

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**

**TESIS:**

Descripción de condiciones socioeconómicas en adolescentes  
mujeres con trastornos mentales

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

Jocelyn Galán Basurto.

**TUTORA:**

Dra. Maria Elena Márquez Caraveo

**CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2013**



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.

## Resumen

Antecedentes. En México la prevalencia de trastornos mentales en adolescentes es del 40%, los más frecuentes son los trastornos afectivos se sabe que las consecuencias de éstos son devastadoras para la vida futura. Objetivo. Determinar las características socioeconómicas, demográficas y los trastornos más frecuentes en una muestra clínica de adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Material y Métodos. Se aplicaron la entrevista semiestructurada MINI KID, Escala de Percepción de Ingreso Económico: sección del Cuestionario de Estudiantes 2006, el YSR (Youth Self Report); en una muestra clínica de 65 participantes. Se utilizó el paquete estadístico SPSS con medidas de tendencia central. Resultados: los diagnósticos más frecuentes fueron los afectivos, seguidos del trastorno oposicionista desafiante, en las categorías del YSR, las dimensiones internalizadas fueron las de mayor presencia. Conclusiones. La muestra presentó las siguientes características; respecto a edad la mitad estuvieron dentro de los 10 a 14 años y el resto de los 15 a 17 años, los diagnósticos más frecuentes fueron los afectivos y la mayoría contaba con características socioeconómicas de riesgo como estudiar y trabajar o no realizar ninguna actividad, ser de escasos ingresos, y tener padres de un estrato socioeconómico bajo, que pudiera llegar a condicionar mayor psicopatología y perpetuación de estas condiciones sociales.

Palabras claves, términos MeSH: estatus socioeconómico bajo, adolescentes mujeres, pobreza, trastornos mentales.

## Índice

1. Introducción -----	3
2. Marco teórico -----	4
3. Planteamiento del problema -----	14
4. Justificación -----	14
5. Objetivos -----	15
6. Material y métodos -----	16
6.1. Población -----	16
6.2. Procedimiento -----	17
6.3. Instrumentos -----	17
6.4. Consideraciones éticas -----	20
7. Resultados -----	21
8. Discusión -----	29
9. Conclusiones -----	34
10. Limitaciones -----	35
11. Bibliografía -----	36
12. Anexos -----	38

## **1. Introducción**

En México, el 40% de los adolescentes presentan síntomas de algún trastorno mental, los más frecuentes son los trastornos ansiosos (fobias) y en segundo lugar los afectivos (depresión mayor).<sup>13</sup> Las consecuencias como cronicidad de la psicopatología son devastadoras para la vida futura.

Es importante resaltar que la psicopatología difiere por género.<sup>9</sup> En las mujeres los trastornos más frecuentes son las fobias, la depresión mayor, el trastorno oposicionista desafiante, la agorafobia sin pánico y la ansiedad.<sup>13</sup> Se tienen pocos datos de investigación respecto a qué factores de riesgo y protección se asocian a estos trastornos. Resulta de suma importancia identificarlos ya que éstos también difieren para cada edad y género.<sup>21</sup>

Entre los factores de riesgo de mayor impacto en países como el nuestro es el estatus socioeconómico bajo, de ahí que resulte relevante evaluar esta variable, sobre todo haciendo referencia a diferencias de género, ya que es bien sabido que las mujeres pertenecen a un grupo de alta vulnerabilidad.

Uno de los factores de mayor riesgo es la pobreza, ya que predispone a una mayor exposición de situaciones tales como enfermedades físicas, estrés familiar, apoyo social insuficiente y depresión parental; especialmente en el caso de la madre.

La suma de estas situaciones de riesgo conlleva consecuencias más serias como padecer trastornos mentales, uso de drogas, embarazos en adolescencia, inicio de vida sexual más tempranamente, pobreza, problemas psicológicos y emocionales, comparados con sus pares de grupos sociales más favorecidos desde un punto de vista social y económico<sup>24</sup>. La búsqueda intencionada de la presencia de estas situaciones de riesgo puede propiciar intervenciones que favorezcan el pronóstico de los adolescentes que padecen trastornos mentales.

Este conocimiento permitirá el desarrollo de investigaciones futuras que favorezcan los factores protectores y que ayuden a disminuir en la medida dentro de lo posible los factores de riesgo de las adolescentes que acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

## **2. Marco teórico**

### **Prevalencias de los trastornos mentales y programas de atención**

La Organización Mundial de la Salud, informó que, 450 millones de personas padecían alguna forma de trastorno mental; de estos el 30 - 35% padecieron depresión; 16 - 20% consumían drogas; 8% padecían demencia; 5% sufrían de esquizofrenia; 0.3% - 0.4% intentaron suicidarse y un 0.1% se suicidaron cada año.<sup>1</sup>

En nuestro país, la Secretaría de Salud elaboró el Programa de Acción Específico de Atención en Salud Mental 2007-2012 con el propósito de disminuir las brechas de atención y combatir el estigma y la discriminación. Este programa buscó cambiar el paradigma hacia la atención en salud mental comunitaria. Entre sus principales fortalezas se encontraron los planteamientos para integrar la salud mental a la red de servicios de salud en general y la propuesta de revisar y actualizar la legislación en materia de salud mental, la protección de los derechos humanos de los pacientes y la protección social de los trastornos mentales prioritarios.<sup>2,1</sup> Si bien es cierto que no existe una ley nacional específica para la salud mental, en la Ley General de Salud, se incluyó un capítulo de salud mental<sup>2</sup>.

Con respecto al financiamiento de los servicios en materia de salud mental es preciso señalar que del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es orientado a la salud mental<sup>2,1</sup>. Este porcentaje se encuentra claramente por debajo de lo recomendado por organismos internacionales como la OMS<sup>3</sup> quien señala que debe contemplarse un 10% para este fin. Por otro lado del escaso porcentaje asignado a la salud mental, el 80% del mismo se destinó a la operación de los hospitales psiquiátricos que en su mayoría atendieron la necesidad social de abandono más que médico psiquiátrica hospitalaria, debido a estas condiciones, las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven reducidas<sup>2</sup>. El eje de la atención de la salud mental es el tercer nivel, por lo que aunado a lo anterior, el acceso se ve limitado por barreras geográficas, ya que la mayoría de estos servicios se ubican en las grandes metrópolis o cercanas a ellas<sup>2</sup>. Así mismo en México una escasa proporción de personas recurre a los servicios de salud por problemas de depresión, solicitando ayuda principalmente a familiares y amigos. Esta falta de búsqueda se relaciona con el desconocimiento de tratamiento especializado de los lugares de atención, presencia de prejuicios y del estigma social relacionado con los trastornos mentales<sup>4</sup>.

Por otro lado se sugirió que el diagnóstico de este tipo de padecimientos se facilita cuando las personas cuentan con una afiliación a un seguro médico. En contraste, el riesgo de sufrir enfermedades mentales se incrementa en ciertos

grupos, entre otros, en aquellos que viven en pobreza extrema, en los desempleados, en las personas con bajos niveles de instrucción, en las víctimas de violencia, en los migrantes y refugiados, en los indígenas, en las mujeres, en hombres, niños y ancianos maltratados o abandonados; en personas con discapacidad; y en quienes padecen enfermedades crónicas como el VIH-SIDA<sup>5</sup>. Si se toma en cuenta que gran parte de la población en México está conformada por personas con las características antes mencionadas, podemos decir que los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en un gran porcentaje, por lo que esto representa un desafío para su manejo<sup>5</sup>.

Bello y cols señala que en nuestro país, la depresión es el padecimiento más común en la población adulta y es también el más frecuente en mujeres; en quienes se señala algunos factores que influyen en la falta de tratamiento o atención, por ejemplo los problemas para decidirse a buscar atención especializada y el no tener apoyo en el cuidado de sus hijos mientras reciben la atención. Estas dificultades constituyen indicadores de vulnerabilidad o marginación social<sup>4</sup>.

Estos indicadores de vulnerabilidad se han documentado en nuestro país a través de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP)<sup>6,7,8,9,10,11,12</sup>. En efecto, los datos de esta encuesta informaron respecto a los padecimientos de los mexicanos que viven en zonas urbanas de 18 a 65 años, los factores asociados al tratamiento y profesionalista involucrado así como el acceso a la atención. Respecto a las prevalencias, se destacó que el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida, 13.9% reportó en los últimos 12 meses algún trastorno y 5.8% en los últimos 30 días. Los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%).

Así mismo los hombres de la población Mexicana presentaron las prevalencias más altas de cualquier trastorno (30.4%); en comparación con las mujeres (27.1%). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9% respectivamente)<sup>6</sup>.

También, se reportó que en la totalidad de la población los trastornos más frecuentes fueron, las fobias específicas (7.1% alguna vez en la vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Respecto a diferencias por género, las mujeres presentaron como los tres principales trastornos a la fobia específica, la fobia social y el episodio depresivo mayor. Para los hombres, se

reportaron la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol<sup>6</sup>.

Estos datos nuevamente se confirmaron ya que Benjet<sup>13</sup> reportó para la población adulta entre 18 y 65 años de edad, que existían diferencias de género en el patrón de los trastornos psiquiátricos; las mujeres exhiben mayor probabilidad de presentar trastornos afectivos y ansiosos; y en los hombres, mayor probabilidad de padecer trastornos por uso de sustancias. En ésta y otras investigaciones epidemiológicas<sup>6,13</sup>, se demostró que los trastornos psiquiátricos se iniciaron a edades muy tempranas, durante las primeras décadas de vida. También se estableció la existencia de diferencias por género en la presentación de psicopatología durante las diferentes etapas de la vida.

La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente<sup>13</sup> estableció a nivel epidemiológico en el área metropolitana, las diferencias por edad y género de los trastornos mentales de este sector de la población, Se señaló la predominancia en las mujeres de trastornos como fobias, depresión mayor, trastorno oposicionista desafiante, agorafobia sin pánico y ansiedad. En comparación, los hombres adolescentes mostraron una mayor prevalencia en trastorno oposicionista desafiante, consumo de alcohol y trastorno disocial.<sup>13</sup>

Es importante comentar que en nuestro país, no existen datos epidemiológicos sobre trastornos mentales en niños. Sin embargo existen estudios que arrojan algunos datos. Por ejemplo; Bello en el 2005 informó que, para niños la ansiedad de separación (mediana de inicio de 5 años) y el trastorno de atención (6 años) son los dos padecimientos más tempranos.<sup>4</sup> Siguiéndole la fobia específica (7 años) y el trastorno oposicionista (8 años). Así mismo Caraveo en el 2002 informó que en niños y adolescentes de 4 a 16 años de la Ciudad de México, 16% podría tener algún tipo de trastorno mental. El 50% presentaron síntomas, pero sólo el 25% se consideró la necesidad de atención; mientras que la búsqueda de atención psiquiátrica sólo se reportó para el 13% de los niños y adolescentes, de acuerdo con lo reportado por la madre o el padre entrevistado.<sup>4</sup>

Una vez mencionados estos datos sobre la población en México, es importante recalcar que las últimas políticas y acciones mundiales de salud mental plantearon que la atención primaria debe de ser el punto donde se articule la atención de la salud mental comunitaria. En este sentido, a México le falta mucho por hacer ya que solamente un 30% de estos establecimientos cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones claves de salud mental y realizaron al mes por lo menos una referencia a un especialista en salud mental. Del mismo modo, el porcentaje de cursos de actualización y/o de educación, relacionado con

temas de salud mental dirigidos a los profesionales que trabajan en este nivel, es menor al 15%<sup>2</sup>.

Así también las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos que se han encontrado están en un rango de 12% a 29% entre los niños que visitan las instalaciones de atención primaria en varios países. Sólo el 10% -22% de los casos fueron reconocidos por los trabajadores de atención primaria de salud, que implica que la gran mayoría de los niños no reciban los servicios adecuados<sup>14</sup>. Sin embargo, en nuestro país se reportaron tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos de hasta el 39%<sup>15</sup>. Se debe de tener en cuenta que, además de aquellos que tienen un trastorno mental diagnosticable, otros cuántos más tienen problemas que pueden ser considerados "sub-umbral", en el sentido de que no cumplen con los criterios de diagnóstico<sup>14</sup>.

Tras mencionar éstos datos, la posibilidad de valorar adecuadamente la salud mental de niños y adolescentes tiene un alto grado de dificultad. La OMS define a la salud del niño y adolescente como "la capacidad para lograr y mantener un óptimo funcionamiento psicológico y de bienestar, que está directamente relacionado con el nivel alcanzado y logrado en competencia psicológica y funcionamiento social. Incluyendo un sentido de identidad y autoestima; relaciones familiares y entre iguales, la capacidad de ser productivo y aprender, y una capacidad de utilizar los recursos culturales para maximizar el desarrollo y la resolución de problemas. Así también es un requisito previo para un óptimo desarrollo psicológico, relaciones sociales productivas, aprendizaje eficaz, capacidad de cuidar de sí, buena salud física y la participación económica efectiva en la edad adulta".<sup>14</sup> Por lo que el trastorno mental puede presentarse, cuando los factores de riesgo y vulnerabilidad son mayores o superan los factores que protegen, o que aumentan la resistencia. Estos trastornos mentales se manifiestan en muchos ámbitos y en diferentes formas y se sabe que los trastornos mentales a una edad temprana pueden llevar a un deterioro continuo en la vida adulta<sup>14</sup>.

### **Diferencias por género y salud mental**

Actualmente los trastornos depresivos encabezan la lista de los trastornos mentales en todo el mundo constituyen junto con los trastornos de ansiedad, aproximadamente un 25%<sup>16</sup>. Al igual que ocurre en los síntomas depresivos en población adulta, el género y la edad parecen jugar un rol importante en la de signos y síntomas a edades tempranas.

En la depresión unipolar las diferencias de género encontradas con más frecuencia son la existencia de una mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres y un peor pronóstico en las mujeres: éstas parecen presentar con

más frecuencia un curso más crónico y recurrente con episodios más largos. También se ha hallado una mayor comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos en mujeres. Las diferencias en la respuesta al tratamiento son todavía poco concluyentes<sup>16</sup>.

Como se mencionó previamente los adolescentes exhiben diferencias de género que se relacionan con el cómo son percibidos y con cómo se espera que piensen y actúen, debido a la forma en que la sociedad está organizada, y no solamente por nuestras diferencias biológicas.<sup>17</sup> Sin embargo, con frecuencia las diferencias biológicas se han construido como desventajas o discriminaciones. Un ejemplo es la violencia de género que es ejercidas contras niñas y mujeres, ya que los efectos suelen ser devastadores para la salud mental, física y reproductiva; y aumenta el riesgo a largo plazo de presentar problemas como dolores crónicos, depresión, uso de drogas y discapacidad física<sup>17</sup>.

Ahora, respecto al apoyo emocional que proporcionan las relaciones sociales en hombres y mujeres, se sabe que éste aspecto protege en mayor medida a las mujeres que a los varones de la depresión mayor. Esto no explica las diferencias de sexo en la prevalencia de depresión mayor, por lo que se sugieren importantes diferencias de sexo en cuanto al desarrollo del riesgo<sup>18</sup>.

En esta misma línea, se sabe que la prevalencia más alta de depresión es en mujeres o en personas que tuvieron una pérdida, ruptura familiar y niveles de ingreso bajos. Los niveles de depresión, fueron más altos en hombres y mujeres que perdieron sus parejas en contraparte que los casados. Respecto al estado civil en hombres casados, se observó que las prevalencias fueron un poco más altas que los no casados; y en mujeres fue lo contrario, ya que las tasas más altas fueron en solteras<sup>19</sup>. En el caso de las mujeres, la depresión se relacionó con la falta de pareja y un nivel bajo de ingresos, familia numerosa y extensa, así como cuestiones de responsabilidad y roles sociales<sup>19</sup>.

En México, según datos de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (26042 sujetos), 60.4% de ellas informó que había sufrido alguna forma de violencia alguna vez en la vida. Al indagar sobre el abuso en la infancia se encontró que 42.2% había padecido maltrato físico, 21.4% había recibido insultos, 16.5% fue víctima de humillación y 7.6% había sido víctima de abuso sexual antes de los quince años de edad, donde los principales agresores fueron familiares varones, el padrastro o el padre<sup>20</sup>. Algunas condiciones que afectan más a las mujeres, son la violencia interpersonal (siendo la más importante el maltrato de la pareja), las consecuencias del consumo de alcohol de sus parejas y familiares (lesiones, estrés, pérdidas económicas); la depresión y la ansiedad<sup>17</sup>.

También, la afectación de vínculos afectivos en las mujeres, determina la falta de búsqueda de ayuda, miedo a no ser aceptada por la pareja y amigos y el temor de perder a los hijos, lo que obedece al mandato de género en las mujeres de «vivir para los otros» a fin de poseer pertenencia e identidad, aun a costa de su bienestar<sup>17</sup>.

Sabemos que el abuso en el consumo de alcohol en México representa uno de los problemas de salud pública más importantes debido a sus elevados costos en los planos individual, familiar y social, y por su impacto en el sistema de salud. En la literatura nacional e internacional se sabe que la demanda de atención por consumo de alcohol es muy reducida. Si el consumo de alcohol es mucho más prevalente en hombres mexicanos y existen obstáculos para su atención; en el caso de las mujeres que presentan este tipo de problemas enfrentan aún más barreras para ingresar a algún tipo de tratamiento<sup>21</sup>. Estas barreras están relacionadas con la cultura, ambiente familiar y de los propios servicios de atención para su acceso. Entre las dificultades de tipo cultural se encontraron la muy baja tolerancia social hacia el alcoholismo en las mujeres, con la consecuente estigmatización que ello produce<sup>21</sup>. Esto conlleva que las mujeres beban con patrones de consumo de menor riesgo y presenten, en proporción, menos problemas asociados que los hombres y, por otro lado, a que tiendan a beber en la soledad de sus hogares con menos consecuencias sociales (problemas con la policía, conducir bajo efectos del alcohol, violencia callejera) y con más dificultad para identificar y aceptar el problema y una mayor tendencia a ocultarlo y negarlo<sup>21</sup>.

Es de suma importancia considerar los roles de género para hombres y mujeres, ya que delimitan el acceso a diagnóstico, tratamiento y consecuencias sociales. El hecho de ser mujer y beber en exceso contradice el patrón cultural tradicional de una “buena madre” o una “buena esposa<sup>21</sup>”. Asimismo, existen factores socioeconómicos que pueden actuar como barreras de acceso en las mujeres, quienes suelen tener menores niveles de ingreso que los hombres o bien son económicamente dependientes de éstos<sup>21</sup>.

Como se puede observar existen diferencias de género importantes que se deben de estudiar, ya que no solo es en los trastornos afectivos sino en la mayoría de las patologías. Por ejemplo, se ha mostrado una asociación entre la imagen corporal y la presión de factores socioculturales. Estas asociaciones son más fuertes entre insatisfacción corporal y la percepción de las presiones socioculturales en las mujeres que en los hombres, lo que indica que la influencia de factores socioculturales. Éstos constituyen un poderoso predictor de la insatisfacción corporal, especialmente en las mujeres. Sin embargo esto disminuye con la edad<sup>22</sup>. La influencia de la publicidad como los mensajes

verbales, situaciones sociales o modelos sociales, parece ser un factor importante en la mayoría de las personas. Se han encontrado correlaciones positiva con la insatisfacción corporal y la cantidad de revistas de lectura, el tiempo total dedicado a ver telenovelas, imágenes de estereotipos delgados en medios de comunicación y transmisión de los medios, la visualización de revistas de moda, y anuncios sobre ideales de la belleza<sup>22</sup>.

Datos que refuerzan este constructo, se pueden verificar en la literatura; por ejemplo, en un estudio realizado en Brasil<sup>23</sup> a propósito de factores de riesgo, se reportó altos niveles de discriminación respecto al aspecto físico, color de piel y pobreza mayormente en las mujeres en edades tempranas; a diferencia de los hombres<sup>22</sup>.

### **Factores de Riesgo y protección**

Es importante conocer los factores que actúan como protectores de las situaciones de adversidad. Rutter en 1986, definió los conceptos de mecanismo protector, como la capacidad de modificar las respuestas que tienen las personas frente a las situaciones de riesgo. Y la vulnerabilidad como una intensificación de la reacción frente a estímulos que en circunstancias normales conduce a una desadaptación. Así estos conceptos más que diferentes constituyen el polo negativo o positivo de uno mismo; y son sólo evidentes en combinación con alguna variable de riesgo<sup>24</sup>.

La pobreza se ha descrito como un factor de doble riesgo para adolescentes, ya que predispone a una mayor exposición de situaciones tales como enfermedades físicas, estrés familiar, apoyo social insuficiente y depresión parental; especialmente en el caso de la madre<sup>24</sup>.

Esto los coloca en riesgo de consecuencias más serias como padecer trastornos mentales, uso de drogas, embarazos en adolescencia, inicio de vida sexual más tempranamente, pobreza, problemas psicológicos y emocionales, comparados con sus pares de grupos sociales más favorecidos desde un punto de vista social y económico<sup>24</sup>.

Los factores protectores, por su parte, manifiestan sus efectos ante la presencia posterior de algún estresor, modificando la respuesta del sujeto en un sentido comparativamente más adaptativo que el esperable. Un factor protector puede no constituir una experiencia en absoluto, sino una cualidad o característica individual de la persona. Las niñas, por ejemplo, parecen menos vulnerables que los niños ante diferentes riesgos psicosociales.

Es importante identificar los factores de riesgo y protección en tanto éstos permiten predecir resultados negativos o positivos en el proceso de desarrollo del niño y el adolescente. Así, estos dos conceptos juegan roles claves en el proceso involucrado en las respuestas de las personas a las situaciones de riesgo<sup>14</sup>.

Entre los factores de riesgo y protección se reconocen las influencias distal y proximal que deberían entenderse como los extremos de un continuo en el que, por ejemplo, algunas variables distales son más propiamente distales que otras. Así, existiría una cadena causal que comienza con la variable distal (p.ej, pobreza), actuando a través de sus consecuencias sobre las variables mediadoras (p.ej, ansiedad maternal), para afectar al niño a través de una o más variables proximales (p.ej, irritabilidad de la madre)<sup>24</sup>.

Estos factores de vulnerabilidad y protectores cambian según la edad como son los siguientes:

FACTORES PROTECTORES	EDAD DE DESARROLLO	FACTORES DE RIESGO
Bajo estrés y emocionalidad. Buena salud física.	Infancia-adulto	Negligencia/abuso infantil Pobreza. Trastornos perinatales. Desnutrición y herencia.
Activo, alerta, alto vigor, buen manejo de socialización.	Infancia.	Negligencia/abuso infantil Pobreza Múltiples riesgos Enfermedad mental parental.
Temperamento afectivo tierno, facilidad para ocuparse.	Infancia.	Abuso de sustancias parental. Divorcio. Pobreza. Trastornos del aprendizaje.
Avanzada habilidad de autoayuda.	Infancia- adolescencia.	Abuso de sustancia y enfermedad mental parental.
Inteligencia, lenguaje y habilidad para resolver problemas.	Adolescencia.	Pobreza. Abuso de sustancias y enfermedad mental parental.
Concepto positivo de sí mismo, capacidad de planear prever, orientación religiosa y fe.	Adolescencia - adulto	Pobreza. Abuso de sustancias y enfermedad mental parental

Fuente: Modificado de E. Werner. Risk, resilience, and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study. Development and Psychopathology, 5 (1993). 503-515

## **Estatus Socioeconómico bajo y Trastornos Mentales.**

Se sabe que los trastornos mentales generan costos asociados a los tratamientos médicos, además de pérdida en la productividad, ya sea por dejar de trabajar o por bajo rendimiento en el trabajo, pueden ser factores que contribuyan a la pobreza<sup>2</sup>. Por otro lado, aspectos como la inseguridad, el bajo nivel educativo, contar con una vivienda inadecuada y tener bajos niveles de nutrición, han sido asociados con los trastornos mentales comunes. Todos los anteriores conocidos como factores de riesgo<sup>2</sup>.

También, es conocido que la educación materna y el efecto acumulativo de la pobreza aumentan el riesgo de alteración en los aspectos familiares y sociales de la calidad de vida<sup>23</sup>. Los adolescentes pertenecientes a grupos socioeconómicos más bajos muestran peor calidad de vida que los grupos más ricos. Los mecanismos subyacentes no están bien conocidos, lo que implica los efectos de la baja educación de los padres sobre la salud psicológica y física de los hijos. El género también es importante para la calidad de vida en la adolescencia; en las niñas, los aspectos sociales se ven particularmente afectados, mientras que varones el fracaso escolar y el castigo físico de los padres tienen mayores repercusiones a esta edad<sup>23</sup>.

En México Reyes –Morales<sup>25</sup> reporta que la vulnerabilidad sanitaria de las personas que viven en las áreas urbanas marginadas de México se manifiesta en la existencia de una población joven, con pocas redes de apoyo familiar y de servicios de salud, que sufre trastornos y enfermedades, como la desnutrición infantil, el alto riesgo reproductivo y las adicciones en adolescentes y adultos, producto del rezago en el desarrollo social.

Así mismo, el Consejo Nacional de Evaluación de la política de desarrollo (CONEVAL), menciona que ha habido un incremento en la cobertura de servicios básicos a la población, en relación a los últimos 20 años; sin embargo reporta un aumento en el porcentaje de población en situación de pobreza 46.2% en el 2010, casi 2% más que en el 2008.

Los determinantes de la pobreza en México son la salud, educación, productividad, competitividad, inversión, empleos, salarios, seguridad social y precios; y sus efectos son ingresos bajos, bajo nivel educativo, salud precaria, falta de ahorro y vivienda sin calidad. Por lo que en nuestro país estos temas requieren protección social llegando a ser un reto. Esta protección se ha dado de manera poco organizada, el nivel de acceso y la calidad de los programas de protección social son desiguales ya que se le otorgan beneficios diferentes a personas similares. La coordinación entre dependencias federales y con entidades

federativas para entregar beneficios a la población vulnerable y en pobreza es débil. Hay una gran dispersión de programas sociales al interior del gobierno federal y entre entidades federativas.

La medición de pobreza utiliza dos líneas de ingreso: la línea de bienestar mínimo, que equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al mes; y la línea de bienestar, que equivale al valor total de la canasta alimentaria y de la canasta no alimentaria por persona al mes. El CONEVAL realiza mediciones de pobreza que permiten evaluar los cambios en la situación de la pobreza de la población mexicana en sus dimensiones económica y social. La Ley General de Desarrollo Social (LGDS) indica que para medir la pobreza es necesario tomar en cuenta los siguientes indicadores: ingreso corriente per cápita, rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad de espacios en la vivienda, acceso a los servicios básicos en la vivienda, acceso a la alimentación y grado de cohesión social. En cumplimiento de lo anterior, el CONEVAL y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realizaron el módulo de condiciones socioeconómicas para los años 2008 y 2010, arrojando estimaciones de pobreza desde una perspectiva multidimensional de acuerdo a lo establecido por la LGDS.

En el sector salud es uno de los ámbitos donde se expresa con mayor claridad la diferenciación de las políticas sociales y lo focalizadas de éstas en la sociedad civil, ya que este sector se encuentra fragmentado en subsistemas como el paraestatal de seguridad social, estatal público y el privado. En base a estas realidades se necesita una regulación y generalización de cuotas de recuperación que beneficie y posibilite a la población abierta a tener un libre acceso a los sistemas de salud. Este es el caso de nuestro Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”; donde se consideró necesario el diseño de un instrumento que unificó y reunió las condiciones sociales y económicas de la población abierta, que demanda la atención, teniendo como marco normativo el Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012, el cual propone en materia de salud avanzar hacia la universalidad en el acceso a los servicios médicos; así como también en la Norma Oficial Mexicana NOM 168- ssa1- 1998 del expediente clínico, que destaca la importancia de sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico y por último contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud; se estableció desde mayo del año pasado, el uso del instrumento denominado “Estudio Socioeconómico” que es incluido en el expediente y es único en las instituciones de salud, donde un trabajador social lo aplica (Departamento de Trabajo Social del HPIJNN. Manual de Procedimientos)

Teniendo como marco de referencia información internacional<sup>3</sup> nacional<sup>6,7,8,9,10,11,12</sup> sobre los trastornos mentales, diferencias de género y del ámbito político – socioeconómico<sup>26</sup> tenemos la posibilidad de aumentar el conocimiento y comprensión de las razones por las cuales adolescentes mujeres resultan dañadas por la deprivación. La posibilidad de la prevención surge al aumentar el conocimiento. De ahí surge la necesidad del estudio de estas variables con un enfoque médico y de atención en la psicopatología de las adolescentes de nuestra población compuesta básicamente por niveles socioeconómicos bajos y medios-bajos donde la pobreza tiene un gran impacto

### **3. Planteamiento del problema**

¿Son conocidos los indicadores de tipo socioeconómico en la población femenina adolescente del HPI y la psicopatología predominante de este grupo?

#### **Justificación**

La adolescencia es una etapa muy importante del desarrollo humano, ya que entre otros aspectos es en donde se incuban muchos de los problemas de salud mental que se expresan en etapas posteriores.<sup>13</sup> Estos problemas influyen en el desarrollo educativo, laboral, relacional y el establecimiento de conductas de riesgo y hábitos de vida saludables. Es importante determinar éstos factores de riesgo, para generar estrategias para el abordaje integral.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, la morbilidad de la consulta externa y hospitalización en el 2012 reporta que los tres padecimientos más frecuentes son: a) perturbaciones de la actividad y la atención F90.0 (33.4%), b) episodio depresivo moderado F32.1 (16.9%) y c) episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (4.4%)<sup>34</sup>. Para la población femenina que se encuentra internada los diagnósticos más frecuentes para el mismo año son: a) episodios depresivos F32 (17%), b) trastornos disociales F91 (10%) y c) trastorno depresivo recurrente F33 (6%)<sup>34</sup>.

Los tratamientos que se establecen en este hospital son especialmente farmacológicos y en ocasiones psicoterapéuticos en sus diferentes variantes. También existe un alto grado de recaída y poco apego al manejo. Por lo que es necesario tener un enfoque de factores proximales y distales, para poder determinar el riesgo de cada uno de nuestros pacientes y dar el mejor enfoque individualizado.

Parece importante el evaluar a mujeres adolescentes en una población como la nuestra, ya que en México en el año 2009 de cada 100 mujeres, 8 no saben leer,

ni escribir, 41.4 millones de mujeres realizan un trabajo no remunerado, 67 han padecido algún incidente de violencia, ya sea en su relación de pareja, o en espacios comunitarios, laboral, familiar o escolar<sup>24</sup>. En el Distrito Federal 3 de cada 10 hogares tiene una mujer al frente, también existe la más alta proporción de hogares con ancianos encabezados por una mujer (39.5%)<sup>24</sup>.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, es importante evaluar con un enfoque de riesgo y protección a quienes presentan mayor vulnerabilidad: ser mujer, adolescente y proveniente de un estatus socioeconómico bajo, De este modo se pueden proponer intervenciones que favorezcan la protección, ya que a la fecha no existen las suficientes investigaciones que apoyen la formación de medidas preventivas en este tipo de población.

#### **4. Objetivos**

General.

- Caracterizar algunos indicadores socioeconómicos e identificar la percepción de ingreso económico y así como la psicopatología (categórica y dimensional) en adolescentes mujeres atendidas en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en el período de octubre del 2012 a mayo del 2013.

Específicos.

- Identificar los datos sociodemográficos de las pacientes.
- Caracterizar los datos de tipo socioeconómico de la familia: educación de padre y madre, ocupación de padre y madre, tipo de vivienda, ingreso mensual promedio, acceso a bienes y servicios como internet, transporte propio, servicio médico, dinero para gastar, etc.
- Evaluar la percepción de ingreso socioeconómico como son: dinero suficiente para el transporte, los alimentos, pagar las cuentas, los regalos de navidad etc.
- Identificar el tipo de psicopatología de acuerdo a una visión categórica
- Identificar el tipo de problema de salud mental de acuerdo a una visión dimensional

## **6. Material y Métodos**

Tipo de diseño: Este estudio es de tipo transversal, prospectivo, observacional y descriptivo.

### **6.1 Población**

Universo de estudio.

Población clínica que solicite atención en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro que desee participar y que tenga entre 10 y 17 años de edad de sexo femenino, que hayan sido canalizados a la clínica de adolescencia y Unidad de Adolescentes mujeres.

El muestreo fue por conveniencia.

### **Criterios de inclusión**

- Adolescentes de 10 a 17 años, 11 meses de edad de sexo femenino.
- Ser paciente de consulta externa o de hospitalización en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.
- Presentar algún trastorno psiquiátrico confirmado a través de la MINI Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica para niños y adolescentes (M.I.N.I KID) (Sheehan D., et.al. 2010; De la Peña Olvera F., Esquivel – Adame G., Pérez González A., Palacios L, 2009).
- Que deseen participar en el estudio.

### **Criterios de exclusión**

- Presencia de trastorno psicótico severo con delirios, alucinación, agresividad, etc. debido a esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso/dependencia a drogas o retraso mental que impida la comprensión y respuesta del auto-informe de la conducta.
- Estar bajo efecto de sedación importante, acatisia o algún otro efecto colateral importante de la medición prescrita en hospitalización.
- Ser de sexo masculino.

### **Criterios de eliminación**

- No llenar adecuadamente los instrumentos utilizados.
- Que la participante retire su consentimiento.

## **6.2. Procedimiento**

Se seleccionó la muestra con los criterios de inclusión antes mencionados, de los servicios de clínica de adolescentes, Unidad Adolescentes Mujeres.

Se solicitó a las participantes como a sus padres o tutores firmaran el asentimiento y consentimiento informado que se encuentra en el Anexo de este documento y que fue previamente fue aceptado por el comité de ética del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Todos los instrumentos se presentaron integrados en cuadernillos, los cuales se aplicaron en una o dos sesiones. Con una diferencia de tiempo no mayor a dos semanas entre aplicación y aplicación.

Los datos se analizaron mediante un paquete estadístico SPSS y se aplicó estadística descriptiva para obtener medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y de dispersión (rango, desviación estándar) y así poder caracterizar las variables del presente estudio.

## **6.3. INSTRUMENTOS.**

Se utilizarán los siguientes instrumentos por estar validados para población mexicana:

- Barcelata, B. (2012). Cuestionario socioeconómico [solo para investigación]. En. Barcelata, B. (Comp.) *Cuadernillo para Adolescentes*. México: PAPIIT IN303512. FES Zaragoza, UNAM. Cuestionario de Estudiantes (Instituto Nacional de Psiquiatría –INP- y Administración Federal de Servicios Educativos del D. F. -AFSEDF-). Es un instrumento autoadministrable especialmente diseñado para estudiantes de enseñanza media y media superior que evalúa variables sociodemográficas y la percepción del ingreso familiar, así como consumo de sustancias, con 10 reactivos, de tipo likert; se reportan algunas características psicométricas como la consistencia interna con alfa global de .93; así como adecuados niveles de discriminación.

- Lucio, E. (2007). Cuadernillo de Preguntas del Proyecto MP6-11: Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (Macroproyecto UNAM 2007-2009) –versión para investigación-. Facultad de Psicología. UNAM, México. Estatus socioeconómico (ESE) bajo: se propone la utilización de la definición propuesta por Flanagan y Layfield en 1999. Esta definición es comúnmente referida en la psicología del desarrollo y alude al nivel o al NSE, como una medida multidimensional resultado de la combinación del ingreso, de la educación y de la ocupación de los padres. De acuerdo a esta definición se propone evaluar el instrumento desarrollado por González-Salgado en 1967, reportado en la investigación en México por DeLicardie, E. R. y Cravioto, J en 1974; Ontiveros en el 2000 y Márquez en el 2007 y 2008; pero del cual no se han referido sus propiedades psicométricas ya que incluye la perspectiva multidimensional referida en una escala ordinal cuyo valor mínimo es 4 (estatus o nivel más alto) y máximo de 24 (estatus o nivel más alto) o la versión ajustada de la Ficha Socioeconómica utilizada en el Macroproyecto de la UNAM (Lucio, 2007) y por Barcelata en estudios previos sobre resiliencia y pobreza (2011).
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families. ). El instrumento completo consta de una primera parte o escalas de competencia, con reactivos mixtos (abiertos y de opción múltiple), y de una segunda parte con escalas que evalúan problemas de conducta y emocionales a través de 112 reactivos de 3 puntos. Las escalas de competencias evalúan el éxito al participar en diferentes actividades y contextos sociales. Las escalas de problemas identifican dos patrones generales de problemas externalizados como conducta de ruptura de reglas y agresión, y de internalizados, como depresión-ansiedad, depresión-introversión y problemas somáticos. Valencia y Andrade en el 2005, al adaptar la escala encuentran seis problemas más que no estaban en el YSR original, pero reportan menos factores. Uno para problemas externalizados y cinco para internalizados (Depresión, problemas somáticos, problemas de pensamiento, problema afectivos y de ansiedad). En este estudio se utilizará la versión completa en español editada por ASEBA y adaptada por la Universidad de Barcelona en el 2001, dirigida para población de habla hispana (latinoamericana) (Beltrán, 2011) que explora tanto las competencias como la presencia de problemas, dado el carácter de la investigación, a diferencias de otros estudios que al parecer utilizan una versión abreviada solo con los reactivos para evaluar patología.

- MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents Spanish for Mexico Translation Version 6.0. DSM-IV. (MINI-KID) (Sheehan D., Shytle D., Milo K., Janavas J. & Lecrubier, Y. 2010; De la Peña Olvera F., Esquivel –Adame G., Pérez González A., Palacios L, 2009). El MINI-KID es una breve entrevista estructurada de elección para el diagnóstico conforme al DSM-IV y CIE-10, se encuentra dividida en módulos identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica (A-X). La validez y confiabilidad del instrumento ha sido establecida con respecto al CIDI y la confiabilidad con respecto al KSADS (Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. 1997; Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D 1998).

#### **6.4 Consideraciones éticas**

El presente estudio se llevó a cabo de acuerdo a la declaración de Helsinki. Se hizo énfasis en el anonimato atendiendo a la Ley General de Salud en su artículo 13; así como en base al artículo 14 fracción 1. Este estudio se ajustó a los principios éticos que lo justifiquen en base a la fracción V y se contó con el consentimiento informado.

Este estudio no tiene características intervencionistas y no se sometió a los participantes a ningún riesgo que afectara su salud previa. Se presentó al comité de ética y vigilancia para su revisión y se contó con la aprobación del mismo. El aspecto ético de cada estudio realizado lleva una responsabilidad establecida, ya que nos aporta datos importantes de la vida de los pacientes que en muchas ocasiones no se les ha cuestionado, y sobre todo que esta información sea valorada y reservada para fines del estudio.

Los datos recolectados fueron manejados de manera confidencial, así como también el anonimato de las participantes. La información que se obtuvo solo tuvo el propósito de formación e investigación. Se les solicitó a las participantes y sus padres o tutores que firmaran una carta de consentimiento y asentimiento informado que se encuentra en el anexo de este documento y que fue previamente aceptado por el comité de ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

## **7. RESULTADOS.**

Se evaluaron a 65 sujetos de los cuales la mitad pertenecían al grupo de edad de adolescencia temprana entre 10 a 14 años y el resto a adolescencia tardía entre 15 a 19 años. El 56.9% (n=37) tenía una escolaridad secundaria y el 24.6% (n=16) cursaban tercero de secundaria. El 78.5% (n=51) eran estudiantes, el 3.1% (n=2) trabajan, el 9.2% (n=6) estudia y trabaja, y el 9.2% (n=6) no realiza ninguna actividad. El 85.2% (n=56) fueron de procedencia hospitalaria y el 13.8% (n=9) de la consulta externa. Ver tabla 1.

**Tabla 1. Características demográficas de los participantes**

<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>10 años</b>	<b>1</b>	<b>1.5</b>
<b>11 años</b>	<b>1</b>	<b>1.5</b>
<b>12 años</b>	<b>8</b>	<b>12.3</b>
<b>13 años</b>	<b>7</b>	<b>10.8</b>
<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>14 años</b>	<b>15</b>	<b>23.1</b>
<b>15 años</b>	<b>13</b>	<b>20</b>
<b>16 años</b>	<b>14</b>	<b>21.5</b>
<b>17 años</b>	<b>6</b>	<b>9.2</b>
<b>Escolaridad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Primaria</b>	<b>7</b>	<b>10.8</b>
<b>Secundaria</b>	<b>37</b>	<b>56.9</b>
<b>Bachillerato</b>	<b>21</b>	<b>32.3</b>
<b>Ocupación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estudia</b>	<b>51</b>	<b>78.5</b>
<b>Trabaja</b>	<b>2</b>	<b>3.1</b>
<b>Estudia y trabaja</b>	<b>6</b>	<b>9.2</b>
<b>Ninguna</b>	<b>6</b>	<b>9.2</b>
<b>Procedencia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Hospitalización</b>	<b>56</b>	<b>85.2</b>
<b>Consulta externa</b>	<b>9</b>	<b>13.8</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

La escolaridad del padre tuvo el siguiente comportamiento; bachillerato 24.6% (16), cabe mencionar que el 20% de la muestra no conoció al padre. Respecto a la escolaridad materna el mayor puntaje fue 36.9% (24) con educación secundaria, seguido con 33.5% (22) educación medio superior, hubo un 3.1% (2) que no tenía estudios de ningún tipo. Ver tabla 2

**Tabla 2. Escolaridad del padre y madre de los participantes**

<b>Característica</b>	<b>Padre N (%)</b>	<b>Madre N (%)</b>
<b>No estudió</b>	<b>3 (4.6)</b>	<b>2 (3.1)</b>
<b>Primaria</b>	<b>3 (4.6)</b>	<b>5 (7.7)</b>
<b>Secundaria</b>	<b>12 (18.5)</b>	<b>24 (36.9)</b>
<b>Bachillerato</b>	<b>16 (24.6)</b>	<b>22 (33.8)</b>
<b>Licenciatura</b>	<b>10 (15.4)</b>	<b>8 (12.3)</b>
<b>Posgrado</b>	<b>4 (6.2)</b>	<b>3 (4.6)</b>
<b>Desconoce</b>	<b>13 (20)*</b>	<b>-</b>

\*referente a que 20 de las participantes desconocían la escolaridad de sus padres

La ocupación del padre que con mayor frecuencia se presentó fue empleado/oficinista 30.8% (20) y la ocupación de la madre más frecuente fue ama de casa 33.8% (22). Ver tabla 3.

**Tabla 3. Ocupación padre y madre de los participantes**

<b>Característica</b>	<b>Padre N (%)</b>	<b>Madre N (%)</b>
<b>Desempleado</b>	<b>3 (4.6)</b>	<b>-</b>
<b>Subempleado/eventual</b>	<b>4 (6.2)</b>	<b>-</b>
<b>Obrero/campesino</b>	<b>11 (16.9)</b>	<b>4 (6.2)</b>
<b>Empleado/oficinista</b>	<b>20 (30.8)</b>	<b>14 (21.5)</b>
<b>Comerciante por su cuenta</b>	<b>13 (20)</b>	<b>15 (23.1)</b>
<b>Profesionista</b>	<b>2 (3.1)</b>	<b>5 (7.7)</b>
<b>Empresario/ejecutivo</b>	<b>3 (4.6)</b>	<b>1 (1.5)</b>
<b>Empleada doméstica eventual</b>	<b>-</b>	<b>3 (4.6)</b>
<b>Ama de casa</b>	<b>-</b>	<b>22 (33.8)</b>

El tipo de vivienda, la mayor frecuencia que se presentó, fue casa o vivienda independiente en terreno familiar con 27.75% (18), seguido del departamento en unidad habitacional con 24.6% (16). Ver tabla 4.

**Tabla 4. Tipo de vivienda de los participantes**

<b>Característica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Cuarto</b>	<b>5</b>	<b>7.7</b>
<b>Cuarto improvisado o vecindad</b>	<b>3</b>	<b>4.6</b>
<b>Departamento/unidad</b>	<b>16</b>	<b>24.6</b>
<b>Casa o vivienda independiente en terreno familiar</b>	<b>18</b>	<b>27.7</b>
<b>Casa en condominio</b>	<b>5</b>	<b>7.7</b>
<b>Casa sola</b>	<b>11</b>	<b>16.9</b>
<b>otra</b>	<b>5</b>	<b>7.7</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

Otras variable que se consideraron fueron: acceso a internet con un 52.3% (34) del total de la muestra, el ingreso mensual aproximado de la familia presentándose una mayor frecuencia los ingresos menores a \$1500 pesos 29.2% (19), seguido por el ingreso de \$1501 a \$3000 pesos 27.7% (18). Respecto al dinero que dan a cada participante para gastar se obtuvo una mayor frecuencia entre \$0 y \$20 pesos al día con 44.6% (29). Ver tabla 5,6 y 7.

**Tabla 5. Acceso a internet de las participantes**

<b>Característica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ni computadora, ni acceso</b>	<b>19</b>	<b>29.2</b>
<b>Tiene computadora, no acceso a internet</b>	<b>6</b>	<b>9.2</b>
<b>Acude a un servicio de internet de paga</b>	<b>5</b>	<b>7.7</b>
<b>Tiene computadora e internet</b>	<b>34</b>	<b>52.3</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

**Tabla 6. Ingreso mensual aproximado de la familia de las participantes**

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Menos de \$1500.00</b>	<b>19</b>	<b>29.2</b>
<b>De \$1501 a \$3000</b>	<b>18</b>	<b>27.7</b>
<b>De \$3001 a \$4500</b>	<b>7</b>	<b>10.8</b>
<b>De \$4501 a \$6000</b>	<b>4</b>	<b>6.2</b>
<b>De \$6001 a \$7500</b>	<b>2</b>	<b>3.1</b>
<b>De \$7501 a \$9000</b>	<b>4</b>	<b>6.2</b>
<b>Más de \$9000</b>	<b>5</b>	<b>7.7</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

**Tabla 7. Dinero que dan a cada participante para gastar**

<b>Característica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Nada</b>	<b>11</b>	<b>16.9</b>
<b>\$1 a \$10</b>	<b>6</b>	<b>9.2</b>
<b>\$11 a \$20</b>	<b>29</b>	<b>44.6</b>
<b>\$21 a \$50</b>	<b>11</b>	<b>16.9</b>
<b>\$51 a \$80</b>	<b>5</b>	<b>7.7</b>
<b>\$81 a \$100</b>	<b>2</b>	<b>3.1</b>
<b>Más de \$100 diarios</b>	<b>1</b>	<b>1.5</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

Dentro del rubro de los servicios médicos solicitados de la muestra, la mayor frecuencia fue de 33.8% (22) para servicios de cuota, IMSS o ISSSTE, seguido de un 21.5% (14) para centros de salud. En el tipo de transporte utilizado la mayor frecuencia fue de 45.3% (29) con micro y pesero, seguido de un 29.7% (19) a pie o bicicleta. Ver tabla 8.

**Tabla 8. Servicios de salud y transporte de las participantes**

<b>Cuando se enferman acuden a:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Centro de salud</b>	<b>14</b>	<b>21.5</b>
<b>Seguro social de cuota (IMSS, ISSSTE)</b>	<b>22</b>	<b>33.8</b>
<b>Seguro popular</b>	<b>7</b>	<b>10.8</b>
<b>Seguro médico privado</b>	<b>2</b>	<b>3.1</b>
<b>Seguro médico particular</b>	<b>9</b>	<b>13.8</b>
<b>Médico tradicional</b>	<b>2</b>	<b>3.1</b>
<b>Otro</b>	<b>8</b>	<b>12.3</b>

Tipo de transporte que se utiliza para ir a la escuela	N	%
A pie o en bicicleta	19	29.7
En micro o pecera	29	45.3
En metro	3	4.7
En taxi	2	3.1
La llevan en auto propio	11	17.2
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

La percepción subjetiva de las participantes se conformó de la siguiente forma: el 9.2% nunca tenían dinero suficiente para pagar el transporte, el 3.1% nunca tenía dinero suficiente para pagar las cuentas, el 18.5% nunca tenía dinero suficiente para la diversión y el 18.5% nunca tenía dinero suficiente para comprar regalos para navidad y otras fechas. Ver tabla 9.

**Tabla 9. Percepción subjetiva de ingresos de las participantes N=65**

Características	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca	Total
	N %	N %	N %	N %	N %
Dinero suficiente para comprar comida	31 (47.7)	20 (30.8)	13 (20)	-	64 (98.5)
Dinero suficiente para pagar transporte	22 (33.8)	23 (35.4)	13 (20)	6 (9.2)	64 (98.5)
Dinero suficiente para pagar las cuentas	23 (35.4)	19 (29.2)	20 (30.8)	2 (3.1)	64 (98.5)
Dinero suficiente para la diversión	7 (10.8)	16 (24.6)	29 (44.6)	12 (18.5)	64 (98.5)
Dinero suficiente para comprar regalos para navidad y otras fechas	11 (16.9)	17 (26.2)	30 (46.2)	6 (18.5)	64 (98.5)

En los diagnósticos realizados mediante MINI KID el episodio depresivo mayor actual tuvo una frecuencia de 72.3% (n=47), el episodio depresivo mayor pasado se presentó en 75.4% (n=49), trastorno depresivo mayor recurrente en 61.5% (n=40), distimia en 49.2% (n=32).

Respecto al comportamiento suicida se observó que la ideación suicida y autolesiones se presentó en 67.7% (n=44), el riesgo sobre el comportamiento suicida tuvo una frecuencia de riesgo bajo 20% (n=13), riesgo moderado 27.7% (n=18), riesgo alto 30.8% (n=20). Cabe mencionar que casi la tercera parte de la muestra tuvo un comportamiento suicida de riesgo alto. El uso de sustancias se observó que la dependencia al alcohol se presentó en 3.1% (n=2), el abuso de alcohol 7.7% (n=5), la dependencia de sustancias 12.3% (n=8), el abuso de sustancias en 9.2% (n=6). En el área de la conducta se observó que el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) mixto se presentó en 35.2% (n=23), TDAH hiperactivo/impulsivo con 6.2% (n=4), trastorno disocial con una frecuencia del 29.2% (n=19) y el trastorno negativista desafiante 70.8% ó sea casi tres cuartas partes de la muestra (n=46). Ver tabla 10.

**Tabla 10. Frecuencias de trastornos psiquiátricos realizados por MINI KID**

<b>Trastornos afectivos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Episodio depresivo mayor pasado</b>	<b>49</b>	<b>75.4</b>
<b>Episodio depresivo mayor actual</b>	<b>47</b>	<b>72.3</b>
<b>Distimia</b>	<b>32</b>	<b>49.2</b>
<b>Trastorno depresivo mayor recurrente</b>	<b>40</b>	<b>61.5</b>
<b>Comportamiento suicida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ideación suicida y autolesiones</b>	<b>44</b>	<b>67.7</b>
<b>Riesgo alto</b>	<b>20</b>	<b>30.8</b>
<b>Riesgo moderado</b>	<b>18</b>	<b>27.7</b>
<b>Riesgo bajo</b>	<b>13</b>	<b>20</b>
<b>Trastornos ansiosos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Agorafobia</b>	<b>10</b>	<b>15.4</b>
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	<b>25</b>	<b>38.5</b>
<b>Trastorno de angustia de por vida</b>	<b>17</b>	<b>26.2</b>
<b>Trastorno de angustia actual</b>	<b>11</b>	<b>16.9</b>
<b>Trastornos ansiosos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Trastorno de ansiedad</b>	<b>14</b>	<b>21.5</b>

de separación		
Fobia social generalizada	7	10.8
Específica	11	16.9
No generalizada	3	4.6
Trastorno por estrés postraumático	7	10.8
Dependencia de sustancias	8	12.3
Abuso de sustancias	6	9.2
Abuso de alcohol 7.7% (n=5),	5	7.7
Dependencia del alcohol	2	3.1
<b>Trastornos conductuales</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trastorno oposicionista desafiante	46	70.8
TDAH mixto	23	35.2
Trastorno disocial	19	29.2
TDAH hiperactivo/impulsivo	4	6.2
<b>Trastornos de alimentación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Anorexia nerviosa	15	23.1
Bulimia nerviosa	8	12.3
Anorexia nerviosa con atracones de comida/purgas	4	6.2
<b>Trastornos psicóticos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trastorno del humor con rasgos psicóticos	2	3.1
Trastorno psicótico de por vida	1	1.5

Las participantes que tuvieron de 1 a 3 diagnósticos fue el 3.1% (2), de 4 a 8 diagnósticos el 86.2% (56) y mayor a 8 diagnósticos el 10.8% (7). Ver tabla 11. La mayor frecuencia de número de diagnósticos 4 y 7 diagnósticos 13.8% (9). Ver tabla 12.

**Tabla 11. Clasificación por número de diagnósticos presentes en las participantes**

Grupo	N	%
De 1 a 3 diagnósticos	2	3.1
De 4 a 8 diagnósticos	56	86.2
Mayor de 8 diagnósticos	7	10.8
Total	65	100

**Tabla 12. Frecuencia de diagnósticos psiquiátricos de las participantes**

Número de diagnósticos	N	%
2 diagnósticos	5	7.7
3 diagnósticos	5	7.7
4 diagnósticos	9	13.8
5 diagnósticos	8	12.3
6 diagnósticos	6	9.2
7 diagnósticos	9	13.8
8 diagnósticos	8	12.3
9 diagnósticos	2	3.1
10 diagnósticos	2	3.1
11 diagnósticos	4	6.2
12 diagnósticos	3	4.6
14 diagnósticos	3	4.6
16 diagnósticos	1	1.5

El YSR (Youth Self Report), marca dimensiones o áreas internalizadas (ansiedad/depresión, introversión/depresión), externalizadas (comportamiento agresivo, ruptura de reglas) y otras (otros problemas, problemas mentales, problemas de atención y problemas sociales), Dentro de nuestra muestra se utilizó la media como referencia sobre la mayor o menor presencia de cada dimensión). Las áreas de mayor frecuencia fueron las internalizadas con una media de 23.65, dentro de sus subescalas ansiedad/depresión 11.2, introversión/depresión 5.97 y quejas somáticas 7. Respecto a las áreas externalizadas la mediana fue de 16 y en sus subescalas comportamiento agresivo 11 y ruptura de reglas 6. Otros problemas, problemas mentales y problemas sociales se mantuvieron con una media de 5.75 y problemas de atención 7.69. Ver tabla 13.

**Tabla 13. Áreas o dimensiones del Youth Self Report**

Área	Valor	Valor	Media	Mediana	Desviación
------	-------	-------	-------	---------	------------

	<b>Máximo</b>	<b>Mínimo</b>			<b>estándar</b>
<b>Internalizados</b>	<b>55</b>	<b>1</b>	<b>23.65</b>	<b>22</b>	<b>13.69</b>
<b>Ansiedad/depresión</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>11.2</b>	<b>11</b>	<b>6.76</b>
<b>Introversión/depresión</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>5.97</b>	<b>5</b>	<b>3.78</b>
<b>Quejas/somáticas</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>6.48</b>	<b>7</b>	<b>4.45</b>
<b>Externalizados</b>	<b>54</b>	<b>2</b>	<b>18.65</b>	<b>16</b>	<b>11.75</b>
<b>Comportamiento agresivo</b>	<b>32</b>	<b>1</b>	<b>11.51</b>	<b>11</b>	<b>7.38</b>
<b>Ruptura de reglas</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>7.14</b>	<b>6</b>	<b>5.07</b>
<b>Problemas mentales</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>7.02</b>	<b>6</b>	<b>5.14</b>
<b>Problemas de atención</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>7.69</b>	<b>7</b>	<b>3.89</b>
<b>Problemas sociales</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>6.68</b>	<b>6</b>	<b>4.29</b>
<b>Otros problemas</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>5.75</b>	<b>6</b>	<b>2.93</b>

## **8. Discusión.**

### **Características sociodemográficas.**

La muestra de este estudio se conformó de 65 pacientes las cuales casi la mitad eran adolescentes tempranas y el resto tardías<sup>27</sup>. Nuestra muestra fue clínica con una predominante procedencia hospitalaria (85.2%), por lo que suponemos que es un grupo con mayor vulnerabilidad, que la muestra clínica no hospitalizada (consulta externa).

Respecto a los datos sociodemográficos de las participantes el 21.5% tiene una carga social extra ya que trabajan, estudian y trabajan o no tiene ninguna actividad. Esto último es bien conocido como un factor de riesgo, ya que en el abandono escolar el adolescente no encuentra la posibilidad de una autoafirmación positiva, al disminuir las posibilidades de comprobar sus destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades. Por otro lado, el estudiar y trabajar aumenta considerablemente las responsabilidades<sup>29</sup>.

En una investigación longitudinal de las vías para la resistencia y la mala adaptación de la infancia al final de la adolescencia, Masten y sus colegas encontraron que el mejor funcionamiento intelectual del adolescente se relacionaba con los recursos de los padres y se asociaron con buenos resultados a través de una variedad de ámbitos de competencia, incluso en el contexto de adversidad crónica grave<sup>29</sup>. En nuestra muestra, la mayor frecuencia de la escolaridad paterna fue de educación media superior con un 24.6%, la escolaridad materna mayoritaria fue de nivel secundaria con un 36.9%, la ocupación del padre más frecuente fue empleado u oficinista con un 30.8% y la de

la madre de ama de casa 33.8% y comerciante por su cuenta con un 23.1%. Estos resultados confirman lo dicho en el Informe Mundial sobre Desarrollo 2012, sobre Igualdad de Género y Desarrollo, donde se menciona que sigue existiendo disparidades de género considerables como son en la segregación de la actividad económica, el tener menores ingresos, la escolaridad, diferencias en cuanto responsabilidades en tareas domésticas, bienes y capacidades de acción en hombres y mujeres. Datos que se observan en los padres y madres de este estudio.

Así mismo en un estudio sobre estatus socioeconómico bajo y trastornos mentales<sup>29</sup>, se menciona que los trastornos pueden pasar a la descendencia, ya sea a través de la socialización o de factores biológicos, que juegan hasta ahora un papel que no podemos dejar pasar por alto<sup>30,32</sup>. También existe una poderosa reproducción de la estructura de clases y la desigualdad social hacia la descendencia. Estos procesos selectivos dan como resultado que si en nuestra muestra el papel de las madres de las participantes está basado en disparidades de género, estos mismos patrones se podrían reproducir en su descendencia. Así el supuesto de la causalidad social será un mecanismo que tiene gran influencia en patrones intra e intergeneracionales<sup>32</sup>.

El tipo de vivienda más frecuente entre las participantes fue casa o vivienda independiente en terreno familiar con un 27.7%, la gran mayoría solo con dos cuartos 26.2%, entre 3 y 8 focos 24.6% y entre 5 y 6 personas en mayor frecuencia 35.8%<sup>30</sup>. Según INEGI 2010, el promedio de ocupantes por vivienda es de 3.9, el tipo de vivienda independiente ocupa el segundo lugar después de la vivienda particular en el país, lo que nos hace inferir que la mayoría de las participantes viven en hacinamiento y en familias extensas. Respecto al número de cuartos permite estimar el total del espacio disponible en la vivienda, mientras que con el número de dormitorios se puede medir la densidad habitacional y cuantificar el déficit de vivienda cuando se les relaciona con el número de ocupantes. En nuestra muestra la gran mayoría solo contaba con dos cuartos.

El estudio de las características de las viviendas permite acercarse a las condiciones en que se desenvuelve la población que en ellas reside. Así mismo, brinda elementos para la instrumentación de acciones encaminadas a su mejoramiento. Por lo que dentro de nuestra muestra se pueden observar carencias importantes en su vivienda.

## **Ingreso familiar.**

Así mismo, el 29.2% tiene un ingreso familiar menor a \$1500 pesos y el 27.7% un ingreso menor de \$3000 pesos. En el 2010, el INEGI reportó que el salario mensual en el distrito federal y área metropolitana va de \$1600 a \$1723 pesos. Esto quiere decir, que más de la mitad de nuestra muestra tiene de un salario mínimo a dos. Cabe mencionar que también se sabe que el ingreso total de las familias Mexicanas tiene un ingreso cercano del 20% de recursos en especie, lo que nos podría hacer pensar que dentro de nuestra muestra también tiene este ingreso. Sin embargo esto no es medible y deja a nuestra muestra dentro de un sector de población de falta de ingresos básicos.

En la muestra el 52.3% de las participantes tiene una computadora y acceso a internet, se sabe que la disponibilidad de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) hace referencia a los aparatos o servicios que permiten la recepción y reproducción de señales, el procesamiento de datos y la comunicación humana a distancia. En este conjunto se considera: radio, televisor, computadora, línea telefónica fija, teléfono celular e Internet. Su acceso en las viviendas posibilita tener aproximaciones al grado de integración de dichas tecnologías en la vida cotidiana de la población. La presencia de bienes y TIC en la vivienda refleja mejores condiciones económicas y de mayor consumo, es por ello que la información se usa para obtener indicadores de bienestar, acceso a los medios de comunicación y también para la planeación empresarial de fabricantes, distribuidores y vendedores<sup>26</sup>. En nuestra muestra esto puede ser un reflejo de que un poco más de la mitad de las participantes, tienen mejores condiciones económicas; sin embargo no es el único indicador medible.

El 43.1% solo vive con su madre, el 20% de las participantes no conocieron a su padre, de acuerdo al INEGI en el 2005 se reportó que en los últimos 45 años los hogares con jefatura femenina ha ascendido considerablemente de menos de 1 millón a más de 5.7 millones de hogares<sup>30</sup>.

El 44.6% de las participantes tiene bajo gasto al día proporcionado por sus padres, el 62.2% acude a atención médica a servicios públicos, el 81.5% utiliza transporte público. Sin embargo entre el 10 y 20% de la muestra tiene una percepción de que nunca tiene el dinero suficiente para transporte, regalos y diversión. El ingreso que necesita un hogar para su subsistencia, depende de la cantidad de integrantes que componen el hogar, del sexo, la edad y el tipo de actividad que desarrollan. Por esta razón, los ingresos de los hogares no son directamente comparables. Al evaluar el consumo de un hogar es posible en la medida que existen un conjunto de bienes (por ejemplo vivienda, vestido y enseres domésticos, entre muchos otros) que pueden ser compartidos por los integrantes

del hogar de tal manera que el costo de la vida de una persona es menor cuando vive en compañía de otras que cuando vive sola<sup>26</sup>. Si hemos referido que cerca de la cuarta parte de la muestra tiene un ingreso menor a 1 salario mínimo, es de esperarse que nunca tengan dinero suficiente para otros gastos como transporte, diversión y regalos, lo que nos hace inferir que esta proporción de participantes viven con muchas limitaciones económicas.

Tras estos datos es importante mencionar que algunos argumentos para clasificar las clases sociales en México se basan en los porcentajes de población con acceso a bienes de consumo durables tales como los electrodomésticos y los de contenido tecnológico (telefonía celular); otras mediciones basadas sólo en criterios económicos establecen algún rango más o menos arbitrario alrededor de la mediana de los ingresos per cápita (mediciones relativas)<sup>30</sup>.

Los resultados obtenidos al término de la primera década del siglo XXI muestran que en 42.4% de los hogares en donde vive 39.2% de la población total del país son de clase media. Por su parte 2.5% de los hogares son de clase alta viviendo en ellos 1.7% de la población del país, mientras que en el otro lado del espectro social se tiene al 55.1% de los hogares donde desarrolla su vida 59.1% de la población mexicana. Con los datos antes mencionados podemos asumir que nuestra población pertenece a este último estrato.

### **Trastornos mentales y diferencias de género.**

Dentro de los diagnósticos realizados mediante MINI KID el episodio depresivo mayor actual tuvo una frecuencia de 72.3%, el episodio depresivo mayor pasado se presentaron en un 75.4%, la ideación suicida y autolesiones se presentó en un 67.7%, el riesgo sobre el comportamiento suicida tuvo una frecuencia de riesgo alto en un 30.8%. Dentro de los trastornos de ansiedad el que tuvo mayor frecuencia fue el trastorno de ansiedad generalizada con un 38.5%.

En los trastornos afectivos las diferencias de género encontradas con más frecuencia son la existencia de una mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres y un peor pronóstico en las mujeres: éstas parecen presentar con más frecuencia un curso más crónico y recurrente con episodios más largos. También se ha hallado una mayor comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos en mujeres.<sup>16</sup> Esto coincide con nuestro estudio donde las prevalencias más altas tanto en trastornos psiquiátricos por MIMI KID y áreas o dimensiones del YSR fueron los trastornos afectivos.

El trastorno negativista desafiante tuvo una de las frecuencias más altas con un 70.8%, casi tres cuartas partes de la muestra. Es importante comentar que estos resultados coinciden con lo reportado por Benjet<sup>13</sup> donde la mayor prevalencia de

trastornos fue fobias específicas y sociales, depresión mayor y trastorno negativista desafiante. En nuestro caso la mayor frecuencia fue de depresión mayor, trastorno oposicionista desafiante y por último trastorno de ansiedad generalizada, probablemente porque nuestra muestra fue clínica.

El Youth Self Report nos brinda áreas o dimensiones de trastornos internalizados y externalizados cada uno con subescalas. Dentro de la muestra en los trastornos internalizados su mayor frecuencia fue del 46.2% y dentro de las subescalas ansiedad/depresión se presentó mayormente en un 53.8% y quejas somáticas en un 55.4%.

Es bien sabido que en términos de desigualdad de género las mujeres, están mayormente expuestas a riesgos como cargas sociales, culturales, económicas, además se ha confirmado que las mujeres de estratos socioeconómicos desprotegidos tienen mayor dificultad para acceder a servicios de salud. Así, las mujeres presentaron prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses<sup>6</sup> y los tres principales trastornos que presentaron son la fobia específica, la fobia social y el episodio depresivo mayor.

En las áreas externalizadas su mayor presencia fue en un 40% y en las subcategorías el comportamiento agresivo y la ruptura de reglas se presentó en un 44.6%, otro tipo de problemas se presentaron hasta en un 56.9%. Dentro de las dimensiones externalizadas o trastornos de conducta se ha reportado<sup>31</sup> una prevalencia de hasta el 54% de conductas externalizadas en muestras clínicas con el YSR tomando como referencia puntuaciones normalizadas, en nuestro caso tomamos en cuenta puntuaciones crudas y una frecuencia de 40%.

Si tenemos un enfoque de la psicopatología del desarrollo de la adolescencia derivada de la investigación en diversas condiciones de "alto riesgo" y trastornos psicopatológicos podríamos explicar que nuestra muestra pertenece a un nivel socio económico bajo presenta mayor riesgo y por tanto pueden tener menos probabilidades de haber desarrollado las habilidades sociales y cognitivas que les ayudarán más adelante cuando se encuentran con la transición de la adolescencia, ósea una forma menos adaptativa<sup>32</sup>.

## **9. CONCLUSIONES**

Se concluyó que la muestra dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en el área de hospitalización es proporcional entre adolescentes tempranas y tardías, aunque la mayoría estudia, existe una proporción no despreciable de adolescentes mujeres con cargas que las exponen a riesgos como son estudiar y trabajar o no realizar ninguna actividad. Sin embargo hubo una pequeña proporción de participantes de consulta externa de las cuales se deben de estudiar sus características.

La gran mayoría pertenece a un estrato socioeconómico bajo, con escasos ingresos, que pudiera llegar a condicionar poco apego a los diferentes tratamientos establecidos en nuestro hospital.

Existen disparidades dentro de la escolaridad de los padres, ya que las madres en la gran mayoría de los casos tienen una educación menor, así como empleos con mala o incluso sin remuneración económica. Casi la tercera parte de la muestra tiene una jefatura femenina, que cumplen condiciones de menores ingresos y educación lo que los expone a perpetuar un estrato socioeconómico bajo

Nuestros resultados no distan mucho de lo que ya es bien sabido sobre la depresión respecto a que tuvieron prevalencias alta y que a menor edad de inicio, peor es el pronóstico y tiende a la cronicidad. Otro de los diagnósticos más frecuentes fue el trastorno oposicionista desafiante, lo que puede condicionar que las pacientes no solo presentan trastornos afectivos severos, sino también problemas conductuales importantes, que pudiera estar relacionado con el hecho de llegar a requerir una intervención del tipo hospitalización.

Lo reportado en este estudio es diferente a lo referido por Benjet<sup>13</sup> respecto a los diagnósticos de mayor prevalencia para población comunitaria, por lo que es necesario realizar más estudios sobre cuáles son los factores que impactan en estas adolescentes para tener una peor evolución y probable mal pronóstico; para así poder realizar mejores intervenciones a estos niveles, y poder mejorar la salud mental de nuestra población clínica en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

## **10.LIMITACIONES**

Dentro de las limitaciones de este estudio se pueden señalar el tamaño de la muestra y que el estudio solo es transversal y podría no tener asociaciones entre psicopatología y estatus socioeconómico definitivas, que se podrían observar en caso de ser un estudio de seguimiento o longitudinal. Nuestra población fue casi exclusivamente de participantes hospitalizadas, lo que podría aumentar el número de diagnósticos con mayor gravedad, como es el caso del comportamiento de riesgo, ya que no solo pertenecen a una población clínica; sino también con criterios de internamiento en su gran mayoría con ideación suicida y conductas oposicionistas. Por último no evaluamos otros factores de riesgo o protección solo nos enfocamos en el estatus socioeconómico y podrían existir factores con mucha más relevancia. Por lo que sugerimos se realicen nuevos estudios sobre estas mismas variables y otras que pudieran ser factores predisponentes.

## 11. BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el Desarrollo Mundial. Panorama General. Igualdad de Género y desarrollo. 2012
2. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de Servicios de Salud en la República Mexicana. 2011
3. Organización Mundial de la Salud. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. 2005
4. Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y Diagnóstico de Depresión en Población Adulta en México. *Salud Pública de México*. 2005; Vol. 47(sup 1):4-11
5. Organización Mundial de la Salud. UNAM “Enfermedades mentales: cuando las voces imaginarias y los fantasmas se vuelven reales”, *Gaceta Biomédicas, Instituto de Investigaciones Biomédicas*. 2004
6. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz C, et al. Mexican National Comorbidity Survey (NCS-Mexico): an overview of design and field procedures. *World Health Organization's (WHO) World Mental Health Surveys Initiative*. 2003;1-13.
7. Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz, C., Lara C, Zambrano-Ruiz J, Ramos L. Prevalencia de sucesos violentos y trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*. 2005; 47(1), 8-22.
8. Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, Benjet C, Rojas E, Zambrano J, Villatoro J, Aguilar- Gaxiola S. Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *The Pan American Journal of Public Health*. 2006; 19(4), 265-276.
9. Benjet C., Borges G, Medina-Mora, M.-E, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*. 2004; 46, 417-424.
10. Borges G, Medina-Mora M.-E, López S. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*. 2004; 46(5), 451-463.
11. Aguilar-Gaxiola S, Medina-Mora ME, Magana C, Vega, W.A, Alejo-Garcia C, Quintanar T. R, Vazquez L, Ballestros, Ibarra J, Rosales H. Illicit drug use in Latin America: Epidemiology, service use, and HIV. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006; 84(suppl 1), S85-93.
12. Fleiz C, Borges G, Rojas E, Benjet C, Medina-Mora M.E. Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental*. 2007; 30(5), 63-72.
13. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M.-E, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, Cruz C. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2009;31:155-163

14. OMS. "Promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales: soluciones adoptadas en los países", en Ciudadanos marginados. Abril de 2006
15. Benjet C, Borges G, Medina-Mora, ME. DSM-IV Personality disorders in Mexico: results from a general population survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008; 30(3), 227-34.
16. Rodié J. Diferencias de Género en los estados de ánimo: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatria*. 2001; 29(4):269-274.
17. Romero M. Saldívar G, Loyola L, Rodríguez E, Galván J. Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión. *Salud Mental*. 2010;33:499-506
18. Kendler S, Myers J, Prescott C, .Diferencias de sexo en la relación entre el apoyo social y el riesgo de depresión mayor: un estudio longitudinal de parejas de gemelos de sexo opuesto. *Am J Psychiatry*. Mayo 2005; 283
19. Berenzon S, Tiburcio M, Medina –Mora ME. Variables Demográficas Asociadas a la Depresión: Diferencias entre Hombre y Mujeres que Habitan en Zonas Urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*. 2005; vol28. No.6
20. González-Pacheco I, Lartigue T, Vázquez G. Estudio de casos y controles en un grupo de mujeres embarazadas con experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual. *Salud Mental*. 2008;31:261-270
21. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora Icaza ME. El papel del género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol en México. *Rev Panam Salud Pública*. 2008;23(4):231–6
22. Esnaola I, Rodríguez A, Goñi A. Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences. *Salud Mental*. 2010;33:21-29
23. Gonçalves H, González D, Araújo C, Anselmi L, Menezes AM. The impact of sociodemographic conditions on quality of life among adolescents in a Brazilian birth cohort: a longitudinal study. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2010; 28(2).
24. Kotliarenco MA, Cáceres I, Fontecilla M. Estado de Arte en Resiliencia. Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Julio 1997.
25. Reyes-Morales H, Gómez-Dantés H, Torres-Arreola L, Tomé-Sandoval P, Galván-Flores G, González-Unzaga MA, y Gutiérrez-Trujillo G. Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2009; 25(4).
26. INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). Julio, 2011.
27. OPS, Oficina Regional. División de Promoción y Protección en Salud. Programa de salud de la familia, población y salud del adolescente. Plan de

- acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas. 1998
28. Herrera P. Principales Factores de Riesgo Psicológicos y Sociales en el Adolescente. *Revista Cubana Pediátrica*. 1999; 71(1):39-42
  29. Miech R, Caspi A, Moffitt T, Entner-Wright B, Silva P. Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood. *American Journal of Sociology*. January 1999. Vol. 104, No. 4, pp. 1096-1131
  30. INEGI. Cuantificando la Clase Media en México: Un ejercicio exploratorio. 2005
  31. López-Soler C, Castro Sáez M, Alcántara López M, Fernández Fernández V, López Pina J. Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*. 2009; Vol. 21, nº 3, pp. 353-358
  32. Cicchetti D, Rogosch F. A Developmental Psychopathology Perspective on Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002; Vol. 70, No. 1, 6–20
  33. OMS (World Health Organization). “WHO Multi-country Study on Women’s Health and -Domestic Violence against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women’s Responses.” 1998
  34. División de Mejora Continua de la Calidad del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. 2011-2012.

## 12. ANEXOS

### Anexo 1

 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud  
y Hospitales de Alta Especialidad  
Servicios de Atención Psiquiátrica

**Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"**

**SALUD**  
SECRETARÍA  
DE SALUD

No. de oficio: CEI/138  
Asunto: Dictamen de aprobación.

México D.F. A 29 de Junio del 2012

**DRA. MA. ELENA MÁRQUEZ CARRAVEO**  
INVESTIGADOR PRINCIPAL

Comunico a usted que el Comité de Ética en Investigación, ha evaluado el protocolo titulado "*Adolescentes con problemas de salud mental: un enfoque de riesgo y de protección*", con clave en el hospital IIS/01/0412, en donde usted aparece como investigador principal, mismo que se encuentra derivado de un proyecto de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA-UNAM), denominado "*Evaluación de factores de riesgo y protección para la promoción de la resiliencia en adolescentes y familias*", con clave y registro PAPIIT IN303512-2, del cual es Responsable la Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte y Corresponsable la Lic. Margarita Villaseñor Ponce, profesoras de la Carrera de Psicología de la FES Zaragoza, UNAM.

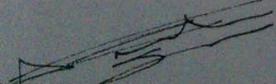
El Comité de Ética en Investigación decide dar al protocolo el carácter de **aprobado**.

En su caso sólo resta mencionar que en el apartado de confidencialidad en el consentimiento informado incluya una leyenda que aclare lo que sucederá con la información en caso de que quien participe decida retirarse.

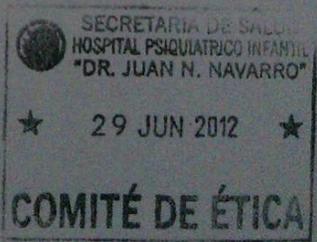
Tengo a bien recordarle que debe cumplir con la obligación de notificar a este comité sobre todo evento que reestructure las condiciones éticas del proyecto, de comunicar el inicio y fin del reclutamiento de sujetos de investigación y la finalización del estudio, así como también de entregar por escrito un informe final.

Debe tener presente que los compromisos que usted ha adquirido con el hospital incluyen la imprescindible devolución de los resultados a los participantes en el protocolo que son sujetos de estudio.

Atentamente

  
**PSICOTERAPEUTA JUAN ALBERTO SANEN LUNA**  
SECRETARIO DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Ccp. Dra. Dora María Pérez Ordaz - Directora del Hospital  
L. E. O. Lucía Arévalo Buenrostro - Secretaria de la Comisión de Investigación  
Archivo del Comité de Ética en Investigación

 SECRETARÍA DE SALUD  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL  
"DR. JUAN N. NAVARRO"  
★ 29 JUN 2012 ★  
**COMITÉ DE ÉTICA**

## Anexo 2



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud  
y Hospitales de Alta Especialidad  
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



Oficio: DI/CI/800/0612  
Asunto: Aprobación  
México, D.F., a 29 de Junio de 2012.

**DRA. JOSELYN GALÁN BASURTO  
PRESENTE**

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado "Evaluación de factores de riesgo y protección en adolescentes mujeres con trastornos mentales" registrado en esta División de Investigación como **proyecto derivado** del protocolo "Evaluación de factores de riesgo y protección para la promoción de la resiliencia en adolescentes y familias" con la clave **II3/01/0412/Ta**, como trabajo de tesis para obtener la Diplomación en la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia ha sido Aprobado.

Se notifican las siguientes obligaciones que adquiere en calidad de tesista:

- Entregar una copia del presente a sus tutores, así como a la División de enseñanza.
- Entregar un informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de noviembre del año en curso con firma de sus tutores, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.), así como su formato de registro de pacientes de su investigación.
- Entregar dos ejemplares del producto final de la tesis, uno para el área de investigación y otro como acervo para la biblioteca del hospital incluyendo los sellos de la biblioteca de la UNAM y del HPIDJNN.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

  
**Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo**  
Presidenta del Comité de Investigación

C.c.p Registro de productividad del HPIDJNN  
Archivo.

### Anexo 3

#### Asentimiento Informado

##### **Título de la investigación: Descripción de condiciones socioeconómicas en adolescentes mujeres con trastornos mentales**

Yo \_\_\_\_\_ he sido invitado a participar voluntariamente en un estudio de investigación para evaluar factores personales, familiares y sociales que pudieran relacionarse con un riesgo de problemas de salud mental o con factores protectores, que disminuyan la intensidad de esos problemas.

He sido valorado en esta institución por el médico especialista del servicio de admisión y urgencias y me dieron como diagnóstico algún tipo de problema de salud mental, que requiere atención en esta institución.

Para iniciar con la investigación se le aplicarán instrumentos tipo cuestionario. Dichos cuestionarios miden la intensidad de problemas como la depresión, la ansiedad, los problemas de atención o la conducta disruptiva. Este cuestionario se aplicará en 2 formatos, uno es llenado por el paciente (mi hijo/a) y se llama "Autoinforme de comportamiento de jóvenes", y otro es llenado por los padres (yo), "Inventario del comportamiento de niños(as) para padres".

También se aplicarán cuestionarios que evalúan el estilo de respuesta al estrés, la presencia de eventos de vida significativos, aspectos del funcionamiento familiar, la percepción de apoyo, y la presencia de situaciones de apuro económico. Los instrumentos se llaman: Escala de Percepción de Ingreso Económico, Sucesos de Vida, Escala de Apreciación de Apoyo Social, Evaluación de Relaciones Intrafamiliares, Escalas de Afrontamiento para Adolescentes, Estatus socioeconómico (ESE) bajo. Estas aplicaciones y las entrevistas de la investigación, no tienen costo para nosotros y serán aplicadas en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual.

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

**Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio:** Si tienes cualquier pregunta acerca de este estudio nos pondremos en contacto con la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, que se encuentra en la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", o podemos localizarla en el teléfono 54 85 43 70, en el turno matutino (8.30 am a 3.30 pm).

**Derecho a retirarse del estudio:**

Tú eres libre de retirarnos del estudio en cualquier momento sin que esto afecte la atención médica futura que se te otorgue en el hospital.

**Confidencialidad:**

La información se mantendrá confidencial. Los resultados de las evaluaciones pueden publicarse para fines científicos, siempre y cuando no se divulgue su identidad, además la información puede ser mantenida y procesada en una computadora.

**Firmas del Asentimiento Informado**

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

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del o la adolescente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del investigador responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma de la persona testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección

---

Relación con la participante

---

Nombre completo y firma de la persona testigo

---

Fecha

---

Dirección

---

Relación con la participante

## Anexo 4

### Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** Descripción de condiciones socioeconómicas en adolescentes mujeres con trastornos mentales

Mi hijo/a ha sido invitado/a a participar voluntariamente en un estudio de investigación para evaluar factores personales, familiares y sociales que pudieran relacionarse con un riesgo de problemas de salud mental o con factores protectores, que disminuyan la intensidad de esos problemas.

Mi hijo/a fue valorado/a en esta institución por el médico especialista del servicio de admisión y urgencias y le dieron como diagnóstico algún tipo de problema de salud mental, que requiere atención en esta institución.

Para iniciar con la investigación se le aplicarán instrumentos tipo cuestionario. Dichos cuestionarios miden la intensidad de problemas como la depresión, la ansiedad, los problemas de atención o la conducta disruptiva. Este cuestionario se aplicará en 2 formatos, uno es llenado por el paciente (mi hijo/a) y se llama "Autoinforme de comportamiento de jóvenes", y otro es llenado por los padres (yo), "Inventario del comportamiento de niños(as) para padres".

También se aplicarán cuestionarios que evalúan el estilo de respuesta al estrés, la presencia de eventos de vida significativos, aspectos del funcionamiento familiar, la percepción de apoyo, y la presencia de situaciones de apuro económico. Los instrumentos se llaman: Escala de Percepción de Ingreso Económico, Sucesos de Vida, Escala de Apresiasi3n de Apoyo Social, Evaluaci3n de Relaciones Intrafamiliares, Escalas de Afrontamiento para Adolescentes, Estatus socioecon3mico (ESE) bajo. Estas aplicaciones y las entrevistas de la investigaci3n, no tienen costo para nosotros y ser3n aplicadas en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual.

#### **Beneficios del estudio:**

El beneficio es que mi hijo/a recibir3 una valoraci3n adicional sobre su problem3tica que apoyar3 a su tratamiento en el hospital. Los resultados de la valoraci3n se agregar3n al expediente cl3nico, y de ah3 el m3dico tratante podr3 consultarlos para enriquecer el plan terap3utico habitual en el hospital.

**Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio:**

Si mi hijo/a y yo tenemos cualquier pregunta acerca de este estudio nos pondremos en contacto con la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, que se encuentra en la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, o podemos localizarla en el teléfono 54 85 43 70, en el turno matutino (8.30 am a 3.30 pm).

**Derecho a retirarse del estudio:**

Mi hijo/a y yo somos libres de retirarnos del estudio en cualquier momento sin que esto afecte la atención médica futura de mi hijo/a en el hospital. Si deseo retirar a mi hija del estudio debo notificarlo a la Dra. Ma. Elena Márquez.

**Confidencialidad:**

La información obtenida de mi hijo/a se mantendrá confidencial. Los resultados de las evaluaciones de mi hijo/a pueden publicarse para fines científicos, siempre y cuando no se divulgue su identidad, además la información puede ser mantenida y procesada en una computadora.

**Firmas del Consentimiento Informado**

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

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del o la adolescente

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

Nombre completo y firma de la madre o tutor

---

Fecha

---

Nombre completo y firma del padre o tutor

---

Fecha

---

Nombre completo y firma del investigador responsable

---

Fecha

---

Nombre completo y firma de la persona testigo

---

Fecha

---

Dirección

---

Relación con la participante

---

Nombre completo y firma de la persona testigo

---

Fecha

---

Dirección

---

Relación con la participante

# M.I.N.I. KID

## MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

USA: D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo  
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, T Hergueta.  
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Versión en Español:

USA: M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto  
University of South Florida - Tampa

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias de la MINI para su uso personal.

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el "Medical Outcome Systems, Inc" en [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com)

También está disponible gratuito a través del "Medical Outcome Systems, Inc" en [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com)

- MINI cambios, adelantos & revisiones
- Traducciones de la MINI en más de 30 idiomas
- La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias
- La MINI Plus para la investigación
- La MINI Kid para niños y adolescentes
- La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamiento

MINI KID (1.1) 1 de enero del 2000.

-1-

# UNAM

## CUADERNILLO PARA ADOLESCENTES

v. 2012

Somos un grupo de psicólogos de la UNAM que estamos llevando una serie de evaluaciones como parte de una investigación (PAPIIT IN303512-2) y trabajos con adolescentes y sus familias para desarrollar programas de prevención y apoyo en diferentes áreas. Cualquier pregunta o inquietud al respecto podemos aclararla con gusto.

El objetivo de este cuestionario es indagar sobre algunas situaciones que tienen que ver con los adolescentes para conocerlos mejor. Tus respuestas son **anónimas**. La **información** será **totalmente confidencial**. Ni tus papás, ni la escuela, tendrán acceso a la información que nos proporcionas de manera individual. De tu **participación sincera y honesta** se podrán derivar recomendaciones muy útiles para los adolescentes como tú y sus familias.

### RECOMENDACIONES GENERALES

- Contesta abiertamente lo que tú piensas ya que **no hay respuestas buenas o malas**, ni calificación, ni sanciones.
- **No hagas marca alguna en este cuadernillo**. Todas las respuestas tendrán que ser anotadas en la hoja especial de repuestas.
- Hay **diferentes secciones** con opciones diferentes para contestar. Antes de contestar **lee con cuidado cada una de las instrucciones específicas** para cada sección
- Todos los **cuestionarios son individuales**. Por favor contesta en silencio y no comentes tus respuestas con tus compañeros
- Si tienes alguna **duda** al respecto de las preguntas, frases o palabras empleadas, levanta la mano; **con confianza pregúntanos**, y con mucho gusto te orientaremos en tu lugar.

**¡GRACIAS POR PARTICIPAR!**

**SECCIÓN 1.**

Edad \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan situaciones en relación a ti y a tu familia.  
En las preguntas 1 y 2 puedes elegir **MÁS DE UNA OPCIÓN**:

<p><b>1. Vivo con:</b>                  a. Mi papá                  b. Mi mamá                  c. Mis hermanos                  d. Mis abuelos                  e. Mis tíos                  f. Mis primos                  g. Vivo solo</p>	<p><b>2. Vivo con:</b>                  a. Mi padrastro                  b. Mi madrastra                  c. Mis medios hermanos                  d. Padres adoptivos                  e. Tutores                  f. Con otras personas (amigos, compañeros de la escuela, etc)                  g. Ninguno de los anteriores</p>
---	--

**A partir de AQUÍ: ELIGE SOLO UNA OPCIÓN**

<p><b>3. El número de hermanos es:</b>                  a. No tengo hermanos                  b. Uno                  c. Dos                  d. Tres                  e. Cuatro                  f. Cinco                  g. Seis o más</p>	<p><b>7. Mi mamá estudió:</b>  <i>Si ya no vive ¿Cuáles fueron sus estudios?</i>                  a. No estudió                  b. Primaria                  c. Secundaria/Escuela técnica                  d. Preparatoria, bachillerato o bachillerato técnico                  e. Licenciatura/Escuela normal                  f. Posgrado (especialidad, maestría, doctorado)                  g. No lo conocí</p>
<p><b>4. La edad de mi papá es:</b>                  a. Menos de 30                  b. Entre 30 y 40 años                  c. Entre 41 y 50 años                  d. Entre 51 y 60 años                  e. Mayor de 61 años                  f. Mi padre ya falleció                  g. No lo conocí</p>	<p><b>8. La ocupación de mi papá es:</b>  <i>Si ya no vive ¿cuál era su ocupación?</i>                  a. Desempleado                  b. Subempleado/Eventual (a veces sí y a veces no)                  c. Obrero/campesino                  d. Empleado/oficinista                  e. Comerciante/ Por su cuenta                  f. Profesionista                  g. Empresario/Ejecutivo</p>
<p><b>5. La edad de mi mamá es:</b>                  a. Menos de 30                  b. Entre 30 y 40 años                  c. Entre 41 y 50 años                  d. Entre 51 y 60 años                  e. Mayor de 61 años                  f. Mi madre ya falleció</p>	<p><b>9. La ocupación de mi mamá es:</b>  <i>Si ya no vive ¿cuál era su ocupación?</i>                  a. Obrera/campesina                  b. Empleado/oficinista                  c. Comerciante/ Por su cuenta                  d. Profesionista                  e. Empresaria                  f. Empleado doméstica/Eventual                  g. Ama de casa</p>
<p><b>6. Mi papá estudió:</b>  <i>Si ya no vive ¿Cuáles fueron sus estudios?</i>                  a. No estudió                  b. Primaria                  c. Secundaria/Escuela técnica                  d. Preparatoria, bachillerato o bachillerato técnico                  e. Licenciatura/Escuela normal                  f. Posgrado (especialidad, maestría, doctorado)                  g. No lo conocí</p>	<p><b>10. El estado civil de mi papá es:</b>  <i>Si ya no vive ¿Cuál era su estado civil?</i>                  a. Casado                  b. Divorciado/Separado                  c. Viudo                  d. Soltero                  e. Unión libre                  f. Se volvió a casar                  g. No lo conocí</p>

<p><b>11. El estado civil de mi mamá es:</b>  <i>Si ya no vive ¿Cuál era su estado civil?</i></p> <p>a. Casada  b. Divorciada/Seperada  c. Viuda  d. Soltera  e. Unión libre  f. Se volvió a casar  g. No la conocí</p>	<p><b>17. Cuento con servicio de teléfono celular:</b></p> <p>a. No  b. Sí, mediante tarjeta de pre-pago aunque no siempre tengo crédito/saldo  c. Sí, mediante tarjeta de pre-pago y generalmente tengo crédito/saldo  d. Sí, mediante tarjeta de pre-pago y siempre tengo crédito/saldo  e. Sí, mediante plan de renta mensual</p>
<p><b>12. Vivo en:</b></p> <p>a. Cuarto  b. Cuartos improvisados o vecindad  c. Departamento/Unidad habitacional  d. Casa o vivienda independiente en terreno familiar  e. Casa en condominio horizontal  f. Casa sola (construcción independiente)  g. Otra</p>	<p><b>18. El ingreso mensual aproximado de mi familia es:</b></p> <p>a. Menos de \$1,500.00 pesos  b. De \$1,501 a \$3,000  c. De \$3,001 a \$4,500  d. De \$4,501 a \$6,000  e. De \$6,001 a \$7,500  f. De \$7,501 a \$9,000  g. Más de \$9,000.00 pesos</p>
<p><b>13. Tu vivienda cuenta con un total de:</b></p> <p>a. un cuarto  b. dos cuartos  c. tres cuartos  d. cuatro cuartos  e. cinco cuartos  f. seis cuartos  g. más de seis cuartos</p>	<p><b>19. El proveedor principal en mi familia es:</b></p> <p>a. Mi papá/padrastro  b. Mi mamá/madrastra  c. Ambos (padre y madre)  d. Mi(s) hermano(s)  e. Mis abuelos  f. Otro familiar (tíos,)  g. Yo/Me mantengo solo</p>
<p><b>14. El número total de focos en mi vivienda es:</b></p> <p>a. uno a dos focos  b. tres a cuatro  c. seis a ocho  d. nueve a diez  e. once a doce  f. trece a catorce  g. Más de catorce focos</p>	<p><b>20. Diariamente me dan (tengo) para gastar</b></p> <p>a. Nada  b. De \$ 1 a \$ 10  c. De \$ 11 a \$ 20  d. De \$ 21 a \$ 50  e. De \$ 51 a \$ 80  f. De \$ 81 a \$ 100  g. Más de \$100 diarios</p>
<p><b>15. El número de miembros de mi familia es (Inclúyete a ti):</b></p> <p>a. uno a tres personas  b. tres a cuatro  c. cinco a seis  d. siete a ocho  e. nueve a diez  f. once a trece  g. Más de trece personas</p>	<p><b>21. Mi ocupación es:</b></p> <p>a. Estudio  b. Estudio y trabajo  c. Solo trabajo  d. Trabajo de eventual  e. Ni estudio ni trabajo</p>
<p><b>16. Servicio de Internet</b></p> <p>a. No tengo computadora ni acceso a Internet  b. Tengo computadora (de escritorio y/o portátil) pero no tengo acceso a Internet  c. Acudo a un servicio de paga de Internet  d. Llevo mi computadora portátil a sitios de Internet públicos y me conecto a la red  e. Tengo computadora y acceso a Internet</p>	<p><b>22. En general he estado en escuela:</b></p> <p>a. Pública  b. Particular  c. Por cooperativa  d. De un patronato o fundación  e. Otro tipo</p>

<p>23. Mi promedio en el último año escolar fue:</p> <p>a. 10 b. 9 c. 8 d. 7 e. 6 f. 5 ó menos g. Me expulsaron/suspendieron</p>	<p>25. Cuando alguien en la familia se enferma vamos al o contamos con:</p> <p>a. Centro de Salud (Salubridad) b. Seguro social por cuota (IMSS, ISSSTE, otro) c. Seguro Popular d. Seguro médico privado e. Servicio médico particular (Clínica u Hospital privado) f. Médico tradicional (huesero, hierbero, etc.) g. Otro</p>
<p>24. Regularmente me transporto:</p> <p>a. A pie o en bici b. En micro o pesera c. En Metro d. En taxi e. Me llevan en auto propio f. Uso mi propio coche</p>	<p>26. El dinero que mi familia gana es:</p> <p>a. Mucho b. Suficiente c. Poco d. Menos de lo necesario para vivir</p>

## SECCION 2.

### INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas son sobre el modo cómo ves a TU FAMILIA. Cada pregunta tiene varias respuestas: a. "Nunca", b. "Algunas veces", c. "Casi siempre" y d. "Siempre". Debes escoger la respuesta que mejor explique la situación en tu familia. Antes de elegir la respuesta que más se parece a tu caso, lee cada pregunta con atención.

	Nunca a	Algunas Veces b	Casi Siempre c	Siempre d
27. Mi familia tiene suficiente dinero para comprar comida.	a	b	c	d
28. Mi familia tiene suficiente dinero para pagar el camión o transporte público o comprar gasolina para el coche	a	b	c	d
29. Mi familia tiene suficiente dinero para pagar las cuentas	a	b	c	d
30. Mi familia tiene suficiente dinero para mantener la casa arregiada	a	b	c	d
31. Mi familia tiene suficiente dinero para comprar útiles escolares	a	b	c	d
32. Mi familia tiene suficiente dinero para comprar la ropa que necesito	a	b	c	d
33. Mi familia tiene suficiente dinero para comprar la ropa que quiero	a	b	c	d
34. Mi familia tiene suficiente dinero para hacer cosas divertidas como ir al cine o comer en un restaurante	a	b	c	d
35. Mi familia tiene suficiente dinero para comprar regalos para Navidad y otras fechas	a	b	c	d

**NO CONTINÚES NI DES VUELTA A LA HOJA HASTA QUE SE TE INDIQUE**

## Youth Self-Report (YSR)

### Brief description

The **Youth Self-Report (YSR)** is one of a family of screening tools for behavioural and emotional problems in children and adolescents that comprise the Achenbach System of Empirically Based Assessments (ASEBA). The YSR is completed by the child or adolescent himself or herself, the Child Behavior Checklist (CBCL) is completed by parents and the Teacher's Report Form (TRF) by teachers. The 2001 revision yielded the YSR in its current form of 112 problem items in a six-month time period. The YSR is recommended for use only with children 11 years and older. The YSR, like the CBCL and the TRF, yields scores on eight empirically derived syndrome scales:

- anxious/depressed
- withdrawn/depressed
- somatic complaints
- social problems
- thought problems
- attention problems
- rule-breaking behaviour
- aggressive behaviour.

These group into two higher order factors: internalizing and externalizing.

The 2001 revision also added six DSM-oriented scales consistent with DSM diagnostic categories:

- affective problems,
- anxiety problems,
- somatic problems,
- ADHD,
- oppositional defiant problems
- conduct problems.

The YSR and the CBCL are also scored on (optional) competence scales for activities, social relations, school and total competence.

The YSR consists of 112 questions, scored on a three-point Likert scale (0=absent, 1= occurs sometimes, 2=occurs often).

