepasado sexualmente, he llegado más lejos de lo que quería mi pareja	.05 (.285)	.287	.769
He fumado	.38 (.620)	.454	.755
Me he puesto borracho	.16 (.389)	.364	.763
Me he drogado	.08 (.363)	.480	.756
Alpha Cronbach: .774 Alpha estandarizada: .782			

Distribución de los trastornos externalizados en la muestra.

Al realizar la distribución de los trastornos externalizados en la muestra el 59.8% reportó la presencia de TDAH, el 29.1% TND y el 17.1% TD. En un análisis de los diferentes tipos de TDAH, de los 70 alumnos con este trastorno el 15.4% es de tipo inatento, 3.4% es hiperactivo y el 41.9 es mixto. (tabla 34).

Tabla 34. Distribución de trastornos externalizados en la muestra (n= 117)

trastornos externalizados	n	%
TDAH	70	59.8
TDAH-I	18	15.4
TDAH-H	4	3.4
TDAH-M	49	41.9
TND	34	29.1
TD	20	17.1

Distribución de los trastornos externalizados por edad.

En el análisis por edad en el TDAH el 18.6% tiene 12 años, el 41.4% 13 años y el 25.7% 14 años. En el TND el 44.1% tiene 13 años, el 26.5% 14 años y el 14.7% 15 años; y en el TD el 40% 13 años, el 30% 14 años y el 15% 15 años (tabla 35).

Tabla 35. Distribución de trastornos externalizados según edad (n= 117)

edad	TDAH (n=70)		TND (n=34)		TD (n=20)	
	n	%	n	%	n	%
12	13	18.6	4	11.8	-	-
13	29	41.4	15	44.1	8	40
14	18	25.7	9	26.5	6	30
15	7	10	5	14.7	3	15
16	2	2.9	1	2.9	2	10
17	1	1.4	-	-	1	5

Comparación de los trastornos externalizados por género

En la comparación por género en el TDAH el 70.1% fueron hombres y el 46% mujeres, se encontraron diferencias estadísticamente significativas de .008. En el TND el 31.3% fueron hombres y el 26% mujeres. En el TD 19.4% fueron hombres y el 14% mujeres; en los dos últimos trastornos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (tabla 36).

Tabla 36. Diferencias por género de trastornos externalizados (n= 117)

Trastornos externalizados	Hombres		Mujeres		x ²	p
	n	%	n	%		
TDAH	47	70.1	23	46	6.948	.008
TND	21	31.3	13	26	.397	ns
TD	13	19.4	7	14	.590	ns

Comparación de trastornos externalizados por escuela: pública y privada.

En la comparación por escuelas en el TDAH en las públicas fue de 62.9% y en las privadas de 57.5%; para el TND en las públicas fue de 34.3% y en las privadas 21.3% y para el TD en las públicas el 18.6% y en las privadas 14.9%. En ningún trastorno se encontraron diferencias estadísticamente significativas (tabla 37).

Tabla 37. Comparación entre escuelas de los trastornos externalizados (n=117)

Trastornos externalizados	Públicas		Privadas		x ²	p
	n	%	n	%		
TDAH	44	62.9	27	57.4	39.57	ns
TDAH-I	10	14.3	8	17	0.16	ns
TDAH-H	3	4.3	1	2.1	0.39	ns
TDAH-M	31	44.3	18	38.3	0.41	ns
TND	24	34.3	10	21.3	2.3	ns
TD	13	18.6	7	14.9	0.26	ns

Severidad de los trastornos externalizados

La distribución de severidad de los trastornos para el TDAH fue de 23.1% leve, 67.7% moderada y el 9.2% grave. Para el TND el 45.2% leve, el 51.6% moderada y el 3.2% grave. En el TD 10% leve, 55% moderada y 25% grave (tabla 38).

Tabla 38. Severidad de los trastornos externalizados

severidad	TDAH (n=65)		TND (n=31)		TD (n=18)	
	n	%	n	%	n	%
leve	15	23.1	14	45.2	11	10
moderado	44	67.7	16	51.6	2	55
grave	6	9.2	1	3.2	5	25

* Algunos alumnos no contestaron todos los reactivos por lo que hubo pérdida de casos.

Comorbilidad entre los trastornos externalizados

Se realizó el análisis de la comorbilidad existente entre los trastornos externalizados, de los 70 alumnos con TDAH el 47.3% sólo presentó este trastorno, el 28.5% presentó TDAH+TND y el 15.7% presentó TDAH+TD. De los 34 alumnos con TND 58.8% presentó TND+TDAH, el 14.7% sólo presentó TND y el 8.9% TND+TD. De los 20 alumnos con TD el 55% reportó TD+TDAH, el 8.9% TD+TND y no se presentó ningún alumno con la sola presencia de TD. Seis alumnos reportaron los tres trastornos externalizados, lo cual equivale al 5.1% de la muestra (tabla 39).

Tabla 39. Comorbilidad de los trastornos externalizados (n=117)

	TDAH (n=70)		TND (n=34)		TD (n=20)		TDAH+TND+TD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
TDAH	33	47.3	20	58.8	11	55	6	8.5
TND	20	28.5	5	14.7	3	8.9	6	17.6
TD	11	15.7	3	8.9	-	-	6	30

Correlación entre funcionamiento familiar y severidad de los trastornos externalizados

El puntaje total del cuestionario de percepción de funcionamiento familiar se correlacionó con la severidad de cada uno de los trastornos externalizados.

En la correlación del TDAH con funcionamiento familiar se obtuvo $-.186$ ($t=-45.476$, $p=.053$); en el TND $-.137$ ($t=-48.089$); y en el TD $-.180$ ($t=-49.768$). En los dos últimos diagnósticos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas

Para concluir con los resultados, se realizó una correlación entre funcionamiento familiar y la severidad total de los trastornos externalizados, encontrando una correlación de $-.281$ ($t= -8.435$; $p=.000$) (tabla 40).

Tabla 40. Correlación entre funcionamiento familiar y severidad de los trastornos externalizados (n=117)

trastornos externalizados	correlación	t	p
TDAH	-.186	-45.476	.053
TND	-.137	-48.089	ns
TD	-.180	-49.768	ns
Funcionamiento familiar & Severidad total de los trastornos externalizados	-.281	-8.435	.000

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presencia de trastornos externalizados en estudiantes adolescentes presenta un aumento considerable debido a diversos factores, uno de ellos es el avance de las neurociencias las cuales han favorecido a una mejor comprensión de los trastornos y sus síntomas para la realización de diagnósticos más certeros. En décadas pasadas éstos trastornos (especialmente el TDAH) se presentaban en niños y adolescentes pero no se identificaba como trastornos, se consideraban conductas “normales” de la infancia. Con el entendimiento de cómo realizar mejores diagnósticos se han incrementado las prevalencias de niños y adolescentes con éstos trastornos, sin embargo esto también ha favorecido al sobre diagnóstico de éstos, actualmente es común escuchar que cualquier niño inquieto es etiquetado como “hiperactivo”, lo cual no es lo mismo que el TDAH, ya que este debe cubrir una serie de criterios que un especialista en la materia (psiquiatra, neurólogo, psicólogo y pediatra especializado) debe diagnosticar.

Las entrevistas clínicas diagnósticas suelen implicar mucho tiempo y ser costosas, por lo que en una cultura donde la salud mental no es prioridad, los padres de familia que tienen niños y adolescentes que empiezan a presentar problemas conductuales generalmente buscan ayuda hasta que su hijo baja de calificaciones o las autoridades escolares condicionan su permanencia: sólo si recibe atención psicológica puede continuar en el plantel.

La mayoría de los profesores de secundarias desconocen como abordar a los alumnos con éstos trastornos, esto muestra la importancia de sensibilizarlos, capacitarlos y proporcionarles estrategias que les permitan impartir sus clases de forma dinámica; para que los alumnos con TDAH se interesen en los temas impartidos, los alumnos con TND y TD disminuyan sus conductas rebeldes, desafiantes y transgresoras. Así mismo la identificación oportuna de alumnos con la probable presencia de trastornos externalizados favorece a un buen pronóstico, ya que es importante intervenir cuando los síntomas presentan una severidad leve o moderada.

Una forma de identificación de psicopatologías en etapas iniciales en alumnos de secundaria es a través de la aplicación de cuestionarios tamizajes, éstos reducen tiempos y costos, los instrumentos deben ser confiables y haber sido probados en poblaciones similares. El POSIT,

instrumento utilizado en este estudio reportó una buena confiabilidad ($\alpha=.898$) similar a la que Mariño y colaboradores (1998) reportaron en su estudio ($\alpha=.9057$). En esta muestra dos reactivos correlacionaron negativamente (¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa? y ¿Están tus padres o tutores de acuerdo en cómo te deben educar?) por lo que se sugiere cambiar la redacción o la eliminación de éstos. En el análisis del tamizaje por áreas de funcionamiento, los autores mencionados proponen como “red flags” el *área de funcionamiento de uso/abuso de sustancias*. En el presente estudio se encontraron alumnos con la presencia de consumo, donde incluso la familia y sus amigos ya se percataron de esta situación. En esta población esta área de funcionamiento obtuvo una buena confiabilidad ($\alpha=.738$) aunque menor a la de los autores mencionados ($\alpha=.870$), sin embargo hay que tomar en cuenta que esta población fue sólo de estudiantes y no de estudiantes y adolescentes en centros de tratamiento como el estudio de Mariño y cols. (1998).

En el *área de funcionamiento de salud mental* los reactivos relacionados con trastornos externalizados si identificaron la probable presencia de éstos, especialmente para TDAH; se obtuvo una buena confiabilidad ($\alpha=.810$) similar a la de los autores mencionados ($\alpha=.802$). En el *área de funcionamiento de relaciones familiares* se obtuvieron porcentajes elevados en reactivos referentes a la falta comunicación entre padres e hijos, sin embargo esta área no obtuvo una buena confiabilidad ($\alpha=.372$), así mismo se encontraron dos reactivos que correlacionaron negativamente, los cuales al ser eliminados hacen que suba considerablemente el alpha de Cronbach ($\alpha=.6790$), por lo que se sugiere cambiar la redacción y no utilizar términos subjetivos como “relativamente” o la eliminación de los reactivos.

El *área de funcionamiento de relaciones con amigos*, si hubo adolescentes que reportaron la presencia de factores de riesgo para conductas antisociales, ya que éstos tienen amigos que causan daño o destrucción intencionalmente, que han amenazado o golpeado sin razón y que han robado. Maldonado y Saucedo (2003) mencionan que es común que los padres se preocupen de que su hijo o hija tenga “malas compañías” ya que éstos influirán negativamente, así mismo la evidencia empírica sugiere que esto es cierto, ya que algunos compañeros ejercen presión social sobre algunos jóvenes para que se comporten igual que ellos, robando, rompiendo reglas y/o

usando sustancias. En cuanto a la confiabilidad del área se obtuvo una similar a la de los autores ($\alpha=.604$ y $\alpha=.647$, respectivamente).

En el *área de funcionamiento de nivel educativo* se presentan diversos síntomas del TDAH, mismos que la mayoría de los profesores identifican como deficiencias académicas del alumno y no se percatan de la posibilidad de un trastorno externalizado, esto puede deberse a diferentes causas: desconocimiento total del trastorno, no contar con herramientas de abordaje para los alumnos o no querer involucrarse en la problemática porque “no les corresponde”. Garza y Barragán (2006) opinan que en la última década en México, los maestros han tenido la obligación de conocer las condiciones de aprendizaje y conducta de sus alumnos; sin embargo, la carga asistencial y la necesidad de actualizarse en otras disciplinas dificultan el proceso de mantenerse informados. A esto hay que agregar problemas comunes en los que se encuentran inmersos, como son información poco confiable obtenida por medios que dan opiniones sin fundamento científico (radio, televisión, prensa escrita o Internet) y la oferta de técnicas terapéuticas y educacionales con pobre conocimiento real y sin fundamento científico del problema. En cuanto a la confiabilidad de ésta escala fue buena incluso un poco mayor que la de Mariño y colaboradores (1998), ($\alpha=.786$ y $\alpha=.731$, respectivamente).

En el *área de interés laboral* si hubo alumnos que reportaron haber tenido un trabajo, en relación a la confiabilidad de la escala, fue similar a la de los autores mencionados ($\alpha=.634$ y $\alpha=.643$, respectivamente). Se recomienda eliminar los dos reactivos siguientes ya que su correlación con la escala total fue por debajo de 20 (Mariño, 1998), además de que no queda clara su relación con el área laboral: ¿Has estado ausente o has llegado tarde a tu escuela con frecuencia? y ¿Has reprobado algún año en la escuela? En el *área de funcionamiento de conducta agresiva y delincuencia* se presentan características del TND y del TD como molestar frecuentemente a los amigos, pelear a menudo, amenazar con un arma, haber robado y ocasionar daños a la propiedad. En relación a la confiabilidad de la escala, fue similar a la de Mariño y cols. ($\alpha=.709$ y $\alpha=.703$, respectivamente).

Al realizar la comparación del instrumento tamizaje por tipo de escuela sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el área de interés laboral, donde los

alumnos de escuelas públicas han o están trabajando más que los de escuelas privadas, lo cual se explica por las diferencias socioeconómicas, sin embargo hay que resaltar que en ninguna otra área se presentan diferencias, es decir que los alumnos de escuelas tanto públicas como privadas usan o abusan de las drogas de maneras similares, presentan los mismos problemas de salud mental, se relacionan con amigos con características comunes, los problemas en el nivel educativo son similares, así como su conducta agresiva / delincuencia. En el *área de relaciones familiares* los alumnos de escuelas públicas presentan diferencias aunque no estadísticamente significativas con los de escuelas privadas, lo cual puede ser debido al estrés que genera en la familia los problemas económicos, ya que en este estudio se encontró que los alumnos de escuelas públicas trabajan significativamente más que los de escuelas privadas. Biderman y colaboradores (1995) opinan que aunque ningún factor de adversidad psicosocial –como el nivel socioeconómico- se encuentra relacionado de manera específica con el TDAH, la acumulación de varios factores de adversidad si se vincula con un riesgo aumentado para la presencia del trastorno.

Para concluir con el análisis del tamizaje es importante mencionar que un instrumento adecuado para identificar “probables casos” en alumnos de nivel medio; se sugiere realizar cambios en los reactivos que correlacionaron negativamente y los que presentaron correlaciones bajas o considerar su eliminación para la elaboración de una versión más corta, ya que una constante en todas las escuelas que participaron en el estudio fue que los alumnos manifestaron que el instrumento era muy extenso. Así mismo se sugiere que para aplicaciones en investigaciones futuras se tome en cuenta los puntos de corte y los “*red flags*” que proponen Mariño y cols. (1998), para la obtención de probables casos.

Segunda etapa del proyecto

En relación a la muestra de alumnos confirmados con la presencia de psicopatologías a través de la entrevista semi-estructurada (ESA), específicamente trastornos externalizados, asistieron más alumnos de escuelas públicas que de privadas, esto puede explicarse por los escasos servicios de salud mental con que cuentan estas instituciones, durante el trabajo de campo se constató que algunos planteles educativos oficiales no tenían psicólogo, trabajador social o médico. A diferencia de las escuelas particulares donde en el plantel habían tres

psicólogos, un médico y dos trabajadoras sociales. Esto muestra la falta de recursos en apoyo a la salud mental de las escuelas oficiales encuestadas.

De los alumnos entrevistados en esta etapa del proyecto más de la mitad reportó vivir con su familia nuclear, el porcentaje restante se dividió en alumnos que vivían con un solo padre (la mayoría de los alumnos de esta categoría vivían sólo con su madre), con padres y abuelos e incluso hubo quienes reportaron vivir con amigos de la familia, ya que sus padres viven en provincia, por lo que éstos jóvenes se trasladan a la ciudad a estudiar.

En el análisis de la presencia de los trastornos externalizados por edad se obtuvo una media de 13.39, Lahey, Loeber y Quay (1998) han demostrado que a menor edad de inicio de los trastornos externalizados mayor severidad de éstos, mayor agresividad y existen más posibilidades de que éstos continúen en la vida adulta, los cuales se manifiestan como un trastorno antisocial de la personalidad, esto se incrementa doblemente cuando el problema de conducta dio inicio en la infancia. Esta información resalta la importancia de llevar a cabo acciones preventivas en salud mental en etapas primarias de la infancia.

En la comparación por género se encontraron diferencias estadísticamente significativas sólo en el TDAH, esto concuerda con la literatura ya que este trastorno se presenta más en hombres que en mujeres (Kaplan & Sadock, 1999). La presencia de los otros dos trastornos también fue mayor en los hombres, sin embargo no con diferencias significativas. Probablemente se explique por la biología del TDAH, mientras que los otros dos trastornos el componente social-familiar tiene un gran peso (sin dejar fuera lo biológico), Berga (2003) opina que las expectativas de los padres y maestros están influidas por los estereotipos de género, por lo que no se espera que las jóvenes sean un problema y en consecuencia, no son vistas desde esta perspectiva. Juliano (1998) en sus investigaciones con mujeres adolescentes en centros de readaptación encontró que éstas tienen una “agresividad femenina” ya que a diferencia de los varones quienes suelen ser más agresivos físicamente, ellas tienden a controlar mejor a los grupos, tienen mecanismos de resolución de conflictos y evitación de sanciones de forma indirectas, sutiles o simbólicas. En la actualidad no se espera que las mujeres sean un problema, sin embargo los roles están cambiando, quizás esto está contribuyendo a que las manifestaciones

transgresoras sean cada vez más similares, de manera que se produzca una masculinización de las conductas de las adolescentes: incremento en el consumo de drogas, aumento de problemas de conducta en los salones de clase y mayor índice de delincuencia juvenil.

Funcionamiento familiar

De acuerdo a los puntos de corte que plantea la autora de la escala FF-SIL existen serias dificultades en el funcionamiento familiar en ésta muestra; la mitad de ésta reportó un funcionamiento disfuncional, el otro cincuenta por ciento se dividió en porcentajes similares: severamente disfuncional y moderadamente funcional. Ésta información lleva a la siguiente interrogante: ¿los puntos de corte de ésta escala realizada para adolescentes cubanos es equiparable en adolescentes mexicanos? Esto sugiere la necesidad de realizar más investigaciones en poblaciones similares para comparar los resultados. Sin embargo la confiabilidad del FFSIL en esta población fue adecuada, aunque es una escala con pocos reactivos para siete áreas que contempla (dos reactivos por área). Esto fue una limitación del estudio, ya que la escala no proporciona información suficiente para un análisis más detallado, por lo que se sugiere para próximos estudios utilizar instrumentos validados en población mexicana, los cuales profundicen en las características, dinámicas y funcionamientos familiares.

En relación a la cohesión familiar, la mitad de los alumnos de la muestra mencionan que a veces o nunca en sus familias se toman decisiones importantes y que es poca o nula la ayuda que se brindan cuando algún miembro de la familia tiene un problema. Así mismo reportan dificultades en la armonía familiar y siente que no son respetados sus intereses y necesidades. Reportan serios problemas de comunicación, casi la mitad de los adolescentes de la muestra perciben que en sus familias se expresan con insinuaciones, existen temas que les da temor abordar y los mensajes no son claros ni directos. Satir (1985) menciona que para solucionar conflictos familiares es necesario que los integrantes tengan la habilidad de comunicarse, negociar las diferencias y adaptarse al estrés. Esta habilidad se pone a prueba en las situaciones de crisis ante las cuales la familia puede actuar con rigidez o con flexibilidad.

Así mismo en la muestra fueron pocas o nulas las manifestaciones de cariño, ya que éstas no forman parte de su vida, estos jóvenes perciben que sus familias son poco adaptables ya que se

les dificulta aceptar y sobrellevar los defectos de los demás, así como la búsqueda de ayuda. Los roles tampoco están claros ya que reportan dificultades en el cumplimiento de las responsabilidades y las distribución de las tareas no es equitativa. Saucedá (2003) menciona que el desempeño funcional de los papeles o roles es requisito indispensable para la realización de las tareas que hacen posible la vida familiar. Si no están claras cuales son las responsabilidades de cada miembro de la familia y las tareas no son equiparables sobretodo en familias con adolescentes, esta situación se convierte en un generador de desacuerdos y discusiones entre los miembros de la familia.

En cuanto a la percepción de la permeabilidad fue poca o casi nula en las familias de estos adolescentes ya que éstas no toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles y no son capaces de buscar ayuda en otras personas, es importante que las familias con adolescentes con trastornos externalizados permitan que los jóvenes expresen su enojo, los padres deben pasar por alto los desacuerdos menores para evitar fricciones innecesarias. Una familia con un buen funcionamiento no se diferencia de una disfuncional por la existencia o ausencia de conflictos, sino por el modo de resolver las diferencias inevitables en toda convivencia humana.

Severidad de los trastornos externalizados

En la distribución de trastornos externalizados el TDAH fue el que más se presentó, seguido por el TND y el TD respectivamente. En el análisis de los subtipos de TDAH, el tipo mixto o combinado fue el más frecuente, esto concuerda con la bibliografía (Kaplan & Sadock, 1999). Por el tipo de población del presente trabajo se diagnosticaron más alumnos con TDAH de tipo inatento, esto resalta nuevamente la importancia de realizar evaluaciones de tipo preventivo, ya que los alumnos con este subtipo de TDAH pasan inadvertidos porque no causan problemas en el salón de clases, sin embargo su desempeño académico no es favorable. Barragán (2004) menciona que los niños y adolescentes predominantemente inatentos tienden a ser del sexo femenino con problemas académicos pero no conductuales, que pueden pasar desapercibidos en el grupo y que incluso en ocasiones son retraídos y poco sociables; en cambio aquéllos con el subtipo mixto o predominantemente hiperactivo son por lo general del género masculino, están afectados de una manera más global, con problemas del comportamiento y agresividad más

acentuado, un coeficiente intelectual normal y una alta relación con otros trastornos externalizados, sin embargo los niños y adolescentes inatentos suelen ser más comórbidos con trastornos del estado de ánimo y con los trastornos ansiosos (Palacios, 2004).

En relación a la escala EPE-AA esta es adecuada para medir la severidad de los trastornos externalizados en ésta población, ya que se obtuvo una buena confiabilidad ($\alpha=.917$). En el análisis de las tres subescalas, la que corresponde al TDAH fue la más alta siguiendo la de TND y la de TD respectivamente. En la subescala de TND se sugiere la modificación del reactivo “He cumplido las reglas en la casa y en la escuela”, probablemente al abarcar dos situaciones diferentes tiene como consecuencia que su correlación sea muy baja, se sugiere hacer dos reactivos por separado. En la subescala de TD el reactivo “He robado cara a cara” tuvo una correlación muy baja, por lo que se sugiere cambiar la redacción de éste.

En la severidad de los trastornos más de la mitad de los alumnos reportaron la categoría de moderada, lo que significa que la presencia de los síntomas están causando deterioro en su funcionamiento familiar, social y académico ya que para el TDAH reportaron la presencia de problemas de concentración, hablan demasiado, son escandalosos, no miden el peligro, para el TND discuten con los adultos, se enojan por cosas insignificantes, se rehúsan a obedecer y para el TD reportaron que inician peleas físicas, dicen mentiras, destruyen cosas por venganza y fuman. Cabe mencionar que determinar la severidad de éste último trastorno resultó ser muy complejo, ya que los criterios diagnósticos del DSM-IV plantean categorías muy diferentes entre sí, De la Peña (2003) menciona que una de las principales limitantes de las aproximaciones diagnósticas es incluir un conjunto muy variado de síntomas que pueden ir desde la mentira hasta el herir a otro con un arma, lo que convierte a este grupo en uno muy heterogéneo, sin embargo al dividir en subgrupos este padecimiento se reduce la heterogeneidad, por lo que algunos investigadores lo han hecho dependiendo de si la conducta es grupal o solitaria, o si el inicio de los problemas de conducta fue en la infancia o en la adolescencia.

En relación a la comorbilidad al 5.1% de la muestra se le diagnosticaron los tres trastornos externalizados, esto es una severidad grave, Newcorn (2000) menciona que el TND y

el TD se encuentran en el 40% al 70% de los niños y adolescentes con TDAH y que algunos de estos sujetos también padecen trastornos internalizados concomitantes.

Funcionamiento familiar y severidad de los trastornos externalizados.

En el análisis del funcionamiento familiar y la severidad de cada uno de los trastornos de forma independiente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el funcionamiento familiar y el TDAH, no así con los otros dos trastornos, probablemente por el tamaño de las muestras de cada trastorno. Sin embargo al realizar la correlación de la severidad de los tres trastornos con el funcionamiento familiar se encontró una correlación negativa entre dichas variables y se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un valor de $p=.000$, esta información muestra como a peor funcionamiento familiar mayor severidad de los síntomas y/o a mejor funcionamiento familiar disminución de la severidad de los síntomas. Estos resultados concuerdan con la literatura, ya que la familia cumple con múltiples y esenciales funciones para el desarrollo del adolescente para la supervivencia y estabilidad de la sociedad. Hay que recordar que los trastornos de conducta no se dan en el vacío, sino en un contexto familiar determinado, en el que todos los miembros interactúan y se influyen mutuamente, y en el que los padres ejercen un papel fundamental, ya que de ellos dependen gran cantidad de decisiones e influencias que marcarán el desarrollo de su hijo. Olson, Bates y Bayles compararon una serie de medidas de funcionamiento familiar y de estilo de paternidad en una muestra de 28 niños con hiperactividad y otros 30 niños control, encontraron una relación significativa entre hiperactividad y estrategias parentales de crianza pobres, utilización de métodos de disciplina agresiva y poco proactiva, sentimientos negativos de los padres hacia los hijos y refuerzos positivos escasos.

Hay que tomar en cuenta que muchos padres de hijos con trastornos externalizados perciben que la convivencia resulta excesivamente difícil y estresante, y ésta ejerce una influencia negativa sobre la familia, probablemente los altos niveles de estrés se relacionan con la incapacidad de manejar el comportamiento del adolescente. Estudios como los de Donenberg y Baker (1993) han encontrado que los niños con TDAH tienen un impacto negativo en la familia y producen mayores niveles de estrés que en niños sin ninguna patología; presentan un nivel de interferencia en la familia similar a la de los niños con sintomatología del espectro autista.

Es necesario que los trabajadores de la salud mental interesados en los trastornos externalizados en los adolescentes comprendamos claramente nuestro papel psicoeducativo en el asesoramiento a las familias con un miembro con estas patologías. En el abordaje terapéutico es necesario incluir una serie de aspectos, entre los que se incluyen: estrategias específicas de manejo del comportamiento, habilidades de comunicación y desarrollo de expectativas apropiadas sobre los resultados. También es importante el tratamiento en conjunto de la temática familiar: el funcionamiento, los roles, la comunicación, las estrategias que funcionan en la familia, la importancia del padre y de la madre y los valores que se transmiten. Se deben realizar más estudios sobre las repercusiones en el seno familiar de los niños y adolescentes con trastornos externalizados, así como para detectar estilos de crianza que favorecen la severidad de éstos, ya que la disfunción familiar constituye un factor de riesgo que interactúa con la predisposición de los niños y adolescentes y exacerban la presentación de los síntomas y su continuidad.

REFERENCIAS

- Abikoff, H. & Gittelma, R. (1985) The normalizing effects of methylphenidate on the classroom behavior for ADDH children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 13(1),33-44.
- Álvarez M. (1993). *Acerca de la familia cubana actual*. La Habana: Ed. Academia.
- Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., Shelton, T.L. & DuPaul, G.J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-20.
- Ares, M.P. (1990). *La familia como objeto de estudio psicosocial. Mi familia es así*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- Arnsten, A.F, Steere, J.C. & Hunt, R.D. (1996). The contribution of alpha 2 noradrenergic mechanisms to prefrontal cortical cognitive function. *Archives of General Psychiatry*;53, 448-455.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4ª Edición Ed. Masson, Barcelona.
- August, G.J. & Garfinkel, B.D. (1989). Behavioral and cognitive subtypes of ADHD. *Journal of the American Academy of Child Adolescence Psychiatry*, 28,739-748.
- Ballesteros, P.A., Saturno, H.P., Ortega, R.P., Mínguez, V.R. & Molina, D. F. (1996) Construcción y validación de una escala de actitudes hacia la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 17, 338-341.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unified theory of ADHD. *Psychological Bulletin* 121,65-94.
- Barkley, R.A (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH). Guías para padres*. Editorial Paidós.
- Barkley, R.A, Guevremont, D. & Du Paul, G. (1989). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. En: Schaeffer, C. *Briemestar. Handbook of parents training*. Wiley, EUA.
- Berga, A. (2003). Aprendiendo a ser buenas. *Revista de estudios sobre juventud*, 19, 116-141, México, D.F.
- Biederman, J., Faraone, S. & Keenen, K. (1992) Further evidence for family genetic risk factors inattention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of General Psychiatry*, 49, 728- 738.

- Biderman, J., Faraone, S. & Mick, E. (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? *Journal of the American Academy of Child Adolescence Psychiatry*, 34, 579-590.
- Biderman, J., Faraone, S. & Milberger, S. (1996). A prospective 4 year follow up study of attention deficit hyperactivity and related disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 437-446.
- Biederman, J., Faraone, S. & Keenan, K. (1992). Further evidence for family genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of General Psychiatry*, 49,728-738.
- Biederman, J., Newcorn, J. & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148,564-577.
- Buckle, P., Hffmayer, H. & Isambert A. (1996). *La salud mental de la familia de Europa*. Ginebra: Editorial Prensa Médica.
- Buró, S., Krueger, R., McGue, M. & Iacono WG. (2001). Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. *Journal of Abnorm Psychology*, 110,516-525.
- Campos, M. & Martínez-Larrea, J. (2002). Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25. Recuperado en noviembre 24, 2007 disponible (<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple10a.html>)
- Caraveo, A., Colmenares, B. & Saldívar, H. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad durante la vida. *Revista Salud Mental*, 22,62-67.
- Caron, C. & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: concepts and research strategies, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32,1063-1080.
- Caspi, A, Moffitt, T., Newman, D. & Silva, P. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*; 53,1033-1039.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). ICD-10 Clasificación de los Desórdenes Mentales y de la Conducta. Criterios Diagnósticos para la Investigación. Ginebra.
- Cohen, P., Kasen, S., Brook, J. & Struening, E. (1991). Diagnostic predictors of treatment patterns in a cohort of adolescents, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 30, 989-993.
- De la Peña, F. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública de México*,45,1,124-131.

- De la Peña, F., Heinze, G., Medina-Mora, ME., Vázquez López, G., Vargas, B., Zabicky, G. & Suárez, A. (2004) Protocolo del proyecto: La salud mental y el uso de sustancias psicoactivas en escolares de secundaria: Diagnóstico e intervención temprana. Un estudio comparativo. *Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"*.
- De la Peña, F., Patiño, M., Mendizábal, A., Cortés, J. & Cruz, E. (1998). La entrevista semi-estructurada para adolescentes (ESA). Características de confiabilidad interevaluador y temporal. *Revista Salud Mental, 21*,6,11-18.
- De la Peña, F., Ulloa, R. & Paez, F. (1999). Comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Revista Salud Mental, 22*,88-92.
- Diamond, J. & Mattsson, A. (1998). Trastorno por Déficit de atención/hiperactividad. En: Parmelee, D. *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 69-82). Segunda Edición, Madrid: Harcourt Brace.
- Donenberg, G. & Baker, B. (1993). The impact of young children with extenalizing behavior en their families. *Journal of Abnorm Child Psychology, 21*, 179-198.
- Dumas, J., La Freniere, P. & Serketich, W. (1995). "Balance of power": A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive and anxious children. *Journal of Abnorm Psychoogyl, 22*, 104-113.
- Faraone, S., Biderman, J. & Mennin, D. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*:1378-1387.
- Florenzano, R. (1994). *Familia y salud de los jóvenes*. Ediciones Universidad Católica. Santiago de Chile.
- Garza, S. & Barragán, E. (2006). Dificultades comunes en el tratamiento integral de niños con problemas de atención y aprendizaje en México. *Boletín médico del Hospital infantil de México. 63*, 206, 145-154.
- Gómez, C., De la Peña, F., Suárez, A., Arellano, S., Campos, M., Loa, N., López, J., Mier y Terán, E., Payán, O. & Soto, R. (2006). *El ABC del adolescente: desarrollo, sexualidad y salud mental. Información y estrategias para padres, profesores y personal de las instituciones educativas y de salud mental que tienen contacto con adolescentes*. Administración Federal de Servicios Educativos en el DF, Secretaría de Educación Pública e Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Green, R., Biderman, J., Zerwas, S. & Faraone, S. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*,1214-1224.

- Halperin, J. & Newcorn, J. (1998). Impulsivity and aggression in children with ADHD. En: Maes, M., Coccaro, E. (eds). *Neurobiology and clinical views on aggression and impulsivity*. Wiley: Chichester, West Sussex, England, 47-61.
- Halperin, J., Newcorn, J. & Matier, K. (1995). Impulsivity and the initiation of fights in children with disruptive behavior disorders. *Journal of Child Psychol Psychiatry*, 36,1199-1211.
- Halperin, J., Newcorn, J. & Sharma, V. (1990). Inattentive and non inattentive ADHD children: Dothey constitute a unitary group? *Journal Abnorm Child Psychology*, 18, 437-449
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill / Interamericana. México.
- Herrera, S. (1997). Familia funcional y disfuncional: un indicador de salud. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 13, 591-5.
- Hinshaw, S. (1987). On the distinction between attentional deficits / hyperactivity and conduct problems /agresión in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 101, 443-463.
- Holmes, J. & Payton, A. (2002). Association of DRD4 in children with ADHD and comorbid conduct problems. *American Journal Medicine Genetic*, 114, 150-153.
- Horwitz, N. (1990). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 6. 15-28.
- Horwitz, N. (1986) Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 12, 20-35.
- Jensen, P., Hinshaw, S., Kraemer, H. & Lenora. N. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: Coparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40,2,147-158.
- Johnston, C, Murray, C., Hinshaw, S., Pelham, W. & Hoza, B. (2002). Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD: relations to maternal and child characteristics. *Journal of Abnorm Child Psychology*, 30, 77-88.
- Jonson, H. (1988). *Drugs, dialogue or diet: Current concepts*. Social Work, EUA.
- Joselevich, E. (comp) (2000). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires, Paidós.
- Juliano, D. (1998). Las que saben. Subculturas de mujeres, Horas y Horas, Madrid. En: Berga, A. (2003). Aprendiendo a ser buenas. *Revista de estudios sobre juventud*, 19, 116-141, México.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1999). Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Panamericana
- Kendall, J. (1999). Sibling accounts of ADHD. *Family Process*, 38, 117-36.
- Keown, L. & Woodward, L. (2002). Early parent-child relations and family functioning of preschool boy with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnorm Child Psychology*, 30, 541-53.

- Kuperman, S., Schlosser, S., Kramer, J., Bucholz, K. & Hesselbrock, V. (2001). Developmental sequence from disruptive behavior diagnosis to adolescent alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*; 158,2022-2026.
- Lahey, B., Aplagate, A. & Barkley, R. (1994). DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151,1163-1171.
- Lahey, B., Loeber, R., Burke, J., Rathouz, P. & McBurnett, K. (2002). Waxing and waning in concert: dynamic comorbidity of conduct disorder with other disruptive and emotional problems over 7 years among clinic-referred boys. *Journal of Abnorm Psychology*, 111,4,556-567.
- Lahey, B., Loeber, R. & Quay, H.(1998). Validity of DSM-IV subtypes of conduct disorder based on age of onset. . *Journal of the American Academy of Adolescence Psychiatry*, 37,435-442.
- Lahey B., Piacentini, J. & Mc Burnett, K. (1988). Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 27,163-170.
- Lavietes, R. Oppositional Disorder. En: Kaplan, H. & Sadock, B. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Editorial Panamericana.
- Lewis, K. (1992). Family functioning as perceived by parents of boys with attention deficit disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 13, 369-86.
- Lewis, D. (1991). Development of the symptom of violence. Child and adolescent psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25,150-170
- Loeber, R., Burke, J. & Lahey, B. (2000). Trastorno Oposicionista Desafiante y Trastorno de la Conducta: Una revisión de los pasados 10 años. Parte 1. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39,1468-1484.
- Loeber, R., Green, S., Keenan, K. & Lahey, B. (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 34, 499-509.
- Louro, B. (2004). Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 20,3.
- Lyam, D. (1998). Early identification of the fledgling psychopath: Locating the psychopathic child in the current nomenclature. *Journal of Abnorm Psychology*, 107, 566-575.
- Macias, R. *Antología de la sexualidad humana II*. (1994). Ed. México. Editora Migunicos Porrúa.
- Maldonado, D. & Saucedo, G. (2003) La adolescencia: oportunidades, retos y la familia. En: *La familia, su dinámica y tratamiento*. Organización Panamericana de la Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social

- Mannuzza, S., Klein, R. & Bessler, A. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50, 565-576
- Mariño, M., González, C., Andrade, P. & Medina-Mora ME. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas de drogas. *Revista Salud Mental*, 21,1,27-36.
- Martínez, M. (2001). Género, pobreza y exclusión social: diferentes conceptualizaciones y políticas públicas. En: Tortosa M. *Pobreza y perspectiva de género*, Barcelona.
- McCord, J. (1998). Identifying development paradigms leading to alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*; 49, 357-362.
- McGee, R., Williams, S. & Silva, P. (1984). Behavioral and developmental characteristics of aggressive, hyperactive and aggressive-hyperactive boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 270-279.
- Medina-Mora, ME., Borges, G., Lara, C. & Benjet, C. (2005) *La Salud Mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica*. Manual de los Trastornos Mentales. Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Mercugliano, M. (1999) What is attention deficit hyperactivity disorder?. En: Morgan, A. *Attention deficit hyperactivity disorder*. Pediatric Clinics of North America, 46;5:831-841
- Merle, G., Tulak, F. & Troncale, J. (2004) Prevalence and characteristics of adolescent patients with co-occurring ADHD and substance dependence. *Journal of addictive diseases*, 23, 4, 31-40.
- Minuchin, S. (1997). *Familias y Terapia Familiar*. Quinta reimpresión, Editorial Gedisa.
- Moffitt, T. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Develops*, 61,893-903.
- Newcorn, J. & Halperin, J. (2000). Attention-deficit disorders with oppositionality and aggression. En: Thomas, E. (ed). *Attention deficit disorders and comorbidities children, adolescents, and adults*. Washington, D.C. American Psychiatric, Press, Inc
- Olson, D. (1997) *Circumplex model of mental and family systems: cohesion and adaptability types and clinical applications family process*. Editorial Prensa Médica, Buenos Aires.
- Olson, D. & McCubbin, H. (1986). *Family inventories*. St. Paul: Family Social Science, University of Minnesota.
- Olson, D. (1993). *Circumplex model of marital and family systems assessing family functioning*. In Walsh frma. *Normal family processes*. Londres: The Guilford Press.
- Olson, S., Bates, J. & Bayles, K. (1990). Early antecedents of childhood impulsivity: the role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. . *Journal of Abnorm Psychology* 18, 317-34.

- Palacios, L., Ulloa, R. & De la Peña, F. (2004). Trastornos externalizados concomitantes. En: Ruiz, M. *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Diagnóstico y Tratamiento*. Academia Mexicana de Pediatría A. C. Editores de Textos Mexicanos.
- Paternite, C., Loney, J. & Roberts, MA. (1996). A preliminary validation of subtypes of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal Attention Disorder*, 1, 70-86.
- Paterson, J. & Zill, Z., (1986): "Marital disruption, parent-child relationships and behavior problems in children". *Journal of marriage and the family*, 48, 295-307.
- Pérez-Rojo, N. & Carmona, A. (1982). La familia y el nivel de salud de la comunidad. Aspectos conceptuales y Metodológicos. *Revista Cubana Administrativa de Salud*, 8,3,224-41.
- Rey, J. (1993). Oppositional defiant disorder. *American Journal Psychiatry*, 150, 1769-1778.
- Robins, L. (1998). The intimate connection between antisocial personality and substance abuse. *Social Psychiatry Epidemiology*; 33, 393-399.
- Roselló, B., García, R., Tárraga, J. & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurología*; 36, 79-84.
- Ruiz, M. (2004). *Trastorno por Déficit de Atención: Diagnóstico y Tratamiento*. Academia Mexicana de Pediatría. Editores Mexicanos.
- Rydelius, P. (1983). Alcohol abusing teenage boys; testing a hipótesis on the relationship between alcohol abuse and social background factors, criminality and personlity in teenage boys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68,368-380.
- Sartorius N. (2003). Uno de los últimos obstáculos para mejorar la asistencia en salud mental: El estigma de la enfermedad mental. *Avances en salud mental relacional. Revista Internacional On-line*, 2. Recuperado en enero 20, 2007 disponible en (<http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0202/0202udl.htm>).
- Satir, V. (1985). *Psicoterapia familiar conjunta*. México. Editorial Prensa Médica.
- Simón, F., Stirling, M. & Wynne, L. (1998). *Vocabulario de terapia familiar*. Editorial Gedisa, Buenos Aires, 210-220.
- Solloa, G. (2001). *Los Trastornos psicológicos en el niño*. Editorial Trillas.
- Sosa, M., Gómez, C., Vargas, L., Feria, M., Lenz, A., De la Peña, F. & Palacios, L. (2007). *Adolescencia, trastornos externalizados y adicciones*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Fundación Gonzalo Río Arronte I.A.P.
- Sprich, S., Biederman, J. & Crawford, M. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1432-1437.

- Szatmari, P., Boyle, M., Offord, D. (1989b). ADHD and conduct disorder: Degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 865-872
- Szatmari, P, Offord, D. & Boyle, M. (1989a). Ontari Child Health Study: Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journa of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 219-230.
- Taylor, E., Chadwick, O. & Heptinstall, E. (1996).Hypereactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35,1213-1226.
- Todd, R. & Rasmussen, E. (2001). Familiality and heritability of subtypes of attention deficit hyperactivity disorder in a population sample of adolescent twins. *American Journal Psychiatry*, 158, 1891-1898.
- Ulloa, R., Apiquián, R., De la Peña, F. (2000). Comorbilidad en Psiquiatría Infantil. En: Gutiérrez, C. & Rey, F. *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*. Litofinter Press, Madrid, España.
- Von Bertalanffy. (1976). *Teoría general de los sistemas*. Ed. México, DF: Fondos de Cultura Económica, 28-54.
- Walter, J., Lahey, B. & Hynd, G. (1987). Comparison of specific patterns of antisocial behavior in children with conduct disorder with or without coexisting hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 910-913.
- Walsh, F. (1982). Conceptualización of normal family functioning. *Family Process*. Guillard Press New York. Normal, 3-44.
- Zametkin, A. & Rappaport, J. (1987). Neurobiology oaf Attention Déficit Disorder with Hyperactivity: Where have we como in 50 years?. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26,5-676-686.

Anexos

Anexo A

Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)
Comportamientos y sentimientos de las DOS ULTIMAS SEMANAS

Nombre del alumno: _____

Nombre de la escuela: _____

Fecha: _____ Grupo: _____

Instrucciones:

Los reactivos que se enlistan a continuación, describen algunas conductas que presentan los adolescentes. Lee cada pregunta con cuidado y decide **SI** o **NO** las has presentado en las **dos últimas semanas**. Por favor no dejes ninguna pregunta sin contestar y sé lo más sincero posible.

	SI	NO
1. ¿Eres arrogante?		
2. ¿Has tenido dificultades por que consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?		
3. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?		
4. ¿Discuten demasiado tus tutores o padres?		
5. ¿Te cansas con frecuencia?		
6. ¿Te asustas con facilidad?		
7. ¿Tienes menos energía de la que crees deberías tener?		
8. ¿Te sientes frustrado con facilidad?		
9. ¿Amenazas a otros con hacerles daño?		
10. ¿Te sientes solo la mayor parte del tiempo?		
11. ¿Dices groserías o vulgaridades?		
12. ¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?		
13. ¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?		
14. ¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enojan contigo?		
15. ¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?		
16. ¿Has tenido un trabajo eventual con sueldo?		
17. ¿Te has hecho daño o les has hecho daño a otras personas accidental mente estando bajo alcohol o de drogas?		
18. ¿Tienes buena ortografía?		
19. ¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?		
20. ¿La mayoría de las veces saben tus padres o tutores lo que están haciendo?		
21. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque haz gastado demasiado en drogas o bebidas alcohólicas?		
22. ¿Participas en demasiadas actividades en compañía de tus padres o tutores?		
23. ¿Te sientes nervioso la mayor parte del tiempo?		
24. ¿Has robado alguna vez?		
25. ¿Has sentido que eres adicto al alcohol o a las drogas?		
26. ¿Sabes leer bien?		
27. ¿Has estado ausente o has llegado tarde a tu escuela con frecuencia?		
28. ¿Siente que la gente están en contra tuya?		
29. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?		
30. ¿Pelan a menudo o muchas veces?		
31. ¿Tienes mal genio?		
32. ¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando lea hablas?		
33. ¿Has empezado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para tener el efecto que deseas?		
34. ¿Te dice la gente que eres descuidado?		
35. ¿Eres muy necio?		
36. ¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?		

	SI	NO
37. ¿Has amenazado alguna vez a alguien con una arma?		
38. ¿Te vas a veces a las fiestas por que no hay en ellas bebidas alcohólicas?		
39. ¿Sabes tus padres o tutores como piensas o te sientes realmente?		
40. ¿Actúas impulsivamente con frecuencia?		
41. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas?		
42. ¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?		
43. ¿Tienes dificultades para concentrarte?		
44. ¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?		
45. ¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores levantando la voz o gritando?		
46. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o drogas?		
47. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes?		
48. ¿El mes pasado manejaste un automóvil estando borracho o drogado?		
49. ¿Levantas la voz más que los muchachos de tu edad?		
50. ¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?		
51. ¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaba las consecuencias de dejarlo?		
52. ¿Les gusta a tus padres o tutore hablar y estar contigo?		
53. ¿Has pasando alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran donde estabas?		
54. ¿El uso del alcohol o las drogas te producen cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento a estar triste, o viceversa?		
55. ¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?		
56. ¿Pierdes días de clases o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas?		
57. ¿Te han dicho algunas veces tus familiares o amigos que deben reducir el consumo de bebidas alcohólicas?		
58. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?		
59. ¿Molestas muchos a tus amigos?		
60. ¿Tienes dificultades para dormir?		
61. ¿Tienes dificultades con trabajos escritos?		
62. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido ha hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regala o ley, o la hora de llegar a casa, o tener relaciones sexuales con alguien?		
63. ¿Sientes que a veces pierdes el control de ti mismo y terminas pelando?		
64. ¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?		
65. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas que consumes?		
66. ¿Tienes dificultades al seguir instrucciones?		
67. ¿Tienes amigos que han amenazado o golpeado sin razón?		
68. ¿Has tenido el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		
69. ¿Tienes buena memoria?		
70. ¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?		
71. ¿Están tus padres o tutores de acuerdo en como te deben educar?		
72. ¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?		
73. ¿Falta tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?		
74. ¿Te hace sentir la escuela estúpido a veces?		
75. ¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?		
76. ¿Te da miedo estar con la gente?		
77. ¿Tienes amigos que han robado?		
78. ¿Has reprobado algún año en la escuela?		
79. ¿Es difícil la escuela para ti?		
80. ¿Eres una persona nerviosa de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?		
81. ¿Gritas mucho?		

Anexo B

Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)

del Instituto Mexicano de Psiquiatría

(Relacionada para los criterios del DSM-IV)

A. Presentación

La presente entrevista semiestructurada esta diseñada para corresponder con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM-IV), y para ser aplicada por psiquiatras o por residentes en psiquiatría a adolescentes entre los 13 y los 19 años.

B. Procedimiento

El entrevistador debe presentarse, explicando al paciente se trata de una entrevista bajo un diseño específico por lo que la mayoría de las preguntas ya están establecidas y obligan a ciertas restricciones en las respuestas, sin embargo al final de la misma, el paciente tendrá tiempo suficiente para profundizar en cualquier área que así lo desee.

Se debe solicitar la autorización por escrito del adolescente y de uno de los padres para la realización de la entrevista, explicando se trata de un proyecto de investigación cuyos resultados serán confidenciales y sólo servirán para fines científicos, si el adolescente se niega, se deberá insistir tratando de indagar los motivos por los cuáles pudiera negarse, explicándole detalladamente el procedimiento y haciendo énfasis en la confidencialidad, si pese a ésto persiste en su negativa, la entrevista se suspende en este momento.

La entrevista se realizará con el adolescente y con la presencia de uno o ambos padres o tutores, los apartados de consumo de alcohol y sustancias y del área sexual se buscará interrogar en privado con el paciente.

Todas las preguntas están orientadas al adolescente, se debe solicitar al padre que participe en las respuestas cuando se percate de imperfecciones u omisiones en lo contestado por su hijo; en caso de diferencias se buscará un acuerdo entre ambos, si después de esto persistieran queda a criterio del entrevistador consignar la respuesta. Debe tenerse en consideración que las conductas externalizadas incluyendo el área de los trastornos de conducta, oposicionista desafiante y déficit de atención pueden ser bien reportadas por los padres, las conductas internalizadas incluyendo el área de los trastornos de ansiedad y depresión pueden ser bien reportadas por los adolescentes.

1. Datos Generales

- 1.1. ¿Cómo te llamas?
- 1.2. ¿Cuántos años tienes? (codificar al lado el número de expediente de la institución)
- 1.3. ¿Cuándo y dónde naciste? (*día, mes y año, así como ciudad, Edo. y país*)
- 1.4. ¿Qué estudias, en que escuela, (*especificar si es escuela pública o privada*) y en que año estás o cuál fue el último curso que terminaste?
- 1.5. (*Sólo si no estudia actualmente*) ¿Hace cuánto tiempo (*en meses*) dejaste de estudiar? (*Anotar cuántos periodos y por cuánto tiempo (en meses) cada uno, dejó en alguna ocasión de estudiar*)
- 1.6. ¿Alguna vez reprobaste año desde la primaria (*en caso afirmativo*) cuáles?
- 1.7. ¿Estás trabajando, cuánto tiempo llevas trabajando? (*buscar que el adolescente detalle sobre las características del trabajo*)

- 1.8. ¿Cuántos trabajos has tenido? (*buscar que el adolescente detalle cada uno de éstos*)
 - 1.9. ¿Cuál es tu dirección?
 - 1.10. ¿Cuál es tu teléfono (*si no tiene teléfono*) en qué teléfono podemos localizarte y de quién es?
 - 1.11. ¿Con quién vives? (*Detallar edades de cada uno de los familiares con los que vive, sino menciona a uno de los dos padres preguntar dirigidamente por él/ella con motivo de muerte, separación, etc. o tiempo de no verlo*)
 - 1.12. ¿Desde hace cuánto vives con ellos?
 - 1.13. ¿Qué religión tienes?
- (Interrogatorio dirigido al padre)**
- 1.14. ¿Cuál es su nombre y edad?
 - 1.15. ¿Cuál es su relación con el paciente (*es el padre o la madre u otro familiar*)?
 - 1.16. ¿Cuáles son sus estudios?
 - 1.17. ¿Cuál es su ocupación?
 - 1.18. ¿Vive usted con el paciente?

2. Motivo de Consulta y Padecimiento Actual

Preguntarle al adolescente si viene por su propia voluntad o si es traído sin su total aprobación, comenzar el interrogatorio centrados en el paciente dirigiendo las preguntas directamente al adolescente.

2.1. ¿Porqué vienes con nosotros, en que podemos ayudarte?

Posteriormente se preguntará al adulto que lo acompaña:

2.1. ¿En qué podemos servirle, cuál es el problema de su hijo?

Se recomienda que una vez expresado el motivo de consulta y el problema inicialmente referido se haga un interrogatorio por áreas abarcando la familiar, la escolar, la de amigos, la laboral, etc.

2.2 al 2.5. ¿Qué otros problemas tienes?

Una vez que el paciente y el padre consideren agotados los problemas que llevaron al paciente a consulta el entrevistador enumerará de forma sintomática o sindromática los problemas referidos por el paciente, solicitando su acuerdo y marcando su evolución en semanas (listado del 2.1 al 2.5 en la hoja de respuestas). Cuando el entrevistador tenga claro el motivo de consulta y el padecimiento actual del adolescente, decidirá cuál será el orden de aplicación de los diferentes apartados conforme a la enumeración hecha de los mismos. Deberá igualmente decidir si el interrogatorio se realizará para el padecimiento actual, a lo largo de la vida o ambos, se consignará la presencia o la ausencia del síntoma así como tiempo de evolución en la hoja de respuestas, debe recordarse que puede establecerse el síntoma como un elemento caracterológico y así deberá consignarse en la hoja de respuestas en rasgo. Es posible que también exista duda sobre el síntoma aun después de un interrogatorio completo o bien que la exploración fuera incompleta ésto deberá quedar registrado en cada síntoma. Existen puntos de salto que permiten acelerar la entrevista cuando no existe evidencia de síntomas fundamentales del apartado, estos puntos de salto están marcados en algunas áreas con letras cursivas.

Se recomienda permitirle tribuna libre al paciente o al familiar, otorgando una duración aproximada de 15 a 30 minutos en este apartado.

3. Trastorno Depresivo Mayor

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:, ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

3.1 ¿Has tenido algún cambio en el estado de ánimo, te sientes triste o enojado?

- 3.2. ¿Disfrutas hacer las cosas tanto como antes, salir con amigos, ver la T.V., ir al cine?
- 3.3. ¿Has bajado de peso sin estar a dieta?
- 3.4. ¿Tienes problemas para dormir, te cuesta trabajo empezar, te levantas a mitad de la noche o mucho antes de la hora que acostumbras o duermes de más durante el día?
- 3.5. ¿Has estado más agitado o inquieto o por el contrario lento en los movimientos?
- 3.6. ¿Te has sentido cansado o con menos energía?
- 3.7. ¿Te has sentido inútil o muy culpable?
- 3.8. ¿Has tenido problemas para poner atención, concentrarte o te has sentido muy indeciso?
- 3.9. ¿Te han surgido ideas continuas sobre la muerte o el suicidio?
- 3.10. ¿En algún momento durante la última semana te has sentido muy alegre, con mucha seguridad en ti mismo, duermes mucho menos, hablas continuamente o sientas que tus ideas pasan muy rápidamente?
- 3.11. ¿Estos síntomas que me has referido te han ocasionado problemas o han deteriorado tu funcionamiento en la casa, con tus amigos, en la escuela o en el trabajo?
- 3.12. ¿Estos síntomas se han presentado asociados al estar consumiendo alguna medicina o alguna droga o vinculados con cualquier otro padecimiento fuera de los psiquiátricos?
- 3.13. ¿Ha muerto algún familiar cercano o algún amigo en los últimos meses?
- 3.14. ¿Hace cuánto?

Criterios de Corroboración para el Trastorno Depresivo Mayor

Se recomienda que los siguientes cuatro reactivos se confirmen como un listado de chequeo con el paciente y el padre cuando al menos cuatro síntomas del TDM estén presentes.

(Si el paciente no cumple con cuatro síntomas del apartado 3 se pasará al siguiente apartado)

3.15. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que durante los últimos tiempos te has sentido triste o infeliz o con sufrimiento o con llanto? ***(Debe haber evidencia expresada recientemente de tristeza, infelicidad, sufrimiento o llanto)***

3.16. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que durante los últimos tiempos has tenido un cambio de conducta en tu casa o en la escuela o con tus amigos? ***(Deben haber antecedentes de un cambio de conducta de las últimas dos semanas hasta hace un año)***

3.17. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que en los últimos tiempos has tenido problemas en tus actividades en casa o con tus amigos o has bajado en tu desempeño escolar? ***(Debe haber evidencia de un deterioro reciente en las actividades sociales y/o una declinación en el desarrollo académico)***

3.18. *Dos o más de los siguientes síntomas deberán estar presentes: problemas para dormir, problemas con el apetito, pérdida de la energía o del interés usual, reducción de las actividades, expresar ideas de autodepreciación, amenazas o conductas suicidas.*

4. Distimia

¿Durante todo un año o más tiempo te has sentido triste o enojado la mayor parte del tiempo?

(Si es negativa la respuesta se debe suspender el interrogatorio de distimia)

Para cada pregunta deberá mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

4.1. ¿Durante el último año has estado triste o sintiéndote enojado la mayor parte del tiempo, (dos de los siguientes seis) con poco apetito o comiendo de más, con insomnio o durmiendo mucho, con poca energía o fatigado, sintiéndote que vales poco, con pobre concentración y dificultades para tomar decisiones o sin esperanzas?

4.2. Me has dicho que hasta por lo menos un año te has sentido triste la mayor parte del tiempo, en alguna ocasión durante este periodo ha habido algún tiempo hasta de dos semanas o más en los cuales la tristeza fuera mucho más importante? *(Se debe descartar la presencia de un TDM durante el año de aparición de la distimia y sólo se consignara depresión doble si el TDM comenzó después del año)*

4.3 ¿Durante el año o el periodo en que han aparecido estos síntomas te has sentido excesivamente alegre o acelerado o ha habido episodios mixtos de tristeza y alegría?

4.4.¿Durante este tiempo en el cual te has sentido triste has tenido la completa seguridad que alguien te perseguía y te quería hacer daño o que escucharas voces, vieras imágenes, luces o sombras, te llegaran olores extraño o sintieras que te tocaran de forma continua.? *(Se debe de descartar la presencia de sintomatología psicótica crónica)*

4.5. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

4.6. ¿Los síntomas han provocado algún problema en tus actividades escolares, familiares o con las amistades?

5. Trastorno Bipolar (Episodio Maníaco)

El entrevistador debe corroborar la presencia de un episodio anormal, persistente de ánimo elevado, expansivo o irritable con duración mínima de una semana. Este criterio pudo haber sido interrogado dentro del apartado de TDM de manera suficiente, si no fuera así deberá proseguir el interrogatorio.

(Si no se cumple con este criterio de la definición de manía se descarta el resto del interrogatorio para el apartado)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:, ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

5.1. ¿Te has sentido con una gran autoestima, te sientes grandioso? ¿Sientes que eres el mejor?

5.2. ¿Has tenido poca necesidad de dormir, te sientes descansado durmiendo sólo tres horas?

5.3. ¿Has estado mucho más platicador?

5.4. ¿Tienes la sensación que tus ideas van muy rápido?

5.5. ¿Has tenido problemas para poner atención y te distraes por cualquier cosa?

5.6. ¿Has estado muy agitado o inquieto con tus amigos, en la escuela o en la casa?

5.7. ¿Has tenido mayor actividad sexual que la usual, o has iniciado negocios con una fuerte inversión o has gastado mucho más dinero de lo acostumbrado?

5.8. ¿Estos síntomas te han provocado problemas en la escuela, la casa, los amigos o el trabajo?

5.9. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

6. Trastorno por Déficit de Atención

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:, ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

6.1. ¿Tienes problemas para poner atención o eres de los que comenten errores por falta de cuidado en el trabajo escolar o en cualquier actividad?

6.2. ¿Tienes problemas para mantener la atención en tareas o en juegos?

6.3. ¿Te han dicho que pareciera que no escuchas cuando se te habla?

6.4. ¿Te cuesta trabajo seguir las instrucciones o terminar las tareas?

- 6.5. ¿Se te dificulta organizar tus tareas o actividades?
- 6.6. ¿Te molestan o evitas las tareas o trabajos donde debas mantener la atención por un buen rato, sostenidamente?
- 6.7. ¿Eres de los que pierden fácilmente las cosas?
- 6.8. ¿Eres de los que se distraen por cualquier cosa?
- 6.9. ¿Se te olvidan los trabajos que debes hacer durante el día?
- 6.10. ¿Eres de los que se mueven continuamente, se frotan las manos o están de un lado a otro en el asiento?
- 6.11. ¿Eres de los que se paran del asiento cuando deberías permanecer sentado, como pudiera suceder en la escuela?
- 6.12. ¿Tienes una sensación continua de estar inquieto o de chico corrías en lugares en donde no se debía?
- 6.13. ¿Eres de los que no pueden jugar calladamente?
- 6.14. ¿Andas como si trajeras un motor puesto?
- 6.15. ¿Eres de los que habla mucho?
- 6.16. ¿Eres de los que contestas antes de terminar de hacerte la pregunta?
- 6.17. ¿Se te dificulta esperar tu turno, en las filas, etc.?
- 6.18. ¿Eres de los que llegas e interrumpes las conversaciones o los juegos?
- 6.19. ¿Algunos de los síntomas se han presentado antes de los siete años?
- 6.20. ¿Has tenido algún problema debido a los síntomas en la escuela, la casa o con tus amigos?
- 6.21. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

7. Trastorno de Conducta

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 7.1. ¿Amenazas o intimidas a otros?
- 7.2. ¿Eres de los que inician peleas físicas?
- 7.3. ¿Has utilizado algún instrumento para herir o dañar?
- 7.4. ¿Has maltratado físicamente a un animal?
- 7.5. ¿Has maltratado físicamente a una persona?
- 7.6. ¿Has robado sin enfrentarte al dueño?
- 7.7. ¿Has robado enfrentándote al dueño?
- 7.8. ¿Has obligado a alguien a tener relaciones sexuales?
- 7.9. ¿Has incendiado buscando causar daño?
- 7.10. ¿Has destruido deliberadamente la propiedad de otros?
- 7.11. ¿Te has metido al auto o la casa de alguien sin su permiso?
- 7.12. ¿Eres mentiroso para obtener un beneficio a tu favor o evitar hacer obligaciones?
- 7.13. ¿Te has quedado fuera de casa en alguna ocasión pese a que te lo prohibieran? (antes de los 13 años)
- 7.14. ¿Te has escapado en la noche? (más de dos veces o una si tarda en regresar)
- 7.15. ¿Te has ido de pinta? (antes de los 13 años)
- 7.16. ¿Estos síntomas han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con tus amigos?

8. Trastorno Desafiante Oposicionista

¿Dirías tu que eres una persona negativista que a todo dices que no, que llevas la contraria, que eres agresivo y que desafías sobre todo la autoridad de los adultos ya sean tus padres o maestros? *(El entrevistador debe determinar por medio de cuestionamiento directo al adolescente y al padre la presencia de una conducta negativista, hostil (agresiva) y desafiante durante los últimos 6 meses.)*

(Si se responde negativamente a la presencia de esta conducta, se descarta el interrogatorio de Trastorno Desafiante Oposicionista)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

8.1. ¿Es seguido que pierdas la calma?

8.2. ¿Es frecuente que discutas con los adultos?

8.3. ¿Eres de los que seguido desafías o desobedeces las reglas de los adultos?

8.4. ¿Es frecuente que molestes a los demás?

8.5. ¿Culpas a otros de tus errores?

8.6. ¿Te irritas y enojas fácilmente por lo que otros te dicen?

8.7. ¿Estás frecuentemente enojado y resentido?

8.8. ¿Eres malicioso y vengativo?

8.9. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con sus amigos?

8.10. Estos síntomas deben de presentarse independientes a un trastorno psicótico o depresivo. *(Puede incluirse la presentación mixta si durante el periodo de la manifestación existieron independientemente).*

8.11. El adolescente no debe tener diagnóstico conjunto de trastorno de conducta y de ser mayor de 18 años no se deberá cumplir con criterios para un trastorno antisocial de la personalidad.

9. Trastornos por Tics

¿Tienes algún movimiento o haces ruidos extraños con la boca (vocalización estereotipada), que te venga de repente, que sea rápida, que se repita (recurrente) y que no tenga ningún ritmo (arrítmica), como tics?

(Si responde negativamente a la definición operacional de tic, se descarta el interrogatorio de Trastornos por Tics)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

Trastorno por Tics Transitorio

9.1. ¿Has tenido múltiples tics motores y/o vocales?

9.2. ¿Los tics se te han presentado muchas veces al día, casi todos los días las últimas 4 semanas pero no más de 12 meses consecutivos?

9.3. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

9.4. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?

9.5. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

Trastorno por Tics Crónico Motor o Vocal

- 9.6. ¿Has tenido uno o múltiples tics motores o vocales, pero no ambos simultáneamente?
- 9.7. ¿Los tics se presentan muchas veces al día, continua o intermitentemente por más de un año y nunca has estado más de 3 meses consecutivos sin la molestia?
- 9.8. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?
- 9.9. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?
- 9.10. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?
- 9.11. (El Trastorno de G. Tourette siempre ha estado ausente)

Trastorno de G. Tourette

- 9.12. ¿Has tenido tanto tics motores como vocales en algún momento de la enfermedad aunque no sean simultáneos?
- 9.13. ¿Los tics se te presentan muchas veces al día, de manera continua por más de un año y nunca ha existido un periodo de 3 meses sin ellos?
- 9.14. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?
- 9.15. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?
- 9.16. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

10. Trastorno de Ansiedad de Separación

¿Te da mucho miedo separarte de tus papás o salir de tu casa o piensas que algo muy malo les pueda pasar?

Si responde negativamente se suspende el interrogatorio para este apartado

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroga la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroga sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 10.1. ¿Te pones muy nervioso o te da mucho miedo cuando te separas de tu casa, de tu mamá o de tu papá?
- 10.2. ¿Te preocupa mucho que se pueda enfermar o que algo le pueda pasar a tu mamá o tu papá?
- 10.3. ¿Tienes miedo a que te separen de tu mamá o tu papá?
- 10.4. ¿Has dejado de ir a la escuela o de ir a otro lado por miedo a separarte de tu casa o papás?
- 10.5. ¿Te da miedo estar solo o sin adultos?
- 10.6. ¿Te da miedo dormir solo o fuera de la casa?
- 10.7. ¿Tienes pesadillas frecuentes?
- 10.8. ¿Eres de los que continuamente se están quejando de un dolor o una molestia en el cuerpo?
- 10.9. ¿Llevas 4 semanas con estas molestias?
- 10.10. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo

¿Tienes o has tenido ideas, imágenes o conductas repetitivas, que te incomoden, que las sientas ajenas, que te ocupen por más de una hora al día y que te produzcan malestar?, por ejemplo, hay persona que piensan continuamente que al saludar a los demás se contaminarán las manos y deben lavárselas continuamente, esto los ocupa hasta una hora o más al día, ¿te sucede eso a ti o algo similar?

(Si responde negativamente a la pregunta, se descarta el interrogatorio completo de trastorno Obsesivo-Compulsivo).

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

11.1. ¿Tienes imágenes, impulsos o pensamientos continuos (persistentes o recurrente) que se repitan, que te sientas incómodo con ellos, que los sientes ajenos a ti, que te invaden (intrusivos e inapropiados) y que te produzcan ansiedad y tensión?

11.2. ¿Estas imágenes, impulsos o pensamientos son más que preocupaciones simples en torno a los problemas convencionales de la vida diaria?

11.3. ¿Has intentado ignorar o suprimir las imágenes, impulsos o pensamientos o neutralizarlos con otros pensamientos o acciones?

11.4. ¿Reconoces que las imágenes, impulsos o pensamientos son producto de tu mente o piensas que una fuerza extraña domina tus acciones y tus pensamientos?

11.5. ¿Tienes conductas repetitivas como lavarte las manos o rezar y hablar en quedito o estar contando las cosas? ¿Sientes que esto lo haces por una idea obsesiva o por ciertas reglas que deben de ser aplicadas rígidamente?

11.6. ¿Cuándo tienes estas conductas te sientes menos tenso o te relajas? (El entrevistador debe determinar si las conductas están conectadas realísticamente al motivo que las originó, si las neutraliza, si las previene o son claramente excesivas).

11.7. ¿Has reconocido en alguna ocasión que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o irrazonables? (Este criterio no se aplica en niños, queda a criterio del entrevistador aplicarlo en el adolescente).

11.8. ¿Las obsesiones y las compulsiones te generan mucha tensión, te ocupan mucho, más de una hora al día, o interfieren significativamente con tu rutina normal diaria, con tu trabajo o tus estudios o en tus relaciones sociales o de amigos?

11.9. El entrevistador debe determinar que las obsesiones o las compulsiones no estén restringidas al contexto de otra patología del eje I comórbido, por ejemplo: preocupación por la comida en un trastorno del comer, jalarse los cabellos en la presencia de tricotilomanía, preocupación por las drogas en el caso de abuso o dependencia, etc.

11.10. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

12. Crisis de Angustia

¿Has tenido durante un periodo específico mucho miedo y tensión que te venga de repente te dure algún tiempo y luego se te quite con alguno (**deben estar presentes por lo menos cuatro**) de éstos síntomas: aceleración del corazón, palpitaciones, sudoración, temblor o sacudidas, dificultad para respirar, sensación de desbordarte, molestia o dolor en el cuello, náusea o molestias abdominales, mareado, sensación de ser ajeno a lo que te sucede, miedo a perder el control o volverte loco, miedo a morir, hormigueos o calofríos?

(Si el adolescente no alcanza el criterio de crisis de angustia se detiene aquí el interrogatorio para este apartado)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

12.1 ¿Tienes recurrentes e inesperadas crisis de angustia?

12.2. ¿Has tenido preocupaciones por las crisis, que te repitan, que tengan consecuencias o implicaciones en tu salud o has tenido cambios en la conducta relacionados por las crisis? (Estas preocupaciones o estos cambios de conducta, al menos uno, deben estar presentes hasta después de un mes o más de alguna de las crisis, por lo que el lapso deberá ser interrogado por el entrevistador).

12.3. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

12.4. El entrevistador debe descartar que las crisis de angustia no formen parte de otro padecimiento como fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, etc., que las explique mejor.

12.5. Debe establecerse la presencia o no de agorafobia

(La agorafobia se define como la ansiedad asociada de estar en lugares o situaciones de donde escapar pueda resultar difícil o embarazoso o donde la ayuda no pueda estar disponible en el caso que la situación predisponga una crisis de angustia, se incluyen situaciones como salir sólo de casa, estar en multitudes, esperar en la fila, viajar en un autobús, tren, etc.)

(Si no se alcanza la definición de agorafobia se suspende en este momento el interrogatorio para este apartado)

12.6. ¿Has evitado las situaciones que predispongan estos síntomas, o requieres la presencia de un acompañante para sentirte tranquilo?

12.7.(La ansiedad o la evitación fóbica no se explican mejor con otro diagnóstico como: fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático)

13. Trastorno por Fobia Específico

¿En alguna ocasión te ha sucedido que algo(animal, objeto o situación) te de mucho miedo de una forma excesiva, te sude el cuerpo, te cueste trabajo respirar, te lata rápida el corazón y que tengas que cambiar tu conducta como cambiar la acera por donde caminas al toparte con un perro o que tengas que salir del salón cuando te toque hablar, etc.?

Si no cumple con el criterio anterior se suspende el interrogatorio de este apartado.

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

13.1. ¿Te da mucho miedo algo? (El entrevistador debe determinar que sea excesivo e irracional el miedo ya sea anticipatorio o ante la presencia de un objeto o situación)

13.2. ¿Cuando estás frente a lo que te da miedo (animal, situación, cosa, etc.) invariablemente te provoca la respuesta? (La respuesta mimetiza una crisis de angustia o un estado catastrófico)

13.3. ¿Reconoces que el miedo que te da es excesivo e irracional? (Para los niños puede estar ausente este criterio)

13.4. ¿Tratas de evitar a como de lugar la situación o el animal que te da miedo?

13.5. ¿Este miedo, o las actitudes para evitarlo te han provocado problemas en la casa, con tus amigos o en la escuela?, ¿Te preocupa mucho que te venga el miedo?

13.6. ¿Llevas por lo menos seis meses con este miedo?

13.7. El entrevistador debe determinar si el miedo, las crisis de angustia o la evitación fóbica no se explican mejor por otra enfermedad como el trastorno Obsesivo-Compulsivo, el trastorno por estrés postraumático el trastorno de ansiedad de separación, etc.

14. Abuso de Sustancias

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 16)

(Se deberá interrogar comenzando por alcohol, cannabis, inhalantes, fármacos, cocaína, otros y consignar en la hoja de respuestas para cada uno).

(Si responde negativamente al consumo de cualquier sustancia se suspende aquí el interrogatorio para abuso y dependencia a sustancias). (El consumo negativo de sustancias se entiende cuando: para alcohol es menor o igual a dos copas al mes, para otras sustancias como inhalantes, cannabis, cocaína, etc. cuando es nulo o experimental en ocasión única)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

14.1. ¿El uso de la sustancia te impide cumplir tus tareas u obligaciones?

14.2. ¿Has usado la sustancia en situaciones peligrosas como manejar, nadar, patinar, etc.?

14.3. ¿Has tenido problemas con la ley por el uso de la sustancia?

14.4. ¿Has seguido usando la sustancia a pesar de que te ocasionen problemas con tu familia, tus amigos o aumenten los que ya tenías?

15. Dependencia de Sustancias

15.1. ¿Has tenido tolerancia, has aumentado el consumo o los efectos ahora son menos con la misma cantidad de la sustancia?

15.2. (¿Se ha presentado supresión?), ¿Has tenido la necesidad de consumir la sustancia para aliviar los síntomas cuando no la tomas?

15.3. ¿Has tomado la sustancia por más tiempo o por más cantidad de lo que planeabas o pensabas?

15.4. ¿Tienes el deseo continuo de dejar de consumir la sustancia?

15.5. ¿Utilizas gran parte de tu tiempo para conseguir la sustancia?

15.6. ¿Has reducido o abandonado actividades académicas, sociales o deportivas por consumir la sustancia?

15.7. ¿Reconoces que la sustancia te ha producido un problema físico o psicológico?

16. Esquizofrenia

¿En alguna ocasión te ha sucedido que escuches voces que sólo tu pueda oír, que veas cosas que solamente tu puedas ver, que sientas que te vigilan, que te persiguen, que tienes alguna misión especial que cumplir o bien te has olvidado mucho de tu higiene personal, de bañarte o andar limpio o no quieres salir a la calle y prefieres siempre, siempre estar solo?

(Si no cumple con alguno de los síntomas interrogados anteriormente se suspende el interrogatorio de esquizofrenia)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

(Dos de los siguientes cinco reactivos deben estar presentes por lo menos durante un mes)

- 16.1. ¿Has tenido la sensación de ser perseguido, vigilado, que hablen de ti o que te quieran hacer daño?, ¿Tienes una misión espiritual o sagrada que realizar en el mundo? (El entrevistador puede utilizar cualquier pregunta para determinar ideas delirantes sometiéndolas a prueba de realidad).
- 16.2. ¿Has escuchado voces que solamente tu puedas oír?, ¿Has visto imágenes luces o sombras que solamente tu puedas ver?, ¿Te han llegado olores que sólo tu puedas oler?, ¿Has sentido que te toquen sin que haya nadie junto a ti?
- 16.3. (El entrevistador debe determinar si existe desorganización en el discurso o en el lenguaje, incoherencia y establecerlo).
- 16.4. (El entrevistador debe determinar si existe conducta desorganizada o catatónica).
- 16.5. (El entrevistador debe determinar si existe la presencia de síntomas negativos como aplanamiento afectivo, aislamiento, abulia, etc.).
- 16.6. ¿Estos síntomas te han provocado problemas en el desempeño académico o laboral, en las relaciones familiares o con tus amigos?
- 16.7. ¿Has tenido estos síntomas durante los últimos 6 meses? (Deben estar presentes al menos dos de los síntomas del 16-1 al 16.5 por un mes continuo o menos si hubo tratamiento oportuno, sin embargo entre el periodo prodrómico o los síntomas residuales se debe cumplir el periodo de 6 meses con síntomas menos intensos o exclusivamente sintomatología negativa).
- 16.8. (El entrevistador debe excluir la presencia de sintomatología depresiva o maníaca).
- 16.9. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?
- 16.10. (En el caso de existir un trastorno profundo (generalizado) del desarrollo el diagnóstico de esquizofrenia sólo se establece si existen alucinaciones o delirios importantes)

17. Interrogatorio Acerca del Abuso Físico y Sexual

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 18)

Para este estudio hablaremos de órganos sexuales de la siguiente manera: vagina es la parte sexual de la mujer, pene es la parte sexual del hombre, entrepierna es el área que existe entre las piernas de una persona, el ano es la apertura posterior del organismo por donde se defeca, las nalgas son las asentaderas o gluteos de una persona, senos son las mamas en la mujer.

- 17.1. ¿Alguien te ha enseñado las partes sexuales de su cuerpo cuando tu no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).
- 17.2. ¿Alguien te ha amenazado con tener sexo cuando no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).
- 17.3. ¿Alguien ha tocado tus zonas sexuales cuando no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).
- 17.4. ¿Alguien ha intentado tener sexo contigo o alguien te ha atacado sexualmente cuando tu no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).
- 17.5. ¿Si alguna vez alguien te atacó sexualmente, se lo dijiste o lo reportaste a alguien? (Si responde afirmativamente con quién habló).
- 17.6. ¿Antes de los 16 años alguna persona mayor que tu 5 ó más años te pegó o te pateó?
- 17.7. ¿Actualmente alguien de tu edad o mayor te pega o te patea?

18. Trastornos de la Eliminación

Enuresis

¿Te has hecho pipí, te orinas en la cama o en la ropa involuntaria o intencionalmente después de los 5 ó 6 años?

(Si responde negativa la pregunta anterior se suspende el interrogatorio de enuresis)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

18.1. ¿Te has hecho pipí por lo menos dos veces a la semana en los últimos 3 meses? o ¿hacerte pipí te ha provocado problemas en la escuela, en la casa o con tus amigos?

18.2. (Este diagnóstico no se aplica para menores de 5 años)

18.3. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

Encopresis

¿Te has hecho popó, en lugares inapropiados, en la ropa o en el piso involuntaria o intencionalmente después de los 5 ó 6 años?

(Si responde negativa la pregunta anterior se suspende el interrogatorio de encopresis)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

18.4. ¿Te has hecho por lo menos una vez al mes popó en los últimos 3 meses?

18.5. (Este diagnóstico no se aplica para menores de 4 años)

18.6. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general excepto por mecanismos que involucren la constipación?

19. Historia del Desarrollo

El entrevistador deberá interrogar la edad a la cual se presentaron cada una de las siguientes apartados de preferencia con el apoyo de uno de los padres: *(se recomienda que el clínico haga una breve descripción para cada reactivo en esta etapa de la entrevista)*

Embarazo y Parto

19.1. Embarazo planeado

19.2. Embarazo con complicaciones

19.3. Tipo de parto

19.4. Peso al nacer

19.5. Talla al nacer

19.6. APGAR

Desarrollo Motor

19.7. Sostén cefálico

19.8. Sedestación

19.9. Gateo

19.10. Bipedestación

19.11. Deambulación

Desarrollo del Lenguaje

- 19.12. Primeros Fonemas
- 19.13. Primeras Palabras
- 19.14. Primeras Frases
- 19.15. Frases Estructuradas

Desarrollo Social-Adaptativo

- 19.16. Control de Esfínter Vesical
- 19.17. Consolidación del Esfínter Vesical
- 19.18. Control de Esfínter Anal
- 19.19. Consolidación del Esfínter Anal

Desarrollo Académico

- 19.20. Edad a la que asistió a guardería
- 19.21. Edad a la que ingresó a preescolar (kinder) y años que cursó, conducta y aprovechamiento
- 19.22. Edad a la que ingresó a primaria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.23. Edad a la que ingresó a secundaria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.24. Edad a la que ingresó a la preparatoria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.25. Otros estudios

Desarrollo de los Hábitos

- 19.26. ¿Hubo alimentación al seno materno y por cuántos meses?
- 19.27. ¿Cuál fue la edad de ablactación?
- 19.28. ¿Hubo problemas para la alimentación?
- 19.29. ¿Cuándo durmió la primera noche completa?
- 19.30. ¿Hubo o hay problemas para el dormir? (Interrogar propositivamente noctilalia, bruxismo, sonambulismo, terrores nocturnos)

Desarrollo Sexual

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugere pasar al apartado 20))

- 19.31. ¿A que edad se presentó tu interés en el sexo?
- 19.32. ¿A que edad se presentaron juegos con roles sexuales?
- 19.33. ¿A que edad se presentaron los caracteres sexuales secundarios?
- 19.34. ¿A qué edad se presentó la menstruación? ¿A qué edad se presentó la primera eyaculación?
- 19.35. ¿A qué edad se inició la masturbación?
- 19.36. ¿Cuál es la frecuencia de masturbación?
- 19.37. ¿Cuándo comenzó la vida sexual activa?
- 19.38. ¿Cuál es la preferencia sexual expresada?

20. Antecedentes

Antecedentes Personales No Patológicos

- 20.1. Interrogar sobre el tipo de familia e integración
- 20.2. Interrogar sobre el tipo de vivienda
- 20.3. Interrogar sobre la situación económica

Antecedentes Personales Patológicos

20.4. Interrogar sobre antecedentes patológicos generales de enfermedades importantes (interrogar sobre tabaquismo).

20.5. Interrogar sobre número y circunstancias de hospitalizaciones

20.6. Interrogar sobre número y circunstancias de intervenciones quirúrgicas

20.7. Interrogar sobre intervenciones psicológicas o psiquiátricas previas, número, motivos y circunstancias de cambio o abandono

Antecedentes Heredo Familiares

20.8. Interrogar sobre antecedentes de enfermedades no psiquiátricas en familiares de primer grado en línea paterna y materna

20.9. Interrogar sobre antecedentes de enfermedades psiquiátricas o neurológicas en familiares de primer grado en línea paterna o materna

21. Evaluación del Funcionamiento Psicosocial

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente)

Esta evaluación del funcionamiento psicosocial es una versión adaptada del "LIFE Base Schedule" para ser interrogadas por el entrevistador, consta de seis rubros del aspecto social y uno global que se responden del 1 al 5, 1 equivale a un funcionamiento superior y 5 equivale a un grave deterioro. En el caso de no aplicación, (debido a no inicio de vida sexual o no inicio de actividades laborales, etc.) se consignará NA.

Trabajo

21.1. ¿Cómo te desempeñas en tu escuela?

21.2. ¿Cómo te desempeñas con tus obligaciones en casa?

21.3. ¿Cómo te desempeñas en tu empleo?

Relaciones Interpersonales

21.4. ¿Cómo te llevas con tu novia, tu pareja?

21.5. ¿Cómo te llevas con los miembros de tu familia?

21.6. ¿Cómo te llevas con tus amigos?

Funcionamiento Sexual

21.7. ¿Qué tan frecuente tienes relaciones sexuales?

21.8. ¿Qué tanto disfrutas las relaciones sexuales?

Satisfacción con la Vida

21.9. ¿Te sientes satisfecho con la vida?

Actividades Recreacionales

21.10. ¿Qué tan frecuente sales al cine, al deportivo, a divertirte?

21.11. ¿Qué tanto disfrutas salir a divertirte?

Valoración Global

21.12. El entrevistador debe determinar cuál es el funcionamiento psicosocial global y calificarlo en la hoja de respuestas, basándose en los puntos anteriores del área.

Anexo C

Escala de evaluación de problemas externalizados para adolescentes y adultos jóvenes (EPE-AA)

(Escala desarrollada en el Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México, 2002)

Nombre: _____ Expediente _____

Fecha: _____ Edad: _____

Diagnóstico (llenado por el médico): _____

Instrucciones: Por favor lee con cuidado cada enunciado y marca con una “X” la respuesta que mejor represente la frecuencia con que has actuado. Es decir, contesta que tanto has actuado en la forma que se te pregunta en cada enunciado **a lo largo de toda tu vida** para nunca, ocasionalmente o frecuentemente. Te aclaramos que **no existen respuestas buenas o malas** en este instrumento, además la información que se obtenga será conservada de manera confidencial por tu médico. Por favor, contesta toda la escala.

		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
1	He tenido problemas para terminar las tareas escolares en la casa			
2	He actuado como si tuviera un motor por dentro			
3	He iniciado peleas físicas			
4	He tenido problemas para concentrarme			
5	He sido atento en los juegos			
6	He discutido con los adultos			
7	He cumplido las reglas en la casa y en la escuela			
8	Te han dicho que parece que no escuchas cuando alguien te habla, es decir, no pusiste atención a lo que te decían			
9	He tenido explosiones, pierdo el control			
10	He sido organizado			
11	Me he enojado por cosas insignificantes			
12	He terminado las actividades que comienzo			
13	Soy de los que habla mucho, mucho, mucho			
14	Me ha molestado que me ordenen hacer cosas, me he rehusado a obedecer a pesar que tuvieran razón			

		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
15	He sido muy desesperado al esperar mi turno			
16	He hecho berrinches			
17	He tenido problemas para seguir instrucciones			
18	Me he entrometido o interrumpido las conversaciones o juegos de otros			
19	He sido alguien que no pone atención y/o olvida donde deja las cosas (ejemplo, llaves, carteras, libros)			
20	Me ha costado trabajo mantenerme sentado (ejemplo, al comer o al estar en clases)			
21	He sido muy escandaloso			
22	He culpado a otros de mis errores de manera intencional, sabiendo que yo era responsable de ellos			
23	He molestado sólo por molestar			
24	He actuado antes de pensar en lugar de pensar antes de actuar, es decir que no pienso lo que hago o digo			
25	He sido rencoroso y vengativo cuando alguien me hace algo o se burla de mí			
26	He perdido fácilmente las cosas			
27	He interrumpido a otros cuando hablan, es decir que no espero a que ellos terminen por mi impaciencia a participar o contestar			
28	He podido seguir instrucciones sin problemas			
29	He sido muy intrépido o aventado, no mido el peligro			
30	Me he escapado de la casa siempre sin permiso y llegaba horas o incluso días después			
31	He estado involucrado en problemas con la policía			

		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
32	He sido mentiroso			
33	Me iba de pinta o me salía de la escuela cuando estaba en clases			
34	He amenazado a otros para intimidar o simplemente porque me gusta que me tengan miedo			
35	He robado sin que se den cuenta			
36	He robado cara a cara			
37	He destruido las cosas de los demás intencionalmente, por venganza			
38	He provocado incendios o he quemado alguna pertenencia ajena solo para molestar			
39	He utilizado cuchillos, navajas o pistolas para herir a alguien			
40	He puesto atención en clases sin problemas			
41	Me he sobrepasado sexualmente, he llegado más lejos de lo que quería mi pareja			
42	He fumado			
43	Me he puesto borracho			
44	Me he drogado			

Por favor revisa haber contestado todos los reactivos

Anexo D**Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)**

Nombre _____	Edad _____	No. Exp. _____
Fecha _____		

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada integrante son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Anexo E

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) alumno(a):

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal, preocupados por tu salud y aprovechamiento escolar, hemos diseñado un programa para detectar problemas emocionales, de pensamiento o conductuales que puedan afectar tu desarrollo y desempeño escolar. También nos interesa brindarte alternativas de atención en caso de que hubiera algún problema relacionado con el consumo de alcohol, tabaco o drogas.

Mediante un tratamiento integral incorporado en este programa, nos proponemos ayudar a los jóvenes de tu escuela que pudieran tener algún problema. Para detectar a los alumnos que requieran de esta atención, aplicaremos una serie de cuestionarios a los alumnos de tu grupo y a ti (si así lo deseas), que voluntariamente deseen participar. Con las respuestas obtenidas sabremos quiénes pueden requerir algún tipo de apoyo. Posteriormente, invitaremos a estos alumnos y a sus padres a integrarse al grupo de apoyo. Su participación será totalmente voluntaria y confidencial.

Con el propósito de mantener una relación amistosa y honesta contigo, quisiéramos que tomes en cuenta lo siguiente:

1. Tu participación en este estudio es muy importante, **totalmente voluntaria y nadie te puede obligar.**
2. Tus comentarios y respuestas a los cuestionarios no afectarán tu permanencia en la escuela.
3. Cada tema del que platicemos, lo trataremos abiertamente y de modo confidencial. Esto es importantísimo, porque necesitamos que te sientas seguro(a), ya que hablaremos de temas muy personales que tienen que ver con situaciones de las que normalmente no hablarías con cualquier persona. Sin embargo si tu vida corriera algún peligro necesitaríamos ayudarte e informar a alguien de tu confianza para que no salgas dañado (a).
4. Si por algún motivo no tuvieras el deseo de participar en el estudio, te pedimos que nos lo hagas saber, en lugar de aportar información falsa. Esto no te perjudicará académicamente.

Como ya te comentamos necesitamos la participación de la familia, por lo que te solicitamos entregues a tu papá, mamá o tutor la carta que te adjuntamos, para que ellos también conozcan este programa y juntos puedan comentar su participación en el estudio. Nos encantaría responder a sus dudas si las tuvieran y habrá un lugar y tiempo para hacerlo. También habrá un espacio para tus preguntas, dudas y comentarios.

Por tu participación ¡¡GRACIAS!!

Estoy enterado del contenido de esta Carta de Consentimiento Informado y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y de hablar de mis inquietudes con alguno de los investigadores del estudio, por lo que ____ autorizo mi participación.

Alumno (nombre, fecha y firma)

Comentarios (puedes continuar al reverso)

Investigador testigo en la firma (nombre, puesto, fecha y firma)

Apéndice F

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) maestro(a):

Sensibles ante la problemática a la que están expuestos nuestros alumnos, y que nos corresponde enfrentar día a día, la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal coordinará con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, un programa de detección e intervención temprana sobre drogas y problemas de salud mental para alumnos, donde participen ellos, sus padres de familia y docentes.

Para el desarrollo de este programa, solicitamos su apoyo para la realización de las siguientes acciones:

1. Solicitar la autorización de la los padres de familia y de sus hijos a través de una Carta de consentimiento Informado.
2. Facilitar la aplicación de un conjunto de cuestionarios a los alumnos de 1º. y 2º. Grado (11 a 16 años) del plantel, para la detección de problemas emocionales, de pensamiento, conductuales o de consumo de drogas (alcohol, tabaco, inhalables, marihuana, anfetaminas, cocaína). Adicionalmente se solicitará la participación de los padres o tutores para responder un cuestionario que complementará el diagnóstico. Esta aplicación se programará previamente con las autoridades escolares y tendrá lugar en los salones de clase, con una duración aproximada de 40 min.
3. Con los resultados de los cuestionarios se identificarán a los alumnos que requieran algún tipo de apoyo y se les realizará una entrevista en el Instituto para confirmar el diagnóstico.
4. Si así lo requiere, se invitará al alumno y a su familia a iniciar voluntariamente las sesiones psicoeducativas de apoyo en las instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. La frecuencia de estas sesiones variará de acuerdo a la problemática, pero de manera general serán semanales con una duración de 5 a 8 sesiones de 90 min. cada una.
5. Considerando que para el éxito del programa se requiere la participación psicosocial de la comunidad educativa, principalmente de los padres de familia, de los maestros y del personal del Sistema de Asistencia Educativa, se les proporcionará simultáneamente un curso en donde se abordarán temas relacionados con el uso de drogas, mecanismos de protección contra las adicciones y redes de apoyo. Consta de cinco a ocho sesiones de 90 minutos cada una, mismas que se programarán de acuerdo a las características y necesidades de los grupos.

Es importante comentarles que los tratamientos y este estudio se conducen bajo todos los lineamientos éticos, científicos y médicos requeridos nacional e internacionalmente. No se utilizarán maniobras médicas, psicológicas o farmacológicas experimentales en absoluto.

La participación en este estudio es totalmente confidencial y voluntaria, no afectará la permanencia del alumno en la escuela, ni su situación académica.

Para resolver cualquier duda o escuchar sus comentarios e inquietudes, estamos a su disposición. Por su interés y atención, de antemano, gracias.

Dr. Gerardo Heinze
Director General del INPRF

Director de la Escuela

Apéndice G

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimados padres de familia:

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, sensible ante la problemática a la que están expuestos nuestros hijos, ha diseñado un Programa de detección e intervención temprana sobre drogas y problemas de salud mental para alumnos, donde intervienen ellos, los maestros y padres de familia, con la participación de la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal.

Para el desarrollo de este programa se tienen consideradas las siguientes acciones:

1. Aplicación a los alumnos de 1° y 2° grados del plantel (13 a 16 años), de un conjunto de cuestionarios para la detección de problemas emocionales, de pensamiento, conductuales o de consumo de drogas (alcohol, tabaco, inhalables, marihuana, anfetaminas, cocaína). Adicionalmente se solicitará la participación de los padres o tutores para responder un cuestionario que complementará el diagnóstico. Esta aplicación se programará previamente con las autoridades escolares y tendrá lugar en los salones de clase, con una duración aproximada de 40 min.
2. Con los resultados de los cuestionarios se identificarán a los alumnos que requieran algún tipo de apoyo y/o tratamiento y se les realizará una entrevista para confirmar el diagnóstico.
3. Si así se requiere se invitará al alumno y a su familia a iniciar voluntariamente el tratamiento en las instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. La frecuencia de las sesiones variará de acuerdo a la problemática, pero de manera general serán semanalmente con una duración de cinco a ocho sesiones de 90 min. cada una.
4. Considerando que para el éxito del programa se requiere de la participación psicosocial de la comunidad educativa, principalmente de padres y maestros, se les proporcionará simultáneamente un curso en donde se abordarán temas relacionados con el uso de drogas, mecanismos de protección contra las adicciones y redes de apoyo. Consta de cinco a ocho sesiones de 90 minutos cada una, mismas que se programarán de acuerdo a las características y necesidades de los grupos.

Es importante comentarles que los tratamientos y este estudio se conducen bajo todos los lineamientos éticos, científicos y médicos requeridos nacional e internacionalmente. No se utilizarán maniobras médicas, psicológicas o farmacológicas experimentales en absoluto.

La participación en este estudio es totalmente confidencial y voluntaria, no afectará la permanencia de su hijo en la escuela, ni su situación académica.

Con la intención de dar seguimiento al tratamiento se requerirá su participación y la de su hijo(a) al año y a dos años después del inicio del estudio.

Con base en toda esta información nos dirigimos a ustedes para solicitarles su apoyo y consentimiento para que sus hijos puedan participar en este estudio que estamos seguros será provechoso para todos y podrá generar alternativas para la atención de los problemas que aquejan a nuestra comunidad educativa.

Para resolver cualquier duda o escuchar sus comentarios e inquietudes, estamos a su disposición.

Por su interés y participación, ¡Gracias!

Estoy enterado del contenido de esta carta de consentimiento informado y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y de hablar de mis inquietudes con alguno de los investigadores del estudio, por lo que ____ confirmo nuestra participación.

Alumno (nombre, fecha y firma)

Padre o Tutor (nombre, fecha, parentesco y firma)

Madre o Tutora (nombre, fecha, parentesco y firma)

Investigador testigo en la firma (nombre, puesto, fecha y firma)

Comentarios (Puedes continuar al reverso):