

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



TESIS:

Afrontamiento en adolescentes con psicopatología
con y sin antecedentes de abuso sexual

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

Carolina Conejo García

TUTORA:

Dra. María Elena Márquez Caraveo

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Carolina Conejo Garcia.

Correo electrónico: carol_c_g@hotmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. María Elena Márquez Caraveo

Correo electrónico: malenamarquezc@gmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al proyecto “Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención”, a cargo de la Dra. Blanca Barcelata y al programa PAPIIT IN 303714 financiado por la DGAPA- UNAM, con sede en FES Zaragoza, las facilidades proporcionadas para la realización de este proyecto de Tesis mediante la autorización para el uso de las escalas:

- Autoinforme del comportamiento de Jóvenes de 11 a 18 años – YSR/11-18- por sus siglas Youth Self Report. Manual for the ASEBE School. Age Form & Profiles. (Achendach & Rescorla, 2001)
- Cuestionario sociodemográfico [solo para investigación] En. Barcelata B (Comp.) Cuadernillo para Adolescents. México. PAPIIT IN303512. FES Zaragoza (Barcelata, 2012).

RESUMEN

Introducción: El abuso sexual infantil (ASI) involucra diferentes conductas hacia los infantes tales como violación, incesto, sexo comercial y explotación. Anualmente alrededor de 73 millones de niños y 150 millones de niñas menores de 18 años sufren algún tipo de violencia sexual en el mundo. En México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó en 2003: 27,301 niños y niñas maltratados; 1,255 de los cuales correspondieron a abuso sexual con una tasa de 4.6%.

Objetivo: Evaluar el estilo de afrontamiento de los adolescente que presentan algún trastorno psiquiátrico que acuden a una institución psiquiátrica con antecedente de abuso en comparación a los adolescentes sin antecedente de abuso sexual.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y comparativo, en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Se incluyeron a 124 adolescentes, se seleccionó a los adolescentes que acudieron a atención psiquiátrica, en los servicios de consulta externa y hospitalización, se evaluó la presencia de psicopatología por medio de MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes. (MINI - KID), se evaluó en antecedente de abuso sexual en los últimos 12 meses mediante el Cuestionario de Sucesos de Vida y se midió las estrategias y estilos de afrontamiento. Para el análisis estadístico se usó estadística descriptiva, frecuencias y proporciones.

Resultados: Los adolescentes con antecedente de abuso sexual obtuvieron puntuaciones más bajas en las estrategias del estilo productivo y puntuaciones más elevadas en el afrontamiento no productivo.

Conclusiones: es necesario investigar antecedente de abuso sexual en todos los adolescentes con psicopatología y desarrollar técnicas para que los adolescentes presenten un estilo de afrontamiento productivo

Palabras clave: Tipo de Afrontamiento, Abuso Sexual, Psicopatología.

ÍNDICE

Introducción.....	6
Marco teórico.....	7
Factores de riesgo y protección.....	10
Problemas psiquiátricos, conductuales y sexuales.....	13
Problemas médicos.....	15
Afrontamiento y abuso sexual.....	15
Planteamiento del problema.....	18
Justificación.....	18
Hipótesis.....	19
Objetivos.....	20
Material y métodos.....	20
Resultados.....	28
Discusión.....	33
Conclusión.....	37
Limitaciones y recomendaciones.....	37
Referencia bibliográfica.....	39
Anexos.....	43

ÍNDICE (TABLAS Y GRÁFICA)

Gráfica 1. Reporte de abuso sexual en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro” en el periodo de 2011 a Julio de 2016.	9
Tabla 1. Factores de riesgo y protección.....	12
Tabla 2. Descripción de variables.....	23
Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes con abuso sexual y sin abuso sexual.....	28
Tabla 4. Característica de la estructura familiar en los sujetos con y sin abuso sexual..	29
Tabla 5. Trastornos psiquiátricos en los sujetos con y sin abuso sexual.....	30
Tabla 6. Trastornos psiquiátricos por grupo de trastornos en los sujetos con y sin abuso sexual.....	31
Tabla 7. Estilos de afrontamiento en participantes con abuso sexual y sin abuso sexual.....	32

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida que implica por sí mismo varios retos en el desarrollo del individuo pues debe de adaptarse y asimilar cambios a nivel biológico, psicológico, emocional, familiar y social, ocurre en ambientes diversos tanto e apoyo como de adversidad que obstaculiza el desarrollo sano.

Muchas de las situaciones a las que se enfrentan los adolescentes pueden ser percibidas como estresantes. Dicha situación de estrés esta influida por factores individuales y factores externos como familiares, sociales y culturales.

El abuso sexual infantil (ASI) involucra diferentes conductas hacia los infantes tales como violación, incesto, sexo comercial y explotación. Anualmente alrededor de 73 millones de niños y 150 millones de niñas menores de 18 años sufren algún tipo de violencia sexual en el mundo. En México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó en 2003: 27,301 niños y niñas maltratados; 1,255 de los cuales correspondieron a abuso sexual con una tasa de 4.6%.

El afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y de comportamiento de un individuo dirigido a resolver un problema.

No todas las estrategias de afrontamiento tienen resultados benéficos, algunas facilitan el ajuste ante los estresores y otras incrementan el riesgo de mal adaptación.

El crecimiento postraumático se define como la experiencia individual de un cambio positivo y significativo que surge de una crisis que vive el sujeto. Estos cambios provocan mejoras significativas en el progreso psicológico de una persona que sufrió abuso sexual infantil. La curación de un evento de ASI es un proceso complejo y multifactorial que abarca desde la dinámica familiar hasta la comprensión y sentido que el paciente de al evento.

Es de suma importancia identificar las estrategia y el estilo de afrontamiento en adolescentes con la finalidad de desarrollar estrategias adecuadas a la resolución y afrontamiento de situaciones estresantes de la vida.

MARCO TEORICO

El ASI involucra diferentes conductas hacia los infantes tales como violación, incesto, sexo comercial y explotación¹.

De acuerdo al Centro de Control y Prevención de enfermedades (CDC Centers for Disease Control and Prevention, por sus siglas en ingles), el ASI se trata de cualquier acto sexual consumado o no, contacto sexual o explotación por parte de un cuidador hacia el menor.¹

El abuso sexual se define como "la participación de un niño en actividades sexuales que él o ella no comprende totalmente, es incapaz de dar su consentimiento informado, o para los que no está preparada desarrollo del niño, o de lo contrario que viole las leyes o tabúes sociales de la sociedad". Esto incluye cualquier tipo de contacto inapropiado, forzada por vía oral, genital o la penetración anal; la exposición forzada de las partes íntimas; forzar a mirar la anatomía sexual o pornografía, acoso sexual por parte de adultos, niños mayores, o los compañeros que están en una posición de poder sobre su víctima².

Existe un creciente reconocimiento de que las diferentes formas de violencia interpersonal tienen un gran impacto en la salud pública³.

La Organización Mundial de la Salud (WHO World Health Organization, por sus siglas en inglés) lo define como la participación de un niño en una actividad sexual la cual no alcanza a comprender en su totalidad, que no se encuentra en total capacidad de conceder consentimiento, para la cual el niño no se encuentra desarrollado mentalmente para acceder, o aquella que viole una ley o taboo social. Esta organización calcula que anualmente alrededor de 73 millones de niños y 150 millones de niñas menores de 18 años sufren algún tipo de violencia sexual en el mundo y que más de un 20% de las personas adultas ha experimentado algún tipo de abuso^{1,2}.

A nivel mundial, la prevalencia del abuso sexual infantil reportado varía de 2% a 62%, esta variación se explica por una serie de factores metodológicos incluyendo definición de abuso, el método de recolección de datos y el tipo de muestra evaluada³.

En algunas ocasiones no se reconoce su propia victimización y se estima que solo se conoce una pequeña proporción de los casos de abuso, ya que un gran número de estos no se

reportan a las autoridades. Se ha encontrado que el reporte del abuso varía con respecto a varios factores, el más dominante es con respecto al género, las mujeres reportan más que los hombres¹.

En 2006 el “World Report on Violence against Children” calculó que aproximadamente 150 millones de niñas y 73 millones de niños eran víctimas de ASI¹.

Según cifras del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 228 menores por hora son víctimas de ASI. Otros datos indican que alrededor de 2 millones de niños son explotados sexualmente en el mundo, son tratados como mercancía u objeto sexual^{4,5,6}.

En México, El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó en 2003, las cinco entidades federativas que sobrepasaron en porcentaje a la media nacional fueron: Quintana Roo con 147 casos de ASI (10.5%), Jalisco 85 casos ASI (9.1%), Michoacán 15 casos de ASI (7.4%), Sinaloa 180 casos de ASI (6.6%), Yucatán 217 casos de ASI (6.1%)^{4,5}.

Con foco en la adolescencia en México, en un estudio realizado en 2009 por Chávez Ayala en adolescentes estudiantes, se reportó que el 4.7% sufrieron abuso sexual ⁷. Lo cual corresponde a lo reportado en 1998 reportado por Ramos Lira, quien en un estudio realizado en adolescentes con consumo de sustancias la prevalencia de adolescentes víctimas de abuso sexual fue de 4.3%, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos⁸.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” se reporta el diagnóstico de problemas relacionados con el presunto abuso sexual declarado por el menor. Gráfica 1.

Gráfica 1. Reporte de abuso sexual en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro” en el periodo de 2011 a Julio de 2016.



Fuente: División de Mejor Continua de la Calidad del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, se consultó en Noviembre de 2016.

En la gráfica 1 la cual se realizó con el apoyo del servicio de estadística del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”; se observa que desde el año 2011 se lleva un registro de los problemas relacionados con el presunto abuso sexual declarado por el menor; se observó que tanto usuarios del sexo masculino como femenino lo reportaron; siendo más frecuente en el grupo de población de 0 a 9 años de edad. Así como el total de casos registrados ha aumentado en el transcurso de los años; cabe destacar que lo reportado en el año 2016 solo es el primer semestre.

En el año 2015, se otorgó atención psiquiátrica a 2,982 sujetos entre 10 a 17 años, en los diferentes servicios hospitalización y consulta externa, datos proporcionados por el servicio de estadística de dicha institución. Los casos reportados de abuso sexual en 2015 fueron en total 232, de estos 180 corresponden a sujetos entre 10 y 17 años, lo cual corresponde a una

prevalencia de 7.7%.

Se identificó que, durante el proceso de reporte del antecedente de abuso sexual en los adolescentes, se tienen limitaciones tanto en el reporte por los pacientes al no referirlo o acudir a esta institución por otra circunstancia, como segunda causa se puede inferir que el personal de salud no lo interrogado o reporta y por último se identifica que no se cuenta con un sistema de registro estadístico adecuado en la institución al no poderlo clasificar como primera causa de consulta al no pertenecer a un diagnóstico psiquiátrico.

Factores de riesgo y protección

Los diferentes modelos de estudios para investigación de factores de riesgo y de protección se basan principalmente en el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner de Desarrollo Humano⁹. Este marco coloca a los niños en el centro de múltiples esferas de influencia que interactúan entre sí. Más cercano al niño son las relaciones con los cuidadores y familia. Más distal son las formas en que los niños y la familia están influenciados por la escuela, la comunidad, la sociedad y la cultura. Los efectos acumulativos y contrapeso de riesgo y factores de protección dentro y fuera de las esferas, dependiendo de su gravedad y la fuerza, pueden provocar o prevenir el abuso infantil⁸. Esta teoría ecológica constituye un marco útil para examinar el riesgo y factores de protección para el abuso infantil¹⁰.

No hay una teoría que justifique el maltrato infantil, sin embargo existen diversas teorías que determinan factores que predisponen o protegen a los infantes de padecer abuso⁶.

Diversas investigaciones sugieren que varios factores individuales, tanto emocionales como cognitivos median los efectos de un evento traumático en los síntomas psicológicos. Muchos factores incluyendo el afrontamiento maladaptativo, la disregulación emocional y la culpa pueden ser fundamentalmente importantes para el entendimiento de la recuperación de un adulto que sobrevivió un episodio de abuso sexual infantil¹¹. Entre los factores individuales se han asociado a mayor riesgo ser parte de un grupo de menor edad, el género femenino, orfandad tanto materna como paterna, origen étnico. Factores secundarios que también resultaron estar asociados con las víctimas de abuso sexual fueron hiperactividad infantil, discapacidad infantil, trastornos externalizados e internalizados, consumo de alcohol y los intentos de suicidio. Otros factores son que los niños no asistían a la escuela, en adolescentes

tener dos empleos, trabajos de más de 8 horas y los que no tienen educación formal¹².

Algunas de las variables que determinan factores de riesgo pueden presentarse por parte de los padres y/o cuidadores como es la ausencia de vínculo con el menor, no cumplir con las expectativas paternas, ser un hijo no deseado, descuido, que ellos hayan sido abusados y/o maltratados en la infancia, la aplicación de castigos físicos, deficiencias físicas o mentales, consumo de sustancias, prácticas delictivas, aislamiento social, depresión, vivir con un solo padre, separación de los padres, cohabitar con padrastros, nivel educativo menor a bachillerato, padres añosos^{6,12}.

Existen factores de riesgo que predisponen al abuso como pueden ser un ambiente familiar estresante o con poco apoyo, presencia de abuso emocional y verbal; familia extensa, cohabitar con familia no nuclear, problemas de salud de algún integrante de la familia, ruptura familiar, violencia familiar, roles familiares inadecuados, inexistencia de redes de apoyo^{1,6,12}.

Los factores de riesgo asociado a la comunidad se relacionan con la residencia en zonas menos desarrolladas y las zonas rurales¹².

De la misma forma en la que se han identificado factores de riesgo, han resaltado factores que disminuyen el riesgo (factores protectores) a padecer abuso infantil.

Factores de protección individuales fueron el orden de nacimiento, empleo del padre como comerciantes o de altos funcionarios, el empleo de la madre como un alto funcionario, que viven con al menos un padre biológico, y vivir con la madre biológica antes de cumplir los 16 años; vínculos afectivos fuertes con los padres y /o cuidadores, buena atención de los padres durante el desarrollo del infante, educación que favorezca la resiliencia en los menores, afrontamiento productivo, conductas protectoras contra abuso de sustancias y conductas delictivas, ausencia de tensiones emocionales causadas por abusos^{6,12}.

El factor protector con mayor peso es la correcta función parental y cohesión familiar⁶.

A continuación, se resumen los factores de riesgo y protección en el abuso sexual (Tabla 1).

Tabla 1. Resumen factores de riesgo y protectores de abuso sexual en adolescentes.

Individuales	Parentales	Familiares	Sociales
Factores de riesgo			
Género femenino	Antecedente de maltrato	Problemas de salud de algún integrante de la familia	Inexistencia de redes de apoyo
Origen étnico	Deficiencia mental	Cohabitar con familia no nuclear	Zonas rurales
Menor edad	Deficiente física	Familia extensa	Residencia en zonas menos desarrolladas
Discapacidad infantil	Consumo de sustancias	Roles familiares inadecuados	-----
Disregulación emocional	Depresión	Poco apoyo familiar	-----
Afrontamiento maladaptativo	Padres añosos	Ambiente familiar estresante	-----
Culpa	Nivel educativo menor a bachillerato	Ruptura familiar	-----
Hiperactividad infantil	Castigos físicos	Violencia familiar	-----
Trastornos externalizados e internalizados	Practica delictiva	Presencia de abuso emocional y verbal	-----
Orfandad	Aislamiento social	-----	-----
Consumo de alcohol	No desear hijos	-----	-----
Intentos de suicidio	Ausencia de vínculo con el menor	-----	-----
Analfabetismo	No cumplir con las expectativas paternas	-----	-----
Adolescentes con dos empleos	Padre solos	-----	-----
-----	Cohabitar con padrastros	-----	-----
Factores protectores			
Orden de nacimiento	Vínculo estable.	Correcta función parental	-----
Resiliencia	Residencia con al menos 1 padre	Cohesión familiar	-----
Afrontamiento productivo	Residencia con la madre antes de los 16 años	Conductas protectoras contra abuso de sustancias	-----
Grado escolar	Empleo de los padres	Conductas protectoras contra conducta delictiva	-----
-----	-----	Ausencia de tensión emocional	-----

Fuente: Elaborado a partir de: European report on preventing child maltreatment, 2013. Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis, 1993. Risk and Protective Factors for Physical and Sexual Abuse of Children and Adolescents in Africa A Review and Implications for Practice, 2015.

Consecuencias

Problemas psiquiátricos, conductuales y sexuales

El resultado de un abuso puede ir desde un impacto psicológico severo hasta una carente evidencia de daño. En el caso de aquellos con impacto psicológico se pueden presentar diversas respuestas.¹ Existe una relación entre el maltrato infantil y el desarrollo de una vida de problemas psicológicos y de comportamiento a corto y largo plazo^{13,14}.

El ASI está asociado a una amplia gama de problemas psicológicos los cuales incluyen el desorden de estrés postraumático, ansiedad generalizada, depresión, disociación, problemas de atención, comportamiento agresivo y problemas de conducta, abuso de sustancias e incluso comportamientos suicidas^{6,15,16}.

Se encontró asociación entre el maltrato infantil y los trastornos externalizados como trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante y trastorno disocial¹⁵.

La exposición al maltrato durante la infancia está relacionado con disfunción escolar, déficits en las funciones cognitivas, tales como el lenguaje, la memoria, la atención y las funciones ejecutivas. Niños maltratados también pueden presentar déficits en la regulación de las emociones, la organización del apego, desarrollo de independencia, disfunción social, adaptación a la escuela, autonomía de los adolescentes, relación de pareja y la identificación de la formación¹⁵.

Las víctimas en un principio presentan una sintomatología de trastornos del comportamiento inespecíficos consistentes en cualquier cambio brusco de conducta, como miedo excesivo, fobias, temor a dormir solos, terrores nocturnos, comportamiento agresivo, fuga de casa y comportamiento suicidas⁵.

Otros niños presentan una sintomatología más preocupante con cambios más específicos en el comportamiento y trastornos clínicos evidentes, en su comportamiento pueden manifestar una curiosidad sexual exagerada, una masturbación convulsiva o un conocimiento inapropiado del comportamiento sexual del adulto⁵. En este caso se observan actitudes que tienden a un inicio precoz de la vida sexual, con conductas sexuales de riesgo como son: actividad con múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección, infecciones de transmisión

sexual (VIH, entre otras), embarazos no planeados y a temprana edad, entre otras conductas que suelen perdurar hasta la adultez¹⁸. Gracias a estas conductas se ha encontrado una fuerte asociación entre personas con antecedentes de ASI e infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), siendo hasta un 53% de los pacientes portadores del virus los que cuentan con antecedentes de ASI en Estados Unidos¹⁷.

Entre los problemas internalizados, se encuentran ansiedad, depresión, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático¹³. El desarrollo de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una conducta casi generalizada en las víctimas de ASI, este se acompaña por lo general de otras comorbilidades como ansiedad, alteraciones del estado de ánimo y desórdenes conductuales, además baja autoestima, problemas de conducta, aprendizaje y lenguaje; trastornos del sueño, alimentación y peso; talla baja, deficiente rendimiento escolar; problemas emocionales y de adicciones^{1,11,14}.

Los estudios examinados en los jóvenes maltratados documentan TEPT en el 21-50% de los niños víctimas de abuso sexual y hasta en el 50% de los maltratados físicamente. El TEPT está especialmente vinculado con una mayor duración del maltrato, naturaleza repetitiva y abusiva del estresor, la amenaza o la fuerza, sentimientos de culpa, exageradas respuesta de sobresalto, y la percepción de que uno ha sido víctima¹³.

Los trastornos emocionales son una consecuencia frecuente en los niños que han sufrido de abuso lo cual posee un efecto acumulativo a lo largo del tiempo, una de las principales condiciones que presentan es la depresión, la cual incrementa el riesgo durante la adolescencia y adultez. Esta condición también incrementa el riesgo de volver a ser abusado en alguna etapa posterior⁶.

Con la presencia de abuso se aumenta al doble el riesgo de suicidio en personas con antecedente de abuso. La automutilación se ha visto presente en numerosos casos, los cuales progresan en varias ocasiones a conductas suicidas.^{6,14}.

El abuso infantil parece ser la principal causa prevenible para el desarrollo de enfermedades mentales y alteraciones conductuales en Estados Unidos, hasta un 13% de las personas que cursan con una enfermedad mental tiene antecedentes de abuso. El abuso infantil puede llevar a retrasos, déficits o fallas multisistémicas a nivel motor, emocional, conductual, en lenguaje,

área psicosocial y cognitiva, las cuales pueden perdurar hasta la adultez, que en ocasiones se acompañan de alteraciones neurobiológicas¹⁻¹⁸.

Problemas médicos

En los niños, las consecuencias de la violencia pueden variar ampliamente.

Al igual que se ha asociado a problemas médicos, con presencia de dolor pélvico crónico, pero sin encontrar relación con dismenorrea, relacionado también con infecciones de vías urinarias, infecciones de transmisión sexual, en especial con herpes genital tipo 2; lesiones genitales, presencia de pseudocrisis epilépticas¹⁹.

Las lesiones físicas y, en casos extremos, la muerte son consecuencias directas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las estimaciones de homicidio infantil sugieren que los bebés y niños muy pequeños están en mayor riesgo, con tasas para el grupo de edad de 0 a 4 años y casi el doble de los de 5 a 14 años de edad, como consecuencia de su dependencia y vulnerabilidad¹⁸. Sin embargo, en la mayoría de los casos no fatales, la lesión física directa provoca una menor morbilidad para el niño que el impacto a largo plazo de la violencia sobre neurológico, cognitivo del niño, y el desarrollo emocional y la salud en general²⁰.

Otras manifestaciones pueden ser inespecíficas como la anorexia, dolor abdominal, enuresis, encopresis, disuria, rectalgia, flujo vaginal, supuración uretral e incluso leves lesiones en el área genital, que indican al profesional de la salud que podría existir un abuso sexual⁵.

Afrontamiento y abuso sexual

La adolescencia es un punto crítico para el estudio del afrontamiento debido a los numerosos cambios bio-psico-sociales que se experimentan en esta etapa; es de esperarse que se tenga un aumento significativo en el desarrollo de psicopatologías^{21,22}.

Durante la adolescencia se observa un incremento en el afrontamiento de evitación e internalización de los síntomas que se dan por situaciones de estrés, lo cual suele provocar síntomas depresivos y abuso de sustancias, además de ansiedad²².

El desarrollo de una conducta de riesgo de manera temprana se puede conceptualizar de dos

formas: aquellas que corresponden a la teoría de problema conductual, un comportamiento de riesgo temprano puede reflejar una amplia gama de comportamientos determinados por enojo asociado al ASI y sus efectos en pacientes con problemas de externalización²².

El comportamiento de riesgo que se presenta de forma temprana puede funcionar como una manera de aminorar los sentimientos negativos propios o como una estrategia para inducir sentimientos que han sido eludidos por el trauma en los jóvenes que han internalizado el problema^{18, 24}.

Se han estudiado diversas variables que intervienen en las técnicas de afrontamiento que presentan los adolescentes, algunas de estas se observan con factores como el sexo; se encontró que las mujeres ocupan una gama más amplia de técnicas que los hombres²².

El tipo de afrontamiento que se observa más comúnmente en las víctimas de ASI se trata de la evitación o estilo de afrontamiento no productivo. Este afrontamiento o la supresión y evitación de pensamientos o sentimientos relacionados al abuso, pueden influenciar la severidad y curso de los síntomas psiquiátricos; algunas investigaciones han determinado que estas conductas de afrontamiento pueden ser dañinas para la salud mental y esto puede explicar por qué estas conductas pueden repercutir en la salud mental del adulto con antecedente de abuso¹⁵.

Las conductas de evitación o afrontamiento no productivo son más comunes entre pacientes portadores de VIH con antecedentes de ASI. En un estudio con un grupo de personas Living in the Face of Trauma (LIFT) el cual incluyó pacientes con VIH y antecedente de ASI; se realizó un estudio en el cual se propuso la disminución de técnicas de evitación para reducir los niveles de estrés entre los pacientes, el cual resultó positivo¹⁷.

En un estudio realizado en 2015 se determinó que la recuperación de la memoria no específica está relacionada con una tendencia general al uso de evitación como método resolutivo o de afrontamiento, en especial en el caso de víctimas de abuso²³.

Otras técnicas de afrontamiento como la expresión de emociones relacionadas a los eventos negativos, se han asociado de manera constante al funcionamiento psicológico. La expresividad y apertura emocional se han identificado como factores protectores en general y entre niños con abuso sexual infantil¹⁵.

La automutilación en adolescentes es una práctica relacionada con una inadecuada técnica de afrontamiento hacia alguna situación de estrés. Estas conductas suelen tener un pronóstico sombrío, ya que el índice de suicidios es alto entre esta población incluso en la vida adulta. Pocos pacientes buscan ayuda tras un episodio de automutilación. Esta conducta se relaciona estrechamente con técnicas de afrontamiento de evitación²⁵.

Las conductas autodestructivas se ven importantemente influenciadas por el acercamiento que presente el adolescente con su cuidador principal, si la relación con el cuidador es buena, aunado a una buena estrategia de afrontamiento hay un menor porcentaje de riesgo de presentar dichas conductas²⁶.

Estudios han demostrado que la resiliencia es la respuesta más común al trauma, ya que se conoce que un 20-40% de las personas que sufren ASI presentan poca o ninguna sintomatología durante su vida adulta²⁷.

Existen datos que sugieren factores protectores referentes a la resiliencia posterior a un evento de ASI, como la esperanza y el optimismo, la educación y metas profesionales, inteligencia emocional, autoestima, apego social, espiritualidad y religiosidad, actividades de esparcimiento. El apoyo familiar es un pilar fundamental²⁸.

El crecimiento postraumático se define como la experiencia individual de un cambio positivo y significativo que surge de una crisis que vive el sujeto. Estos cambios provocan mejoras significativas en el progreso psicológico de una persona que sufrió de ASI. La curación de un evento de ASI es un proceso complejo y multifactorial que abarca desde la dinámica familiar hasta la comprensión y sentido que el paciente de al evento²¹.

Se ha descrito en distintas fuentes que una persona abusada corre el riesgo de perpetuar la violencia al llegar a la edad adulta. Aquellos sujetos que han sido víctimas de abuso son aquellos que presentan con mayor frecuencia actitudes de perpetradoras como el acoso escolar, peleas y violencia. Se concluye que los niños abusados tendrán una futura participación en situaciones violentas a futuro⁶.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La información referente a los tipos de afrontamiento que presentan los adolescentes con antecedente de abuso sexual es limitada, siendo de manera contradictoria, una de las poblaciones con mayor riesgo de desarrollo de psicopatologías por encontrarse en una etapa de vulnerabilidad elevada por la presencia de factores estresantes independientes a la presencia de abuso sexual.

La recopilación de datos que se pretende obtener con este estudio mejorará la obtención de información para complementar el escaso conocimiento que se tiene de la problemática tanto a nivel mundial como en el país.

Al realizar esta investigación se ampliará el conocimiento e instrumentos para el perfeccionamiento del abordaje y tratamiento, también se busca favorecer el pronóstico de los adolescentes que cuenten con este antecedente evitando así deterioros en su funcionamiento social y consolidar su buen desarrollo durante la vida productiva, evitando secuelas o recaídas por un mal manejo de las herramientas de afrontamiento.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”; se observa que desde el año 2011 se lleva un registro de los problemas relacionados con el presunto abuso sexual, ha aumentado el número de casos anualmente hasta la fecha. Los casos reportados de abuso sexual en 2015 fueron en total 232, de estos 180 corresponden a sujetos entre 10 y 17 años, lo cual corresponde a una prevalencia de 7.7%.

Derivado de todo lo anterior se hace la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el tipo de afrontamiento del adolescente ante el abuso sexual en asociación con alguna psicopatología?

JUSTIFICACIÓN

El abuso sexual infantil es un problema de salud con gran peso a nivel mundial. Aún permanecemos en penumbra con respecto a la frecuencia y magnitud del problema, pues pocos casos son reportados a las autoridades lo cual limita las estrategias de prevención y

detección de este tipo de violencia. Existen factores de riesgo que favorecen la perpetuación de los casos de abuso, los cuales pueden ser propios de la víctima, del entorno o los victimarios.

La respuesta que desarrolla una persona con antecedente de abuso sexual se relaciona directamente con su pronóstico; existe literatura que menciona la presencia de pronósticos más favorables con el uso de estrategias de afrontamiento por acercamiento, a diferencia del afrontamiento por evitación, el cual tiene por lo general un pronóstico más sombrío a largo plazo, favoreciendo la aparición de conductas autodestructivas.

Una población especialmente vulnerable a las secuelas de este tipo de abuso son los adolescentes, pues la etapa del desarrollo por la que cursan es causa per se de situaciones estresantes. Además, los adolescentes tienden a desarrollar conductas de evitación en mayor proporción que los niños y los adultos.

En esta etapa se pueden presentar conductas de riesgo que se perpetúen hasta la vida adulta como pueden ser, conductas sexuales de riesgo, uso y abuso de sustancias, automutilación, suicidio.

El ambiente familiar y la personalidad del adolescente son factores pronósticos para desarrollo de resiliencia ante casos de ASI. Se debe indagar el tipo de afrontamiento que presentan mayormente los adolescentes para determinar las mejores estrategias y abordajes de los casos de abuso.

HIPÓTESIS GENERAL

Hipótesis de Trabajo

H1: Los adolescentes con psicopatología y antecedente de abuso sexual presentan puntuaciones más altas de un estilo de afrontamiento no productivo en contraste a los adolescentes sin antecedente de abuso sexual.

Hipótesis Nula

H0: Los adolescentes con psicopatología y antecedente de abuso sexual presentan

puntuaciones más altas de un estilo de afrontamiento productivo en contraste a los adolescentes sin antecedente de abuso sexual.

OBJETIVO GENERAL

- Comparar los estilos de afrontamiento con psicopatología en los adolescentes con antecedente de abuso sexual y sin antecedente de abuso sexual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los factores sociodemográficos en los adolescentes con y sin antecedente de abuso sexual.
- Identificar el tipo de hogar en los adolescentes con abuso y sin abuso sexual.
- Describir los diagnósticos individuales y por grupo de psicopatología, más prevalentes entre los grupos de adolescentes con antecedentes de abuso sexual y compararlo con un grupo de adolescente sin antecedente de abuso sexual.
- Identificar cual es la estrategia de afrontamiento más utilizada por los adolescentes que presentan antecedente de abuso sexual.
- Comparar si existe diferencia en los estilos de afrontamiento en los adolescentes con antecedente de abuso sexual y en los adolescentes sin este antecedente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación: clínica, epidemiológica

TIPO DE DISEÑO:

De acuerdo al grado de control de la variable: Observacional.

De acuerdo al momento en que se obtendrá o evaluarán los datos: Retrospectivo.

De acuerdo al número de veces que se miden las variables: Transversal.

TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra es no probabilística por conveniencia, a fin de garantizar el control de algunas variables como sexo, edad, nivel educativo y nivel socioeconómico. Que acepten participar y se encuentren en seguimiento por esta institución y que al mismo y tiempo cumplan con los criterios de inclusión correspondientes.

Tipo de muestreo:

No probabilístico: La probabilidad de selección de cada unidad de la población no es conocida. La muestra es escogida por medio de un proceso arbitrario. Se utiliza con frecuencia cuando no se conoce el marco muestral.

Por conveniencia: En este tipo de muestreo, se selecciona a las unidades de estudio que se encuentran disponibles en el momento de la recolección de datos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres.
- Edad de 11 a 17 años.
- Quienes asistan a atención psiquiátrica al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro”.
- Alfabetizados.
- Que acudir a la institución en compañía de sus padres/ tutor.
- Que aceptar participar en la investigación y firmar el consentimiento informado por lo padres y asentimiento informado firmado por los adolescentes.

Criterios de exclusión:

- Quienes presenten alguna discapacidad física o mental que impida la comprensión del estudio.
- Adolescentes que no cuenten con padres/tutor.

Criterios de eliminación:

- No haber contestado los reactivos de los instrumentos de evaluación.
- Abandono del estudio.
- Retiro de consentimiento informado.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES

- Abuso sexual. (Variable independiente)

Definición conceptual: el abuso sexual en menores se define como cualquier conducta o contacto sexual entre un adulto y un menor, con el propósito de que el agresor obtenga una gratificación sexual.

Definición operacional: se consideró que hay presencia de abuso sexual cuando una persona tras ser evaluada responde de forma positiva.

- Estrategias de afrontamiento. (Variable dependiente)

Definición conceptual: son conductas y cogniciones que se emplean para lograr una transición y adaptación, efectivas a las circunstancias que generan estrés. Dichas conductas son cambiantes según el contexto y las condiciones desencadenantes del estrés.

Definición operacional: puntuación obtenida del autoinforme de la Escala de Afrontamiento para adolescentes ACS (Frydenberg y Lewis 1997).

- Psicopatología. (Variable dependiente)

Definición conceptual: signos y síntomas de duración suficiente para reunir los criterios para algún trastorno mental.

Definición operacional: se medirá mediante un enfoque categórico (Entrevista estructurada MINI-KID)

A continuación, se describen y definen las variables. (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual expresada en Años, Meses y Días.	Cuantitativa Discreta	Años de vida
Sexo	Hace referencia a la distinción entre individuos, considerando si son hombres o mujeres.	Cualitativa Nominal	1.- Mujer 2.-Hombre
Escolaridad	Años cursados en un sistema educativo.	Cualitativa Ordinal	1. Primaria 2.Secundria 3.Bachellrato 4. Universidad 5.Postgrado
Ocupación	Hace referencia a la actividad que desempeña el paciente.	Cualitativa Nominal	1.- Ocupación

Procedimiento:

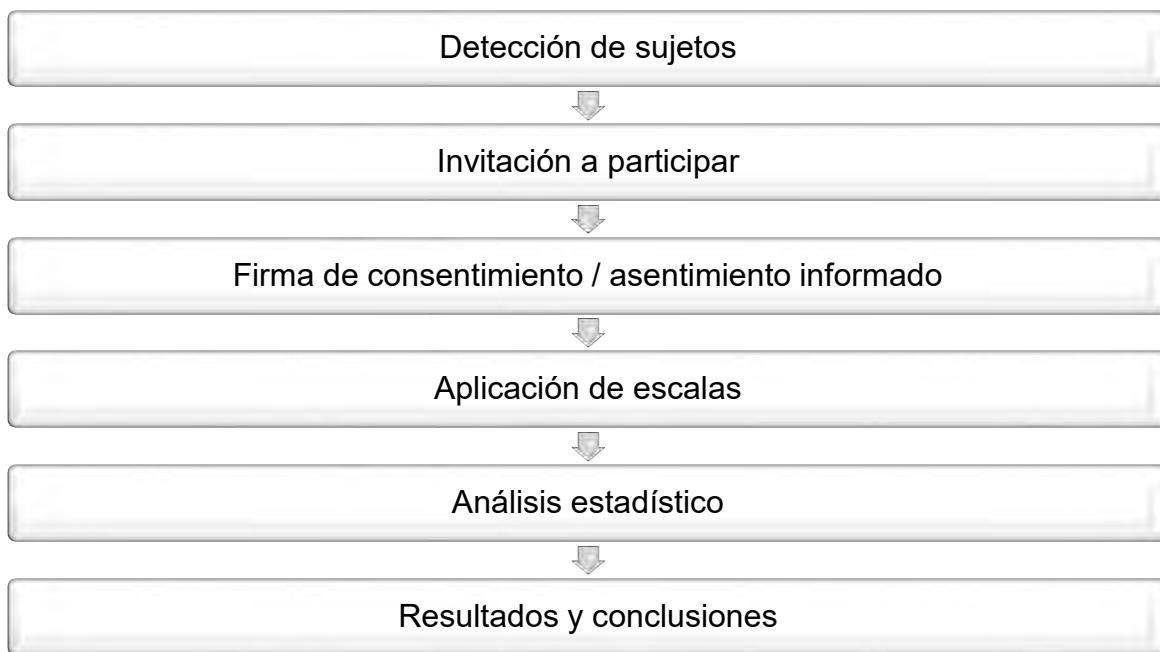
El presente proyecto corresponde a una investigación de campo transversal y correlacional con registro 113-03-0315-Tc a cargo de la Dra. Carolina Conejo García, derivado del proyecto con clave 113/01/0412, el investigador principal es la Dra. María Elena Márquez Caraveo que fue dictaminado como aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. (Anexo 1). Consiste en una evaluación diagnóstica de un grupo clínico para el cual se utilizaron los datos obtenidos e instrumentos aplicados a jóvenes de muestra clínica.

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y comparativo, en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Se incluyeron a 124 adolescentes, se seleccionó a los adolescentes que acudieron a atención psiquiátrica, en los servicios de consulta externa y hospitalización. Se reclutaron a los adolescentes que acudieron a los servicios previamente mencionados, invitándoles a participar en el estudio. En caso de aceptar la participación se firmó el consentimiento y asentimiento informado por parte del padre/tutor y por el paciente respectivamente. (Anexo 2 y 3).

Se evaluó la presencia de psicopatología de los pacientes por medio de Entrevista diagnóstica MINI- KID para niños y adolescentes, al mismo tiempo la presencia de el antecedente de abuso sexual en los últimos 12 meses mediante el Cuestionario de Sucesos de Vida y se evaluaron las estrategias y estilos de afrontamiento con la Escala de Afrontamiento para adolescentes (ACS; Frydenberg & Lewis, 2000). Se obtuvo las variables sociodemográficas como la edad, sexo, escolaridad, entre otros. (Anexo 4 y 5).

Al cumplir con los criterios de selección del estudio fueron incluidos o excluidos según cada caso. La información obtenida de las escalas se vació en una base de datos electrónica para completar el análisis estadístico.

Flujograma de actividades:



Cronograma de actividades:

- 1.- Reclutamiento de pacientes y captura d datos sociodemográficos: Julio 2015 – Julio 2016.
- 2.- Firma de asentimiento / consentimiento informado y aplicación de escalas: Julio 2015 – Julio 2016.
- 3.- Análisis estadístico: Septiembre - Noviembre 2016.

4.- Elaboración del documento final: Noviembre - Diciembre 2016.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes. (MINI -KID)

Autores: Sheehan D; Shytle D; Milo K; Janavas J y Lecubrier Y; De la Peña Olvera F; Esquivel – Adame G; Perez Gonzalez A; Palacios L 2009

Entrevista diagnóstica clínica estructurada que se elaboró basándose en criterios diagnósticos del DSM IV y CIE 10.

Está dirigida a población entre 6-17 años 11 meses.

Incluye 23 diagnósticos psiquiátricos divididos en módulos. Son preguntas que se contestan como “sí” o “no” y a través de una pregunta clave se decide si se completa el módulo, las preguntas deben hacerse en forma literal.

El tiempo de aplicación es de 25 minutos y requiere de un entrenamiento previo. Fue validada al español en 2004 con un alfa global de 0.75 y test re-test de 0.78.

Sucesos De Vida -Versión para adolescentes- ²⁹

Autores: Lucio y Duran 2003.

Es un auto informe que evalúa los sucesos de vida estresantes, ocurridos en el último año; a partir de la percepción subjetiva del propio adolescente. Consta de 130 reactivos, 129 reactivos con cuatro opciones de respuestas (a. me sucedió y fue bueno para mí; b. me sucedió y fue malo para mí; c. me sucedió y no tuvo importancia; d. no me sucedió; y una pregunta abierta. Los reactivos están divididos en 7 áreas: familiar, social, personal, salud, logros y fracasos, escolar y problemas de conducta. La aplicación puede ser individual y colectiva; a través del uso de hojas de respuesta para calificar manual o por lector óptico; tiene una duración aproximada de 20 minutos.

Se utilizó para determinar el antecedente de abuso sexual en los últimos 12 meses.

El cuestionario está desarrollado en español (México) como idioma original. Se reportan (Ávila,

Heredia y Lucio 2006; Lucio, Barcelata y Duran 2003; Lucio, Pérez y Farías y Duran 2004) coeficientes de consistencia interna Kuder- Richardson de 0.89; de la estabilidad temporal de 0.75; y un índice de correlación media de 0.76 en la validez concurrente (Ávila 2006)²⁹.

Escala de Afrontamiento para Adolescentes ACS (Frydenberg y Lewis, 1997) ^{30, 31}

Autores Frydenberg, E. y Lewis, R.

Fundamentación: la adolescencia se considera una etapa de desarrollo caracterizada por continuos cambios, que pueden ocasionar estrés. Las exigencias psicosociales derivadas de este proceso evolutivo pueden repercutir en el desarrollo psicológico, influyendo en la confianza en si mismo, la timidez, la ansiedad, el sentimiento de eficacia, la autoestima o el desarrollo de estrategias de afrontamiento. ^{30,31}

Es una escala autoaplicable que evalúa las distintas formas o modos que los adolescentes utilizan para afrontar sus problemas

Estudios de validación: en 1997 Pereña y Seisdedos, realizaron la versión española para esta escala.

Consta de dos partes: la primera es una pregunta abierta sobre los principales problemas vividos durante los últimos 6 meses. La segunda parte consiste en un inventario en forma de autoinforme compuesto por 80 elementos, 79 de tipo cerrado y uno abierto al final, y permite evaluar con gran fiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes que se han identificado conceptual y empíricamente. Los 79 elementos cerrados se puntúan mediante una escala de tipo Likert de cinco puntos: 1 no me ocurre nunca o no lo hago; 2 Me ocurre o lo hago raras veces; 3 Me ocurre o lo hago algunas veces; 4 Me ocurre o lo hago a menudo y 5 Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia.

Los 79 elementos se agrupan en 18 estrategias de afrontamiento y 3 estilos de afrontamiento.

El instrumento reporta una alfa global de 0.75 y coeficiencia de test - retest de 0.78.

Aplicación: colectiva, autoaplicada.

Entrenamiento adquirido: dadas las características del instrumento, resulta fácil la aplicación, no requiere aptitudes avanzadas de comprensión lectora y resulta eficaz para la evaluación de

una manera rápida y económica.

Tiempo en promedio 10 minutos para cada escala.

Edad 13 a 17 años.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se obtuvieron los datos de la base de datos del proyecto “Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención” y al programa PAPIIT IN 303714. Se exportó la información a una hoja de Excel, también es indispensable que cumplieran con los criterios de inclusión descritos previamente. Posteriormente se hará un análisis univariado aplicando las medidas de tendencia central (media y mediana), y medidas de dispersión (desviación estándar), según corresponda para variables paramétricas y no paramétricas, además de proporciones para las variables cualitativas. Se utilizó el software SPSS versión 17, para el análisis de datos.

ASPECTOS ÉTICOS

Se respetará en todo momento los acuerdos y las normas éticas referentes a investigación en seres humanos tomando en cuenta las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, en el Título Segundo, Capítulo primero en sus artículos: el artículo 13 por el respeto que se tendrá por hacer prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, al salvaguardar la información obtenida. Del artículo 14, ya que apegado a los requerimientos de la institución y del comité local de investigación, se ajustará a los principios éticos y científicos justificados en cada uno de los apartados del protocolo.

La información que se obtuvo solo tuvo el propósito de formación e investigación se les solicitó a los participantes y sus padres o tutores que formaran una carta de consentimiento y asentimiento informado que se encuentra en el anexo 2 y 3 de este documento y que fue previamente aceptado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil

“Dr. Juan N. Navarro” (Anexo 6). Se incluye también el certificado de finalización del curso de capacitación de los Institutos Nacionales de Salud NIH realizado por la Dra. Carolina Conejo García. (Anexo 7).

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 124 adolescentes, de los cuales 25 adolescentes reportaron el antecedente de abuso sexual. Los resultados de describen a continuación:

Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes con abuso sexual y sin abuso sexual (N=124)

Característica	Con abuso sexual n=25		Sin abuso sexual n=99		Total n=124	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Edad						
11- 14 años	14	56	50	52	64	52
15-17 años	11	44	48	48	60	48
Sexo						
Masculino	2	8	52	53	54	44
Femenino	23	92	47	47	70	56
Escolaridad						
Primaria	5	20	7	7	12	10
Secundaria	12	48	71	72	83	67
Bachillerato	8	32	21	21	29	23
Ocupación						
Estudia	18	72	80	81	98	79
Estudia y trabaja	3	12	8	8	11	9
Solo trabaja	2	8	4	4	6	5
Sin ocupación	2	8	7	7	9	7

En la tabla 3 se describen las características sociodemográficas de los participantes. La muestra estuvo constituida por 124 adolescentes, la edad se dividió en dos grupos de 11 a 14 años y de 15 a 17 años; en el grupo de abuso sexual se encontró que el 56% contaba con edad entre 11 a 14 años y 44% de 15 a 17 años; mientras que en el grupo de sujetos sin abuso sexual de 11 a 14 años fue el 52% y de 15 a 17 años se encontró 48%. En cuanto al sexo

predominó el femenino con 70 sujetos (56%) y 54 sujetos masculinos (44%); de estos, 23 mujeres y 2 hombres se encontraban en el grupo con abuso sexual.

En cuanto al nivel de educación, la mayoría de los sujetos se encontraban en nivel secundaria (67%), un 23% en nivel bachillerato y un 10% en educación primaria.

Respecto a la ocupación de los sujetos, la mayoría estudian (79%); 9% de los sujetos trabajan y estudian; el 5% solo trabajan y el 7% se encuentran desempleados.

Tabla 4. Característica de la estructura familiar en los sujetos con y sin abuso sexual. (N=124)

Característica	Con abuso sexual n = 25		Sin abuso sexual n = 99		Total N = 124	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Familia nuclear.	15	60	54	55	69	56
Biparental	6	24	33	33	39	31
Monoparental madre	5	20	11	11	16	13
Monoparental padre	0	0	2	2	2	2
Reconstituida padrastro	4	16	8	8	12	10
Reconstituida madrastra	0	0	0	0	0	0
Familia no nuclear	10	40	43	43	53	43
Biparental	2	8	14	14	16	13
Monoparental madre	2	8	17	17	19	15
Monoparental padre	0	0	3	3	3	2
Reconstituida padrastro	2	8	3	3	5	4
Reconstituida madrastra	0	0	0	0	0	0
Sin padres	4	16	6	6	10	8
No Familiar coresidencial.	0	0	2	2	2	2

En la tabla 4, se describe la estructura familiar de los sujetos; el 56% pertenecen a una familia nuclear, del grupo de sujetos con abuso sexual es el 60% y 55% del grupo de sujetos sin abuso sexual. Familia no nuclear representa el 43% de los cuales el 40% pertenece al grupo de sujetos con abuso sexual y 43% al grupo de adolescentes sin abuso sexual. El 2% pertenece a no familiar coresidencial.

Tabla 5. Trastornos psiquiátricos en los sujetos con y sin abuso sexual (N=124)

Característica	Con abuso sexual n=25		Sin abuso sexual n=99		Total n= 124	
	n=	%	n=	%	n=	%
Ideación suicida, autolesiones y comportamiento suicida.	21	84	64	65	85	69
TDM recurrente	18	72	50	51	68	59
Trastorno negativista desafiante	17	68	53	54	70	56
Distimia	14	56	36	36	50	40
TDAH mixto	12	48	30	30	42	34
Trastorno de ansiedad generalizada	12	48	22	22	34	27
Trastorno de angustia de por vida	7	28	17	17	24	19
Trastorno disocial	7	28	25	25	32	26
Fobia social generalizada	6	24	5	5	11	9
Fobia específica	6	24	10	10	16	13
Trastorno por estrés postraumático	6	24	3	3	9	7
TDM episodio único	5	20	19	19	24	19
Agorafobia	5	20	14	14	19	15
Trastorno de ansiedad de separación	5	20	12	12	17	14
Anorexia nervosa	4	16	12	12	16	13
Trastorno de angustia actual	3	12	12	12	15	12
Dependencia a sustancias no alcohol	3	12	13	13	16	13
Bulimia Nervosa	3	12	4	4	7	7
Abuso sustancias no alcohol	2	8	8	8	10	8
TDAH Hiperactivo/impulsivo	2	8	10	10	12	10
Anorexia nervosa con atracones y purgas.	2	8	2	2	4	3
Episodio maniaco pasado	1	4	0	0	1	1
Episodio hipomaniaco pasado	1	4	1	1	1	1
Dependencia alcohol	1	4	6	6	7	6
Abuso alcohol	1	4	7	7	8	6
Trastorno del humor con rasgos psicóticos actual	1	4	2	2	3	2
Episodio hipomaniaco actual	0	0	1	1	1	1
Fobia social no generalizada	0	0	5	5	5	4
TDAH inatento	0	0	6	6	6	5
Trastorno psicótico de por vida	0	0	3	3	3	2
Trastorno psicótico actual	0	0	1	1	1	1
Trastorno adaptativo	0	0	2	2	2	2

TDM= Trastorno depresivo mayor; TDAH=Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

En la tabla 5 se presentan los trastornos psiquiátricos en los sujetos con y sin abuso sexual.

En el total de la muestra los tres diagnósticos más prevalentes fueron ideación suicida, autolesiones y comportamiento suicida, Trastorno depresivo mayor recurrente y Trastorno negativista desafiante. En el grupo de sujetos con abuso sexual la prevalencia de estos trastornos fue de 84%, 72% y 68% respectivamente; mientras que en el grupo de sujetos sin abuso sexual fue de 65%, 51 y 54% respectivamente. Al igual que se observa que el Trastorno de estrés postraumático se presenta en el 24% de los participantes del grupo de antecedentes de abuso sexual en comparación al 3% del grupo sin dicho antecedente. Los trastornos de la alimentación: anorexia nervosa, Bulimia Nervosa y Anorexia nervosa con atracones y purga se presentan en 16%, 12% y 8%, en el grupo de adolescentes con abuso sexual en contraparte del grupo sin antecedente de abuso sexual en el cual se presenta en el 12, 4 y 2%, respectivamente.

Tabla 6. Trastornos psiquiátricos por grupo de trastornos en los sujetos con y sin abuso sexual (N=124)

Características	Con abuso sexual n=25		Sin abuso sexual n=99		Total n= 124	
	n=	%	n=	%	n=	%
Trastornos afectivos	61	24%	173	18%	233	100
Trastornos de ansiedad	50	20%	100	10%	150	100
Trastornos de conducta	38	15%	124	13%	162	100
Otros trastornos	16	6%	58	6%	74	100

Al agrupar los diagnósticos por categoría, encontramos que un 24% de los participantes con abuso sexual tenía al menos un diagnóstico de trastorno afectivo en comparación con el 18% de los sujetos sin abuso sexual. Para los trastornos de ansiedad y de conducta, fue del 20% y 15% respectivamente en el grupo con abuso sexual y de 10% y 13% para el grupo sin abuso sexual.

Tabla 7. Estilos de afrontamiento en participantes con abuso sexual y sin abuso sexual.
(N=124)

Característica		Abuso sexual (n=25)		Sin abuso sexual (n=99)		p*
Estilo de afrontamiento	Estrategia de afrontamiento	̄x	D.e.	̄x	D. e.	
Afrontamiento productivo		48.57	17.19	54.69	18.44	0.136
	Concentrarse en resolver el problema	2.44	2.97	2.13	0.95	0.382
	Fijarse en lo positivo	1.88	1.01	2.28	0.96	0.066
	Invertir en amigos íntimos	1.68	0.90	1.94	0.90	0.201
	Distracción física	1.92	1.29	2.21	1.76	0.439
	Buscar diversiones relajantes	2.28	1.21	2.37	1.05	0.699
	Buscar pertenencia	1.60	0.91	2.11	0.96	0.018*
	Esforzarse y tener éxito	1.80	1.00	2.26	0.95	0.034*
Afrontamiento no productivo		41.29	17.44	40.69	16.54	0.874
	Ignorar el problema	1.44	0.96	1.26	0.94	0.404
	Reservarlo para sí	1.92	1.00	1.81	1.10	0.645
	Falta de afrontamiento	1.32	.95	1.21	0.87	0.588
	Autoinculparse	1.88	1.01	1.78	1.10	0.675
	Reducción de la tensión	1.52	1.05	1.26	0.84	0.196
	Hacerse ilusiones	1.68	0.95	1.87	0.89	0.351
	Preocuparse	1.80	1.00	2.20	1.02	0.080
Relacionado a otros.		37.75	18.62	40.66	16.74	0.450
	Buscar ayuda profesional	1.60	1.08	1.91	1.06	0.197
	Buscar apoyo social	1.76	1.20	1.93	0.98	0.464
	Buscar apoyo espiritual	1.32	0.95	1.48	0.87	0.408
	Acción social	1.36	0.91	1.18	0.77	0.323

*p < 0.05

En la tabla 7 se presentan las estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos y su relación con el abuso sexual. En cuanto a las estrategias relacionadas con el afrontamiento productivo, observamos que los sujetos del grupo con abuso sexual obtienen puntuaciones medias más bajas al compararlos con el grupo sin antecedente de abuso sexual en: Fijarse en lo positivo, Invertir en amigos íntimos, Distracción física, Buscar diversiones relajantes, Buscar pertenencia y Esforzarse. En el afrontamiento no productivo los sujetos del grupo con abuso sexual obtienen puntuaciones medias más elevadas en las estrategias: Ignorar el problema, Reservarlo para sí, Falta de afrontamiento, Autoinculparse y Reducción de la tensión. Finalmente, el estilo de afrontamiento relacionado a otros se obtienen medias más altas en los

sujetos con abuso sexual en: Acción social.

Respecto a los estilos de afrontamiento, el grupo con abuso sexual obtuvo una media de 48.57 en el afrontamiento productivo, de 41.29 en el afrontamiento no productivo y de 37.75 para el relacionado a otros; en el grupo de participantes sin abuso sexual fueron de 54.69, 40.69 y 40.66 respectivamente.

Con el propósito de establecer si las medias de las puntuaciones en los estilos y estrategias de afrontamiento difieren en los sujetos con y sin abuso sexual, se llevó a cabo un análisis mediante t de Student considerando un nivel de significancia de $p < .05$.

La mayor diferencia a nivel significativo se observó en dos de las estrategias relacionadas con el afrontamiento productivo en el grupo de adolescentes que no contaban con el antecedente de abuso sexual; estrategia: Buscar pertenencia y Esforzarse y tener éxito; las cuales son estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue establecer si existen diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento entre los adolescentes con psicopatología y que presentan o no antecedente de abuso sexual. Este estudio comprobó que los adolescentes con antecedente de abuso sexual presentaron un estilo y estrategias de afrontamiento no productivo en mayor proporción que aquellos que no tienen antecedente de abuso sexual.

Respecto a las características sociodemográficas de los sujetos estudiados, se observa que en esta muestra de sujetos que acudieron a atención psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico "Dr Juan N. Navarro", 52% de los adolescentes se encontraban en el grupo de edad entre 11 a 14 años de edad y 48% de los adolescentes entre 15 y 17 años de edad. Existe un predominio de participantes que se encuentran en la adolescencia temprana. Al comparar los resultados con el estudio de Benjet en donde el grupo de adolescentes de edad entre 12 a 14 años representaba el 58% y 41% entre el grupo de 15 a 17 años³².

Con respecto al género de los participantes que se estudiaron, se observó que predomina el sexo femenino, acudieron 70 mujeres y 54 hombres; con un mayor porcentaje de mujeres, es

similar a los datos publicados en 2010 por el INEGI para la población de mayores de 12 años de edad, en la Ciudad de México, 52.2% reportado y en nuestro estudio 52%³³.

En el grupo de abuso sexual de los 25 participantes 11 fueron mujeres. Lo reportado por Benjet en su estudio reportó que el sexo femenino confiere una vulnerabilidad para presentar un mayor número y una mayor prevalencia de presentar cualquier trastorno, y se hace énfasis que la adolescencia podría ser un periodo aún, de mayor vulnerabilidad²⁰. El 3.0% de las niñas reportan abuso sexual crónico en comparación con el 0.4% de los varones. El abuso sexual muestra un aumento con forma a la edad, 0.3% y 0.5% de los de 12 y 13 años de edad reporte de abuso sexual, que aumenta en más del doble a los 14 años y alcanza el 3.2% a los 17 años³⁴.

La mayoría de los sujetos se encontraban en educación secundaria 67% y un 23% en nivel bachillerato; de igual forma reportó el INEGI en 2010, que el 95% de la población entre 12 y 14 años acudían a la escuela. Estos datos siendo similares a lo reportado por el INEGI en 2010, en donde se menciona que el grado promedio de escolaridad en mayores de 15 años es secundaria.

La ocupación de los participantes el 79% se encontraba estudiando, el 9% estudiaba y trabajaba y el 7% se encontraron sin ocupación; comparándolo con el porcentaje obtenido por Benjet, en donde se reportó que el 81% de la población se encontraba escolarizada²¹. No obstante en la muestra se observa que el 21% estudiaban y trabajaban, solo trabajaban o no realizaban actividad alguna, lo cual se ha reportado de la misma forma por Benjet. Se observa que las cargas adicionales superaron a la media nacional³⁴.

En cuanto a las características del tipo de hogar al que pertenecen los adolescentes, observa que el 56% pertenece a familia nuclear, el 43% familia no nuclear. Datos que contrastan con lo reportado por el INEGI en 2005, en donde el 68% personas viven en familia nuclear y 31% en familia no nuclear, esto se podría explicar en nuestro estudio a que se debe a que en muchas ocasiones la familia nuclear debe de apoyarse en otros integrantes por cuestiones socioeconómicas.

De los familiares nucleares el 31% era biparental y el 10% reconstituido por padrastro. Del tipo de hogar familiar no nuclear con mayor frecuencia se encontró el monoparental formado por la

madre en el 15%, seguido de biparental y sin padres en el 16%, esto corresponde a lo que el Consejo Nacional de Población reporta en relación al aumento en el número de hogares que cuentan con mujeres.

Del total de la población estudiada 124 sujetos; 25 sujetos reportaron antecedente de abuso sexual, es decir el 20% de la muestra. Lo cual corresponde a lo reportado a nivel mundial ya que la prevalencia del abuso sexual infantil que se reporta varía entre el 2% y el 62% (Norman 2012). El abuso sexual es una adversidad que aumenta casi dos veces más la probabilidad de presentar un trastorno psiquiátrico³⁵.

El abuso sexual aumenta el riesgo de presentar trastornos del estado de ánimo, ansiedad y trastornos externalizados. Así como el abuso sexual aumenta la probabilidad de presentar trastornos psiquiátricos graves³⁵.

En concordancia con la psicopatología presente en los sujetos estudiados, se encontró que los diagnósticos más prevalentes en ambos grupos fueron ideación suicida, autolesiones y comportamiento suicida (69%), trastorno depresivo mayor recurrente (59%), trastorno negativista desafiante (56%), Distimia (40%) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad mixto en el 34%). Al comparar estos resultados con los obtenidos por Benjet observamos que coinciden en relación a los trastornos depresivos^{32,36}. Sin embargo contrastan con los resultados de ansiedad, control de impulsos y por uso de sustancias, situación esperable debido a que dichos estudios se realizaron en la comunidad y en el presente estudio se trabajó en una muestra clínica, lo cual explica el hecho de que la conducta suicida se ubique en los primeros lugares de frecuencia. De acuerdo a los reportes de morbilidad en consulta externa de los últimos tres años, los trastornos afectivos de tipo depresivo ocupan los primeros lugares, en combinación con trastornos de la conducta, seguidos de los trastornos de ansiedad y oposicionista desafiante, mismo que muestra mejor correspondencia con los resultados obtenidos en nuestro estudio. Al comparar a nivel mundial se estima una prevalencia de cualquier trastorno mental del 13.4%, trastorno de ansiedad 6.5%, trastorno depresivo 2.6%, depresivo mayor 1.3%, trastorno por déficit de atención e hiperactividad 3.4%, trastorno disruptivo 5.7%, trastorno de oposición desafiante 3.6% y trastorno de la conducta 2.1%³⁷.

En relación a los sujetos con abuso sexual y psicopatología se encontró que los diagnósticos más frecuentes son ideación suicida, autolesiones y comportamiento suicida 84%; trastorno

depresivo mayor recurrente 72%; trastorno negativista desafiante 68%; trastorno por déficit de atención mixto 40%. Los resultados de este estudio son similares a lo reportado por la literatura, los adolescentes con antecedente de abuso sexual presentan un incremento en el riesgo de presentar trastorno de ansiedad 3 veces más que la población sin antecedente de abuso sexual, 2 veces mayor riesgo para trastornos depresivos, el doble de riesgo para trastornos de la alimentación, el doble de riesgo para trastorno de estrés postraumático, y cuadruplica el riesgo para presentar conducta suicida³⁸. Los cuales son más frecuentes que en comparación al grupo de adolescentes sin antecedente de abuso sexual.

Englobando los trastornos psiquiátricos en categorías diagnósticas, encontramos que en el grupo de adolescentes con antecedente de abuso sexual, los más frecuentes pertenecían a los Trastornos afectivos 24%, seguido de los trastornos de ansiedad 20%, trastornos de conducta 15% y entre otros trastornos 6% entre los cuales se incluyó a los trastornos de la alimentación y trastornos secundarios al consumo de sustancias. Al contrastar los resultados con los obtenidos por Benjet, coincide en los trastornos afectivos y los impulsivos, más no en los de ansiedad.³² Lo anterior puede ser atribuido a que en dicho estudio se hizo con una muestra comunitaria, mientras nuestra población es clínica, los trastornos de ansiedad son los más prevalentes, pero por los que menos se busca ayuda profesional.

Referente al afrontamiento se encontró que los sujetos con abuso sexual, presentan puntuaciones más bajas en las estrategias en el afrontamiento productivo y puntuaciones más elevadas en el afrontamiento no productivo en comparación a los adolescentes sin antecedente de abuso sexual, que corresponde a lo reportado por la literatura en donde el tipo de afrontamiento que se observa más comúnmente en las víctimas de abuso sexual se trata de no productivo. Este afrontamiento o la supresión y evitación de pensamientos o sentimientos relacionados al abuso, pueden influenciar la severidad y curso de los síntomas psiquiátricos²².

En nuestro estudio encontramos que las estrategias del afrontamiento productivo Buscar pertenencia y Esforzarse y tener éxito se relacionaron de forma significativa con los adolescentes que no presentan el antecedente de abuso sexual, como factor protector.

CONCLUSIÓN

1. La prevalencia de ASI en esta muestra clínica de adolescentes con psicopatología fue del 20%. El abuso sexual en adolescentes con psicopatología es un antecedente con alta prevalencia por lo que se debe de investigar en todos los adolescentes que acudan para atención psiquiátrica.
2. Entre los adolescentes con abuso sexual, las mujeres tuvieron mayor afección y en el grupo de edad de 11 a 14 años.
3. La estructura del hogar en los adolescentes con ASI en contraste a los que no tuvieron abuso sexual mostró mayor proporción de hogares monoparentales-madre, reconstituidos con padrastro o sin padres. Por lo cual es necesario que en futuros estudios se profundice en la estructura y dinámica de este tipo de familias como factor coadyuvante a la presencia de ASI.
4. Los adolescentes con ASI se demostró mayor prevalencia de los diagnósticos psiquiátricos: ideación suicida, autolesiones y comportamiento suicida, trastorno depresivo mayor recurrente, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención mixto.
5. Los adolescentes con psicopatología y antecedente de abuso sexual presentan estilo de afrontamiento no productivo, por lo que esta variable a nivel individual debe de incorporarse en el tratamiento psicoterapéutico.
6. Los adolescentes con abuso sexual presentan niveles más bajos en el estilo de afrontamiento productivo. Las diferencias fueron significativas en las estrategias de Buscar pertenencia y Esforzarse y tener éxito, por lo que el tratamiento debe fomentar el desarrollo de dichas estrategias como factor de protección.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.

Existen limitaciones en el presente estudio para la aplicación general de los resultados. El estudio fue realizado en una población clínica de adolescentes que acudieron al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" para atención tanto en los servicios de consulta externa como en los servicios de hospitalización; por lo anterior la muestra no es representativa para extrapolar los datos a una comunidad. Secundario a que los paciente acuden a atención

psiquiátrica, podemos suponer que los casos estudiados presentan una mayor severidad y complejidad, por lo anterior supondremos que la prevalencia de cada psicopatología así como los casos de los adolescentes detectados con antecedentes de abuso sexual son mayores a lo reportado en contexto comunitario. Así mismo percatarse de que no existe un sistema de registro de usuarios con antecedente de abuso sexual, lo cual resulta difícil tipificar y evaluar dicho evento estresante. El tamaño limitado de la muestra, por lo cual en futuras investigaciones se tendrá que invitar a colaborar a mayor cantidad de participantes; principalmente del género masculino, ya que en el estudio la mayoría fueron del género femenino. Dado el diseño transversal no fue posible realizar un estudio de caso efecto, se requiere de diseños longitudinales, para valorar el inicio de los trastornos psiquiátrico en adolescentes.

Se recomienda que en todo adolescente con abuso sexual se identifiquen factores de riesgo y protección para prevenir o identificar el abuso sexual. La identificación e intervención temprana es crítica con la finalidad de fortalecer las estrategias y estilos de afrontamiento en los adolescentes con antecedente de abuso sexual; con la finalidad de prevenir y mejorar el pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child Sexual Abuse. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2014;23(2):321-337. doi:10.1016/j.chc.2014.01.003.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el Desarrollo Mundial. Panorama General. Igualdad de Genero y Desarrollo. 2012.
3. Norman R, Schneider M, Bradshaw D, Jewkes R, Abrahams N, et al. Interpersonal violence: an important risk factor for disease and injury in South Africa. *Popul Health Metr* 8: 32. (2010). doi: 10.1186/1478-7954-8-32
4. Secretaría de Salud. Panorama actual del abuso sexual infantil, Primera de dos partes. 2010.
5. Secretaría de Salud. Panorama actual del abuso sexual infantil, Segunda de dos partes. 2010.
6. World Health Organization. European report on preventing child maltreatment. 2013.
7. Chávez A, Ruben et al. Factores de abuso sexual na infância e adolescência de estudantes de Morelos, México. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.3, pp.506-514. ISSN 1518-8787. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-9102009000300015>.
8. Ramos-Lira L, Saldívar-Hernández G, Medina-Mora ME, Rojas-Guiot E, Villatoro-Velázquez J. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Publica Mex* 1998; 40:221-233
9. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1979.
10. Belsky J. Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological bulletin*, 1993. 114, 413–434. doi:10.1037/0033-2909.114.3.413
11. Ullman SE, Peter-Hagene LC, Relyea M. Coping, Emotion Regulation, and Self-Blame as Mediators of Sexual Abuse and Psychological Symptoms in Adult Sexual Assault. *Journal of child sexual abuse*. 2014;23(1):10.1080/10538712.2014.864747.
12. Meinck F, Cluver LD, Boyes ME, Mhlongo EL. Risk and Protective Factors for Physical and Sexual Abuse of Children and Adolescents in Africa A Review and Implications for Practice. *Trauma Violence Abuse*. 2015;16: 81–107. doi: 10.1177/1524838014523336. pmid:24648489

13. De Rose P, Salvaguardia F, Bergonzini P, et al. Current Psychopathological Symptoms in Children and Adolescents Who Suffered Different Forms of Maltreatment. *The Scientific World Journal*. 2016, doi:10.1155/2016/8654169.
14. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. Tomlinson M, ed. *PLoS Medicine*. 2012;9(11):e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349.
15. Shapiro DN, Kaplow JB, Amaya-Jackson L, Dodge KA. Behavioral Markers of Coping and Psychiatric Symptoms Among Sexually Abused Children. *Journal of traumatic stress*. 2012;25(2):157-163. doi:10.1002/jts.21674.
16. De Bellis MD, Spratt EG, Hooper SR. Neurodevelopmental biology associated with childhood sexual abuse. *Journal of child sexual abuse*. 2011;20(5):548-587. doi:10.1080/10538712.2011.607753.
17. Sikkema KJ, Ranby KW, Meade CS, Hansen NB, Wilson PA, Kochman A. Reductions in Traumatic Stress following a Coping Intervention were Mediated by Decreases in Avoidant Coping for People Living with HIV/AIDS and Childhood Sexual Abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2013;81(2):274-283. doi:10.1037/a0030144.
18. Jones DJ, Lewis T, Litrownik A, et al. Linking Childhood Sexual Abuse and Early Adolescent Risk Behavior: The Intervening Role of Internalizing and Externalizing Problems. *Journal of abnormal child psychology*. 2013;41(1):139-150. doi:10.1007/s10802-012-9656-1.
19. Maniglio, R. . The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev*. 2009; 29, 647–657.
20. Butchart A, Phinney Harvey A, Kahane T, Mian M, Furniss T Preventing child maltreatment: a guide to action and generating evidence. Geneva: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006)
21. Draucker CB, Martsof DS, Roller C, Knapik G, Ross R, Stidham AW. Healing from Childhood Sexual Abuse: A Theoretical Model. *Journal of child sexual abuse*. 2011;20(4):435-466. doi:10.1080/10538712.2011.588188.

22. Herres J, Ohannessian CM. Adolescent Coping Profiles Differentiate Reports of Depression and Anxiety Symptoms. *Journal of affective disorders*. 2015;186:312-319. doi:10.1016/j.jad.2015.07.031.
23. Latonya S. Harris, Stephanie D. Block, Christin M. Ogle, Gail S. Goodman, Else-Marie Augusti, Rakel P. Larson, Michelle A. Culver, Annarheen R. Pineda, Susan G. Timmer & Anthony Urquiza. Coping style and memory specificity in adolescents and adults with histories of child sexual abuse, *Memory*. 2016 Sep; 24(8): 1078–1090. Published online 2015 Aug 4. doi: 10.1080/09658211.2015.1068812
24. Kelley EL, Gidycz CA. Labeling of sexual assault and its relationship with sexual functioning: The mediating role of coping. *J Interpers Violence*. 2015 Jan;30(2):348-66. doi: 10.1177/0886260514534777.
25. Guerreiro DF, Figueira ML, Cruz D, Sampaio D. Coping strategies in adolescents who self-harm. A community sample study. *Crisis*. 2015;36(1):31-37. doi.org/10.1027/0227-5910/a000289
26. Katie Glazebrook, Ellen Townsend & Kapil Sayal. Do coping strategies mediate the relationship between parental attachment and self-harm in young people? *Archives of Suicide Research*, 2016 20:2, 205-218, DOI: 10.1080/13811118.2015.1004495.
27. Walsh K, Fortier MA, DiLillo D. Adult Coping with Childhood Sexual Abuse: A Theoretical and Empirical Review. *Aggression and violent behavior*. 2010;15(1):1-13. doi:10.1016/j.avb.2009.06.009.
28. Domhardt, M; Munzer, A; Fegert, M; and Goldbeck L; (2014) Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, violence, & abuse* 1-18 ^a doi: 10.1177/1524838014557288
29. Lucio, E; Duran, C. (2003). *Cuestionario de Sucesos de Vida*. Mexico: El Manual Moderno.
30. Frydenberg E, Lewis R. Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *J Adolesc*. 1991;14:119-133.
31. Lazarus RS. Psychological stress and coping in adaptation and illness. *Int J Psychiatry Med*. 1974;5:321-333.
32. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican adolescent

- mental health survey. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009 Apr;50(4):386-395. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x.
33. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Mendez E, Fleiz E, et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Ment*. 2009;32(2):155-163.
 34. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Cruz C, Mendez E. Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescents. *J. Adolesc. Health*. 2009b;45:483–489.
 35. Benjet C, Borges G, Méndez E, Fleiz C, Medina-Mora ME. The association of chronic adversity with psychiatric disorder and disorder severity in adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;20(9):459–468. doi: 10.1007/s00787-011-0199-8
 36. Pineda-Lucatero, A. G., Trujillo-Hernández, B., Millán-Guerrero, R. O. and Vásquez, C. Prevalence of childhood sexual abuse among Mexican adolescents. *Child: Care, Health and Development*, (2009) 35: 184–189. doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00888.x
 37. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. and Rohde, L. A. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, (2015) 56: 345–365. doi:10.1111/jcpp.12381
 38. Chen LP, Murad MH, Paras ML, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010;85(7):618-629. doi:10.4065/mcp.2009.0583.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de aprobación del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

SALUD



Oficio: DI/CI/944/0516
Asunto: registro de tesis derivada
México, D.F., a 2 de Mayo de 2016

Dra. María Elena Márquez Caraveo
Investigador responsable
Presente

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

Proyecto: **Adaptación y resiliencia en un contexto clínico; Bases para la intervención**
No. de registro: **II3-03-0315**
Aprobación CI: **1 abril 2015**

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


Título: **Estilos de afrontamiento en sujetos adolescentes con antecedentes de abuso sexual**
No. Registro: **II3-03-0315-Tc**
Tesis de: **Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente**
Tesisista: **Carolina Conejo García**

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

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) a través del tesisista asignado, un informe de los avances del proyecto derivado durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como envío de pdf's de los productos generados (presentaciones en congresos, etc.).
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente


Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Jefa de la División de Investigación

Anexo 2. Consentimiento informado.

Consentimiento Informado

Título de la investigación: Evaluación de factores de riesgo y protección para la promoción de la resiliencia en adolescentes y familias.

Mi hijo/a fue valorado/a en esta institución por el médico especialista del servicio de admisión y urgencias y le dieron como diagnóstico algún tipo de problema de salud mental, que requiere atención en esta institución. Por esto ha sido invitado/a a participar voluntariamente en un estudio de investigación para evaluar factores personales, familiares y sociales que pudieran relacionarse con un riesgo de problemas de salud mental o con factores protectores, que disminuyan la intensidad de esos problemas.

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. Los cuestionarios se aplicarán en 2 formatos, uno es llenado por mi hijo/a, y se llama "Autoinforme de comportamiento de jóvenes", y otro es llenado por mí, y se llaman "Inventario del comportamiento de niños(as) para padres".

También pedirán que mi hijo responda a 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. 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 mi hijo/a recibirá una valoración adicional sobre su problemática, que apoyará a su tratamiento en el hospital. Los resultados de la valoración se agregarán al expediente clínico, y de ahí el médico tratante podrá consultarlos para enriquecer el plan terapéutico habitual en el hospital.

Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio

Si mi hijo/a y yo tenemos cualquier pregunta acerca de este estudio nos pondremos en contacto con la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, quien es la investigadora responsable y que se encuentra en la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", o podemos localizarla en el teléfono 54 85 43 70, en el turno matutino (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 de mi hijo/a en el hospital. Si deseo retirar a mi hija del estudio debo notificarlo a la Dra. Ma. Elena Márquez.

Confidencialidad

Se comprometen a que 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.

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

Nombre completo y firma del 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
que explicó la información de este consentimiento.

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 3. Asentimiento informado.

Asentimiento Informado

Título del estudio de investigación: Evaluación de factores de riesgo y protección para la promoción de la resiliencia en adolescentes y familias.

He sido valorado/a en esta institución por el médico especialista del servicio de admisión y urgencias y me dieron como diagnóstico algún tipo de problema de salud mental, que requiere atención en esta institución. Por esto he sido invitado/a a participar voluntariamente en un estudio de investigación para evaluar factores personales, familiares y sociales.

Para iniciar con el estudio resolveré cuestionarios. Dichos cuestionarios son instrumentos que miden la intensidad de problemas como la depresión, la ansiedad, y problemas de atención o de conducta. Los cuestionarios se aplicarán en 2 formatos, uno es llenado por mí, y se llama "Autoinforme de comportamiento de jóvenes", y otro es llenado por mi padre, o mi madre o tutor, y se llama "Inventario del comportamiento de niños(as) para padres".

También me pedirán que responda a 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. Estos cuestionarios y las entrevistas del estudio, no tienen costo para nosotros y ser3n aplicados en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual.

Beneficios del estudio

El beneficio es que recibir3 una valoraci3n adicional, que apoyar3 mi 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 tengo cualquier pregunta acerca de este estudio me puedo poner en contacto con la Dra. Ma. Elena M3rquez Caraveo, quien es la investigadora responsable y que se encuentra en la Divisi3n de Investigaci3n del Hospital Psiqui3trico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", o podemos localizarla en el tel3fono 54 85 43 70, en el turno matutino (8.30 am a 3.30 pm).

Derecho a retirarme del estudio

Soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte la atenci3n m3dica que recibo en el hospital. Si deseo retirarme del estudio s3lo debo notificarlo a la Dra. Ma. Elena M3rquez.

Confidencialidad

En este estudio se comprometen a que la informaci3n de los cuestionarios y las entrevistas se mantendr3 confidencial. Los resultados de las valoraciones pueden publicarse para fines cient3ficos, siempre y cuando no se mencione mi identidad, adem3s la informaci3n puede ser mantenida y procesada en una computadora.

Firmas del Asentimiento Informado

Se me ha explicado y he leído la información anterior, a mí y a mi padre/madre o tutor se nos ha ofrecido amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Acepto participar en este estudio, y entiendo que esta participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que desee, sin que tenga algún perjuicio por eso.

Firmo este documento para establecer mi participación voluntaria en el estudio, y también aparece la firma de mi padre/madre o tutor, quien consiente nuestra participación en forma voluntaria.

Nombre completo y firma del 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
que explicó la información de este asentimiento.

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. Mini entrevista internacional neuropsiquiátrica, MINI- KID.

M.I.N.I. KID

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

USA: **D. Sheehan, D. Shytte, 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 M.I.N.I. 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

También está disponible gratuito a través del "Medical Outcome Systems, Inc" en www.medical-outcomes.com

- MINI cambios, adelantos & revisiones
- Traducciones de la MINI en mas 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

Anexo 5. Escala de afrontamiento para adolescentes, ACS.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Hospital Psiquiátrico Infantil

“Dr. Juan N. Navarro”

CUADERNILLO PARA ADOLESCENTES

CLÍNICA

PROYECTO PAPIIT

IN303512-2

Responsable

Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte



UNAM

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

CUADERNILLO PARA ADOLESCENTES

v. 2012HPI

Somos un grupo de investigadores de la UNAM y del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 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. La **información** será **totalmente CONFIDENCIAL**. Ni tus padres, ni tus tutores, tendrán acceso a la información que nos proporcionas de manera individual. De tu **participación** 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.
- 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 preguntanos**, y con mucho gusto te orientaremos en tu lugar.
- Por favor, **NO dejes ninguna pregunta sin responder**.

¡GRACIAS POR PARTICIPAR!

Anexo 6. Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comité de Ética en Investigación

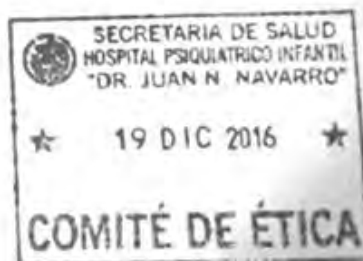
2016. Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal

19/12/2016
Oficio no. 46

Dra. Carolina Conejo García
Tesisista

Por medio de la presente hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos secundarios derivados del proyecto: **“Afrontamiento en adolescentes con psicopatología con y sin antecedentes de abuso sexual”**.

Por lo que se extiende una carta de conformidad del cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.



Atte.

Dr. Julio César Flores Lázaro
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Anexo 7. Certificado de curso de capacitación NIH, Dra. Carolina Conejo García.

