



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**Detección temprana de factores de riesgo para la salud  
mental en preescolares**

# **T E S I S**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

**MAESTRA EN ENFERMERÍA**  
**Administración del cuidado de Enfermería**

P R E S E N T A

LUCIA ARCINIEGA BUENROSTRO

TUTOR DE TESIS: Dra. Irma Piña Jiménez  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

<b>INDICE</b>		<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>		<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b>		<b>8</b>
<b>CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>		
1.1	Introducción	<b>9</b>
1.2	Planteamiento del Problema	<b>11</b>
1.3	Objetivos Generales y Específicos	<b>12</b>
<b>CAPITULO II EI DESARROLLO INFANTIL.</b>		
2.1	Antecedentes	<b>13</b>
2.2	Modelos contemporáneos del Desarrollo Infantil	<b>14</b>
2.3	Factores de Riesgo ¿por qué identificarlos?	<b>16</b>
2.3.1	Factores de riesgo biológico-individuales: prenatales, perinatales y posnatales	<b>17</b>
2.3.1.1	Prenatales: género, exposición a toxinas (alcohol y tabaco), trastornos genéticos	<b>21</b>
2.3.1.2	Perinatales: Prematurez	<b>26</b>
2.3.1.3	Posnatales: coeficiente intelectual bajo, temperamento	<b>27</b>
2.3.2	Factores de riesgo parentales: psicopatología familiar, adicciones, depresión	<b>28</b>
2.3.3	Factores de riesgo contextuales: pobreza, baja educación parental, falta de recursos sociales, bajo soporte emocional e influencia escolar.	<b>29</b>
2.4	Revisión de la literatura. Estudios previos	<b>30</b>
2.4.1	Contribución de los múltiples factores de riesgo en el desarrollo y salud mental infantil	<b>31</b>
2.4.2	Avances en la identificación de los factores de riesgo para la salud mental infantil	<b>33</b>

<b>CAPITULO III MATERIAL Y METODO</b>		
3.1	Tipo de diseño	<b>35</b>
3.2	Población y muestra	<b>35</b>
3.3	Variables de estudio	<b>36</b>
3.4	Hipótesis	<b>37</b>
3.5	Instrumento	<b>37</b>
3.6	Procedimiento	<b>38</b>
3.6.1	Estudio piloto	<b>38</b>
3.6.2	Recolección de datos	<b>38</b>
3.6.3	Piloteo del instrumento	<b>38</b>
3.6.4	Muestra final	<b>39</b>
3.6.5	Puntos de corte para la cuantificación de respuestas	<b>40</b>
<b>CAPITULO IV RESULTADOS</b>		
4.1	Descripción	<b>42</b>
4.2	Análisis estadístico	<b>45</b>
<b>CAPITULO V DISCUSION Y CONCLUSIONES</b>		
5.1	Discusión de resultados	<b>48</b>
5.2	Limitaciones del estudio	<b>53</b>
5.3	Conclusiones	<b>53</b>
5.4	Recomendaciones	<b>54</b>
5.5	Líneas propositivas para una intervención	<b>55</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>		<b>57</b>

**ANEXOS**

Anexo 1	Carta de Consentimiento Informado	<b>66</b>
Anexo 2	Cuestionario de Identificación de factores de riesgo y protección en el desarrollo infantil.	<b>67</b>
Anexo 3	Guía de codificación por dimensiones	<b>79</b>

## **Agradecimientos**

**A la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por abrirme de nuevo sus puertas y darme la oportunidad de seguirme formando.**

**Al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, por la ayuda institucional.**

**A la Dra. Irma Piña Jiménez, mi tutora, por tomarme de la mano en el trayecto de este camino.**

**A la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, por su apoyo incondicional, su aliento, su motivación, su compromiso y su ejemplo a seguir.**

**A mis Compañeras (os) de la División de Investigación: Verónica, Isaura, Cynthia e Ipzahín por toda la ayuda que en forma directa e indirecta, aportaron a este proyecto y por estar junto a mí, cuando sentí que ya no podía seguir.**

## Dedicatorias

***“Dichoso el hombre que halla la sabiduría, y que obtiene la inteligencia,  
Porque su ganancia es mejor que la ganancia de la plata,  
y sus frutos, más que el oro fino”***

***Proverbios 3:13-14***

**A Brígida, mi Mamá, por su gran amor, su cansancio y su esfuerzo para impulsarme a seguir superándome.**

**A Héctor, mi Esposo, por soportar los momentos de estrés y cansancio, brindándome su apoyo incondicional y su amor.**

**A Caleb y Josué, mis Hijos, como ejemplo de que los sueños, se pueden hacer realidad.**

## RESUMEN

**Título:** Detección Temprana de Factores de Riesgo para la Salud Mental en preescolares.

**Objetivo General:** identificar y comparar los factores de riesgo y protección que se presentan en una población infantil, a partir de la aplicación del cuestionario modificado de Leckman, 1988, en dos grupos de madres: con niños sanos en etapa preescolar (3 a 5 años) y con niños que asisten a un hospital psiquiátrico de la ciudad de México.

**Tipo de estudio:** observacional, descriptivo, transversal y comparativo

**Análisis estadístico:** Se utilizará estadística descriptiva e inferencial, se utilizará la t de Student.

**Resultados y discusión:** El número de factores de riesgo fue diferente en los 2 grupos de madres de niños en edad preescolar, observándose un número mayor de factores de riesgo en la población clínica y un número menor en la población escolar, y que la alteración en el desarrollo y salud mental del niño obedece, no tanto a un sólo factor de riesgo, sino a la presencia de múltiples factores de riesgo. La identificación oportuna de niños con problemas de desarrollo permitiría: orientar, gestionar e iniciar acciones específicas de ayuda y alcanzar mejores resultados en la evolución del desarrollo infantil.

## Abstract

**Title:** Early Detection Risk Factors for Mental Health in preschool children.

**General Objective:** To identify and compare risk and protective factors that occur in the pediatric population, from the application of the Leckman questionnaire, 1988, in two groups of mothers, healthy children in preschool (3 to 5 years) and children attending a psychiatric hospital in Mexico City.

**Type of study:** observational, descriptive, transversal and comparative.

**Statistical analysis:** descriptive and inferential statistics used will be used the Student t test.

**Results and discussion:** The number of risk factors was different in the 2 groups of preschool mothers, showing a greater number of risk factors in the clinical population and a smaller number in the school population, and that the alteration in development and child mental health is due, not so much to a single risk factor, but the presence of multiple risk factors. Early identification of children with developmental problems would: direct, manage and initiate specific support actions and achieve better results in the evolution of child development.

## CAPITULO 1

### 1. Planteamiento del problema

#### 1.1 Introducción

La salud mental es un aspecto de la salud integral, determinado por múltiples componentes sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos.<sup>1, 2</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>3</sup> Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Es por esto que las actuales políticas de salud están orientadas a la prevención de trastornos y la promoción de un adecuado desarrollo, objetivo cuyo logro comienza con la identificación de factores de riesgo (circunstancias o características que aumentan la probabilidad de que aparezca un trastorno mental y son predictores de psicopatología infantil), así como de los factores protectores. Unos y otros pueden ser de tipo genético, intrauterino, perinatal, características del ambiente familiar y social. Son algunos ejemplos la vulnerabilidad genética para sufrir depresiones, que la madre fume durante el embarazo, anoxia durante el parto, conflictos en la familia o pobreza.<sup>4, 5</sup>

En este contexto, la salud mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias individuales, la interacción social, las estructuras y recursos de la sociedad y los valores culturales, puede también ser influenciada por experiencias de la vida diaria, con la familia, la escuela, la colonia donde se vive y por el trabajo.

---

<sup>1</sup> Bello M. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. En: Salud Pública en México, vol. 47, suplemento de 2005, México.

<sup>2</sup> Santa Maria-Mengel MR, Martins LM. Factores de riesgo para problemas de desarrollo infantil. Rev. Latino-am Enfermagem. Vol. 15.núm. especial. Sept.-octubre 2007.

<sup>3</sup> Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. Am J Orthopsychiatry 1987;57 (3):316-31.

<sup>4</sup> World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report / a report of the World Health Organization Dept. Mental Health and substance abuse: in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva, 2004.

<sup>5</sup> World Health Organization. Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and adolescent mental health policies and plans. Ginebra, Suiza. 2005.

Los trastornos mentales en los niños son, sin duda, el gran desafío del siglo XXI, un 10-20% de los niños y adolescentes sufre trastornos psiquiátricos y sólo una quinta parte son correctamente diagnosticados, pero además hay que destacar que existen otros niños y jóvenes, en número nada despreciable, que tienen problemas que no cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno mental, pero que son fuente de sufrimiento. Estos niños también deben recibir ayuda y beneficiarse de una evaluación rigurosa y de medidas y recomendaciones apropiadas, por ejemplo, son víctimas de violencia física, abuso emocional y/o sexual, o sufren los estragos de la guerra, sufren de discapacidad intelectual, de esclavitud, o la falta de vivienda, la migración del campo a las zonas urbanas, viven en la pobreza, ser adicto a sustancias tales como alcohol y el cannabis, o ser infectados o afectados por el VIH / SIDA.<sup>6</sup>

En esta investigación se pretende ofrecer datos sobre la identificación de factores de riesgo en el desarrollo y salud mental infantil con un cuestionario y compararlos en dos grupos de población, a partir de la información proporcionada por las madres de niños sanos en etapa preescolar (de 3 a 5 años) y de otro grupo similar, que asisten a consulta a un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México.

Inicialmente se presenta una revisión de los antecedentes del tema, abordando en tópicos como: el desarrollo infantil, sus características normales de evolución, los modelos contemporáneos del desarrollo y los factores de riesgo que se presentan en cada una de sus etapas: biológico-individuales (prenatales, perinatales y posnatales), parentales y contextuales. Posteriormente en el estado del arte se hace una revisión de estudios previos acerca de los factores de riesgo y la forma de actuación en el desarrollo y salud mental infantil. La importancia de su identificación temprana y el cómo estos factores pueden ser indicadores o focos rojos en la presentación de conductas que se pueden prevenir, atenuar o aminorar.

Se presenta la estructura metodológica diseñada para esta investigación, desglosando las características de la muestra, los procedimientos, las variables de estudio, entre otros elementos. Posteriormente, la sección correspondiente a los resultados derivados de los análisis comparativos entre factores de riesgo y grupos de estudio.

Se finaliza con la discusión, limitaciones del estudio, recomendaciones, una propuesta para enfermería, la conclusión de los resultados que se obtuvieron en la investigación, así como la serie de tablas y gráficas derivadas de los análisis del estudio, las referencias bibliográficas y por último los anexos.

---

<sup>6</sup> Ezpeleta AL. Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo. Barcelona: Masson; 2005.

## 1.2 Planteamiento del problema

En el contexto epidemiológico los trastornos de salud mental se encuentran entre los más graves y costosos debido a su alta prevalencia, cronicidad, temprana edad de aparición y la grave discapacidad resultante por lo que debieran ser considerados de igual trascendencia que cualquier otro trastorno crónico para la salud.

Las estimaciones de la prevalencia han mostrado grandes variaciones, desde una prevalencia a lo largo de la vida de más del 40% para cualquier trastorno de salud mental en los Países Bajos y los Estados Unidos, niveles del 20% en México y 12% en Turquía.<sup>7, 8, 9, 10, 11</sup>

Los informes retrospectivos sugieren que los trastornos mentales típicamente tienen una edad temprana de aparición y persistencia a lo largo de la vida, y que estos trastornos de aparición temprana (durante la infancia o la adolescencia) son los más graves y persistentes, sin embargo son los que reciben tratamiento más tardío.<sup>12 13 14 15</sup>

Por otro lado, existen pocos estudios nacionales<sup>7, 14</sup> sobre la detección oportuna de factores de riesgo para los trastornos de salud mental que aparecen en la infancia, así como sobre la utilización de instrumentos clínicos de cribado o tamizaje para niños en etapa preescolar que asisten a los servicios de atención primaria, demostrándose, que entre el 80 y 90% de los problemas de salud mental en niños sean perdidos en el primer nivel de atención.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Caraveo A, Colmenares E, Saldivar GJ. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*. 1999; número especial: 62-7.

<sup>8</sup> Medina M., Borges G., et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Revista de Salud Mental*, agosto de 2003; 26 (4): 2.

<sup>9</sup> Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica. Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados. *Bull of the World Health Organ*. 2000; 78(4):413-26

<sup>10</sup> Kessler RC. Epidemiología Psiquiátrica: algunos avances: recientes y futuras orientaciones. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2000; recopilación de artículos (3):106-15.

<sup>11</sup> Haquin C, Larraguibel Q, Cabezas A. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*, vol. 75 (5), Santiago, octubre 2004, pp. 425-433.

<sup>12</sup> Caraveo AJ, Medina MME, Tapia ML, Rascón M, Gómez J. Trastornos psiquiátricos en niños de la república mexicana. Resultados de una encuesta de hogares. *Psiquiatría*. 1993; 2:137-51.

<sup>13</sup> Caraveo AJ, Medina MME, Villatoro J, López EK, Martínez VA. Detección de problemas de salud mental en la Infancia. *Salud Pública de México*. 1995; 37(5):446-51.

<sup>14</sup> Caraveo AJ. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental* 1996; 19 suplemento abril: 8-64.

<sup>15</sup> Márquez CME. Desarrollo, psiquiatría infantil y psicopatología del desarrollo. *Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil*. México D.F. 1997; Vol. 6 (1-3): 33-41.

De lo anterior concluye la importancia de dirigir los objetivos de las investigaciones y los programas de salud mental de enfermería a incrementar el uso de instrumentos que identifiquen estos factores de riesgo en la niñez mexicana de forma temprana en el primer nivel de atención y que además sean de rápida y fácil aplicación por los diversos profesionales de la salud.

En particular toda enfermera en atención primaria y todo profesional de la salud, deben ser advertidos durante su formación profesional acerca de la importancia del desarrollo normal del niño(a), para ser capaz de evaluar la anormalidad de una conducta física y/o mental.

En este sentido, el propósito de este estudio fue identificar la presencia de factores de riesgo para la salud mental en 2 grupos de preescolares, interrogando a sus madres sobre la presencia o ausencia de dichos factores durante su embarazo, parto, alumbramiento y los 5 primeros años de vida de sus hijos, con la cédula modificada de Leckman.<sup>16</sup>

De lo anterior se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿La cédula de Leckman permite detectar la presencia o ausencia de los factores de riesgo para la salud mental en los niños?

¿Presentan los mismos factores de riesgo para la salud mental niños aparentemente sanos que los niños que han acudido a una consulta por algún motivo vinculado con su salud mental?

¿Qué factores de riesgo del contexto parecen influir de manera más determinante en la salud mental de los niños?

### **1.3 Objetivo general:**

- Identificar con un cuestionario y comparar los factores de riesgo para la salud mental que se presentan en dos grupos de población, a partir de la información proporcionada por las madres de niños sanos en etapa preescolar (de 3 a 5 años) y de otro grupo similar, que asisten a consulta a un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México.

### **Objetivo específico:**

- Reconocer a partir de un instrumento aplicado que identifica la presencia de factores de riesgo, biológicos, parentales y contextuales, cuáles se presentan con mayor incidencia en la población estudiada.
- Derivar líneas propositiva para una intervención educativa en salud mental que promuevan el fortalecimiento de los factores protectores y ayude a atenuar los factores de riesgo en la población sana y vulnerable.

---

<sup>16</sup> Leckman JF, Dolnansky ES, Hardin MT, Clubb M, Walkup JT, Stevenson J, Pauls DL. Perinatal factors in the expression of Tourette's syndrome: an exploratory study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Mar;29(2):220-6; 1990.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2. Antecedentes

De acuerdo a la evidencia aportada por estudios de diversos campos en el área de la salud; nutrición, sociología, psicología y educación, refieren que los primeros años de vida resultan críticos para el desarrollo del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico y social, de tal manera que desde el periodo prenatal hasta los primeros años de vida, estos aspectos tienen gran impacto en el desarrollo posterior físico y psicosocial del niño, ya que impactan en el crecimiento físico, nutricional, emocional-afectivo y social adecuados, además de los aspectos socioeconómicos que influyen en su calidad de vida.

El desarrollo infantil, es un proceso complejo en el niño(a) concebido como sujeto biológico y sociocultural, el cual integra cambios de naturaleza distinta y una secuencia evolutiva no necesariamente lineal, y también es producto de las relaciones de su contexto social cotidiano<sup>17</sup>

#### 2.1 Características del desarrollo

Macías-Valadez,<sup>18</sup> define el desarrollo como *la aparición, evolución y consolidación de las estructuras que sustentan las funciones mentales de un individuo, que interactúa con su medio físico y social, en un tiempo que se sitúa arbitrariamente desde la época perinatal hasta la adolescencia*, es decir, cómo y por qué, el organismo humano crece y cambia durante la vida, los cambios que parecen ser universales y que ocurren en todos los niños, sin importar la cultura en que crezcan o las experiencias que tengan; las diferencias individuales, y cómo el comportamiento de los niños es influenciado por el contexto o situación ambiental. Estos tres aspectos —patrones universales, diferencias individuales e influencias contextuales— son necesarios para entender el desarrollo infantil.

El desarrollo infantil es entonces un proceso que comienza desde la vida intrauterina, y que involucra varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, cambios de comportamiento, evolución cognitiva, social y afectiva del niño. El resultado es un niño competente o adaptado para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida.

---

<sup>17</sup> Torrado MC, Reyes ME, Duran E. Bases para la formulación de un plan nacional para el desarrollo de la primera infancia. Revista Infancia Adolescencia y Familia, Asociación Colombiana para el avance de las ciencias del comportamiento Bogotá, Colombia, enero-junio 2006; 1 (1): 15-38.

<sup>18</sup> Macías VG. Introducción al desarrollo infantil: génesis y estructura de las funciones mentales. México: Ed. Trillas; 1994.

Se considera importante señalar algunos principios básicos respecto al desarrollo. El desarrollo psíquico es producto de influencias maduracionales intrínsecas (maduración biológica del SNC).

- Existen continuidades y discontinuidades-reorganizaciones tanto biológicas como ambientales que influyen en el desarrollo.
- Los factores biológicos y ambientales interactúan y son causa y consecuencia.
- Los factores experienciales o ambientales influyen en el contenido de lo adquirido, la velocidad o ritmo el que se adquiere y el nivel que se alcanza.
- El desarrollo se expresa en conductas que resultan de una interacción recíproca entre el niño y el medio.
- No existe un solo mecanismo responsable, ni una sola teoría provee la explicación total del fenómeno del desarrollo, y
- El desarrollo implica un incremento en el nivel de estructura y funcionamiento.

## 2.2 Modelos contemporáneos del desarrollo Infantil

Actualmente los modelos de estudio para el desarrollo infantil son interactivos, de tipo transaccional más que deterministas, activos más que pasivos y consideran el desarrollo del niño como producto de interacciones dinámicas continuas entre el niño y la experiencia provista por la familia y el contexto social.<sup>19</sup> El concepto de desarrollo lleva implícito la noción de progresión y de cambio.<sup>20</sup>

Bronfenbrenner, plantea en su *modelo ecológico* del desarrollo humano,<sup>21</sup> su visión ecológica en la que destaca la importancia del ambiente en el que nos desenvolvemos y postula cuatro niveles o sistemas que en conjunto afectan directa e indirectamente el desarrollo del niño:

- **Microsistema:** corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa.

---

<sup>19</sup> Lerner R. M. Theories of human development: Contemporary perspectives. En W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development* (5<sup>ta</sup> Ed.) Nueva York, NY, EE. UU.: Wiley, 1998: 1-24.

<sup>20</sup> Márquez CME. Trastornos específicos del desarrollo. En: González-Rúelas E., Ed. *Temas de Paidopsiquiatría clínica B-1*. 1<sup>a</sup> ed. México: Intersistemas SA de CV; 1998:7-14.

<sup>21</sup> Bronfenbrenner U. *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press, edición en castellano. En *La ecología del humano*, Barcelona: Paidós, 1987.

- Mesosistema: comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa (por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social).
- Exosistema: se refiere a los entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan los entornos en los que la persona sí está incluida (para el niño, podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, etc.).
- Macrosistema: se refiere a los marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (micro, meso y exo) y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos, influidos por otros marcos culturales o ideológicos diferentes.

Desde el punto de vista del modelo ecológico, la evolución del niño se entiende como un proceso de diferenciación progresiva de las actividades que éste realiza, de su rol y de las interacciones que mantiene con el ambiente.

Por otro lado, encontramos el *modelo transaccional* del desarrollo de Sameroff <sup>22</sup>, donde se hace una conceptualización de las relaciones recíprocas que existen entre lo heredado o biológico y lo adquirido, entre la naturaleza y el ambiente, desde cuya perspectiva, los logros evolutivos no se entienden como dependientes exclusivamente del individuo ni de su experiencia con el contexto, sino como el producto de la combinación del individuo y de sus experiencias.

Este modelo explica como la forma en que los niños interactúan con su ambiente (por ejemplo con sus cuidadores), lleva a alterar ese ambiente y a provocar determinadas respuestas en él (o en esos cuidadores). Todo ello para que ese ambiente modificado, a su vez, repercuta de nuevo sobre los niños afectando a su desarrollo.

Finalmente mencionaremos la Teoría de Gottlieb<sup>23</sup>, sobre la *epigénesis probabilística* acuñada por el propio autor, la cual considera que la actividad genética y la actividad neuronal son dos niveles, en donde se asigna un nivel a la conducta y otro al ambiente incluyendo el físico, social y cultural.

---

<sup>22</sup> Sameroff AJ. Developmental system: Context and evolution. En W.Kessen (Ed.) Handbook of child psychology: Vol.I. History, theories, and methods. Nueva York: Wiley; 1983:238-94.

<sup>23</sup> Gottlieb G. Probabilistic epigenesis. The Author. Journal compilation. Center for Developmental Science, University of North Carolina at Chapel Hill, USA, Developmental Science 10:1 (2007), pp 1–11.

Este modelo plantea la idea de que el producto del proceso evolutivo no está determinado genéticamente, varía en función de las interacciones entre estos niveles teniendo una bidireccionalidad en las transacciones de ambos.

Estos modelos refieren cómo interactúa cada uno de estos niveles en un determinado individuo influyendo positiva o negativamente. Para este trabajo el modelo ecologista del desarrollo infantil resulta relevante debido a que constituye una propuesta que explica de manera integral el concepto de desarrollo y su relación con los factores de protección.

### **2.3 Factores de riesgo ¿Por qué identificarlos?**

El desarrollo del niño, como vimos, es el resultado de una interacción entre las características biológicas y las experiencias ofrecidas por el medio ambiente, factores adversos en estas dos áreas pueden alterarlo y producir un daño. A la probabilidad de que esto ocurra se la denomina “riesgo para el desarrollo”. Las actuales políticas de salud de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), están orientadas a la prevención de trastornos y a la promoción de un adecuado desarrollo, objetivo cuyo logro, comienza con la identificación de factores de riesgo, los cuales están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud mental. La mayoría de los estudios clasifica los riesgos de ocurrencia de problemas en el desarrollo del niño como riesgos biológicos y riesgos ambientales.

En contraparte *los factores de protección*<sup>24</sup> se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos, son características de salud mental positiva, tales como la autoestima alta, la fortaleza emocional, el pensamiento positivo, destrezas sociales, resolución de problemas y habilidades para el manejo del estrés. A continuación se resume en el siguiente cuadro, los factores protectores de acuerdo con la OPS/OMS<sup>25</sup>:

---

<sup>24</sup> Cicchetti D, Garmezy N. Risk and protective factor in the Development and Psychopathology. Cambridge University Press, 1993.

<sup>25</sup> Figueiras AC, Neves de Souza IC, Rios VG, Benguigui Y. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.: OPS, 2011: 2-4.

**Cuadro 1. Factores protectores que influyen favorablemente en la salud mental de los individuos (especialmente los niños)**

Factores protectores que influyen favorablemente en la salud mental de los individuos (Especialmente los niños)				
Individuales	Familiares	Escolares	Sociales	Eventos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación adecuada</li> <li>• Cercanía o apego con la familia</li> <li>• Inteligencia superior a la media</li> <li>• Logros escolares</li> <li>• Habilidades en la resolución de problemas</li> <li>• Autocontrol</li> <li>• Habilidad social</li> <li>• Habilidades de relación</li> <li>• Optimismo</li> <li>• Creencias morales</li> <li>• Valores</li> <li>• Autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres que proveen cuidado y ayuda</li> <li>• Armonía familiar</li> <li>• Familia segura y estable</li> <li>• Familia pequeña</li> <li>• Más de dos años entre embarazos</li> <li>• Responsabilidades en la familia (de adultos y niños)</li> <li>• Relación de apoyo con otro adulto (de un niño o un adulto)</li> <li>• Normas y moral sólidas en la familia</li> <li>• Comunicación afectiva</li> <li>• Expresión emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento de pertenencia</li> <li>• Clima escolar positivo</li> <li>• Grupo de pares pro social</li> <li>• Colaboración y apoyo</li> <li>• Responsabilidades</li> <li>• Oportunidades de éxito y reconocimiento de logros</li> <li>• Reglas en la escuela en contra de la violencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación cercana con una persona significativa (compañero/mentor)</li> <li>• Oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes</li> <li>• Seguridad económica</li> <li>• Buena salud</li> <li>• Acceso al mercado laboral</li> <li>• Vivienda digna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación cercana con una persona significativa (compañero/mentor)</li> <li>• Oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes</li> <li>• Seguridad económica</li> <li>• Buena salud</li> </ul>

Fuente: OMS<sup>5, 25</sup> Zeanah<sup>26</sup>

**2.3.1 Factores de riesgo biológico-individuales: prenatales, perinatales y posnatales**

Los factores de riesgo<sup>25, 27</sup> están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud.

El desarrollo de un recién nacido se inicia desde la etapa pregestacional, pasando por el embarazo y el nacimiento y concluye al final de las primeras cuatro semanas de vida, las condiciones desfavorables en alguna de estas etapas puede representar un riesgo para la salud del niño que resultan en daños biológicos y que pueden aumentar la probabilidad de daño en el desarrollo. Algunos autores separan de los riesgos biológicos aquellos ya establecidos, refiriéndose a desórdenes médicos definidos, especialmente los de origen genético.<sup>28</sup> Como ejemplo de riesgos establecidos estarían los errores

<sup>26</sup> Zeanah CHH. Infant Mental Health. American Academic of Child and Adolescent Psychiatry, Toronto, October 18-23, 2011: 15.

<sup>27</sup> Zeanah CHH. Boris NW, Larrieu JA. Infant Development and Developmental Risk: A Review of the Past 10 Years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1997; 36(2):165-178.

<sup>28</sup> Sameroff A. Models of Development and developmental risk. En: Zeanah CH. Ed. Handbook of Infant mental health. New York: Guilford Press; 1993:3-13.

innatos del metabolismo, las malformaciones congénitas, el síndrome de Down y otros síndromes genéticos.

Los factores de riesgo<sup>29</sup> que corresponden a cada una de estas etapas, esquemáticamente son:

4. *Etapa pregestacional*: alteraciones genéticas, ya sea por herencia o factores ambientales, condiciones socioeconómicas desfavorables que repercuten en la salud de la madre.
4. *Embarazo*: factores socioeconómicos (bajo ingreso económico, baja escolaridad, nutrición inadecuada, falta de apoyo afectivo y social, situaciones de tensión, exceso de trabajo físico de la embarazada, etc.); factores de riesgo biológico (edad menos de 17 años o mayor de 35, baja talla y bajo peso, infecciones, diabetes, hipertensión, etc.); factores de riesgo obstétrico (Antecedentes de hijos previos prematuros o de bajo peso, multiparidad mayor de 6 hijos, historia de muertes *in útero* previas, embarazo múltiple, amenaza de parto pretérmino, patología placentaria, sangrados, etc.); factores de riesgo derivados de una falta de atención adecuada (servicios de salud inaccesibles, incompreensión de las indicaciones médicas, control prenatal de mala calidad, iatrogenias, etc.).
4. *Parto*: este es un momento clave en el que la salud del niño, hasta este momento adecuada, puede deteriorarse seriamente, entre los factores de riesgo más importantes se encuentran las distocias, los sangrados, los problemas de cordón y de presentación, la iatrogenia, etc.
4. *Etapa neonatal*: un niño que nace en buenas condiciones necesita los cuidados adecuados para conservar su salud. La falta de higiene, la mala alimentación, la exposición al frío, la proximidad con individuos con enfermedades infectocontagiosas, la falta de afecto y de contacto físico con la madre, la detección tardía y la atención deficiente de cualquier trastorno son, todos ellos riesgos para su salud.

Todos y cada uno de estos factores interactúan en el desarrollo normal y son predictores de la psicopatología en el niño, de acuerdo al tiempo de exposición a uno o a varios de ellos.

En el Cuadro 2 se presentan los factores de riesgo asociados a tres períodos importantes del desarrollo.

---

<sup>29</sup> Zubirán S, Arroyo P, Ávila H. La nutrición y la salud de las madres y los niños mexicanos II. Fondo de Cultura Económica.1998;215-18.

**Cuadro 2. Factores de riesgo con influencia potencial en el desarrollo de problemas de salud mental en individuos (Especialmente niños)**

Factores de riesgo con influencia potencial en el desarrollo de problemas de salud mental en individuos (Especialmente niños)				
Individuales	Familiares	Escolares	Sociales	Eventos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones genéticas</li> <li>• Daño cerebral prenatal</li> <li>• Nacimiento prematuro</li> <li>• Daño al nacer</li> <li>• Bajo peso y complicaciones al nacer</li> <li>• Discapacidad física e intelectual</li> <li>• Salud deficiente en la infancia</li> <li>• Apego inseguro en la infancia</li> <li>• Inteligencia deficiente</li> <li>• Temperamento difícil</li> <li>• Enfermedad crónica</li> <li>• Habilidades sociales deficientes</li> <li>• Autoestima baja</li> <li>• Aislamiento</li> <li>• Impulsividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Madre adolescente, Padre o madre soltero</li> <li>• Familia numerosa</li> <li>• Falta de armonía y/o violencia familiar</li> <li>• rechazo de los padres</li> <li>• Familia disfuncional</li> <li>• Divorcio y/o separación</li> <li>• Negligencia con el cuidado del niño</li> <li>• Desempleo prolongado de los padres</li> <li>• Abuso de sustancias en los padres</li> <li>• Problemas mentales en los padres</li> <li>• Disciplina inconsistente y /o rígida</li> <li>• Experiencias de rechazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peleas/riñas</li> <li>• Bajo apego a la escuela</li> <li>• Manejo inadecuado de la conducta</li> <li>• Grupo de pares desafiante</li> <li>• Fracaso escolar</li> <li>• Cambios de escuela</li> <li>• Relaciones insatisfactorias</li> <li>• Deserción escolar</li> <li>• Falta de expectativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desventaja socioeconómica</li> <li>• Discriminación social y cultural</li> <li>• Violencia y criminalidad en la zona de vivienda</li> <li>• Densidad de población y condiciones inadecuadas de la vivienda</li> <li>• Falta de servicios de apoyo como transporte y lugares de recreo</li> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Sociedad competitiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso físico, sexual y emocional</li> <li>• Muerte de un familiar</li> <li>• Enfermedad física o discapacidad</li> <li>• Desempleo/ Inseguridad de empleo</li> <li>• Falta de hogar</li> <li>• Encarcelamiento</li> <li>• Pobreza, inseguridad económica</li> <li>• Accidentes de trabajo</li> <li>• Responsabilidad en el cuidado a un enfermo o discapacitado</li> <li>• Residencia en un lugar de cuidados o asilo</li> <li>• Guerra o desastres naturales</li> </ul>

Fuente: OMS<sup>5,25</sup>; Zeanah<sup>26</sup>

Existe evidencia acerca de los factores de riesgo y sus vínculos con el desarrollo de los trastornos mentales, por ejemplo en un estudio se identificaron los factores de riesgo diferencialmente relacionados con los trastornos de conducta, ansiedad, depresión y eliminación en una muestra clínica de 362 niños y adolescentes de 6-17 años.<sup>30</sup> Los factores estudiados fueron: variables sociodemográficas, estresores psicosociales en el contexto familiar, fracaso académico, inteligencia, factores tempranos, historia médica y psicopatología parental. Los resultados mostraron que existían perfiles de riesgo distintos para cada categoría diagnóstica: tener un padre joven, estar muy preocupado por la muerte de un ser querido, las discusiones y peleas familiares, el maltrato físico,

<sup>30</sup> Bragado C, Bersabè R, Carrasco L. Factores de riesgo para los trastornos conductuales de ansiedad, depresión y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*.1998;181-202.

repetir curso y problemas tempranos de comportamiento se asociaban a los trastornos conductuales; la edad de la madre, problemas en el parto y miedo al maltrato físico, a los de ansiedad; tener más edad, estar preocupado por la familia, alcoholismo familiar, padecer enfermedades frecuentes y el estado psicopatológico de la madre a los trastornos depresivos; y, tener menos edad, ser varón y el retraso en las pautas de desarrollo a los de eliminación (control de esfínteres).

Otro estudio refiere que el suicidio antes de los 15 años es inusual; pero en general se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios y que los que han realizado un intento de suicidio, el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes. El género y la edad aparecen como factores de riesgo relevantes. Los suicidios completados son más comunes entre los hombres; las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. El riesgo de suicidio aumenta con la edad. La mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados son trastorno del ánimo, principalmente la depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales. La ansiedad, agregada a un cuadro clínico de ideación suicida, más bien cumple un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida que un factor de riesgo per se. La evidencia es clara en cuanto a que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo suicida. Ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar aparecen como los factores más frecuentemente asociados a la conducta suicida. La derivación oportuna, evaluación del funcionamiento familiar y el desarrollo de tratamientos efectivos en gente joven con morbilidad psiquiátrica pueden ser muy efectivos en reducir la conducta suicida.<sup>31</sup>

En un estudio de prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, se presentan las tasas de prevalencia diagnóstica y su relación con la edad y el género de los sujetos: 404 sujetos (265 varones y 139 mujeres) con edades comprendidas entre los 0 y los 18 años. Los trastornos más prevalentes fueron los de conducta (23.0 %), seguidos de los depresivos (14.6 %), de ansiedad (13.3 %), del desarrollo (12.7 %) y de eliminación (9.7 %). Se encontró una correlación altamente significativa entre el tipo de trastorno y la edad de los sujetos ( $\chi^2 = 76.33$ ,  $gl. = 30$ ,  $p = 0.0001$ ), mostrando así que la psicopatología infantil sigue una pauta evolutiva. También se encontró una correlación significativa entre el tipo de trastorno y el género.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Larraguibel Q, González M, Martínez N, Valenzuela G. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. chil. pediatr. [online]. 2000; 71(3): 183-91.

<sup>32</sup> Jadue JG. Transformaciones familiares en Chile: riesgo creciente para el desarrollo emocional, psicosocial y la educación de los hijos. Estud. pedagóg. [online]. 2003; 29: 115-26.



**2.3.1.1 Prenatales: sexo, exposición a toxinas (alcohol y tabaco), trastornos genéticos (Retraso mental, autismo).**

**La edad y el sexo** influyen en los trastornos mentales y del comportamiento, datos epidemiológicos como el estudio de Ontario,<sup>34</sup> han aportado la diferencia y manifestaciones que se establecen según el sexo:

**Cuadro 5: Trastornos mentales según el sexo**

Varones	Mujeres
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentan <b>problemas externalizantes</b> (agresión, hiperactividad y trastornos de conducta) y de aprendizaje, además de autismo, retraso mental y problemas de identificación sexual</li> <li>• Acuden más a servicios de atención primaria</li> <li>• Demandan mayores cuidados de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentan <b>problemas internalizantes</b> (ansiedad y depresión) y problemas psicosomáticos como anorexia y neurosis</li> <li>• Acuden menos a servicios de atención primaria</li> <li>• Demandan menores cuidados y menores intervenciones preventivas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los varones demandan ayuda 2 veces más que las mujeres</li> <li>• El mismo trastorno aparece antes en las niñas que en los niños, pero se detecta e interviene antes en los niños</li> <li>• Las tasas globales tienden a equilibrarse en la adolescencia</li> </ul>	

Fuente: Cuadro elaborado por la tesista

Un estudio descriptivo realizado en España,<sup>35</sup> refiere datos similares en cuanto a las tasas de prevalencia para trastornos de la salud mental, las cuales varían en función de la edad, sexo y clase social, por ejemplo, hay trastornos que se presentan con predominio en los niños, de inicio temprano y que impactan el neurodesarrollo: dislexia, trastornos del espectro autista, TDAH, trastorno antisocial. En las niñas: trastornos emocionales de inicio en la adolescencia (depresión, trastornos de la conducta

<sup>34</sup> Boyle MH, Offord DR. The Ontario Child Health Study: Social adjustment and mental health of siblings of children with chronic health problems. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 1988; 9 (3), 117-121.

<sup>35</sup> Espin JJC, Belloso RJJ. Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el período de un año. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2009; 29(104): 329-54.

alimentaria, trastornos por ansiedad)<sup>36</sup>. Por otra parte, el TDAH y la ansiedad de separación disminuyen con la edad, mientras que el trastorno negativista desafiante es más prevalente entre adolescentes, el trastorno por estrés postraumático es mayor entre los adolescentes que en los niños y la depresión mayor aumenta con la edad.

En Chile fue publicado un artículo que presenta una síntesis actualizada de las principales hipótesis explicativas de las diferencias de género en psicopatología en la niñez<sup>37</sup>, el cual menciona que es probable que las diferencias de género en psicopatología en la niñez tengan un fundamento biológico importante. Sin embargo, debe considerarse que el impacto de la mayor vulnerabilidad neuroevolutiva no puede ser aislado del contexto psicosocial de desarrollo, lo que es especialmente relevante en relación al desarrollo de trastornos externalizados, particularmente de tipo disocial. Sin embargo, las diversas hipótesis que se han propuesto como explicaciones de este fenómeno no han logrado hasta la fecha una evidencia empírica consistente:

En nuestro país el estudio epidemiológico de la Dra. Medina Mora<sup>8</sup> arroja datos semejantes, como por ejemplo, que los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%); y que dos de los padecimientos de inicio más tempranos son la ansiedad de separación el cual tiene que tiene una mediana de inicio de 5 años y el trastorno de atención de 6 años, la fobia específica a los 7 años, seguida por el trastorno oposicionista a los 8 años y en los trastornos de la vida adulta, la ansiedad se reporta con edades de inicio más tempranas, seguida por los trastornos afectivos y los trastornos por uso de sustancias.

### **Exposición a toxinas (Alcohol y tabaco)**

Evidencia en la literatura<sup>38, 39</sup> refiere que los niños con exposición prenatal al alcohol pueden presentar deterioro cognitivo, hiperactividad, comportamiento disocial, agresividad y diferentes trastornos psiquiátricos y que el hábito al tabaco materno durante el embarazo afecta el crecimiento prenatal y posnatal y aumenta el riesgo de mortalidad fetal y trastornos cognitivos y conductuales en niños y adolescentes. En un estudio<sup>36</sup> sobre la importancia del medio ambiente para la aparición de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, refieren que hay un aumento de este trastorno de 2.7 veces

---

<sup>36</sup> Rutter M. Development and psychopathology. En Rutter M, Taylor E. (Eds.). Child and adolescent psychiatry, Oxford, Ed. Blackwell, 2002.

<sup>37</sup> Cova S, Félix, Valdivia P, Mario, Maganto M, Carmen. Diferencias de género en psicopatología en la niñez: Hipótesis explicativas. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2012 Oct 08]; 76(4): 418-424. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062005000400014&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000400014&lng=es). doi: 10.4067/S0370-41062005000400014.

<sup>38</sup> Das Banerjee T, Middleton F, Faraone SV. Importancia del Medio Ambiente para la Aparición de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Acta Pediátrica Sep 2007; 96(9):1269-74.

<sup>39</sup> Motlagh MG, Katsoyich L, Thompson N, Lin H, Kim YS, Scahill L, Lombroso P, King RA, Peterson BS, Leckman JF. Severe psychosocial stress and heavy cigarette smoking during pregnancy: an examination of the pre- and perinatal risk factors associated with ADHD and Tourette syndrome. European Child & Adolescent Psychiatry 2010; 19 (10): 755-764.

en niños expuestos al tabaquismo materno prenatal; además se halló una asociación dosis-respuesta entre esta exposición y la presencia de hiperactividad. No obstante, también se informaron resultados negativos respecto de la asociación entre el tabaquismo materno durante el embarazo y la aparición de TDAH en los hijos. El bajo peso al nacer es una característica de los niños con exposición prenatal a la nicotina y un factor de riesgo de TDAH. Además, el tabaquismo materno afecta el funcionamiento placentario, que puede resultar en hipoxia y malnutrición fetal. Los componentes tóxicos del humo del tabaco, como el monóxido de carbono, también afectan en forma directa y negativa el desarrollo del cerebro fetal.

### ***Trastornos genéticos (discapacidad intelectual y autismo)***

#### **Discapacidad intelectual**

La discapacidad intelectual (DI)<sup>40</sup> o retraso mental (RM) son términos de connotación diferente. El primero pretende eliminar el estigma asociado al segundo; en todo caso, ambos conceptos aluden a un funcionamiento general cuya característica es: presencia de un cociente intelectual (CI) menor a 70, una limitación adaptativa e inicio antes de los 18 años. Las limitaciones del CI se acompañan de dificultades adaptativas como las habilidades de la vida cotidiana, la comunicación y la socialización.

A nivel mundial se señala que la DI es frecuente, con un alto impacto en el funcionamiento individual y una prevalencia aproximada de 1-4%.<sup>5</sup> En Latinoamérica la prevalencia puede ser cuatro veces mayor, por su asociación a factores como la desnutrición, las complicaciones obstétricas y perinatales, la prematurez, la intoxicación por plomo, las infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) y la pobreza; que han sido superados en países desarrollados.<sup>41</sup> Los reportes oficiales sobre la discapacidad en México provienen exclusivamente del Censo de Población y Vivienda, que no representa una medición diagnóstica, pero aporta datos nacionales al respecto. En este país, el censo del año 2010 contempló un cuestionario ampliado en donde se reporta a la población que presenta alguna discapacidad, vista desde el enfoque de limitaciones en la actividad. Es decir, se contaron a las personas con alguna limitación para atender el cuidado personal, para caminar y moverse, para escuchar, para hablar o comunicarse, para poner atención, para ver, y con alguna limitación mental. De acuerdo con este informe, la discapacidad alcanzó al 5.1% de la población total, es decir, 5 millones 739 mil 270 mexicanos. La detección constituye un reto en nuestro país ya que el retraso en la atención especializada es común para los trastornos psiquiátricos. En uno de los pocos estudios realizados en

---

<sup>40</sup> World Health Organization (WHO). Atlas: Global resources for persons with intellectual disabilities 2007. Geneva; 2007.

<sup>41</sup> Márquez-Caraveo ME, Zanabria-Salcedo M, Díaz-Pichardo JA, Arciniega Buenrostro L et al. Guía de retraso mental. En: Ulloa R, Fernández C, Gómez H, Ramírez J, Reséndiz J (eds). Guías clínicas. Hospital Psiquiátrico Infantil «Dr. Juan N. Navarro». México D.F.: 2010; pp. 239-265. Consultado en [http://www.sap.salud.gob.mx/downloads/pdf/nav\\_guias9.pdf&embedded=true&chrome=true](http://www.sap.salud.gob.mx/downloads/pdf/nav_guias9.pdf&embedded=true&chrome=true) el 28 agosto 2012.

México en población infantil, se estimó hasta ocho años para la atención del RM. Se documentó la búsqueda de ayuda en un 13%, el profesionalista contactado fue el psicólogo en el 66% y un médico general en el 28% de los casos.<sup>42</sup>

La detección de la DI implica también identificar sus posibles causas.<sup>43</sup> En la mitad de los casos se identifican causas orgánicas y, en una sexta parte, alteraciones genéticas o cromosómicas. En 30 a 60% de las personas diagnosticadas con DI no puede identificarse una causa.

La detección consiste en la identificación de niños en riesgo de algún tipo de desarrollo anormal, con énfasis en el sondeo del lenguaje, combinado con herramientas como los instrumentos de tamizaje del desarrollo psicométricamente fiables.

### **Autismo**

En 1944, el Doctor Hans Asperger, caracterizó una condición que consideró como un trastorno de la personalidad y la denominó <<psicopatía autista>>, fue el primero en reconocer un componente genético en el trastorno, principalmente en los padres, también señaló su mayor prevalencia en varones. El autismo es un severo trastorno del desarrollo neuropsicológico, caracterizado por una alteración de la comunicación y de la interacción social, y por restringidas, repetitivas y obsesivas pautas de conducta. Afecta más a hombres que a mujeres y, con frecuencia, existe un bajo cociente intelectual. Recientes estimaciones de su prevalencia muestran un creciente aumento.<sup>44</sup> Se piensa en posibles causas genéticas y ambientales con un carácter fuertemente hereditario. Estudios epidemiológicos sugieren que la incidencia de autismo y de trastornos generalizados del desarrollo (PDD, Pervasive Development Disorders), están aumentando en nuestra sociedad. Es posible que este incremento se deba a la aplicación de nuevos procedimientos de muestreo y técnicas de diagnóstico más precisas. En la actualidad se estima que la frecuencia de autismo es 1/1000, y la de PDD de 5/1000, cifras que delatan la importancia de este trastorno en la salud pública. La etiología de este trastorno es desconocida y el análisis genético es una herramienta que promete esperanzadora para ayudar a determinar cuáles son las bases genéticas, neurológicas y ambientales que originan el autismo.

Al igual que en la discapacidad intelectual, resulta un reto la importancia de la detección y diagnóstico oportunos para el trastorno autista, en México la Dra. Albores<sup>45</sup>, presenta una revisión breve de los

---

<sup>42</sup> Caraveo AJ, Colmenares BE, Martínez VN. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública México* 2002; 44:492-498.

<sup>43</sup> Márquez CME, Zanabria SM, Pérez BV, Aguirre GE, Arciniega BL, Galván GCS. Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental* septiembre-octubre 2011;34 (5):443-49.

<sup>44</sup> Mcinnes AL. Una revisión de la genética del autismo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. 2002; 21(84):13-24.

<sup>45</sup> Albores GL, Hernández GL, Díaz PJA, Cortes HB. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental* 2008; 31(1): 37-44.

principales instrumentos de diagnóstico para el autismo y comenta que la falta de reconocimiento de este trastorno, tiene costos muy elevados para las familias y los prestadores de servicios de salud y educación ya que el diagnóstico de autismo se realiza cuatro o cinco años después de que los padres observan los primeros síntomas, al igual que en el artículo anterior, señala que en la última década, gracias al avance en el diseño de instrumentos de tamizaje y diagnóstico se han elevado las tasas de prevalencia, razón por la cual se reconocen hoy en día, nuevos casos, más que en épocas pasadas. Avances recientes en genética molecular han informado mutaciones y cambios en la expresión de distintos genes en pacientes autistas, lo que sugiere que el autismo tiene una base genética y un patrón hereditario complejo que involucra múltiples genes.<sup>46</sup>

En otro artículo de revisión<sup>47</sup> se evidencian también los factores genéticos principalmente el cromosoma 15q11-q13 para el espectro autista, sin embargo existen diversidad de patologías con conductas autistas cuya etiología multifactorial, la mayoría con una base genética, tienen una prevalencia de un caso por 150 niños, y la mayoría es del sexo masculino.

### **2.3.1.2 Perinatales: prematurez**

Existen dos tipos de recién nacidos los pequeños que nacieron antes de tiempo (edad gestacional menor a 37 semanas: prematuro ó pretérmino) y los que nacieron en la fecha prevista pero cuyo crecimiento *in útero* fue inadecuado. Este hecho es importante, ya que un feto antes del término de la gestación tiene como consecuencia la dificultad o incapacidad del recién nacido para dar una respuesta adaptativa ante las demandas del medio extrauterino. Esta dificultad se manifiesta en todos los órganos y sistemas, lo que da origen a morbilidad de diferente tipo e intensidad y puede llevar a la muerte o a la incapacidad.

Desde el punto de vista epidemiológico, la prematurez, tiene significados diversos:

- Indica morbilidad materna o fetal.<sup>48</sup> Los factores biológicos maternos que se relacionan con la prematurez son la hipertensión, los embarazos múltiples, infecciones urogenitales y las condiciones que afectan la cavidad uterina como la placenta previa, los fibromas y las anomalías congénitas uterinas. Varios de estos factores biológicos se dan en el marco de condiciones generales de vida desfavorable como: bajo nivel socioeconómico, madres solteras, edad menor a 20 años en la madre, hábito de fumar y consumo de sustancias tóxicas.

---

<sup>46</sup> Álvarez I, Camacho I. Bases genéticas del autismo. *Acta Pediatr Mex* 2010;31(1):22-28.

<sup>47</sup> Varela GDM, Ruíz GM, Vela AM, Munive BL, Hernández ABG. Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. *Acta Pediatr Mex* 2011; 32(4):213-22.

<sup>48</sup> Zubirán S, Arroyo P, Ávila H. La nutrición y la salud de las madres y los niños mexicanos II. Fondo de Cultura Económica. 1998;215-18.

- Otros factores que influyen como causa de parto prematuro son: el bajo peso pregestacional materno, el alcohol, estrés, falta de atención prenatal y antecedentes de la historia reproductiva (partos pre término anteriores). Además de los ya mencionados, hay factores obstétricos que determinan la interrupción del embarazo antes de término: ruptura prematura de membranas, factor RH negativo, etc.
- Las patologías que resultan de la prematurez y que con mayor frecuencia determinan la muerte son:
  1. Hipoxia ya sea en el momento del nacimiento o como resultado de insuficiencia respiratoria
  2. Infecciones intrauterinas o neonatales
  3. Malformaciones congénitas
  4. Ictericia neonatal

La mortalidad neonatal según la edad gestacional desciende a medida que avanza el embarazo, especialmente a partir de las semanas 30 y 32 para llegar al mínimo entre las 37 y 41, período conocido como “a término” de la gestación, aunque diversos autores refieren un ascenso de la mortalidad después de las 42 semanas debido a que se considera posmaduro (mayor de 42 semanas).

### **2.3.1.3 Posnatales: coeficiente intelectual (CI) bajo, temperamento difícil**

Diversos factores pueden influir en el desarrollo de la inteligencia de los niños, sobre todo su propia personalidad, el comportamiento de los padres y el medio ambiente. El CI de los niños guarda relación con diversos factores, como el comportamiento de los padres, la salud mental, el nivel de ansiedad, la educación, las creencias de los padres acerca del desarrollo del niño, el tamaño de la familia, el estrés de sucesos vitales, la ocupación de los padres y la desventaja de las minorías.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud definen en el Estado del Arte en Resiliencia<sup>49</sup>, que es posible visualizar, una disminución en el coeficiente intelectual de los niños, como producto de la actuación simultánea de más de un factor de riesgo, es decir que, cuanto más factores de riesgo existan, más baja será la puntuación en las pruebas de CI, esto, aunque también esto depende de las diferencias individuales que el niño tenga frente a estos factores.

---

<sup>49</sup> Kotliarenco MA, Cacéres I, Fontecilla M. Estado del arte en resiliencia. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1997: 16.

## **Temperamento**

El temperamento infantil es la base de la personalidad del futuro adulto y resulta ser un buen predictor de una variedad de resultados cognitivos, afectivos y de conductas sociales.<sup>50</sup> El temperamento es un concepto que se refiere al COMO o estilo conductual de un niño, en el que se expresan tanto manifestaciones de tipo: Emocional (irritabilidad, por ejemplo), cognoscitivo (lapsos de atención) y social (respuestas a desconocidos, por ejemplo).

En varias investigaciones se ha destacado la importancia del temperamento como predictor de problemas internalizados en niños y adolescentes. Autores como Goldsmith han definido al temperamento como la disposición básica inherente del individuo que limita y modula la expresión de la actividad, reactividad, emocionalidad y sociabilidad. Dentro de los estudios realizados en México, se puede mencionar el de Valencia, quién encontró que la impulsividad era un predictor de problemas internalizados.<sup>51</sup>

En el estudio realizado por Betancourt y Andrade<sup>52</sup> en 509 niños en edad escolar se evaluó el temperamento, encontrando que la reactividad negativa, la emocionalidad negativa y el nivel de actividad correlacionaron de forma positiva con trastornos internalizados, también reportaron que las niñas presentaron puntajes más altos en los problemas de tipo internalizado. Otro de los hallazgos de este estudio fue que aquellos niños que tienden a reaccionar de forma negativa ante situaciones que les generan estrés; es decir son niños que regularmente gritan o avientan cosas cuando se enojan, quienes experimentan con mayor frecuencia emociones negativas, junto con una falta de concentración para concluir sus tareas, presentaron algún trastorno de tipo internalizado.

### **2.3.2 Factores de riesgo parentales: psicopatología familiar y depresión**

#### **Psicopatología familiar**

Un estudio epidemiológico<sup>53</sup> que incluyó 1,686 niños y adolescentes refiere que, la probabilidad de presentar psicopatología es entre dos a tres veces mayor, cuando hay trastornos psiquiátricos en los padres y que la psicopatología en los niños puede entenderse como un desarrollo normal que se ha

---

<sup>50</sup> Albores G, Márquez C, Estañol B. ¿Qué es el temperamento? El retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental*, 2003; 26 (3):16-26.

<sup>51</sup> Valencia GMR. El control y la resiliencia del yo en los problemas de los niños y niñas. Tesis de doctorado no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.

<sup>52</sup> Betancourt-Ocampo D, Andrade-Palos P. La influencia del temperamento en problemas internalizados y externalizados en niños. *Revista Intercontinental de psicología y educación*. 2008; 10: 29-48.

<sup>53</sup> Caraveo A, Nicolini H, Villalba A, Wagner F. Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 2005; 47(1): 23-29.

vuelto inapropiado o desviado. Esto quiere decir, que hay conductas que puedan esperarse aparezcan en ciertas etapas del desarrollo, pero que si persisten pueden convertirse en patológicas. Cuando algunos rasgos, signos o conductas son especialmente llamativos y se presentan de manera conjunta y frecuente, convencionalmente se habla de síndromes y que el riesgo general para desarrollar psicopatología obtenido entre los padres e hijos de tres generaciones es de 2.5 y 2.7 veces.

### **Depresión**

La magnitud de los trastornos mentales en niños y adolescentes puede apreciarse en algunos datos tomados del reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>54</sup>, donde se plantea que el 20% de los niños y adolescentes sufre de alguna enfermedad mental. En este sentido, en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, la depresión es el segundo diagnóstico más frecuente atendido, con una incidencia anual de 10 a 15% en los últimos cinco años, como primer diagnóstico, con una prevalencia de 4% a 7% en niños y adolescentes, además, los niños en edad escolar presentan este padecimiento con mayor frecuencia que las niñas, cambiando en la adolescencia a una razón 2:1 a favor de las mujeres.<sup>55</sup>

Datos similares se reportan en un estudio realizado en la Ciudad de México donde los varones entre los 6 y 8 años con tres síndromes son al menos dos veces más frecuentes que las niñas; y los niños de 9 a 12 años de edad con cinco síndromes (3.6%) contrastan con las niñas (0.5%) de la misma edad. Ahí se aprecia que en los varones la frecuencia de síndromes tiende a incrementarse con la edad. En las niñas y adolescentes las frecuencias más altas se observan en edades extremas y la presencia de dos síndromes tiende a incrementarse con la edad. Asimismo, la frecuencia de niñas y adolescentes con tres síndromes muestra estabilidad a lo largo de los grupos de edad, a diferencia de lo que se aprecia en los varones.<sup>56</sup>

### **2.3.3 Factores de riesgo contextuales: familia, pobreza, baja educación materna, falta de recursos sociales, bajo soporte emocional e influencia escolar**

El entorno familiar constituye una importante fuente de protección y apoyo para el niño ante las posibles dificultades a las que debe hacer frente en el día a día. Ahora bien, determinados acontecimientos, tanto vitales como cotidianos, que acontecen en contexto familiar pueden suponer un factor de riesgo

---

<sup>54</sup> OMS. Meeting on caring for children and adolescent with mental disorders: Setting WHO Directions. Geneva:2003.

<sup>55</sup> Nogales-Imaca I, Ulloa-Flores RE, Rodríguez-Juárez H, Palacios-Cruz L, Vázquez-Medina J, Munguía-Matamoros A, et al. Depresión en niños y adolescentes. En: Guías Clínicas. Hospital psiquiátrico infantil Juan N Navarro. México, DF: Secretaría de Salud, 2010: 65-85.

<sup>56</sup> Caraveo A. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: Algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. Segunda parte. Salud Mental, enero-febrero 2007; 30(1): 48-55.

para un saludable desarrollo de los niños. En este sentido, existe evidencia de que los estresores dentro de la familia pueden influir negativamente o positivamente en la salud mental y en el funcionamiento psicosocial de niños y adolescentes, dentro de la literatura revisada<sup>57, 58, 59</sup> se ha encontrado que los estresores familiares más estudiados son los siguientes: problemas económicos, conflictos entre los padres, familias mono parentales, enfermedades crónicas en algún miembro familiar, estados depresivos en alguno de los padres, divorcio o separación, muerte de algún familiar cercano y relaciones padres-hijos conflictivas.

Esta combinación de factores contextuales, se debe de evaluar de manera conjunta con otros de índole biológico-individual, parental y familiar, ya que la persistencia de uno o la combinación de varios, tendrán impacto en el desarrollo y salud mental del niño. En general, el número total de condiciones de riesgo que afectan al niño, suele ser un mejor predictor que la exposición a un tipo específico de riesgo. Cada factor de riesgo específico puede agregar su aporte en la serie de pequeños riesgos que actúan conjuntamente en la aparición de morbilidad. De esta manera, muchos de los factores que no manifiestan su influencia en el desarrollo de los niños, considerados en forma independiente, lo hacen claramente si se combinan con otras causas, también consideradas de riesgo.

## **2. 4 Revisión de la literatura**

### **2.4.1 Crianza y Salud Mental Infantil**

La crianza proactiva positiva (incluido el elogio, el estímulo y el afecto) se asocia con autoestima y competencia social y académica elevada en los niños y puede prevenir el comportamiento negativo y el uso posterior de sustancias ilegales.

Un estudio en adolescentes de la Ciudad de México<sup>60</sup> sugiere que la crianza es la responsabilidad asumida por los padres respecto al crecimiento físico y desarrollo emocional y social de un hijo y que de acuerdo a datos científicos reportados con anterioridad, los ambientes de crianza tienen efectos

---

<sup>57</sup> Fernández BFJ. Estrés, riesgo familiar e inadaptación socioemocional y escolar en la infancia. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, Málaga, España 2007.

<sup>58</sup> Sameroff A, Seifer R, Accumulation of environmental risk and child mental health. En: Fitzgerald H, Lester B, Zuckerman B. Children of Poverty; research, health and policy issues. Garland Reference Library of Social Science, New York: Garland Publishing, Inc., 1995. p. 233-58.

<sup>59</sup> Esparza N, Rodríguez MC. Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Revista diversitas - perspectivas en psicología* 2009; 5(1): 47-65.

<sup>60</sup> Márquez CME, Hernández GL, Aguilar VJ, Pérez BV, Reyes SM. Datos psicométricos del EMBU-I "Mis memorias de crianza" como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, marzo-abril 2007; 30 (2): 58-66.

importantes sobre una variedad de desenlaces, que incluyen desde variaciones en el funcionamiento adaptativo, el desarrollo psicológico saludable y el éxito en la escuela, hasta desenlaces psicopatológicos como el uso y abuso de drogas, el comportamiento agresivo y problemas de ansiedad en niños y adolescentes. Los autores comentan al respecto que la adolescencia implica la transformación de las relaciones padre-hijo que caracterizaron a la niñez, lo anterior es consistente con un artículo<sup>61</sup> donde en la revisión bibliográfica de factores psicosociales se encuentra el maltrato y la familia disfuncional, el conflicto, la falta de cohesión u organización, la falta de apoyo, y el rechazo y la distancia emocional, estas son características de las familias en riesgo con desenlaces que impactan la salud física y mental de los hijos y son predictores para el consumo, abuso de drogas y de alcohol en la adolescencia<sup>62</sup>, el embarazo temprano<sup>63</sup>, conducta agresiva o la delincuencia juvenil.<sup>64</sup>

Lo anterior comprueba que los diversos estilos parentales en las prácticas de crianza principalmente, la disciplina, apoyo y autonomía, están asociados a un incremento en los factores de riesgo para la aparición de determinados problemas psicosociales en los niños desde temprana edad y en la adolescencia, por lo que se infiere que una adecuada intervención, debe ir acompañada de la mejora de los estilos educativos y la crianza en la familia.

#### **2.4.2 Comprendiendo la contribución de los múltiples factores de riesgo en el desarrollo y salud mental infantil**

De acuerdo a la revisión de la literatura, se presentan los resultados de algunos estudios más relevantes sobre la contribución de múltiples factores de riesgo en el desarrollo y la salud mental infantil: Desde 1962, Meehl<sup>65</sup> consideraba que los individuos podían heredar y/o adquirir un estado vulnerable que aumentara su riesgo para la eventual aparición de un trastorno concreto, sin embargo, junto con el crecimiento de la literatura sobre investigación de riesgos, ha habido un interés creciente por los factores que pudieran tener un papel de protección frente al desarrollo de la psicopatología,

---

<sup>61</sup> Repetti LR, Taylor ES, Seeman TE. Risk families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin American Psychological Association* 2002; 128:330-66.

<sup>62</sup> Salazar TI, Varela AMT, Tovar CJR, Cáceres RE. Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*. Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia 2006; 9 (2): 19-30.

<sup>63</sup> Baeza WB, Póo FAM, Vásquez PO, Muñoz NS, Vallejos VC. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2007; 72(2): 76-81.

<sup>64</sup> Antolín L, Oliva A, Arranz FE. Contexto familiar y conducta antisocial infantil. *Anuario de Psicología*, Universidad de Barcelona, España, 2009; 40 (3): 313-27.

<sup>65</sup> Meehl P. Schizotaxia, schizotypy and schizophrenia. *American Psychologist*, 1962; 17: 827-38.

como por ejemplo, Garmezy, <sup>66</sup> en sus investigaciones sobre alto riesgo, demostró que entre los descendientes de alto riesgo de padres enfermos psíquicos, hay un número significativo de niños que funcionan bien. Esto condujo a la necesidad de identificar factores de tipo protector, así como, los mecanismos por los que tales factores operan y hacen a estos niños llamados “resilientes o elásticos”, menos vulnerables al desarrollo de la psicopatología. Otro autor clásico en la investigación de factores de riesgo y protección es Rutter,<sup>67</sup> quien evidencio la influencia del temperamento y las cualidades de los niños y sus respuestas ante diversas situaciones de estrés, lo que le llevó a prestar atención a dichos factores dentro y fuera del individuo, en una interacción persona-ambiente. Así mismo, Earls and Jung<sup>68</sup> refieren que el temperamento y el sexo, es decir, que los niños son más vulnerables que las niñas, son características que están asociadas con mayor frecuencia en la psicopatología infantil y en problemas externalizantes de ellos. Por otro lado los factores ambientales y sociales tienen impacto en los efectos de la escolarización y el grupo de amigos del vecindario, y que deben tomarse en cuenta en la causalidad del trastorno mental.

Por otro lado el ámbito parental ha sido enfocado como un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología en los hijos. La psicopatología de los padres puede suponer un riesgo de tipo biológico, la cual puede afectar la relación parento-infantil y supone un estrés específico para la familia. Entre las publicaciones sobre factores de riesgo más importantes, se encuentra un estudio longitudinal de 13 años de Rochester <sup>69</sup> realizado en 1982, en el cual se valoró el impacto de los múltiples factores de alto riesgo en hijos de 337 mujeres, con tres grupos de diagnóstico: esquizofrénicas, depresivas y con trastorno de la personalidad. Este estudio es representativo y uno de los pocos que integran la psicopatología del desarrollo con un estudio prospectivo de niños en riesgo de sufrir problemas de desarrollo. Sus resultados comprueban que las madres esquizofrénicas eran las más ansiosas y las menos competentes socialmente, por otra parte los hijos de las madres depresivas entre los 30 y 48 meses, tuvieron puntuaciones bajas en las escalas conductuales de adaptación, lo que sugirió, tenían un mayor riesgo, los hijos de madres con trastornos de personalidad tuvieron puntuaciones bajas en los

---

<sup>66</sup> Garmezy N. Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia. Part 1: Conceptual models and research methods. *Schizophrenia Bulletin*, 1974; 1(8):14-90.

<sup>67</sup> Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf A.S.; Masten D, Cicchetti K. H Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1990: 181-214.

<sup>68</sup> Earls F, Jung KG. Temperament and home environment characteristics as casual factors in the early development of childhood psychopathology. *J Am Ac Child Adolesc Psic*, 1987; 26: 491-498.

<sup>69</sup> Sameroff A, Seifer R, Zax M, Barocas R. Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophr Bull* 1987; 13(3):383-94.

test de desarrollo y adaptación. Igualmente se hallaron fuertes efectos del estatus socioeconómico (SSE): los niños de SSE elevado mostraron mejor desarrollo que los de SSE bajo, lo que parece indicar, que la combinación de enfermedad y estatus social bajo, ofrece el peor resultado en los niños y no en si un trastorno específico. Se observó además, que la combinación de múltiples factores de riesgo incluyendo la salud mental de la madre, su grado de ansiedad, sus perspectivas sobre la crianza de los hijos, educación, ocupación, estilo interaccional, apoyo familiar, acontecimientos vitales, tamaño de la familia y estatus social minoritario `predecía el grado de competencia intelectual y socio emocional mucho más eficazmente que cualquier factor aislado.

Greenwald,<sup>70</sup> identifica los tipos de comunicación en la interacción familiar, los cuales se correlacionan con el funcionamiento adaptativo de los hijos, esta autora examinó a 97 niños, de 4 a 10 años de edad, que tenían un funcionamiento dentro de la normalidad, pero se consideraban de alto riesgo, porque uno de los padres había estado previamente hospitalizado por enfermedad psiquiátrica y los resultados evidenciaron que los estilos de comunicación desviados afectaban el equilibrio y calidez en el niño, afectando su ajuste al medio ambiente

En México, autores como Taboada<sup>71</sup>, y Caraveo<sup>72</sup> muestran que la presencia de psicopatología en los padres, se relaciona con un incremento en la probabilidad de que se presente psicopatología en el niño, además de lo anterior, el estilo educativo, el temperamento del niño, los problemas evolutivos tempranos, los antecedentes heredofamiliares (AHF) de psicopatología y el nivel socioeconómico, se relacionan significativamente con la presencia de trastornos de ansiedad, lo cual sugiere la necesidad de considerar la interacción entre múltiples factores de riesgo para explicar la génesis de estos trastornos.

### **2.4.3 Avances en la identificación de factores de riesgo para la salud mental infantil**

Existen investigaciones longitudinales<sup>73</sup>,<sup>74</sup> acerca de factores de riesgo para trastornos en la salud mental infantil, la mayoría de estos estudios menciona la importancia de este tipo de diseño, ya que el

---

<sup>70</sup> Greenwald AG. Why are attitudes important? En A. R. Pratkanis, S. J. Breckler y A. G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function*, Hillsdale (Il.): LEA, 1989.

<sup>71</sup> Taboada J, Ezpeleta A, De la Osa C. Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. 1998; 4(1): 1-16.

<sup>72</sup> Caraveo AJ, Nicolini SH, Villa RA, Wagner A. Psicopatología en familiares de tres generaciones, *Salud Pública de México*. 2005; 47 (1):23-29.

<sup>73</sup> San Román P, Pedreira JL, López-Torres J, Bonete J.M, Castelló PT. Impacto del riesgo psicosocial en los bebés: un estudio longitudinal. *Interpsiquis*. 2002.

desarrollo de los niños y el impacto de los factores de riesgo sobre este, se ve reflejados a través de los años, este tipo de estudios tiene altos costos en tiempo y dinero, no es fácil sostener uno, sin embargo los beneficios son invaluable, ya que en acuerdo con la OMS<sup>5</sup> las acciones de los profesionales de enfermería y otras disciplinas, se tendrían que direccionar en la promoción de los factores protectores y la prevención temprana de los factores de riesgo, como es el caso de un estudio de factores protectores en la familia<sup>75</sup> para la prevención de drogas en los adolescentes, en el cual los factores protectores como demostraciones de afecto con los hijos, jugar y hablar con ellos sobre lo que les gusta, comunicación fácil, toma de decisiones en pareja, adecuada flexibilidad durante la educación familiar, y la existencia de normas, deben tomarse como medidas de prevención en los primeros años de vida del niño.

Para investigadores como Leckman y Cohen<sup>69</sup>, psiquiatras infantiles interesados en la interacción de los genes y su comportamiento en el desarrollo humano, así como, en estudios longitudinales de pacientes y familias con el síndrome de Gilles de la Tourette y desórdenes obsesivo-compulsivos, la inclusión de los factores de riesgo y de protección fueron importantes en sus investigaciones, ya que identificaron la importancia de la interacción de eventos como: hipoxia, tabaquismo y alcoholismo materno, insuficiencia placentaria, prolongada labor de parto, estrés materno durante el embarazo, severidad en las náuseas y vómitos durante el primer trimestre de embarazo y exposición a drogas, medicamentos y tóxicos, que influyen en el desarrollo y función del cerebro, durante el periodo perinatal. En lo que concierne a las funciones del nivel de conducta adaptativo la presencia de comorbilidad médica y desordenes psiquiátricos, particularmente en la depresión y la ansiedad, observaron que estos, contribuyen o limitan la resiliencia o vulnerabilidad de un individuo en situaciones de estrés, y por último factores que se relacionan con un sistema de soporte emocional externo como: el nivel socioeconómico, familia y ambiente, los cuales en conjunto influyen en el síndrome de Gilles de la Tourette y los desórdenes obsesivo-compulsivos, lo anterior también es congruente, con lo que en diversos estudios de factores de riesgo y protección se mencionan, ya que las constantes siempre se refieren al área biológico individual, parental, escolar, contextual y familiar. Estos autores, además de investigar sobre estos factores, se dieron a la tarea de desarrollar diversas escalas de información histórica; escalas de observación directa o escalas que combinan la historia y la observación directa.

---

<sup>74</sup> Leckman FJ, Cohen JD. Tics and Tic disorders en Leckman J, Cohen D .Eds. Tourette Syndrome: Tics, Obsessions, Compulsions. New York. Wiley & Sons, 1999.

<sup>75</sup> Medina AN, Carvalho FM. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia.. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2010 May-Jun; 18 (Spec):504-12.

## CAPÍTULO III

### 3. MATERIAL Y MÉTODO

#### 3.1 Tipo de diseño

- Observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal y comparativo.

#### 3.2 Población y muestra

- **Universo:** Padres, madres o tutores de niños y niñas de 3 a 5 años de edad que acudan a una guardería y a consulta de un hospital psiquiátrico infantil en la Ciudad de México,
- **Muestra:** El grupo de estudio fue seleccionado bajo los criterios de conveniencia de dos grupos poblacionales, la muestra fue captada de una guardería y un hospital.
- **Tamaño de la muestra:** La muestra fue constituida por un total de 70 mamás, dividida en dos grupos respectivamente con niños aparentemente sanos, en edad preescolar (de 3 a 5 años de edad) de una guardería y niños con alguna discapacidad intelectual que acudan a un hospital de especialidad del Distrito Federal.

Se utilizo el programa STATS para el cálculo de la muestra:

N= 70

Error máximo aceptable 5% (0.05)

% estimado 50% (0.50)

Nivel de confianza 95% resultado del tamaño de la muestra 59

- **Criterios de inclusión:** madres con niños y niñas de 3 a 5 años de edad, que acepten participar y responder el instrumento de identificación de factores de riesgo y protección
- **Criterios de exclusión:** madres que no acepten responder el instrumento
- **Criterio de eliminación:** madres que no recuerden la información que solicita el instrumento y que no quieran participar

#### Aspectos éticos y legales

- La presente investigación se considera una investigación con riesgo mínimo, debido a que se tuvo contacto directo con la población a evaluar, al realizar la

aplicación de la cédula de identificación de factores de riesgo y protección en la salud mental infantil por un profesional de la atención primaria

- Se siguieron los lineamientos del Código de Nüremberg (consentimiento informado) y la Declaración de Helsinki.

### 3.3 Variables de estudio

Definición de variables y unidades de medida:

**Cuadro 6. Factores de riesgo para el desarrollo y salud mental en preescolares**

Nombre de la variable	Definición conceptual	Escala de medición	Dimensiones	Indicadores	Prueba estadística
<b>FACTORES DE RIESGO</b>	Factores biológicos-individuales	Cualitativa nominal	1. Perinatales  • Historia de eventos y exposiciones ocurridas durante el periodo perinatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoxia</li> <li>• Tabaquismo materno</li> <li>• Insuficiencia placentaria</li> <li>• Trabajo de parto prolongado</li> <li>• Estrés materno durante el embarazo</li> <li>• Náuseas y vómito severo en el primer trimestre del embarazo</li> </ul>	No paramétrica
		Cualitativa nominal	2. Posnatales  • Historia de eventos y exposiciones ocurridas durante el periodo perinatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• exposición a agentes infecciosos</li> <li>• historia de trauma</li> <li>• exposición a medicamentos y/o drogas</li> </ul>	No paramétrica
	Factores parentales	Cualitativa ordinal	3. Parentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Estrés</li> </ul>	No paramétrica
	Factores contextuales	Cualitativa ordinal	4. Contextuales	Nivel socioeconómico Soporte social o familiar Historia de eventos estresantes Violencia parental, estilos de crianza	No paramétrica

### 3.4 Hipótesis

Ho: La presencia de factores de riesgo es igual en los 2 grupos de madres de niños en edad preescolar      Ho:  $\chi^1 = \chi^2$

Hi: Existen diferencias entre ambos grupos de madres de niños en edad preescolar, observándose un número mayor de factores de riesgo en la población del hospital y un número menor en la población escolar.      Hi:  $\chi^1 \neq \chi^2$

Se establece un nivel de confianza (significancia) de (5%)  $p = < 0.05$ .

### 3.5 Instrumento

#### **Cédula de identificación de factores de riesgo y de protección modificada**

Entre las escalas de información histórica, se incluyen instrumentos de auto-informe para padres y pacientes como la Modified Schedule for Risk and Protective Factors (MSRPF)<sup>76</sup> la cual en su versión original es una cédula estandarizada y estructurada conformada por 23 páginas, 73 preguntas y auto aplicable, con calificaciones de tipo likert, dicotómico y preguntas abiertas, consta de 5 apartados: embarazo, parto y alumbramiento, 1er año de vida del bebe, de 1 a 5 años y una historia pediátrica del nacimiento a los 18 años. Esta escala ha sido utilizada en diferentes estudios longitudinales epidemiológicos<sup>38</sup> y estudios genéticos familiares, dentro de los cuales están el de Santangelo<sup>77</sup> y Vasconcelos<sup>78</sup>, y es la que se eligió para este proyecto porque conjunta los factores de riesgo que alteran el curso normal del desarrollo y salud mental infantil, sin embargo, fue necesario e indispensable, hacer su traducción y adecuación cultural.

#### **Cambios**

- La cédula fue traducida por la alumna tesista y la revisión de esta traducción la hizo un traductor experto y nativo en el idioma inglés, posteriormente se sometió a una segunda revisión de forma y estilo, se hicieron las correcciones sugeridas, adecuando las preguntas al lenguaje

---

<sup>76</sup> Leckman JF, Hardin MT, Dolansky ES, et al. Perinatal factors in the expression of Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29:220-26.

<sup>77</sup> Santangelo SL, Pauls DL, Goldstein JM, Faraone SV, Tsuang MT, Leckman JF. Tourette's syndrome: what are the influences of gender and comorbid obsessive-compulsive disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Jul-Aug 1994, 33(6):795-804.

<sup>78</sup> Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG, Akkerman F, Curi M, Lopes AC, Miguel EC. Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. Feb 1; 61(3):301-7; 2007.

y contexto mexicano y se sometió a una *validez de contenido*, por expertos con más de 10 años de experiencia en Paidopsiquiatría y desarrollo infantil (Psicólogas, Genetista, 2 Paidopsiquiatras).

- Depuración del instrumento quitando opciones repetitivas (otro, no sé, alguna vez, nunca, etc.)
- Quedaron 66 preguntas dicotómicas
- Se codificaron las preguntas abiertas y eliminaron, por ejemplo: ¿Qué edad tenía cuando usted se embarazó? se cambió en rangos : 1 < 20 años      2 > 35 años
- Codificación de respuestas:

1	0
con riesgo	sin riesgo (normal, algunas veces, nunca)
SI	NO
Calificación dicotómica e intervalar	

- Se agruparon las preguntas en 6 dimensiones de factores de riesgo: biológico individual, prenatal, perinatal, postnatal, parental, contextual

### 3.6 Procedimiento

- Una vez que se tuvo el instrumento revisado por expertos, quienes consideraron que el contenido del instrumento se apegaba a sus fines y propósitos y se realizó su ajuste al lenguaje y contexto cultural, se piloteó solicitando para ello la autorización en una primaria del D.F. de la zona de Iztapalapa, para aplicarlo a las madres o tutores.
- Se obtuvo un consentimiento informado por escrito.

#### 3.6.3 Piloteo del instrumento

- Después de haber sido auto administrado el instrumento a 20 madres de de una zona de Iztapalapa, se observó que a las mamás les costaba trabajo completar el instrumento, ya que señalaban lo largo y tedioso del cuestionario (aprox. Entre 30 y 45 min.) además les pareció que muchas preguntas se repetían, por lo que solo contestaban *no* y dejan en blanco lo que no aplicara para ellas. Madres que tenían más de 2 hijos tendían a

confundir y mezclar lo que le ocurrió a un hijo con lo que le ocurrió a otro, además de tener dificultad para recordar con exactitud la información que se solicitaba. Cabe mencionar que también se encontró que entre más lejano es el momento sobre el que se le interroga a la madre, más tendencia al olvido presenta, por ejemplo recordar si tuvo vómitos en un determinado trimestre del embarazo del niño sobre el que se le pregunta, por lo anteriormente expuesto, se consensó su aplicación a madres con niños de edad preescolar (de 3 a 5 años), porque las intervenciones más efectivas son en etapas más tempranas de edad.

#### **3.6.4 Muestra final**

- Posterior al piloteo del instrumento, se procedió a realizar los trámites administrativos correspondientes para solicitar el permiso en cada una de las instituciones seleccionadas para la aplicación del instrumento en la muestra final
- Se entregó un oficio a la directora de la estancia infantil, de una zona de Iztapalapa, donde, solicitaba su permiso y autorización, para la aplicación del instrumento en madres con niños preescolares y aparentemente sanos.
- La directora, autorizó la aplicación de la cédula y la muestra se recolectó en 2 días programados, se dio una plática sobre la importancia de la identificación de factores de riesgo y de protección en el desarrollo de los niños en una “Escuela para padres”.
- De manera simultánea a la acción anterior, el protocolo se presentó en el Comité de Investigación del hospital donde se tomaría la muestra clínica; en la reunión, se dieron 2 sugerencias para ser aprobado: que se tomaran madres de niños con un trastorno específico como discapacidad intelectual y la otra que en los criterios de inclusión estuvieran todas las madres, aunque no supieran leer ni escribir, ya que ellas estaban en mayor riesgo y vulnerabilidad.
- El protocolo quedó aprobado con la clave ET3/01/1109 y se autorizó el inicio de la recolección de datos en el hospital, la cual concluyó en junio del 2010, ya que los niños que llegaban al hospital eran mayores a la edad requerida.
- Recursos humanos: alumna de la 5ta. Generación del programa de Maestría en enfermería, quien fungirá como investigador principal, dentro de las

funciones y actividades a realizar, se incluyen las de asistir directamente a las instituciones para realizar las aplicaciones del instrumento a la muestra definitiva.

- Dra. Irma Piña Jiménez, quien es la tutora y supervisora principal de este proyecto. Dentro de sus funciones principales esta el supervisar los avances de la investigación, tanto parciales como el producto final.
- Recursos materiales: equipo de computo para la realización de la base de datos y análisis de los mismos, copias del instrumento a aplicar, lápices, gomas, bolígrafos
- Presupuesto: los gastos que implican la obtención de los recursos materiales serán financiados con los recursos del investigador principal
- Difusión: Este trabajo será presentado como trabajo final de tesis del programa de Maestría en Enfermería, Jornadas Científicas, Congresos, presentación de Carteles y Revistas Científicas.

### **3.6.5 Cuantificación de respuestas: Puntos de corte**

Se realizó una sumatoria por ítems pertenecientes a cada dimensión (factores de riesgo biológico-individual, prenatal, perinatal, posnatal, parental y contextual, donde 1= presenta el riesgo y 0= no presenta riesgo); y se comparó con la siguiente tabla de ponderación para identificar el nivel de riesgo:

**Riesgo 0 bajo riesgo.** (0 a 15%). Este grupo está integrado por niños en los que no es posible identificar ninguno de los factores de riesgo mencionados anteriormente. Aunque “Bajo riesgo” no significa ausencia del mismo, ya que esta situación no existe.

**Riesgo I o riesgo medio.** (16 a 30%). Pertenecen a este grupo aquellos niños que poseen factores de riesgo en un nivel promedio. Los factores de riesgo de este grupo son bastante frecuentes y no se asocian necesariamente con un estado de salud mental con alteración, pero su presencia hace más probable la presencia de alteraciones en la salud mental del niño.

**Riesgo II o alto riesgo** (31 a 50%). Niños con factores de riesgo poco frecuentes pero con una influencia sobre padecimientos o alteraciones para la salud mental.

Estos niños tienen un aumento notable de la posibilidad de complicaciones mentales.

**Riesgo III o riesgo muy alto.** (51% o más). Niños con factores de riesgo muy poco frecuentes pero con tendencia a la aparición de alteraciones mentales.

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

En primera instancia se obtuvieron frecuencias y porcentajes que discriminan las muestras según sexo. Luego se realizó un análisis de diferencias de media mediante la prueba t de Student, entre las variables en estudio factores de riesgo vs. sexo.

#### 4.1 Características demográficas de los padres y niños de la comunidad y el hospital

La muestra estuvo constituida por 70 madres de niños en edad preescolar, divididos en 2 grupos (35 grupo 1, 35 grupo2) con una edad promedio de 4.01 (.876) predominando los niños de 5 años de edad (38.6 %). El sexo predominante fue 47 masculinos (67.1%) y 23 femeninos (32.9%).

Tabla 1. Características demográficas de los padres y niños de la comunidad y el hospital

<i>Categoría</i>	<i>Grupo 1 Comunidad</i>	<i>Grupo 2 Clínico</i>
Sexo Masculino n (%)	21 (67)	26 (32)
Edad $\mu$ (d.e.)		
Niños	3.69(.796)	4.34(.838)
Madre	2.77(.592)	2.51(.358)
Padre	3.34(.662)	3.11(.451)
Escolaridad $\mu$ (d.e.)		
Madre	3.46 (.010)	3.03(.317)

Figura 1. Datos demográficos de los padres de ambos grupos de estudio

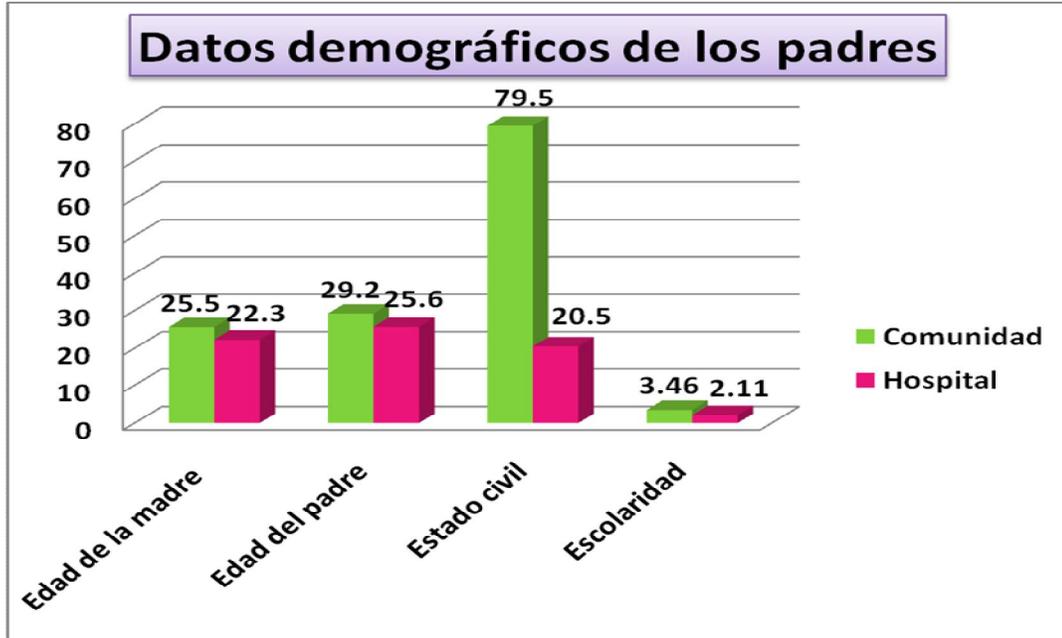
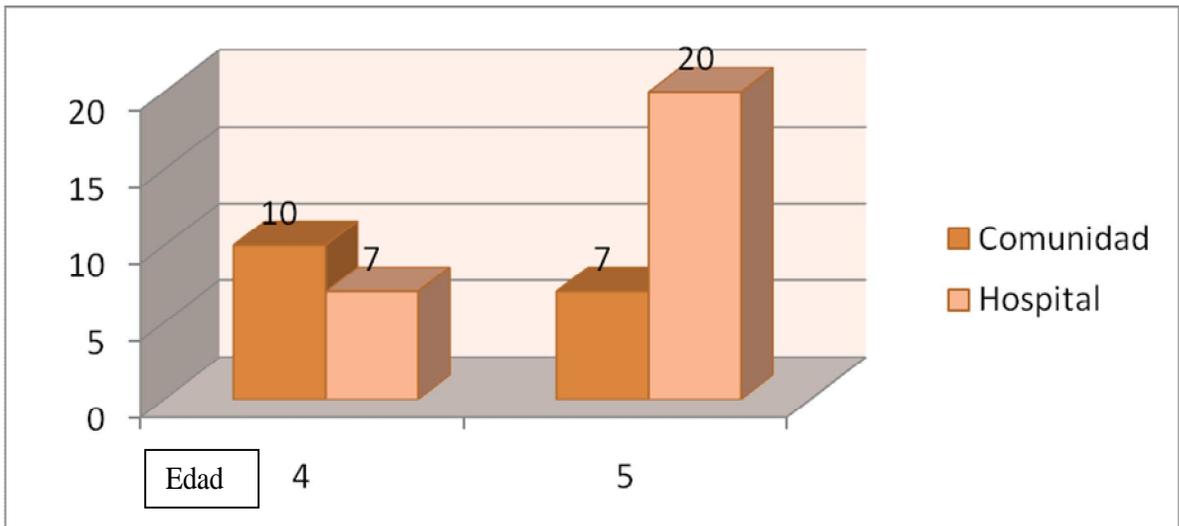
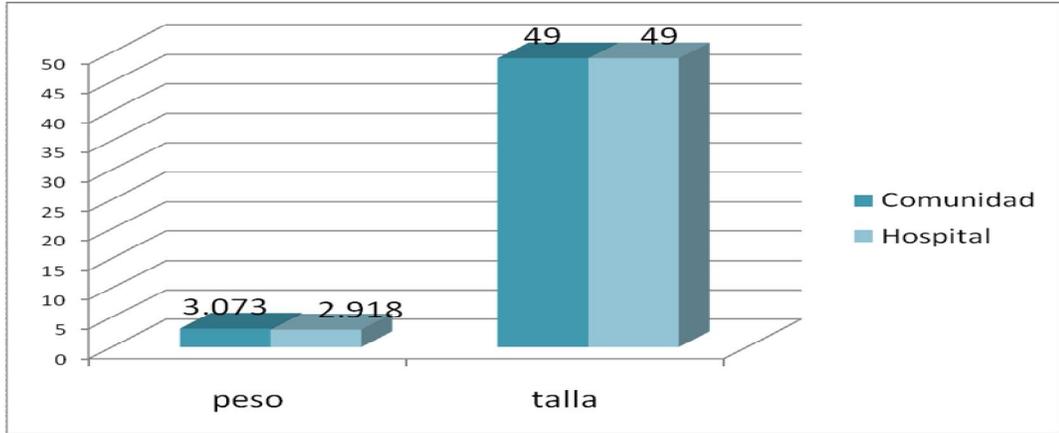


Figura 2. Datos demográficos de los niños de ambos grupos de estudio



En general, hubo predominio del sexo masculino (47) lo cual es consistente con la literatura, la cual refiere que en la niñez las conductas externalizantes se observan más en los hombres.

**Figura 3. Peso y talla de los niños de ambos grupos**



**4.1.1. Factores de riesgo para el desarrollo y salud mental infantil por dimensiones.**

Las dimensiones de riesgo estudiadas y su porcentaje promedio para presentar alteración en la salud mental en la infancia de 3 a 5 años de edad fueron:

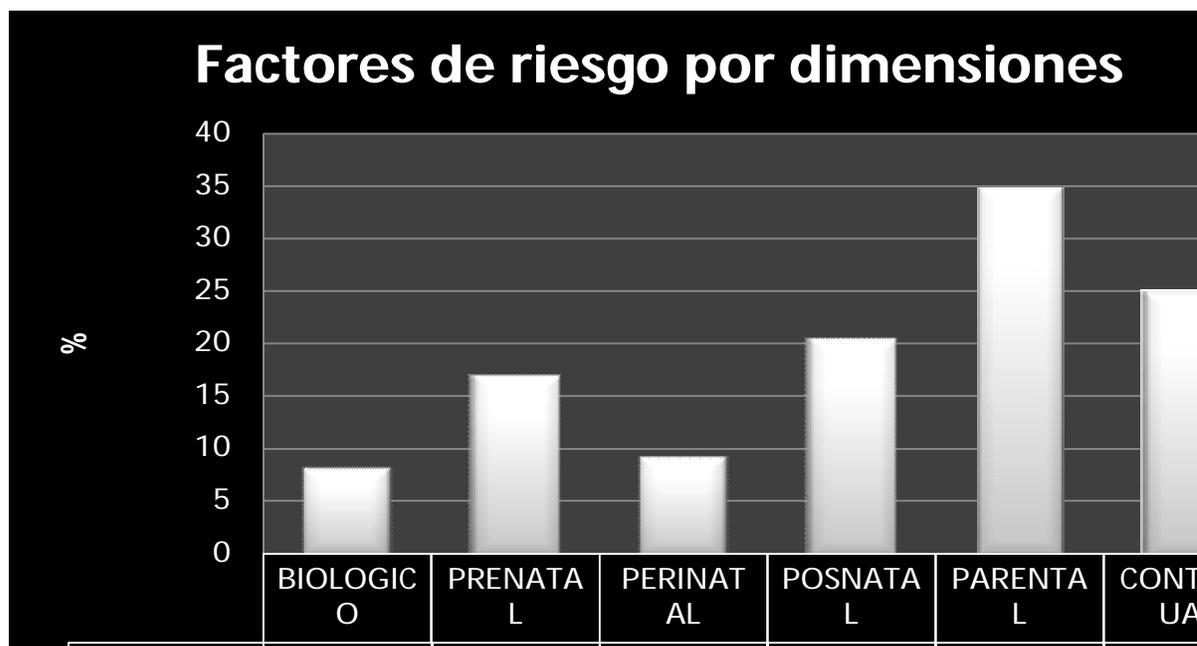
**Tabla 2. Porcentaje de factores de riesgo y nivel de riesgo en la muestra**

Factores de riesgo	%	Riesgo
Biológico- individual	8	0, Bajo riesgo
Prenatal	16.94	I Bajo riesgo
Perinatal	<b>9.07</b>	0, Bajo riesgo
Posnatal	20.38	I Bajo riesgo
Parental	<b>34.74</b>	II Alto riesgo
Contextual	24.68	I Bajo riesgo

Nivel 0	Nivel I	Nivel II	Nivel III
Bajo riesgo	Bajo riesgo	Alto riesgo	Muy alto riesgo
<15%	16 a 30%	31 a 50%	>50%

Es de notar que los factores de riesgo de la dimensión parental tienen un nivel II de Riesgo, lo que se traduce en alto riesgo y los de menor incidencia son de riesgo perinatal con un 9%, lo que los coloca en riesgo nivel 0 ó de bajo riesgo.

Figura 4. Riesgo de alteración en salud mental por dimensión

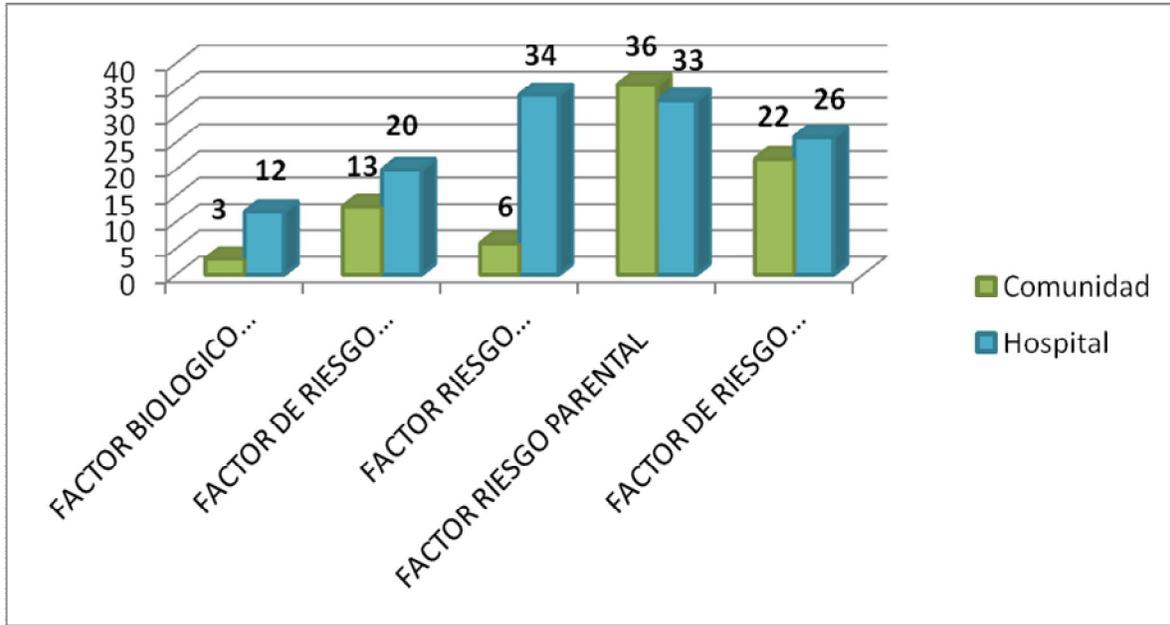


#### 4.1.2. Factores de riesgo por dimensión y grupo de estudio.

Respecto a los factores de riesgo por dimensión y grupo de estudio, estos se identifican claramente en el grupo clínico, conformado por madres de niños con algún problema de salud mental que asisten a consulta a un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México. Así que

- 12 de cada 100 presentan factores biológico individuales (Nivel 0, Riesgo Bajo),
- 20% tienen factores de riesgo prenatales (Nivel I, Bajo riesgo),
- 34% manifiestan factores de riesgo posnatales (Nivel III, Riesgo alto),
- 33% registran factores de riesgo parentales (Nivel III, Riesgo Alto) y en
- 27% presentan factores de riesgo contextuales (Nivel I, Bajo riesgo). El promedio de factores de riesgo es de 15% para el grupo de comunidad y 22% para el grupo clínico.

**Figura 5. Comparación de factores de riesgo por grupo de estudio**



Biológico-individual  
 $t=3.027$ , gl: 68,  
 $p < .003$

Prenatal  
 $t=-2.728$ , gl: 68,  
 $p < .008$

Posnatal  $t=10.85$ , gl.68,  
 $p < .000$

## 4.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

### RESULTADOS INFERENCIALES

Mediante la aplicación de la prueba  $t$  de Student, para detectar diferencias estadísticamente significativas entre grupos, en relación a la variable dependiente, poniendo a prueba las variables de riesgo (biológico-individual, prenatal, perinatal, posnatal, parental y contextual), contra grupo de comunidad y grupo de clínico, se obtuvieron los siguientes resultados: Las varianzas fueron homogéneas y la  $p = >.05$

**Tabla 3 Comparación de factores de riesgo biológico-individual, prenatal y posnatal /grupo de estudio**

Grupo		Factor biológico-individual	Factor de riesgo prenatal	Factor de riesgo posnatal
<b>Comunidad</b>	$\mu$ ( D.E)	3(7.64)	13(8.82)	6(7.08)
	% de la suma total	21.4%	41.0%	15.5%
<b>Clínico</b>	$\mu$ ( D.E)	<b>12 (16.15) ***</b>	<b>20(9.92) ***</b>	<b>34(13.58) ***</b>
	% de la suma total	78.6%	59.0%	84.5%
<b>Total</b>	$\mu$ ( D.E)	8(13.36)	16(9.81)	20(17.78)
	% de la suma	100.0%	100.0%	100.0%
		$t=3.027$ , gl: 68, $p= <.003$	$t=-2.728$ , gl: 68, $p= <.008$	$t=10.85$ , gl:68, $p= < .000$

Existen diferencias significativas entre el grupo de comunidad y grupo clínico en relación con el factor de **riesgo biológico-individual** ( $t=-3.027$ , gl: 68,  $p=>.55$ ) lo que quiere decir que 27.94% de los niños del grupo clínico poseen factores de riesgo adquiridos en este periodo.

Existen diferencias significativas entre el grupo de comunidad y grupo clínico en relación con el factor de **riesgo prenatal** ( $t=-2.728$ , gl: 68,  $p= >.99$ ) lo que quiere decir que 29% de los niños del grupo clínico poseen factores de riesgo en este periodo.

Existen diferencias significativas entre el grupo de comunidad y grupo clínico en relación con el factor de **riesgo posnatal** ( $t=-10.85$ , gl: 68,  $p=>.005$ ) lo que quiere decir que 34% de los niños del grupo clínico poseen factores de riesgo adquiridos en el periodo posnatal y que los colocan en un nivel II de riesgo alto para tener una desviación en su salud mental.

**Tabla 4. Comparación del promedio de factores de riesgo por grupo de estudio**

<b>Factores de riesgo</b> $\mu$ ( D.E)	<b>Grupo 1</b> <b>Comunidad</b>	<b>Grupo 2</b> <b>Clínico</b>
Biológico- individual	3(7.6)	<b>13(16.1)</b>
Prenatal	14(8.8)	<b>20(9.9)</b>
Perinatal	8(8.5)	<b>10(7.7)</b>
Posnatal	6(7)	<b>34(13.5)</b>
Parental	<b>36(13.4)</b>	33(11.6)
Contextual	23(13.1)	<b>27(17.8)</b>

En esta tabla se puede apreciar que el promedio de factores de riesgo en el grupo de la comunidad fue mayor en el parental, en contraste con el grupo clínico, en el cual el promedio de factores de riesgo fue mayor en el biológico individual, prenatal, perinatal, posnatal y contextual.

#### 4.2.2. Promedio de factores de riesgo vs. sexo.

Se buscaron diferencias significativas estadísticamente y solo se encontraron en cuanto al factor de **riesgo Contextual** ( $t= 2.600$ ,  $gl= 68$ ,  $p= >.01$ ), esto coincide con la literatura en cuanto a que el sexo masculino tiene mayor vulnerabilidad para presentar factores de riesgo externalizados en comparación con el sexo femenino durante su niñez, cuestión que se revierte durante la adolescencia.<sup>8, 32, 34-37</sup>

En cuanto a las dimensiones biológico individual, prenatal, perinatal, posnatal y parental, no se detectaron diferencias significativas ( $p=<.05$ )

**Tabla 5. Comparación del factor de riesgo contextual vs. sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Factor de riesgo contextual</b> $\mu$ ( D.E)
Femenino	18(10.7)
Masculino	<b>28(16.7) **</b>

\*\*  $t= 2.600$ ,  $gl= 68$ ,  $p= <.01$

#### 4.2.3. Comparación de factores de riesgo vs. estatus socioeconómico.

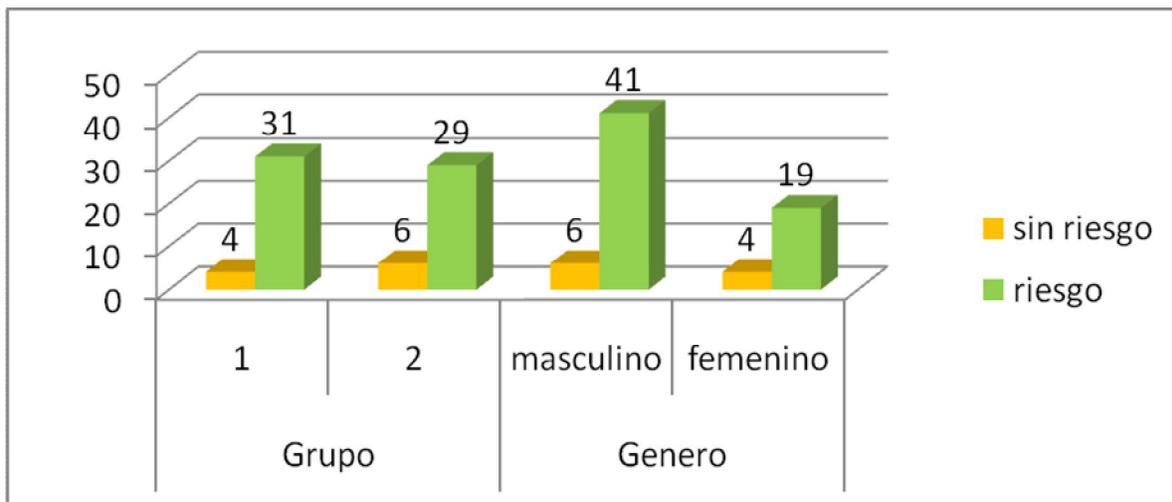
Se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes en las variables factores de riesgo Biológico-individual, prenatal, perinatal, posnatal, parental y contextual versus estatus socioeconómico y solo se encontraron diferencias significativas en el factor de **riesgo contextual** ( $t= 3.072$ ,  $gl= 68$ ,  $p=> .003$ ), lo cual indica que es significativa la presencia de un mayor porcentaje de factores de riesgo contextuales, en aquellos niños cuyo estatus socioeconómico es bajo (26.89%).

**Tabla 6. Comparación de factores de riesgo vs. estatus socioeconómico**

Factor de riesgo: estatus socioeconómico	n	$\mu$	D.E
Bajo nivel de ingresos	60	<b>26***</b>	15.59
Suficiente nivel de ingresos	10	11	7.799

\*\*\*  $t= 3.072$ ,  $gl= 68$ ,  $p=> .003$

**Figura 6. Factor de riesgo: situación financiera por grupo de estudio y sexo**



## CAPÍTULO V

### 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

#### 5.1 Discusión de resultados

El estudio de la influencia de los factores de riesgo en el desarrollo y salud mental infantil, se ha incrementado notablemente, especialmente en el paradigma de la epidemiología que considera al desarrollo como producto de la interacción recíproca entre el sujeto y el ambiente.

De ello se deriva la necesidad de contar con instrumentos que se creen con el propósito de identificar oportunamente los factores que inciden en el desarrollo; en este trabajo, nos centramos en la tarea de dar a conocer la cédula modificada de Leckman para identificar los factores de riesgo en la etapa prenatal, perinatal, posnatal, parental, contextual y compararlos en dos grupos de población, a partir de la información proporcionada por las madres de niños sanos en etapa preescolar (de 3 a 5 años) y de otro grupo similar que asiste a consulta a un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México.

Este estudio es descriptivo y compara los factores de riesgo para el desarrollo y salud mental en dos grupos de niños a través de un cuestionario auto administrado a las madres de los infantes, debido a ello en el estudio se llevó a cabo un análisis descriptivo y posteriormente se utiliza la estadística inferencial para comprobar la hipótesis.

#### 5.1.1 Resultados descriptivos: variables sociodemográficas

En nuestra investigación, la edad que más se repite es la de 5 años (39%) con predominio del sexo masculino (67%) resultados similares con lo que otros autores reportan <sup>8, 32, 34, 35, 36, 37</sup> en cuanto a que los niños son más vulnerables a tener problemas externalizantes (aprendizaje, lenguaje, lectoescritura, agresión, hiperactividad y trastornos de conducta, además de autismo, retraso mental y problemas de identificación sexual en la infancia temprana) que las niñas y la demanda de atención médica es dos veces mayor que la femenina.

Este fenómeno también se observa en la consulta del hospital donde se tomó la muestra clínica, sin embargo, hay autores que refieren que en las niñas pueden estar presentes estos problemas y no ser tan evidentes como en el caso de los niños cuestión que se revierte en la adolescencia, donde las jóvenes reflejan problemas internalizantes como es el caso de la depresión e intento suicida.

En cuanto a los factores de riesgo para presentar alteración en la salud mental en la infancia, 34% de los niños tienen factores de riesgo posnatales (coeficiente intelectual bajo,

temperamento difícil), estos datos son reforzados por los hallazgos de diversos autores <sup>49-52</sup> que sostienen que el CI de los niños guarda relación con factores, como el comportamiento de los padres, la salud mental, el nivel de ansiedad, la educación, las creencias de los padres acerca del desarrollo del niño, el tamaño de la familia, el estrés de sucesos vitales, la ocupación de los padres y la desventaja de las minorías. Además el temperamento se correlaciona positivamente sobre todo en las niñas con trastornos internalizantes como ansiedad y depresión.

Llama la atención que el 33% de los niños presentan factores de riesgo parental (psicopatología familiar y depresión), estos datos coinciden con los reportados por autores <sup>53-56</sup> en donde refieren que la probabilidad de presentar psicopatología es entre 2 a 3 veces mayor cuando hay trastornos psiquiátricos en los padres y que el riesgo general para desarrollar psicopatología familiar y depresión<sup>79</sup> obtenida entre los padres e hijos de 3 generaciones es de 2.5 a 2.7 veces, lo cual los coloca en un nivel II de alto riesgo, para presentar trastornos emocionales y conductuales como estrés, ansiedad y depresión en los niños. En este sentido en el Hospital Psiquiátrico Infantil, la depresión, es el primer diagnóstico en las niñas.

Un 27% de niños reúne factores de riesgo de tipo contextual (familia, pobreza, baja educación materna, falta de recursos sociales, bajo soporte emocional e influencia escolar) esto coincide con lo encontrado dentro de la literatura revisada <sup>57, 58, 59</sup> en donde el entorno familiar constituye una importante fuente de acontecimientos, tanto vitales como cotidianos, que acontecen en este contexto familiar, ya que pueden suponer un factor de riesgo para un saludable desarrollo de los niños. En este sentido, existe evidencia de que los estresores dentro de la familia pueden influir negativamente o positivamente en la salud mental y en el funcionamiento psicosocial de niños y adolescentes, se ha encontrado que los estresores familiares más estudiados son los siguientes: problemas económicos, conflictos entre los padres, familias mono parentales, enfermedades crónicas en algún miembro familiar, estados depresivos en alguno de los padres, divorcio o separación, muerte de algún familiar cercano y relaciones padres-hijos conflictivas. Esta combinación de factores contextuales, se debe tomar en cuenta de manera conjunta con otros de índole biológico-individual, parental y familiar, ya que la persistencia de uno o la combinación de varios, tendrán impacto en el desarrollo y salud mental del niño. En general, el número total de condiciones de riesgo que afectan al niño, suele ser un mejor predictor que la exposición a un tipo específico de riesgo. Cada factor de riesgo específico puede agregar su

---

<sup>79</sup> Márquez, M. E. D. (2007) Correlatos familiares, de crianza e implicación parental como predictores del rendimiento académico. Tesis de doctorado en Psicología, no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México D. F., México. pag.51-53.

aporte en la serie de pequeños riesgos que actúan conjuntamente en la aparición de morbilidad.

### **5.1.2 Comparación de factores de riesgo por variables: biológico-individuales, prenatales y posnatales**

#### **Inferenciales**

Mediante la aplicación de la prueba t de Student, se hicieron comparaciones de los factores de riesgo por grupos de estudio y de acuerdo a los resultados el grupo clínico refleja mayor significancia en la variable biológico-individual: prenatal ( $p= .01$ ), posnatal ( $p= .000$ ), en la parental ( $p=.04$ ) y la contextual ( $p=.04$ ). El grupo de comunidad solo tuvo significancia en los factores biológico individual ( $p=.003$ ), prenatal ( $p=.00$ ) y posnatal ( $p=.000$ ).

Lo anterior refleja que los datos estimados en el grupo clínico son consistentes con lo que se reporta en la literatura, por ejemplo, en una revisión de los últimos 10 años <sup>24</sup> se ilustran las condiciones de mayor riesgo que incluyen el nacimiento prematuro, la enfermedad médica seria, el temperamento infantil, el apego infante-cuidador, los padres, el estado civil, las interacciones con su medio ambiente, la clase social, la pobreza, la paternidad adolescente y la violencia familiar, que se sabe interactúan y afectan el desarrollo infantil durante o después de los tres primeros años de vida, y cuyo resultado se aprecia mejor en el contexto de los niños que acuden a consulta en el hospital psiquiátrico por diversos problemas, entre ellos ansiedad, hiperactividad, problemas de conducta, retraso en su desarrollo, lo cual explica, que sea el grupo en el cual hubo mayor significancia. Estos resultados también coinciden con lo esperado particularmente con los datos obtenidos por otros grupos de investigadores <sup>5, 25, 26, 27, 29, 30</sup> entre los cuales se afirma que el comportamiento de los niños preescolares está altamente afectado por variables que se suman de las dimensiones estudiadas.

### **5.1.3 Comparación de factores de riesgo contextuales distales: parentales**

Se hicieron comparaciones a través de la t de Student entre los variables de riesgo vs. sexo de los niños, ya que la evidencia encontrada por otros autores <sup>57,67-69</sup> apoya que los varones son más vulnerables en su desarrollo socioemocional a esta dimensión y se encontraron datos significativos en cuanto al factor de riesgo parental ( $t=2.600$ ,  $gl=68$ ,  $p=.01$ ), en donde los niños que muestran las diferencias son del grupo clínico, lo que quiere decir que los factores de riesgo parentales están asociados a problemas conductuales y desórdenes psiquiátricos en los

niños, los cuales son resultado de múltiples circunstancias familiares adversas crónicas, como la enfermedad mental de uno de los padres, depresión materna, discordia marital, muerte de un padre, divorcio, familias reconstituidas, uniparentales o numerosas, uso de castigo frecuente, abandono emocional, cambios de colegio y casa, padres emigrantes, violencia familiar, necesidad de asistencia social y cuidado institucional del niño. Asimismo, la pobreza está asociada a una mayor tasa de factores de riesgo. Hoy se sabe que no es la existencia de un solo factor de riesgo lo que puede determinar patología sino la concurrencia de varios factores de riesgo.<sup>24, 80</sup>

La influencia de otro factor de riesgo, como la uniparentalidad (madres solteras o padres solteros), afecta las posibilidades de supervisión de los hijos, lo que a su vez, se relaciona con la calidad de la red de apoyo con que cuente la madre.<sup>77</sup>

Otro estudio<sup>81</sup> encontró que hay una relación significativa entre la suma de acontecimientos vitales estresantes de tipo parental y contextual que impactan el desarrollo temprano y posterior de un individuo, como por ejemplo, la aparición de trastornos de ansiedad, en donde la presencia de psicopatología en los padres, el temperamento del niño, antecedentes familiares de psicopatología y el nivel socioeconómico bajo facilitan la aparición de determinados problemas en el embarazo, parto o desarrollo.

#### **5.1.4 Comparación entre factores de riesgo vs. estatus socioeconómico**

Se realizó la prueba t de Student para muestras independientes entre las variables: factores de riesgo Biológico-individual, prenatal, perinatal, posnatal, parental y contextual versus estatus socioeconómico y se encontraron diferencias significativas en el factor de riesgo contextual ( $t=3.072$ ,  $gl=68$ ,  $p=>.003$ ). Lo cual significa que existen mayor porcentaje de factores contextuales en aquellos niños cuyo estatus socioeconómico es bajo (26.89% Nivel I de Riesgo Bajo).

Estos resultados coinciden con lo esperado, sobre todo con los datos obtenidos, por otros grupos de investigadores,<sup>57, 58, 59</sup> los cuales afirman que el comportamiento de los niños preescolares está altamente afectado por variables del contexto social.

---

<sup>80</sup> Cova SF. La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: el desarrollo de una mirada procesual. Revista de psicología de la Universidad de Chile. 2004; 8(1): 93-101.

<sup>81</sup> Taboada J, Ezpeleta A, de la Osa C. Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia. Factores de riesgo. Universidad Autónoma de Barcelona, 1998; 4(1): 1-16.

Lo anterior también coincide con lo encontrado en un estudio longitudinal de 18.000 familias con niños pequeños que forman parte del "Millennium Cohort Study"<sup>82</sup> en donde se estudiaron 10 factores de riesgo como: vivir en condiciones de hacinamiento, tener una madre adolescente, tener uno o más padres con depresión, una discapacidad física, escasa formación escolar, el abuso de sustancias, el consumo excesivo de alcohol, estrés financiero, falta de trabajo o violencia doméstica, lo que explica, que el bajo nivel socioeconómico tiene asociación con todas las dimensiones de salud del niño, ya que las personas de clases sociales más bajas poseen un mayor riesgo de contraer enfermedades graves que limitan su capacidad física y mental y no llegan a su pleno desarrollo, por lo que son empleados a largo plazo en oficios manuales no calificados y mal asalariados en la vida adulta, lo que se torna una cadena nociva en las futuras generaciones, además de tener mayor probabilidad de ser diagnosticados con problemas de salud mental en la niñez.

Entre los resultados de este trabajo también se encontró que de los 10 riesgos antes mencionados, el 28 por ciento de las familias con niños pequeños en el Reino Unido en el año 2001 se enfrentaban a dos o más de estos riesgos, lo que constituye un estimado de 192.000 niños de corta edad (menores de un año de edad)<sup>83</sup>, lo anterior quiere decir que, el impacto de estos factores de riesgo en los resultados del desarrollo, es que los problemas de conducta se incrementan en los niños que viven en familias con múltiples riesgos, entre ellos, los niños que viven en hogares de bajos ingresos, este dato concuerda con el reportado en el Centro Nacional para niños en la pobreza, que refiere que el 79% de los niños con problemas de salud mental tienen necesidades insatisfechas.<sup>84</sup>

---

<sup>82</sup> Sabates R, Dex, S. Multiple risk factors in young children's development, CLS Cohort Studies, Working paper 2012.

<sup>83</sup> Lucas PJ, McIntosh K, Petticrew M, Roberts HM, Shiell A. Beneficios económicos para la salud y el bienestar de niños de familias de bajos ingresos o con desventajas sociales que residen en países desarrollados (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

<sup>84</sup> Kataoka S, Zhang L, Wells K. Unmet need for mental health care among U.S. Children: Variation by ethnicity and insurance status. (Necesidades de cuidado de salud mental insatisfechas entre niños estadounidenses: variaciones según etnias y situación de seguros. *American Journal of Psychiatry*, 2006; 159(9): 1548-55. (citado en Dabanah S, Cooper J. Desafío y oportunidades en la salud mental infantil. National Center for Children, New York, 2006: 9).

## 5.2 Limitaciones del estudio

Una limitación es el carácter retrospectivo de la muestra, ya que nuestros resultados se basan en los recuerdos de las madres con respecto a periodos y eventos pasados, por lo que se recomienda utilizar el instrumento en madres de recién nacidos a dos años de edad.

## 5.3 Conclusiones

Al término de este trabajo se puede concluir que cada dimensión puede evaluarse por separado, sin embargo se deben de tomar en cuenta todas las dimensiones para poder decir que los factores de riesgo en conjunto impactan el desarrollo normal y la salud mental de los niños en edades tempranas, dependiendo del tiempo a la exposición y el factor de riesgo.

De acuerdo a las diferencias estadísticamente significativas que se encontraron en el análisis, se puede decir que los factores de riesgo si varían según el grupo de estudio en cuanto a la dimensión biológico individual, parental y contextual, por lo que estos factores, deberán de abordarse en las primeras etapas de la vida, realizando programas que incluyan intervenciones en los hogares durante el embarazo y la infancia temprana, dirigidas a poblaciones infantiles en riesgo, especialmente a niños que provienen de familias de bajos ingresos y niveles educativos, dando a los padres, capacitación sobre las prácticas efectivas de crianza de los hijos.

Cabe señalar que es difícil evaluar los factores de riesgo ya que implican diversas dimensiones Sin embargo a pesar de lo complejo que es evaluarlos, es importante señalar que esta investigación cumplió con su objetivo general al comparar los factores de riesgo para el desarrollo y salud mental en dos grupos de preescolares, a partir de la información proporcionada por las madres de niños sanos y de otro grupo similar que asiste a consulta a un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México.

Al comparar si existen diferencias entre los factores de riesgo en los grupos de estudio de acuerdo a las variables biológico individuales, prenatales, posnatales, parentales y contextuales, en este sentido se acepta la hipótesis en los siguientes casos : en el biológico individual ( $t=3.027$ ,  $gl=68$ ,  $p=.003$ ); factor de riesgo posnatal ( $t=10.85$ ,  $gl=68$ ,  $p=.005$ ); en el factor de riesgo contextual ( $t=2.600$ ,  $gl=68$ ,  $p=.01$ ) ya que sí se encontraron datos significativos entre los grupos de estudio, observándose un mayor número de factores de riesgo en el grupo clínico, y un menor número en el grupo de la comunidad.

También se encontraron diferencias en el promedio de factores de riesgo parentales, el cual registra un 35 % de los factores en general.

La identificación oportuna de niños con factores de riesgo en su desarrollo permite: orientar, gestionar e iniciar acciones específicas de ayuda y alcanzar mejores resultados en la evolución del desarrollo infantil, ganancias de calidad de vida en cuanto se refiere de forma eficaz a una intervención oportuna, mejoras en la satisfacción de los usuarios y aumento de la eficiencia del sistema de salud por una disminución en los costos, trabajo, tiempo y además jugar un buen papel de filtro - ajustando las derivaciones a especialistas y pruebas complementarias de los niños, que reporten factores de riesgo y desviación en el desarrollo, que estén comprometan de forma directa la calidad de vida de ellos y sus familias.

#### **5.4 Recomendaciones**

- Es necesario realizar otras mediciones y otros estudios con un mayor alcance y hacer una o varias repeticiones de este estudio en otras poblaciones representativas, lo cual permitiría corroborar ciertas constantes que este estudio revela y ver en qué medida los resultados se pueden extrapolar a otras poblaciones.
- Se recomienda también, la elaboración de una versión más corta del cuestionario que incluya factores de protección en el niño, familia y contexto.
- Gestionar la implementación de programas de tamizaje en el primer contacto que tienen los padres de niños con alguna institución que brinde atención primaria, necesariamente tiene que ir asociada a la coordinación de sistemas efectivos de referencia y contra referencia, entre los servicios de atención primaria y secundaria, y el sistema educacional (guarderías, kínder y primarias) y familiar al que pertenece el niño.
- En poblaciones donde se identifiquen niños con factores de alto riesgo, implementar una capacitación para profesionales de la atención primaria: enfermeras, pediatras, médicos, padres de familia y otros profesionales del equipo de salud, acerca de la importancia de la identificación de factores de riesgo, intervención y referencia oportuna, eficaz y altamente resolutive, y el manejo integral de aquellos niños con necesidades especiales.

#### **5.5 Líneas propositivas para una intervención**

Se propone aprovechar los conocimientos de los distintos grupos profesionales, haciendo énfasis en la importancia de la información a toda enfermera en atención primaria y a todo profesional de la salud, durante su formación profesional, acerca de la importancia de conocer el desarrollo normal del niño, para ser capaces de evaluar la anormalidad de una conducta

física y/o mental, lo cual ayudaría a reducir tiempos innecesarios de espera, y donde el papel de la enfermera sería de filtro aplicando cuestionarios de tamizaje y proporcionar la información y educación necesaria a los futuros padres y a los que ya lo son, para que sean ellos los principales detectores y protectores de estos factores que pueden causar una desviación en el desarrollo normal de sus hijos.

La enfermera debe ser un recurso humano esencial para el cuidado de la salud mental, teniendo un enfoque holístico en sus actividades diarias que le permita realizar una variedad mucho más amplia de funciones a la cual hasta ahora la tienen limitada como es el caso de solo administrar medicamentos y tomar signos.

Este papel debe cambiar y debe ser ampliado para incorporar la evaluación, atención clínica y seguimiento del paciente, utilizando intervenciones psicosociales, participando activamente en el desarrollo y diseminación de guías clínicas, de planes, políticas y programas de servicio domiciliario. Tomando el reto de adoptar un nuevo enfoque en la atención psiquiátrica infantil, pasando de una actitud pasiva a una actitud proactiva con el paciente y su familia

.La enfermera también debe capacitar continuamente a otros proveedores de la salud, educadores, padres y líderes de la comunidad en la identificación de los factores de riesgo y de protección de trastornos mentales a fin de fortalecer la vigilancia, la investigación e información de estos factores dañinos para el desarrollo normal de los niños, así como de grupos vulnerables como son los adolescentes y los ancianos.

Como profesionistas de la salud mental, debemos desarrollar y hacernos responsables de programas basados en la evidencia y eficaces en función del tiempo y los costos, abordando problemas vigentes que aquejan a la sociedad contemporánea como son la violencia, la drogadicción, la depresión, el intento suicida, el bullying, la ansiedad, etc. fomentando el intercambio de enseñanza entre los miembros del equipo multidisciplinario.

En las universidades y escuelas de enfermería se está incorporando un enfoque integrado que desarrolla una cantidad considerable de contenido en salud mental y en la preparación de graduados para la práctica en esta, ya que deben prepararse enfermeras para satisfacer las necesidades de la población, porque un gran número de personas sufrirá un trastorno mental en algún momento de sus vidas y como las enfermeras constituyen la mayor parte de la fuerza de trabajo, es probable que seamos nosotras las que proporcionemos la mayor atención a la población.

## Referencias bibliográficas

1. Bello M. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. En: Salud Pública en México, vol. 47, suplemento de 2005, México.
2. Santa Maria-Mengel MR, Martins LM. Factores de riesgo para problemas de desarrollo infantil. Rev. Latino-am Enfermagem. Vol. 15.núm. especial. Sept.-octubre 2007.
3. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. Am J Orthopsychiatry 1987;57 (3):316-31.
4. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report / a report of the World Health Organization Dept. Mental Health and substance abuse: in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva, 2004.
5. World Health Organization. Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and adolescent mental health policies and plans. Ginebra, Suiza. 2005.
6. Ezpeleta AL. Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo. Barcelona: Masson; 2005.
7. Caraveo A, Colmenares E, Saldivar GJ. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. Salud Mental. 1999; número especial: 62-7.
8. Medina M., Borges G., et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Revista de Salud Mental, agosto de 2003; 26 (4): 2.
9. Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica. Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados. Bull of the World Health Organ. 2000; 78(4):413-26
10. Kessler RC. Epidemiología Psiquiátrica: algunos avances: recientes y futuras orientaciones. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2000; recopilación de artículos (3):106-15.
11. Haquin C, Larraguibel Q, Cabezas A. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. Revista Chilena de Pediatría, vol. 75 (5), Santiago, octubre 2004, pp. 425-433.

12. Caraveo AJ, Medina MME, Tapia ML, Rascón M, Gómez J. Trastornos psiquiátricos en niños de la república mexicana. Resultados de una encuesta de hogares. *Psiquiatría*. 1993; 2:137-51.
13. Caraveo AJ, Medina MME, Villatoro J, López EK, Martínez VA. Detección de problemas de salud mental en la Infancia. *Salud Pública de México*. 1995; 37(5):446-51.
14. Caraveo AJ. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental* 1996; 19 suplemento abril: 8-64.
15. Márquez CME. Desarrollo, psiquiatría infantil y psicopatología del desarrollo. *Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil*. México D.F. 1997; Vol. 6 (1-3): 33-41.
16. Leckman JF, Dolnansky ES, Hardin MT, Clubb M, Walkup JT, Stevenson J, Pauls DL. Perinatal factors in the expression of Tourette's syndrome: an exploratory study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Mar;29(2):220-6; 1990.
17. Torrado MC, Reyes ME, Duran E. Bases para la formulación de un plan nacional para el desarrollo de la primera infancia. *Revista Infancia Adolescencia y Familia, Asociación Colombiana para el avance de las ciencias del comportamiento Bogotá, Colombia*, enero-junio 2006; 1 (1): 15-38.
18. Macías VG. *Introducción al desarrollo infantil: génesis y estructura de las funciones mentales*. México: Ed. Trillas; 1994.
19. Macías VG. *Introducción al desarrollo infantil: génesis y estructura de las funciones mentales*. México: Ed. Trillas; 1994.
20. Márquez CME. Trastornos específicos del desarrollo. En: González-Rúelas E., Ed. *Temas de Paidopsiquiatría clínica B-1*. 1ª ed. México: Intersistemas SA de CV; 1998:7-14.
21. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press, edición en castellano. En *La ecología del humano*, Barcelona: Paidós, 1987.
22. Sameroff AJ. *Developmental system: Context and evolution*. En W.Kessen (Ed.) *Handbook of child psychology: Vol.I. History, theories, and methods*. Nueva York: Wiley; 1983:238-94.
23. Gottlieb G. Probabilistic epigenesis. The Author. *Journal compilation*. Center for Developmental Science, University of North Carolina at Chapel Hill, USA, *Developmental Science* 10:1 (2007), pp 1–11.

24. Cicchetti D, Garmezy N. Risk and protective factor in the Development and Psychopathology. Cambridge University Press, 1993.
25. Figueiras AC, Neves de Souza IC, Rios VG, Benguigui Y. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.: OPS, 2011: 2-4.
26. Zeanah CHH. Infant Mental Health. American Academic of Child and Adolescent Psychiatry, Toronto, October 18-23, 2011: 15.
27. Zeanah CHH, Boris NW, Larrieu JA. Infant Development and Developmental Risk: A Review of the Past 10 Years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1997; 36(2):165-178.
28. Sameroff A. Models of Development and developmental risk. En: Zeanah CH. Ed. Handbook of Infant mental health. New York: Guilford Press; 1993:3-13.
29. Zubirán S, Arroyo P, Ávila H. La nutrición y la salud de las madres y los niños mexicanos II. Fondo de Cultura Económica. 1998;215-18.
30. Bragado C, Bersabè R, Carrasco L. Factores de riesgo para los trastornos conductuales de ansiedad, depresión y de eliminación en niños y adolescentes. Psicothema. 1998:181-202.
31. Larraguibel Q, González M, Martínez N, Valenzuela G. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. chil. pediatr. [online]. 2000; 71(3): 183-91.
32. Jadue JG. Transformaciones familiares en Chile: riesgo creciente para el desarrollo emocional, psicosocial y la educación de los hijos. Estud. pedagóg. [online]. 2003; 29: 115-26.
33. Rodríguez SJ. Psicopatología del niño y del adolescente II. Ed. Universidad de Sevilla, 1998
34. Boyle MH, Offord DR. The Ontario Child Health Study: Social adjustment and mental health of siblings of children with chronic health problems. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 1988; 9 (3), 117-121.
35. Espin JJC, Belloso RJJ. Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el período de un año. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2009; 29(104): 329-54.
36. Rutter M. Development and psychopathology. En Rutter M, Taylor E. (Eds.). Child and adolescent psychiatry, Oxford, Ed. Blackwell, 2002.

37. Cova S, Félix, Valdivia P, Mario, Maganto M, Carmen. Diferencias de género en psicopatología en la niñez: Hipótesis explicativas. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2012 Oct 08] ; 76(4): 418-424. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062005000400014&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000400014&lng=es). doi: 10.4067/S0370-41062005000400014.
38. Das Banerjee T, Middleton F, Faraone SV. Importancia del Medio Ambiente para la Aparición de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Acta Pediátrica Sep 2007; 96(9):1269-74.
39. Motlagh MG, Katsovich L, Thompson N, Lin H, Kim YS, Scahill L, Lombroso P, King RA, Peterson BS, Leckman JF. Severe psychosocial stress and heavy cigarette smoking during pregnancy: an examination of the pre- and perinatal risk factors associated with ADHD and Tourette síndrome. European Child & Adolescent Psychiatry 2010; 19 (10): 755-764.
40. World Health Organization (WHO). Atlas: Global resources for persons with intellectual disabilities 2007. Geneva; 2007.
41. Márquez-Caraveo ME, Zanabria-Salcedo M, Díaz-Pichardo JA, Arciniega Buenrostro L et al. Guía de retraso mental. En: Ulloa R, Fernández C, Gómez H, Ramírez J, Reséndiz J (eds). Guías clínicas. Hospital Psiquiátrico Infantil «Dr. Juan N. Navarro». México D.F.: 2010; pp. 239-265. Consultado en : [http://www.sap.salud.gob.mx/downloads/pdf/nav\\_guias9.pdf&embedded=true&chrome=true](http://www.sap.salud.gob.mx/downloads/pdf/nav_guias9.pdf&embedded=true&chrome=true) el 28 agosto 2012.
42. Caraveo AJ, Colmenares BE, Martínez VN. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. Salud Pública México 2002; 44:492-498.
43. Márquez CME, Zanabria SM, Pérez BV, Aguirre GE, Arciniega BL, Galván GCS. Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. Salud Mental septiembre-octubre 2011; 34 (5):443-49.
44. Mcinnes AL. Una revisión de la genética del autismo. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online]. 2002; 21(84):13-24.
45. Albores GL, Hernández GL, Díaz PJA, Cortes HB. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. Salud Mental 2008; 31(1): 37-44.
46. Álvarez I, Camacho I. Bases genéticas del autismo. Acta Pediatr Mex 2010;31(1):22-28.

47. Varela GDM, Ruíz GM, Vela AM, Munive BL, Hernández ABG. Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. *Acta Pediatr Mex* 2011; 32(4):213-22.
48. Zubirán S, Arroyo P, Ávila H. La nutrición y la salud de las madres y los niños mexicanos II. Fondo de Cultura Económica. 1998; 215-18.
49. Kotliarenco MA, Cacéres I, Fontecilla M. Estado del arte en resiliencia. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1997: 16.
50. Albores G, Márquez C, Estañol B. ¿Qué es el temperamento? El retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental*, 2003; 26 (3):16-26.
51. Valencia GMR. El control y la resiliencia del yo en los problemas de los niños y niñas. Tesis de doctorado no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.
52. Betancourt-Ocampo D, Andrade-Palos P. La influencia del temperamento en problemas internalizados y externalizados en niños. *Revista Intercontinental de psicología y educación*. 2008; 10: 29-48.
53. Caraveo A, Nicolini H, Villalba A, Wagner F. Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 2005; 47(1): 23-29.
54. OMS. Meeting on caring for children and adolescent with mental disorders: Setting WHO Directions. Geneva: 2003.
55. Nogales-Imaca I, Ulloa-Floes RE, Rodríguez-Juárez H, Palacios-Cruz L, Vázquez-Medina J, Munguía-Matamoros A, et al. Depresión en niños y adolescentes. En: *Guías Clínicas. Hospital psiquiátrico infantil Juan N Navarro*. México, DF: Secretaría de Salud, 2010: 65-85.
56. Caraveo A. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: Algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental*, enero-febrero 2007; 30(1): 48-55.
57. Fernández BFJ. Estrés, riesgo familiar e inadaptación socioemocional y escolar en la infancia. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, Málaga, España 2007.
58. Sameroff A, Seifer R, Accumulation of environmental risk and child mental health. En: Fitzgerald H, Lester B, Zuckerman B. *Children of Poverty; research, health and policy issues*. Garland Reference Library of Social Science, New York: Garland Publishing, Inc., 1995. p. 233-58.
59. Esparza N, Rodríguez MC. Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Revista diversitas - perspectivas en psicología* 2009; 5(1): 47-65.

60. Márquez CME, Hernández GL, Aguilar VJ, Pérez BV, Reyes SM. Datos psicométricos del EMBU-I "Mis memorias de crianza" como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, marzo-abril 2007; 30 (2): 58-66.
61. Repetti LR, Taylor ES, Seeman TE. Risk families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin American Psychological Association* 2002; 128:330-66.
62. Salazar TI, Varela AMT, Tovar CJR, Cáceres RE. Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*. Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia 2006; 9 (2): 19-30.
63. Baeza WB, Póo FAM, Vásquez PO, Muñoz NS, Vallejos VC. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2007; 72(2): 76-81.
64. Antolín L, Oliva A, Arranz FE. Contexto familiar y conducta antisocial infantil. *Anuario de Psicología*, Universidad de Barcelona, España, 2009; 40 (3): 313-27.
65. Meehl P. Schizotaxia, schizotypy and schizophrenia. *American Psychologist*, 1962; 17: 827-38.
66. Garnezy N. Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia. Part 1: Conceptual models and research methods. *Schizophrenia Bulletin*, 1974; 1(8):14-90.
67. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf A.S.; Masten D, Cicchetti K. H Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1990: 181-214.
68. Earls F, Jung KG. Temperament and home environment characteristics as casual factors in the early development of childhood psychopathology. *J Am Ac Child Adolesc Psic*, 1987; 26: 491-498.
69. Sameroff A, Seifer R, Zax M, Barocas R. Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophr Bull* 1987; 13(3):383-94.
70. Greenwald AG. Why are attitudes important? En A. R. Pratkanis, S. J. Breckler y A. G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function*, Hillsdale (Il.): LEA, 1989.

71. Taboada J, Ezpeleta A, De la Osa C. Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. 1998; 4(1): 1-16.
72. Caraveo AJ, Nicolini SH, Villa RA, Wagner A. Psicopatología en familiares de tres generaciones, Salud Pública de México. 2005; 47 (1):23-29.
73. San Román P, Pedreira JL, López-Torres J, Bonete J.M, Castelló PT. Impacto del riesgo psicosocial en los bebés: un estudio longitudinal. Interpsiquis. 2002.
74. Leckman FJ, Cohen JD. Tics and Tic disorders en Leckman J, Cohen D .Eds. Tourette Syndrome: Tics, Obsessions, Compulsions. New York. Wiley & Sons, 1999.
75. Medina AN, Carvalho FM. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2010 May-Jun; 18 (Spec):504-12.
76. Leckman JF, Hardin MT, Dolansky ES, et al. Perinatal factors in the expression of Tourette's syndrome. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990; 29:220–26.
77. Santangelo SL, Pauls DL, Goldstein JM, Faraone SV, Tsuang MT, Leckman JF. Tourette's syndrome: what are the influences of gender and comorbid obsessive-compulsive disorder? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Jul-Aug 1994, 33(6):795-804.
78. Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG, Akkerman F, Curi M, Lopes AC, Miguel EC. Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. Biol Psychiatry. Feb 1; 61(3):301-7; 2007.
79. Márquez, M. E. D. (2007) Correlatos familiares, de crianza e implicación parental como predictores del rendimiento académico. Tesis de doctorado en Psicología, no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México D. F., México. pag.51-53.
80. Cova SF. La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: el desarrollo de una mirada procesual. Revista de psicología de la Universidad de Chile. 2004; 8(1): 93-101.
81. Taboada J, Ezpeleta A, de la Osa C. Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia. Factores de riesgo. Universidad Autónoma de Barcelona, 1998; 4(1): 1-16.
82. Sabates R, Dex, S. Multiple risk factors in young children's development, CLS Cohort Studies, Working paper 2012.

83. Lucas PJ, McIntosh K, Petticrew M, Roberts HM, Shiell A. Beneficios económicos para la salud y el bienestar de niños de familias de bajos ingresos o con desventajas sociales que residen en países desarrollados (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
84. Kataoka S, Zhang L, Wells K. Unmet need for mental health care among U.S. Children: Variation by ethnicity and insurance status. Necesidades de cuidado de salud mental insatisfechas entre niños estadounidenses: variaciones según etnias y situación de seguros. *American Journal of Psychiatry*, 2006; 159(9): 1548-55. En Dabanah S, Cooper J. Desafío y oportunidades en la salud mental infantil. National Center for Children, New York, 2006: 9.
85. Borges G, Medina-Mora ME, López-Moreno S. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública Mex* 2004; 46: 451-63.
86. World Health Organization. Atlas: nurses in mental health 2007. World Health Organization Press, Geneva, Switzerland.

## **ANEXOS**

Anexo I. Carta de consentimiento informado.

Anexo II. Cuestionario de detección temprana de factores de riesgo para la salud mental en  
preescolares.

Anexo III. Guía de codificación por dimensiones

ANEXO I



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

Debido a la importancia que tienen los factores de riesgo y las consecuencia negativas que ocasionan en el desarrollo normal, la salud mental, calidad de vida y desarrollo social, es importante detectarlos en etapas tempranas y oportunas del desarrollo, con el objetivo de brindar ayuda y contribuir a la prevención de otros problemas más graves a largo plazo.

Con este fin se realiza esta investigación titulada “*Detección Temprana de Factores de Riesgo para la Salud Mental en preescolares*”, por lo cual se solicita su colaboración para responder cada una de las preguntas que se plantean en el instrumento, sobre el nacimiento, desarrollo y comportamiento de su hijo.

**NO EXISTE NINGUN RIESGO** para su salud, ni la de su niño. La información que usted brinde *será confidencial* y estará en completa libertad para dejar de participar en el momento que considere conveniente.

Tiene también el derecho de que sea aclarada toda duda que surja y/o ampliada la información que solicite a la Lic. en Enf. Lucia Arciniega Buenrostro al tel. 0 44 55 25 08 87 82.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Investigador: Lic. Enf. Lucia Arciniega B.

## ANEXO II

### Cuestionario de detección temprana de factores de riesgo para la salud mental en preescolares

Versión modificada de la de Walkup y Leckman, 1988,  
Traducción: Lic. Enf. Lucia Arciniega Buenrostro y Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo  
Revisión y corrección de estilo: Flor Aguilera y Verónica Pérez . Marzo 2009

#### Introducción

*Este cuestionario consiste en una serie de preguntas acerca de los acontecimientos que ocurrieron en los primeros años de vida de su hijo. Se preguntan detalles sobre su embarazo, el nacimiento y desarrollo temprano de su hijo, y además incluye preguntas acerca de hechos significativos que ocurrieron durante su embarazo. Le agradecemos que se tome el tiempo para contestar estas preguntas.*

Fecha en que se completa el cuestionario: \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Ocupación de quien sostiene la familia \_\_\_\_\_ Ingreso mensual \_\_\_\_\_

Número de miembros de la familia \_\_\_\_\_ Habitación: 1. casa o departamento propio  2. casa

o departamento Alquilado  3. Casa o departamento con numero de cuartos menor al número de personas

4. Departamento rentado sin separación de sala comedor, recámara (se usa también para dormir)  5. Cuarto

único en vecindad sin servicio sanitario (colectivo)  6. número de focos \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa el cuestionario \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Escolaridad: 1. Primaria  2. Secundaria  3. Preparatoria  4. Técnica  5. Universidad  6. Otra

---

#### 1. Embarazo

---

*Por favor, conteste las siguientes preguntas acerca de acontecimientos que hayan ocurrido desde el momento en que fue concebido su hijo hasta su nacimiento. Trate de responder lo más completamente posible.*

1. ¿Que edad tenía cuando usted se embarazo? \_\_\_\_\_ años

2. ¿Que edad tenía papá cuando mamá se embarazó? \_\_\_\_\_ años

3. ¿Ha tenido más embarazos? 1. sí  2. no

4. Si respondió que sí, ¿Cuántos embarazos ha tenido? De 1 a 2  3 o más

¿Cuántos de esos embarazos fueron

\_\_\_ 1. abortos \_\_\_ 2. nacidos vivos

\_\_\_ 3. nacidos muertos \_\_\_ 4. abortos terapéuticos (realizado por un médico)?

5. ¿Cuánto tiempo se llevan en meses este niño y el anterior?

5. menos de 1 año  2. de 2 a 3 años  3. Más de 3 años

6. ¿Tuvo problemas para lograr o mantener el embarazo de este niño? 1. si  2. no

Problema	1. Si	2. No
a) Algún problema en embarazos previos		
b) Infertilidad		
c) ¿Necesitó medicamentos o algún procedimiento médico para iniciar o continuar su embarazo?		
d) No fue planeado		
e) Preexistencia de un problema médico		

7. ¿Qué problemas ocurrieron durante su embarazo? Conteste Sí o No con una ✓ en el cuadro correspondiente,

Problema	1 sí	2 no
1. Problemas médicos preexistentes (diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón o pulmonares)		
2. Infecciones (Rubéola, de vías urinarias, herpes genital)		
3. Lesiones o heridas en la cabeza		
4. Lesiones o heridas en el abdomen		
5. Complicaciones en el embarazo		
a. Aumento excesivo de peso (total de ganancia en peso _____ Kg.)		
b. Inadecuada ganancia de peso (total de ganancia en peso _____ Kg.)		
c. Náuseas o vómitos severos		
d. Anemia severa		
e. Azúcar elevada en sangre		
f. Niños nacidos antes de las 38 semanas		
g. Niños nacidos después de 42 semanas		
h. Sangrado vaginal		
i. Hipertensión		
j. Proteínas en la orina		
k. Cara, manos y piernas hinchadas		
l. Ataques convulsivos		
m. Diagnóstico de toxemia		
n. Placenta previa		
o. Desprendimiento de placenta		
p. Factor RH negativo		

8. Durante su embarazo:

a) ¿sufrió de náuseas y/o vómito? 1. Sí  2. No

b) ¿Hubo perdida de peso durante el periodo de náusea y vómito?  1. Sí  2. No

c) ¿Algún médico le aconsejó tomar medicina para la náusea y el vómito? 1. Sí  2. No

9. ¿Le dijo el doctor que su embarazo tenía complicaciones por problemas pre-existentes de salud?  
 1. Sí       2.No

Si contestó que **SI** conteste lo siguiente:

- a) ¿Que problemas tuvo? \_\_\_\_\_  
 b) ¿Qué tan grave fue el problema?     1 amenazó la vida     2 fue grave     3 fue leve

10. ¿Desde cuándo empezó con vigilancia prenatal?  
       1er trimestre      2º trimestre      3er trimestre

11. ¿Con qué frecuencia visito al médico durante su embarazo?  
       1 cada mes      2 cada 3 meses      3 no tuvo vigilancia

12. ¿Su doctor le prescribió medicamentos durante su embarazo?    1 sí     2 no

Si contestó que Sí, por favor responda en la siguiente tabla con una

Problema	1 Sí	2 No
a) Náusea y vómito		
b) Hipertensión		
c) Tiroides		
d) Tranquilizantes		
e) Pastillas para dormir		
f) Pastillas para dolor		
g) Antibióticos		
h) Antihistamínicos (Benadryl)		
i) Antiinflamatorios		
j) Esteroides(cortisona)		
k) Insulina		
l) Diuréticos		
m) Medicamentos para prevenir abortos		
n) Hormonas		
o) Vitaminas		
p) Hierro		
q) Para Controlar convulsiones		

13. ¿Le pidió el doctor que se realizara algún estudio para diagnóstico?    1 Sí     2 No

Si contestó que **Si**, especifique por favor en que trimestre de su embarazo

1. primer trimestre      2. Segundo trimestre      3 tercer trimestre

- a) tipo de estudio: 1. rayos-X    2. Ultrasonido  3. Amniocentesis  4. Otro

- b) razón: 1 control  2 amenaza de aborto  3 embarazo de alto riesgo

- 4 para saber edad gestacional 5 ver desarrollo del bebé

- c) complicaciones: 1 Sí       2 No

14. ¿El médico le recomendó algunos cambios en su actividad o estilo de vida durante su embarazo?

1 Sí       2 No

(α) ¿Qué le recomendó?

1. reposo     2. hospitalización     3. reducción de cafeína     4. alcohol,   
5. nicotina       6. el uso de otras drogas

(β) Razón: 1. Beneficio del bebé     2. Amenaza de aborto     3. Embarazo de alto riesgo     4 otro

(c) ¿Qué hizo usted?     1. Siguió las recomendaciones     2. No le dio importancia

15. Durante su embarazo usted

	1 Sí	2 No
¿Tomó más de 3 tazas de café/té en 24 horas?		
¿En promedio fumó más de 10 cigarros en 24 horas?		
¿Tomó más de 2 vasos de alcohol en 24 horas?		
¿Fumó marihuana?		
¿Usó drogas de tipo narcótico? Especifique que tipo		
¿Usó estimulantes?		
¿Usó cocaína?		
¿Usó analgésicos?		
¿Usó drogas callejeras?		

Hasta este momento se le preguntó acerca de usted o su bebe durante el embarazo. Enseguida se le preguntará de los **acontecimientos** que ocurrieron durante este periodo de tiempo con respecto **a usted o a su familia**.

16. Piense en su embarazo y describa los acontecimientos que vivió durante ese tiempo:

- a) ¿Usted cambió de domicilio? 1 Sí       2 No
- b) Describa su estado civil 1 casada     2 divorciada     3 unión libre     4 viuda     5 soltera
- c) Describa su situación laboral o la de su esposo 1 trabaja     2 desempleada     3 hogar
- d) Describa su situación financiera 1 buena     2 regular     3 mala
- e) Describa su sistema de apoyo emocional 1 bueno     2 regular     3 no tuvo
- f) Problemas de salud mental 1 Sí     2 No

17. ¿Hubo algún cambio en su **empleo** o en el de algún miembro de su familia durante su embarazo?

1 Sí       2 No

Si contestó que **Sí**, indique qué tipo de cambios

Cambios			1 Sí	2 No
a) Cambio en la carga de trabajo				
1) Incremento				
2) Disminuyo				
b) Cambió de horario de trabajo				
c) Cambio su nivel de responsabilidad				
d) Empezó un nuevo trabajo				
e) Abandonó un trabajo en particular				
f) Periodo de desempleo				
g) Algún tipo de trabajo particularmente estresante				
h) Otro (describa abajo)				

18. ¿Considera que hubo cambios en su **economía** o en el de alguno de los miembros de su familia?

1 Sí  2 No

Si contestó que **Sí**, indique qué tipo de cambios

		1 Sí	2 No
a) Cambio en su estatus financiero (incluye cambio en la cantidad de ingresos)			
b) Cambios en sus obligaciones económicas			

19. ¿Hubieron cambios ó problemas en su **matrimonio** o en su **familia**?

1 Sí  2 No

Si contestó que **Sí**, indique qué tipo de cambios

Problema	1 Sí	2 No
a) Conflicto marital		
b) Abuso físico/sexual		
c) Separación		
d) Reconciliación		
e) Divorcio		
f) Nueva relación		
g) Matrimonio		

20. ¿Hubieron cambios en su **ambiente físico o personal** o en el de cualquier otro miembro de su familia?

1 Sí  2 No

Si contestó que **Sí**, indique que tipo de cambios.

Problema	1 Sí	2 No
a) Cambio de casa		
b) Pérdida de un miembro de la familia (incluyendo su mascota)		
c) Aumentó el número de su familia (incluyendo a su mascota)		
d) Cambio en su círculo/red social		

21. ¿Hubieron cambios importantes en su **salud** o en la de un miembro de su familia?

1 Sí  2 No

Si contestó que **Sí**, indique que tipo de cambios

Problema	1 Sí	2 No
a) Enfermedad		

b) Lesiones		
c) Hospitalización		

22. ¿Usted o un miembro de su familia, experimentó cambios **emocionales/ psiquiátricos o problemas con abuso de sustancias** durante su embarazo? 1 Sí  2 No

Si contestó que **Sí**, indique que tipo de cambios

Problema	1 Sí	2 No
a) Emocionales		
b) Abuso de sustancias		

Si contestó que sí en problemas emocionales, especifique por favor:

Problema	1 Sí	2 No
a) Ansiedad		
b) Depresión		
c) Desorden obsesivo-compulsivo		

23. ¿Usted o un miembro de su familia, tuvo algún **problema legal**?  1 Sí  2 No

Si contestó que **Sí**, indique que tipo de problema

Problema	1 Sí	2 No
Civil		
Criminal		

24.- ¿Puede describir el **sistema de apoyo** que tuvo durante su embarazo?

Quien fue ayuda para usted:

Problema	1 Nada	2 Poco	3 Moderadamente	4 Mucho	5 Extremadamente
a) Esposo					
b) Parientes					
c) Familiares					
d) Amigos					
e) Sacerdote/iglesia					
f) Agencias sociales					

Describe que tan adecuado fue su sistema de apoyo:

Apoyo	1 Inadecuado	2 Adecuado	3 Mas que adecuado
Primer trimestre			
Segundo trimestre			
Tercer trimestre			

## 2. Parto y Alumbramiento

25. ¿Cuántas horas duró su parto? 1. de 0 a 5 hrs  2. De 6 a 10 hrs  3. Más de 10 horas

26. ¿Cuanto tiempo pasó desde la ruptura de membranas (fuente) hasta el nacimiento de su bebé? \_\_\_\_\_ horas

27. ¿La ruptura de membranas fue natural? 1. Sí  2. No

28. ¿Recuerda algo en particular de la experiencia o alguna complicación con el parto de su hijo?

1. Sí  2. No

¿Qué tan doloroso fue el parto para usted?

1. nada doloroso       2. escasamente doloroso       3. algo doloroso  
 4. más o menos       5. más de lo que esperaba       6. dolor severo  
 7. extremadamente doloroso       8. doloroso y prolongado (más de 2-3 horas)

29. El doctor usó medicamentos para:

Medicamentos para	1 Sí	2 No
a) Inducir el trabajo de parto		
b) Disminuir el trabajo de parto		
c) Aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto		
d) Otros		

30. ¿El doctor le realizó un examen en especial durante el trabajo de parto?

Examen para	1 Sí	2 No
a) Rayos X		
b) Ultrasonido		
c) Monitoreo fetal ( para valorar el ritmo cardiaco del bebe)		
1. Interno ( dentro del canal de parto)		
2. Externo ( en el vientre materno)		
d) Otros exámenes		

31. ¿El alumbramiento fue por vía vaginal? 1. Sí  2. No

¿Intervino el médico en alguna forma durante el alumbramiento, por ejemplo fórceps?

1 Sí  2 No  3 No lo sé

32. ¿El doctor le realizó una cesárea? 1. Sí  2. No

Si contestó que sí:

a) Razón de la cesárea: 1 circular de cordón  2 hipertensión  3 no avanzó el trabajo de parto   
 4 placenta previa  5 otras (sufrimiento fetal, cesárea reciente, no hubo dilatación)

b) Fue planeada 1. Sí  2. No

c) Fue de emergencia 1. Sí  2. No

33. Por favor responda a lo siguiente:

Responda	1 Sí	2 No
a) ¿Fue largo su trabajo de parto?		
b) ¿Presentación inusual (nalgas, cara, pies)?		
c) ¿Prolapso del cordón umbilical? (¿apareció el cordón por el canal de parto con el bebe aún adentro?)		
d) Circular de cordón (cordón umbilical alrededor del cuello del bebe)		

34. ¿Cuánto pesó su hijo al nacer? \_\_\_\_\_ Kg. \_\_\_\_\_ gr.

35. ¿Cuánto midió su hijo al nacer? \_\_\_\_\_ cm.

36. ¿Su bebé fue prematuro? (más de dos semanas antes de su fecha de nacimiento)  1. Sí  2. No

¿Cuantas semanas antes nació? \_\_\_\_\_ semanas

37. El día en que nació él parecía:  1. contento  2. triste  3. enojado

38. ¿Nació su bebé después de la fecha probable de parto?  1. Sí  2. No  
 ¿Cuántas semanas después nació? \_\_\_\_\_ semanas

39. Tuvo un embarazo múltiple (gemelos, trillizos, cuádruples)?  1. Sí  2. No

40. ¿Hubo alguna preocupación o complicación inmediatamente después del nacimiento de su bebé?  
 1. Sí  2. No

41. ¿Hubo alguna preocupación acerca de la apariencia de su bebé al nacer?

Preocupación por	1 Sí	2 No	3 No se
a) Defectos al nacimiento			
b) Color azulado			
c) Bajo nivel de actividad			
d) Flácido			
e) Poco reactivo (nalgada)			

42. ¿Hubo alguna preocupación acerca de la respiración o el llanto su bebé?

Preocupación por	1 Sí	2 No	3 No se
a) Tardó en respirar			
b) Tardó en llorar			
c) Llanto débil o anormal			
d) Aspiración de fluidos			

43. ¿Hubo peligro en el nacimiento de su bebé?

Peligro por	1 Sí	2 No	3 No se
a) Aspiración de meconio			
b) Aumento o disminución del ritmo cardiaco fetal			

44. ¿Después del nacimiento su bebé necesitó?

Su bebé necesitó	1 Sí	2 No	3 No se
a) Oxigenoterapia			
b) Aspiración			
c) Medicamentos			
d) Incubadora			
e) Unidad de cuidados intensivos neonatales			
f) Cirugía			
g) Ventilación asistida			
h) Ventilación asistida, transfusión de sangre			

45. ¿Hubo algún problema que directamente afectara la salud materna durante el alumbramiento? \_\_\_\_\_

¿Qué problema en particular afectó directamente su salud durante su parto?

Preocupación por	1 Sí	2 No	3 No se
a) Pérdida de sangre			
b) Infección			
c) Complicaciones por la anestesia			

46. ¿Cuándo tomó su bebé el primer alimento?

Su bebé tomó el alimento	1 Sí	2 No	3 No se
a) Dentro de las primeras 48 horas			
b) Después de 48 horas			

47. ¿Durante las dos primeras semanas de vida, tuvo el bebé alguno de los siguientes problemas médicos?

Problemas por	1 Sí	2 No	3 No se
a) Problemas de tiroides			
b) Problemas metabólicos			
c) Deshidratación			
d) Ictericia			
e) Baja de azúcar (hipoglucemia)			
f) Convulsiones			
g) Fiebre			
h) Sangrado en alguna parte de la cabeza			
i) Problema para mantener la temperatura			
j) Baja de presión (hipotensión)			

48. ¿Tuvo algún problema que requiriera intervención médica? como por ejemplo:

Problemas por	1 Sí	2 No	No se
a) Cuidados de una enfermera especialista			
b) Estancia prolongada en el hospital			
c) Medicamentos			
d) Cirugía			

49. ¿Desarrolló usted algún problema emocional o médico que interfiriera en el cuidado de su bebe durante las dos primeras semanas?

Problemas por	1 Sí	2 No	3 No se
a) Infección			
b) Herida			
c) Cuidado médico especial (especifique)			
d) Aislamiento			
e) Depresión			
f) Problemas para alimentar al bebe			

50. Por favor, resuma la reacción emocional en los tres trimestres de su embarazo, coloque un número (del 1 al 5) junto al trimestre que corresponda de acuerdo a la siguiente escala:

1 Muy negativa	2 Generalmente negativa	3 Normal	4 Generalmente positiva	5 Muy positiva
----------------	-------------------------	----------	-------------------------	----------------

1 primer trimestre: \_\_\_\_\_ 2 segundo trimestre: \_\_\_\_\_ 3 tercer trimestre: \_\_\_\_\_

51. Resuma por favor su reacción como mamá durante las dos primeras semanas de vida de su hijo

1 Muy negativa     2 Generalmente negativa     3 Normal     4 Generalmente positiva     5 Muy positiva

### 3. Primer Año de Vida del Bebe

Ahora recuerde el primer año de vida de su hijo y conteste las siguientes preguntas:

52. Por favor describa a su hijo durante el primer año de vida

Su hijo en el primer año de vida estaba	1 Siempre	2 Algunas veces	3 Nunca
a) Feliz, contento			
b) Caprichoso, irritable			
c) Pasivo, reservado			

d) Activo, alerta			
e) Se apartaba o aislaba			
f) Fácilmente confortable			

53. ¿Hubo algún problema con?

Problemas por	1 Siempre	2 Algunas veces	3 Nunca
a) Alimentarlo			
b) Dormirlo			
c) Subiera de peso			
d) Creciera			
e) Orinara y evacuara			
f) Desarrollo motor( fuerza, coordinación, habilidad física)			
g) Su salud			
h) Oído o vista			
i) Herida en la cabeza con pérdida de la conciencia			
j) Cirugía			
k) Convulsiones o ataques epilépticos			
l) Defectos del nacimiento (cabeza, cara, cuerpo, extremidad, corazón, cuello, pulmón, intestino)			
m) Flacidez muscular			

54. ¿Tuvo su hijo algún tratamiento en el primer año de vida?  1. Sí  2. No

Si contestó que **Sí**, por favor llene la tabla que aparece enseguida.

Tratamiento de su hijo	1 Sí	2 No
a) Ayuda médica		
b) Medicamentos		
c) Enfermedad que no requirió un tratamiento u hospitalización		
d) Hospitalización		
e) Ayuda psiquiátrica		
f) Soporte familiar		

55. Resuma su reacción emocional durante el primer año de vida de su hijo

Marque sólo una  en el cuadro correspondiente.

1 Muy negativa  2 Generalmente negativa  3 Normal  4 Generalmente positiva  5 Muy positiva

#### 4. Periodo de 1-5 Años de Vida del Niño

Ahora recuerde los cambios en el periodo de 1 a 5 años de vida de su hijo (antes de ir a la escuela).

56. Diría usted que su hijo tenía un temperamento o conducta más parecido a:

Temperamento o conducta de su hijo	1 Siempre	2 Algunas veces	3 Nunca
a) Feliz, contento			
b) Caprichoso, irritable			
c) Pasivo, reservado			
d) Activo, alerta			
e) Se apartaba o aislaba			
f) Triste, depresivo			
g) Ansioso			
h) Excesivamente inquieto			
i) Enojón, berrinchudo			
j) Tenía repetidos pensamientos extraños			

57. ¿Tuvo su hijo alguno de los siguientes problemas?  1. Sí  2. No

Si contestó que Sí, por favor llene apropiadamente la siguiente tabla:

Problemas de	1 Sí	2 No	Edad en la que se dio cuenta
a) Lenguaje			
b) Atención			
c) Hiperactividad			
d) Agresión excesiva			
e) impulsividad			
f) Miedo a los extraños			
g) Inhabilidad para separarse de su madre o cuidador provisional			
h) Dificultad para controlar su conducta			
i) Llevarse bien con sus pares			
j) Dormir			
k) Comer			
l) Entrenamiento intestinal			
m) Entrenamiento para la vejiga			

58. ¿Cómo resumiría la reacción emocional del 1 al 5 año de vida de su hijo?

Marque sólo una  en el cuadro correspondiente.

- 1 Muy negativa     
  2 Generalmente negativa     
  3 Normal     
  4 Generalmente positiva     
  5 Muy positiva

## 5. Historia pediátrica

59. Usted diría que su hijo ha tenido problemas médicos como infecciones en los oídos?

1. nada en absoluto     
  2. menos que la mayoría de los niños  
 3. más o menos lo mismo que los demás niños     
  4. más que los demás niños  
 5. mucho más que los demás niños

Si su hijo, tuvo infección en los oídos ¿cómo fue tratado usualmente?

1. Antibióticos     
  2. Descongestionantes

60. ¿Su hijo ha tenido infecciones por estreptococos?       1. Sí       2. No

61. ¿Su hijo ha tenido fiebre reumática?       1. Sí       2. No

62. ¿Su hijo ha tenido asma?     1 Sí (edad de comienzo \_\_\_\_\_)     2 No

Si contestó que Sí, ¿Que tratamiento para el asma ha tenido su hijo?

1. píldoras     
  2. inhalantes     
  3. esteroides

- ¿El asma de su hijo puso en peligro su vida?       1. Sí       2. No
- ¿La familia de su hijo tiene una historia de asma?       1. Sí       2. No

63. ¿Su hijo ha tenido alergias?     1. Sí       2. No

¿Su hijo siempre esta recibiendo inyecciones u otro tratamiento para alergias?     1. Sí     2. No

64. Hitos del desarrollo. ¿A que edad su hijo?

A que edad su hijo	Meses		Meses
a) Se sentó			e) Dijo mamá
b) Caminó			f) Dijo papá
c) Controló su vejiga en el día			g) Completó sus primeras oraciones
en la noche			
d) Controló su intestino en el día			
en la noche			
h ¿La gente ajena a la familia entiende lo que habla su hijo? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No			

65. En general, en comparación con otros niños, ¿cómo fue el desarrollo global de su hijo? Marque uno.

1. promedio                       2. arriba del promedio                       3. abajo del promedio

66. Su hijo tiene una inteligencia:  1. promedio                       2. arriba del promedio                       3. abajo del promedio

**¡Muchas gracias por su tiempo y colaboración!**

## Anexo III

### Guía de codificación por dimensiones

<b>BIOLÓGICO INDIVIDUAL</b>	Peso del niño al nacer
	Prematurez
	Posmadurez
	Cuidados especializados por estado de salud delicado
	Hipoxia
	Trastorno neurológico
	Toma del primer alimento
	Desorden obsesivo compulsivo (por parte de la madre)
	Salud mental de la madre con trastorno psiquiátrico genético
<b>PRENATAL</b>	Tabaquismo
	Alcoholismo
	Adicciones
	Duración trabajo de parto
	Cesárea
	Cesárea no planificada
	Sexo del niño
<b>PERINATAL</b>	Embarazo múltiple
	Defecto al nacimiento
	Hipoactividad
	Flacidez
	Poca reactividad
	Requirió incubadora
	Requirió intervención quirúrgica
	Necesidad de aislamiento
	UCIN
	Problema metabólico
	Ictericia
	Hipoglucemia
<b>POSNATAL</b>	Bajo soporte emocional 1er trimestre de vida
	Bajo soporte emocional 2o trimestre
	Bajo soporte emocional 3er trimestre de vida
	Bajo soporte emocional 2 semanas de vida
	Temperamento difícil caprichoso primer año de vida
	Temperamento difícil: pasivo primer año de vida
	Temperamento difícil: apartado primer año de vida
	Temperamento difícil: problemas para dormirlo 1er año de vida
	Temperamento difícil problemas para evacuar u orinar primer año de vida
	Problema neurológico de 1 a 5 años de vida
	Caminar después de los 18 meses
	Temperamento difícil: llevarse bien con pares 1 a 5 años
	Dificultad para entrenamiento intestinal 1 a 5 años
	Dificultad para entrenamiento vejiga 1 a 5 años
	Problemas en desarrollo neurológico e inteligencia

<b>PARENTAL</b>	<b>Apoyo familiar</b>
	Apoyo amigos
	Apoyo iglesia
	Apoyo agencia social
	Abuso de sustancias
	Ansiedad
<b>CONTEXTUAL</b>	Número de habitaciones para dormir
	Cantidad menor a 10 focos
	Cambio de domicilio
	Estado civil soltero o divorciado o viudo
	Situación laboral precaria
	Situación financiera precaria
	Débil apoyo familiar
	Cambio de empleo de la madre
	Aumento carga de trabajo
	Cambio de responsabilidad en trabajo
	Cambio de trabajo
	Factor contextual periodo de desempleo
	Trabajo estresante
	Cambios en la economía
	Cambio ambiente físico
	Cambio de casa
	Perdida de miembro de familia
	Cambio de salud en algún miembro de la familia
Hospitalización de algún miembro	
Problema legal	
Ausencia de Apoyo externo	