

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



TESIS:

Estrés, acoso sexual, y psicopatología en adolescentes atendidos en un hospital especializado de la Ciudad de México.

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

Carina Patricia Pérez Pérez

TUTORA:

Dra. María Elena de los Dolores Márquez Caraveo

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE 2019



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.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Carina Patricia Pérez Pérez

Correo electrónico: caripp9@hotmail.com

Nombre de la Tutora:

Dra. María Elena Márquez Caraveo

Correo electrónico: malenam Marquezc@gmail.com

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

Nombre de los asesores:

Mtra. Verónica Pérez Barrón.

Correo electrónico: veronicaperezbarron@gmail.com

Institución donde labora: Hospital psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

AGREDECIMENTOS

A mi dualidad por ser mi mayor motivación a seguir,

A mi familia por su calor, apoyo y dedicación a la vida,

A mis maestros por toda su guía compartida en la psiquiatría infantil y del adolescente,

A mis pares por la complicidad en estos dos años,

Y a mis pacientes por permitirme vivir con ellos su vida y aprender cada día, GRACIAS

RESUMEN

Antecedentes: el acoso sexual es una agresión a los derechos fundamentales y está presente en los adolescentes, reportándose tasas de hasta 10%, en población estudiantil. Los adolescentes con antecedente de acoso sexual presentan mayor estrés global y mayor psicopatología, comparados con los que no presentaron acoso sexual.

Objetivo: este trabajo se elaboró con la finalidad de identificar la presencia de acoso sexual en los adolescentes participantes, el nivel y tipo de estrés percibido, así como la psicopatología asociada entre los adolescentes sin presencia de acoso sexual y con presencia acoso sexual.

Material y Métodos: la muestra se realizó con 104 adolescentes entre 11 y 17 años de edad que acudieron a una atención especializada en un hospital psiquiátrico infantil. Por medio de la aplicación de dos escalas, Escala Global de Estrés para Adolescentes EGE-A (Barcelata, et al 2015) para medir la presencia o ausencia de acoso sexual, además del nivel de estrés percibido por los adolescentes y el Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11 a 18 años Youth Self Report YSR (Achenbach y Rescorla, 2001), para la medición de psicopatología. Los sujetos se dividieron en dos grupos, de acuerdo a la presencia o ausencia de acoso sexual. Se examinaron las diferencias entre los grupos en relación al estrés global y a la psicopatología, para establecer que grupo es el que presenta mayor estrés global y mayor psicopatología, además de establecer el tipo de psicopatología.

Resultados: los sujetos con acoso sexual obtuvieron puntuaciones medias más altas de estrés global y de psicopatología.

Conclusiones: los resultados de este estudio concuerdan con los reportados previamente respecto a mayor estrés global y mayor psicopatología en adolescentes con acoso sexual.

Términos MeSH: estrés, acoso sexual, psicopatología, adolescentes.

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Página
Introducción	7
Marco teórico	7
Planteamiento del problema	19
Justificación	19
Hipótesis	20
Objetivos	20
Material y métodos	20
Resultados	26
Discusión	30
Conclusiones	31
Limitaciones y recomendaciones	32
Referencias	34
Anexos	37
Anexo 1. Carta de aprobación del Comité de Investigación para el macroproyecto	37
Anexo 2. Carta de aprobación del Comité de Investigación del proyecto actual	38
Anexo 3. Cuadernillo de evaluación multidimensional	39
Anexo 4. Carta de aprobación por el Comité de Ética en Investigación para el macroproyecto	40
Anexo 5. Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación para el proyecto actual	41
Anexo 6. Certificado curso de capacitación NIH	42

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Contenido	Página
Tabla 1. Factores de riesgo y protectores para la salud mental en niños y adolescentes	10
Tabla 2. Características sociodemográficas de los adolescentes sin acoso sexual y con acoso sexual	26
Tabla 3. Frecuencia del nivel de estrés sin acoso sexual y con acoso sexual según género	27
Tabla 4. Medidas de problemas de Salud Mental en adolescentes sin acoso sexual y con acoso sexual según género	28
Tabla 5. Comparación de medias en los niveles de estrés en pacientes adolescentes sin acoso sexual y con acoso sexual	29
Tabla 6. Comparación de problema de Salud Mental en adolescentes sin acoso sexual y con acoso sexual	29

INTRODUCCIÓN

La adolescencia se considera una etapa de la vida que implica varios retos en el desarrollo del ser humano. El adolescente debe adaptarse y asimilar cambios a nivel biológico, psicológico, emocional, familiar y social. Muchas de las circunstancias a las que se enfrentan los adolescentes pueden ser percibidas por ellos mismos como estresantes. Dichas situaciones de estrés están influidas por factores individuales y factores externos como familiares, sociales y culturales.

Las experiencias negativas en el campo de la sexualidad pueden ser particularmente traumáticas durante la adolescencia, cuando el desarrollo emocional, la capacidad para sobrellevar los factores estresantes y la identidad aún están en proceso.

La mayoría de las investigaciones sobre el acoso sexual, realizadas dentro del contexto organizacional jerárquico, que han estudiado a los perpetradores masculinos adultos y los objetos como femeninos, proponen que solo es frecuente en la etapa adulta. Sin embargo, el acoso sexual es también común entre los adolescentes y niños.

Los estudios informan tasas de prevalencia en un año de un 40-50% para bromas sexistas, comentarios sexuales degradantes y obscenos, e insultos homofóbicos. Se reporta que cada cuatro estudiantes adolescentes que estuvo expuesto a la difusión de rumores sexuales, imágenes de desnudos, se les pidieron favores sexuales, de estos fueron adolescentes mujeres y ellas en su mayor parte reportaron acoso a diferencia de adolescentes varones.

Los estudios longitudinales muestran que la victimización por acoso sexual predice la angustia emocional futura, los síntomas depresivos, los problemas con el abuso de sustancias y las dificultades para establecer vínculos con pares. La coacción es mucho menos común, pero todavía es informada por una proporción significativa de estudiantes.

Es de suma importancia identificar como el acoso sexual influye en la psicopatología del adolescente con la finalidad de desarrollar estrategias adecuadas a la prevención y resolución de situaciones estresantes de la vida.

MARCO TEÓRICO

1. Características de las teorías sistémicas del desarrollo y su organización

Un modelo sistémico para el estudio del desarrollo de todos los organismos vivos, tiene un

enfoque que integra diferentes perspectivas como características biológicas, psicológicas, socioculturales e históricas en un sistema multidisciplinario y que deja de lado un enfoque dicotómico¹.

Actualmente el desarrollo infantil y adolescente se explica por medio de las teorías de sistemas de desarrollo, que establece a la ecología del ser humano en distintos niveles de integración. Estos niveles tienen rangos que van de lo biológico a lo psicológico, y de lo cultural a lo histórico, esto tiene como consecuencia que la regulación del desarrollo ocurre a través de conexiones mutuamente influenciadas a través de todos los niveles de desarrollo de sistemas¹.

En este proceso del desarrollo humano donde, si bien puede presentarse de manera normal, no está exento de la presencia de alteraciones en el mismo, llegando a presentarse desviaciones o psicopatología. Y este fenómeno de la psicopatología con la perspectiva del desarrollo actual da el surgimiento de la disciplina científica conocida como psicopatología del desarrollo, su principal objetivo es analizar qué características hacen a los individuos iguales y cuáles los hacen distintos. Es decir, de qué forma, características del individuo como genes, la personalidad o su autoestima, y características externas del individuo como la familia, la pobreza o la igualdad social, son responsables de esas similitudes/diferencias y de qué forma esto repercute en la salud mental del individuo¹.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades².

Una definición comúnmente utilizada para definir salud mental es “Un estado de bienestar en el cual el individuo realiza sus propias habilidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad³.

Esta definición aclara que el bienestar mental o psicológico está influenciado no solo por características o atributos individuales, sino también por las circunstancias socioeconómicas en las que los seres humanos se encuentran y el entorno más amplio en el que vive y se desarrollan. De acuerdo al enfoque de la Organización Mundial de la Salud, OMSS sobre los factores que influyen en la salud mental de los seres humanos o la génesis de la psicopatología, intervienen factores individuales, ambientales, sociales y económicos. Esta perspectiva la comparte la psicopatología del desarrollo, que es una disciplina científica que

estudia la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo normal o anormal^{3, 4}.

2. La psicopatología del desarrollo

La psicopatología del desarrollo es una ciencia en constante evolución cuyo objetivo principal es describir la interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos y socio-contextuales y su influencia en el desarrollo normal y anormal de un individuo a lo largo de la vida⁴. El desarrollo de la psicopatología plantea que debería extenderse a través de campos de estudio y del ciclo de la vida, ayudando así al descubrimiento de nuevas verdades sobre procesos de adaptación y desadaptación con la mejor intención de prevenir o aminorar la psicopatología⁴.

Uno de los principales objetivos de la psicopatología del desarrollo es definir las vías que están asociadas con alto riesgo del desarrollo de la psicopatología y otras con un bajo impacto, esto resulta importante ya que estas vías pueden presentar fallas incluso antes del desarrollo de la psicopatología⁴.

Los factores de riesgo y protectores han sido establecidos en múltiples niveles de análisis y en múltiples dominios. Los factores de riesgo son características a nivel biológico, psicológico, familiar, social o cultural que se asocian con una mayor probabilidad de afectar el bienestar del individuo, los cuales se pueden manifestar en cualquier momento de la vida. Es importante considerar el rol que juegan los factores de riesgo en la etiología de la psicopatología. Mientras que un solo factor de riesgo puede tener cierta influencia, es la acumulación y compleja interacción de varios factores de riesgo que incrementan la probabilidad de presentar un trastorno mental. Por otro lado, los factores de protección son características que reducen el impacto de los factores de riesgo a los que está expuesto el individuo. Algunos de estos factores, tanto los de riesgo como los de protección, son constantes, es decir que no cambian a lo largo del tiempo; sin embargo, otros son dinámicos y pueden ir cambiando a lo largo de la vida.

Tabla 1
Factores de riesgo y protección para la Salud Mental adolescente

Dominio	Factores de riesgo	Factores protectores
1.-Biológico	-Exposición a toxinas (tabaco, alcohol), durante el embarazo. -Predisposición genética a trastornos mentales. -Traumatismo Craneoencefálico. -Infección por VIH -Desnutrición -Otras enfermedades	-Adecuado estado de salud. -Adecuado funcionamiento intelectual.
2.-Psicológico	-Trastornos del aprendizaje -Rasgos de personalidad mal adaptativos -Abuso físico, sexual, emocional y negligencia. -Temperamento difícil.	-Habilidad de aprender de las experiencias. -Adecuada autoestima -Alto nivel para la resolución de problemas. -Habilidades sociales.
3.- Social Familiar	-Cuidados parentales inconsistentes -Mala dinámica familiar -Pobre establecimiento de disciplina. -Pobre dirección familiar. -Muerte de un miembro de la familia	-Adecuados vínculos familiares. -Reforzar conductas positivas por medio de premios. -Oportunidades de participar de manera positiva en la familia.
Escolar	-Fracaso académico. -Fallas del sistema educativo para proporcionar un ambiente adecuado para atender las necesidades de aprendizaje. -Inadecuado/Inapropiado provisión de educación.	-Oportunidades de participación en la vida escolar. -Reforzamientos positivos de los logros académicos. -Identidad con la escuela y la necesidad de logros escolares.
Comunidad	-Pobreza. -Falta de sentido de pertenencia a la comunidad. -Desorganización en la comunidad. -Discriminación marginalización. -Exposición a la violencia. -Transiciones: (por ejemplo la urbanización)	-Sentido de pertenencia a la comunidad. -Oportunidades para uso adecuado del tiempo libre. -Experiencias culturas positivas. -Modelos positivos. -Gratificaciones de su participación en la comunidad. -Conexión con las organizaciones de la comunidad incluyendo las asociaciones religiosas.

Fuente: adaptada de: “*Child and adolescent mental health policies and plans*” por World Health Organization (WHO). Geneva: World Health Organization³⁶.

3. La adolescencia

El término adolescencia deriva del latín “*adolescere*” que significa “*crecer hacia la adultez*”⁵. Los adolescentes a nivel mundial representan el 33.9% de la población⁶. La población adolescente en Latinoamérica representa el 30% de la población total. En México se reporta una población de 20, 728,628 de adolescentes entre 10-24 años de edad⁷.

La adolescencia se define como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años de edad. Es una etapa de transición más importante en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambio y que está condicionado por diversos procesos biológicos².

Es un periodo del ciclo de vida del ser humano que se caracteriza principalmente porque aparecen las características sexuales secundarias, es aquí donde evolucionan los procesos psicológicos y las formas de identificación del comportamiento y se presenta la transición de un estado de total dependencia a una dependencia relativa⁸. En este período, en el que ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, la persona se hace tanto biológica, como psicológica y socialmente madura⁵.

A estos cambios se suma modificación en su rol, en la forma cómo se auto percibe y cómo es visto por los demás⁹.

Las características del desarrollo psicosocial normal en la adolescencia son el resultado de la interacción entre el desarrollo alcanzado en las etapas previas del ciclo vital, factores biológicos inherentes a esta (el desarrollo puberal y el desarrollo cerebral propio de este período, fenómeno a la vez relacionado en parte con los cambios hormonales de la pubertad) y la influencia de múltiples determinantes sociales y culturas¹⁰.

Existe un escaso consenso respecto a cuándo comienza y finaliza la adolescencia, entre otras cosas, porque si bien su inicio se asocia generalmente a fenómenos biológicos (puberal) y su término a hitos psicosociales (adopción de roles y responsabilidades de la adultez), existe una gran variabilidad individual en las edades en que ambos se producen⁵.

Ningún esquema único de desarrollo psicosocial puede aplicarse a todo joven, pues la adolescencia constituye un proceso altamente variable en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de las diversas personas, así mismo el proceso puede ser asincrónico en sus distintos aspectos (biológico, emocional, intelectual y social) y no ocurrir como un continuo, sino presentar períodos frecuentes de regresión en relación con estresores. Además, muestra diferencias y especificidades derivadas de factores como el sexo y etnia del joven, y del ambiente en que se produce (urbano y rural, nivel socioeconómico y educacional, tipo de cultura, etc.)⁵.

Aun teniendo en cuenta las limitaciones previas, el desarrollo psicosocial en la adolescencia presenta en general características comunes y un patrón progresivo de 3 fases. No existe

uniformidad en la terminología utilizada para designar estas etapas, sin embargo, lo más tradicional ha sido denominarlas adolescencia temprana, media y tardía¹¹.

1. Adolescencia temprana: desde los 10 a los 13-14 años.
2. Adolescencia media: desde los 14-15 a los 16-17 años.
3. Adolescencia tardía: desde los 17-18 años en adelante.

Adolescencia temprana

Los procesos psíquicos de la adolescencia comienzan en general con la pubertad y los importantes cambios corporales que trae consigo. En el área del desarrollo psicológico existe labilidad emocional, una tendencia a magnificar la situación personal, falta de control de impulsos, y necesidad de gratificación inmediata y de privacidad, además aumenta la habilidad de expresión verbal y en ámbito vocacional, los jóvenes presentan metas no realistas (ser modelo top, estrella de rock, actor o actriz de cine, piloto de carreras, etc.)⁵.

El desarrollo cognitivo de esta etapa comprende el comienzo del surgimiento del pensamiento abstracto o formal. La toma de decisiones empieza a involucrar habilidades más complejas, que son esenciales para la creatividad y el rendimiento académico de un nivel superior. Su pensamiento se caracteriza por ser lábil y oscilante, tendiendo aún a predominar el pensamiento concreto. En esta fase se produce un incremento de las demandas y expectativas académicas⁵.

En el ámbito del desarrollo social, se inicia la movilización hacia afuera de la familia. Aumenta el deseo de independencia del joven y disminuye su interés por las actividades familiares. El adolescente empieza a poner a prueba la autoridad, evidencia más resistencia a los límites a la supervisión y a aceptar consejos o tolerar críticas de parte de los padres. El grupo de pares adquiere mayor importancia y el adolescente se hace más dependiente de las amistades como fuente de bienestar. Debe destacarse que en esta etapa existe una importante susceptibilidad a la presión de los pares⁵.

En cuanto al desarrollo sexual, en esta fase se produce una acentuada preocupación por el cuerpo y los cambios puberales. Las rápidas transformaciones corporales llevan al adolescente a preocuparse en forma creciente por su imagen, a focalizarse en hallazgos físicos triviales. En esta etapa aparece pudor o inquietud de ser visto desnudo, aumenta el interés en la anatomía y fisiología sexual, lo que incluye dudas y ansiedades acerca de la menstruación, las poluciones nocturnas, la masturbación, el tamaño de las mamas o pene,

entre otras cosas. Por otro parte, se intensifican los impulsos de naturaleza sexual⁵.

Por último respecto del desarrollo moral, en esta etapa se avanza desde el nivel preconvencional al convencional. En el primero que es propio de la infancia, existe preocupación por las consecuencias externas, concretas para la persona. Las decisiones morales son principalmente egocéntricas, hedonistas, basadas en el interés propio, en el temor al castigo, en la anticipación de recompensas o en consideraciones materiales. En el segundo nivel existe preocupación por satisfacer las expectativas sociales. El adolescente se ajusta a las convenciones sociales y desea fuertemente mantener, apoyar y justificar el orden social existente.

Adolescencia media

El hecho central en este periodo es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares. Ello implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, que tiene consecuencias no solo para el adolescente sino también para sus padres.

En esta etapa el desarrollo psicológico continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros. El adolescente busca aislamiento y pasa más tiempo a solas, se incrementa el rango y la apertura de las emociones que experimenta, y adquiere la capacidad de examinar los sentimientos de los demás y de preocuparse por los otros. Persiste además la tendencia a la impulsividad, siendo las aspiraciones vocacionales de los jóvenes menos idealistas ya⁵.

El desarrollo cognitivo se caracteriza por un incremento de las habilidades de pensamiento abstracto y razonamiento y de la creatividad. El adolescente ya no acepta la norma, sino hasta conocer el principio que la rige. La posibilidad de razonar sobre su propia persona y los demás lo lleva a ser crítico con sus padres y con la sociedad en general. Cabe destacar, que el pensamiento puede revertir al nivel concreto en situaciones de estrés. Por otra parte, aumenta significativamente las demandas y expectativas académicas. Se espera que durante este periodo el joven obtenga logros académicos y se prepare para el futuro.

Adolescencia tardía

Esta es la última etapa del adolescente hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte de los adolescentes es un periodo de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad. Si todo ha avanzado suficientemente bien en las fases previas, incluyendo la presencia de una familia y un grupo de pares apoyadores, el joven estará en una buena vía para manejar las tareas de la adultez, si no ha completado las

tareas antes detalladas, puede desarrollar problemas con el aumento de la independencia y las responsabilidades de la adultez joven, tales como depresión u otros trastornos emocionales¹².

Con respecto al desarrollo sexual, en la adolescencia tardía se produce la aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal. El adolescente ha completado ya su crecimiento y desarrollo puberal. Aceptan también su identidad sexual, con frecuencia inician relaciones sexuales y aumentan su inclinación hacia relaciones de pareja más íntimas y estables, las que comprenden menos experimentación y explotación, estando más basadas en interés y valores similares, en compartir, y en la comprensión, disfrute y cuidado mutuo⁵.

En estas fases se dan habitualmente de manera más precoz en las mujeres que en los hombres debido a que ellas inician antes su pubertad, y los cambios que involucran aumentan en complejidad a medida que los adolescentes progresan de una a otra.

Durante el periodo de la adolescencia se enfrentan a retos y obstáculos que repercuten en su vida adulta⁶. La suma de estos eventos estresantes puede afectar el bienestar y la salud del adolescente, ya sea directamente o a través de su salud, en el estado emocional y en la percepción de apoyo social.

Los niños y adolescentes de las ciudades viven mejor que los de las zonas rurales, gracias a una mejor calidad de la salud, la protección, la educación y el saneamiento. Cuanto más urbano es un país, es más probable que sus ingresos sean mayores y sus instituciones con mayor organización, estructura, solvencia y solidez¹³, a diferencia de las zonas rurales, donde puede ser un potencializador de la aparición de estrés en los adolescentes.

Las ciudades casi siempre desbordan la capacidad de las instituciones para ofrecer una infraestructura y servicios necesarios para la salud y el bienestar de la gente. Esta incapacidad impide que los servicios estén al alcance de los niños y de sus familias que viven en vecindarios de las ciudades, propiciando los problemas de salud mental¹⁴.

Para que los niños disfruten una vida plena, habrá que comprender mejor la magnitud de la pobreza y la exclusión que padecen los niños y niñas que viven en las ciudades.

En los hogares donde viven al menos un niño de 0 a 14 años se identifican factores de vulnerabilidad, que los coloca en desventaja.

Los niños y niñas que viven en condiciones de pobreza en las ciudades experimentan niveles de depresión y angustia más altos que el promedio de la población urbana. Los determinantes sociales de la salud en los Estados Unidos, los niños de los vecindarios más

pobres presentan más problemas emocionales y de comportamiento y esto influye para colocarlos en una situación de mucha vulnerabilidad¹⁵, como es la presencia de estrés.

4. Acoso sexual

La definición exacta del término acoso sexual se ha debatido desde que se acuñó el término en 1970. La investigación en las ciencias sociales sugiere que existe tres tipos de acoso sexual: el de género, la atención sexual no deseada y la coacción sexual. El primero comprende la comunicación hostil, despectiva basada en la comunicación verbal o no verbal o los insultos relacionados con el género. El segundo incluye cualquier comportamiento sexual, proposiciones, invitaciones, etcétera, que son desagradables y rechazadas para el objetivo y percibidas como ofensivas. Y el tercero incluye la agresión sexual real, pero también cualquier comportamiento en el que la cooperación sexual se extorsiona a través de promesas, beneficios o amenazas^{16, 17}.

Desde el punto de vista feminista, el acoso sexual ha sido visto como un mecanismo para reproducir creencias y actitudes que devalúan a las mujeres debido a su sexo, que mantiene y perpetúa las creencias y actitudes de los roles de género rígidos que reproducen la desigualdad. Desde el punto de vista legal, el acoso sexual es discriminación basada en el género, que se manifiesta en una variedad de acciones que perjudican el rendimiento laboral, en las escuelas limitan la capacidad de participar y beneficiarse del programa educativo y se crea un ambiente hostil y ofensivo. Los investigadores de salud pública pueden estudiar el acoso sexual como una forma de comportamiento sexualmente agresivo y una experiencia traumática para aquellas que son víctimas y se centran en explorar los factores para la perpetración y el sometimiento al acoso sexual^{16, 17}.

También se ha reportado que las experiencias de acoso sexual son más comunes entre los adolescentes que reportan violencia familiar, disciplina coercitiva y escasa vinculación emocional con los padres, y que provienen de familias con ingresos inferiores a la media y la presencia de estos aumenta el riesgo de síntomas conductuales y emocionales^{16, 18, 19, 20}.

La experiencia de acoso sexual ha sido asociada en la escuela a baja autoestima, quejas de salud mental y física, síntomas de trauma, baja satisfacción con la vida, abuso de sustancias y patología alimentaria^{17, 18}.

A pesar de la consciencia de la frecuencia del acoso sexual, hay poca investigación disponible sobre las formas de acoso que sufren los adolescentes y cómo puede afectarlos

de manera diferente en todas las áreas²¹. Las experiencias de acoso sexual de los adolescentes a menudo se centran explícitamente en el contexto escolar. El acoso sexual puede ser más perjudicial para la salud mental de los adolescentes que otros tipos de acoso. Se considera el acoso sexual como un estresor que favorece el riesgo en el desarrollo normal del adolescente y anticipamos que se podría interferir con el ajuste social y el bienestar y llevar a una menor victimización en todas las áreas de su vida^{22, 23}.

5. Estrés

Todos los individuos están expuestos a estrés durante toda su vida y cuando estos superan el nivel de tolerancia personal, ocasionan daños transitorios o permanentes. El estrés es uno de los principales problemas de mayor incidencia en la vida cotidiana, además de ser considerado un tema de gran importancia, ha sido estudiado a lo largo del tiempo desde disciplinas médicas, biológicas y psicológicas, con enfoques diferentes²⁴.

Fontana en el 1992 afirma que algunos niveles de estrés son de ayuda en el desempeño de las actividades diarias del ser humano, pero cuando esos niveles son superados hacen lo contrario: en lugar de aumentar, disminuyen el rendimiento físico y emocional de una persona.

El estrés es un importante generador de trastornos. A nivel mundial uno de cada cuatro individuos presenta algún problema grave de estrés²⁵. El estrés puede definirse genéricamente como un proceso que provoca un estado ansioso en el sistema, favoreciendo la desestabilización del organismo, ocasionada por factores desencadenantes denominados estresores, los cuales pueden ser estímulos físicos o psicopatológicos fuera de lo habitual y que el individuo considera amenazantes o desbordantes, desencadenando problemáticas a nivel físico y/o mental²⁶.

Los eventos estresantes y sus fuentes son diversas, pueden deberse a una demanda ambiental, social o interna. Entre los adolescentes por ejemplo la ruptura de una relación de pareja, fallar en un examen son percibidos con altos niveles de estrés.

En el estudio de Benjet del 2009 a partir de la Encuesta Metropolitana de Salud en Adolescentes, señala que el 66.7% de los adolescentes en México ha experimentado al menos un episodio de adversidad en su vida. Este estudio proporciona un panorama muy amplio de las adversidades que atraviesan los jóvenes en el País. Reporta que al menos uno de cuatro adolescentes informo ser expuesto a violencia doméstica y uno de cada siete

reportan abuso físico, la disolución del núcleo familiar o la pérdida de un ser querido²⁷.

El acoso sexual es fuente importante de estrés en los adolescentes y esto podría repercutir directamente en su salud en general, de ahí la importancia de conocer esta importante variable para su estudio.

6. Psicopatología del adolescente

En cuanto a los perfiles epidemiológicos a nivel nacional se reporta que alrededor del 40% de los adolescentes presentan trastornos de ansiedad, 17% trastornos de control de los impulsos, 7.2% trastorno del estado del ánimo que incluye depresión y suicidio y el 3.3% abuso de sustancias, en cuanto a las diferencias de género se reporta que las mujeres presentan en orden de frecuencia: fobias específicas y sociales, depresión mayor, trastorno negativista desafiante y agorafobia. Los varones presentan fobias específicas y sociales, depresión mayor, trastorno negativista desafiante, abuso de alcohol y trastorno disocial²⁸, muchas de estas problemáticas se asocian a conflictos interpersonales y a contextos familiares con presencia de adversidad crónica como disfunción familiar, abuso físico, abuso sexual, abuso emocional y negligencia^{28, 29}.

7. Hallazgos en la literatura

A través de los años, se han aportado datos de investigación con las variables de acoso sexual, estrés y psicopatología.

Estrés, acoso sexual y psicopatología

El acoso sexual se considera una forma de violencia basada en el género y se define comúnmente como atención sexual no deseada. La victimización por acoso sexual en la adolescencia es común, y la prevalencia de vida varía considerablemente según la edad y el entorno, pero se han informado en la literatura que está entre el 45-88% en hombres y 54-95% en mujeres³⁰.

La violencia doméstica se ha investigado como un factor de riesgo para la perpetración física, la violencia en pareja, la intimidación y el acoso sexual entre los adolescentes, sin embargo existe poca investigación sobre esta asociación¹⁹.

En el campo de la psicopatología, autores como Garaigordobil³¹, hallaron que la adolescencia tardía es un periodo crítico donde se encuentran la mayor cantidad de

problemas de autoconcepto, autoestima. Del mismo modo, este periodo también es relevante ya que implica la toma de decisiones importantes que pueden afectar a la salud mental.

Diversos estudios²⁷, permiten observar que, a pesar de que existen variaciones a través de los años en los índices de los diversos trastornos, la ansiedad es la de mayor prevalencia, en lo particular en el grupo de las mujeres. No obstante, es el de menor nivel de gravedad en comparación con desórdenes del estado de ánimo.

En relación a las prevalencias de psicopatología en México, los datos de la Encuesta Metropolitana de Salud Mental Adolescente señalan que, tanto en hombres como en mujeres, la fobia social y específica fue la mayor prevalencia, seguida por depresión mayor en mujeres y trastornos oposicionista desafiante en hombres²⁷. Así mismo los factores que se han relacionado con mayor riesgo con respecto a la psicopatología se ha reportado que son: el género, el abandono escolar, estar cansado, tener un hijo o estar empleado, sin embargo, aunque se conocen estos correlatos o razones de riesgo, no se conoce el rol de los estresores³².

Existen adolescentes que a pesar de vivir en condiciones de riesgo no presentan ninguna psicopatología, porque ello depende tanto de los factores biológicos como personales y del medio ambiente³³.

Uno de los problemas de salud pública más urgentes en la mayoría de los países occidentales, es la mala salud mental, como los síntomas depresivos y la angustia psicológica en la adolescencia¹⁷.

Los factores asociados con la mala salud mental en los jóvenes incluyen: influencias socioeconómicas, desempleo de los padres, factores familiares como la depresión materna, familia perturbada y el origen inmigratorio de los padres, factores biopsicosociales como la pubertad, relaciones sociales deficientes y baja autoestima¹⁷.

Los estudios existentes sobre la relación entre el acoso sexual y los síntomas depresivos suelen ser transversales o carecer de un diseño de estudio longitudinal que pueda usarse para inferir direcciones de asociaciones. En el estudio de Heléne Zetterström Dahlqvist, 2016, reporta que el acoso sexual, está relacionado con todas las dimensiones de los síntomas depresivos, independientemente del sexo.

Muchos adolescentes experimentan acoso sexual y las víctimas de acoso sexual tienen mayores riesgos con respecto al bienestar y las conductas de salud, como mayores riesgos de pensamiento suicidas, ideas suicidas y sentirse inseguros en la escuela³⁴.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La información referente la psicopatología que presentan los adolescentes con un antecedente de acoso sexual es limitada y poco conocida, la recopilación de datos que se pretende 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 y elaborar instrumentos para el perfeccionamiento del abordaje y tratamiento, con esto se busca favorecer el pronóstico de los adolescentes, evitando así el deterioro en su funcionamiento social y consolidar su buen desarrollo durante la vida productiva, evitando las secuelas o recaídas por un mal manejo del estrés como de la psicopatología secundaria al acoso sexual. Derivado de todo lo anterior señalado se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre la psicopatología de adolescentes que presentaron acoso sexual que acuden a atención especializada?

JUSTIFICACIÓN

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro (HPI), de la Secretaría de Salud, es una institución que concentra la atención psiquiátrica de niños y adolescentes. Los reportes hospitalarios registraron en el 2017, 1, 672 adolescentes que fueron atendidos de primera vez en consulta externa, los padecimientos más frecuentes entre las edades de 10 a 18 años de edad fueron los trastornos hipercinéticos, episodios depresivos y ansiedad generalizada. En cuanto a los hospitalizados, se reportó un total de 821 adolescentes de entre 13 a 18 años de edad, por diversos trastornos entre ellos intento suicida, depresión, abuso/dependencia a sustancias, esquizofrenia^{35, 36, 37}. El acoso sexual es considerado como un problema de salud con gran peso a nivel mundial y un factor de riesgo para la presentación de psicopatología. Aún permanecemos en penumbra con respecto a la frecuencia y magnitud del problema, pues pocos casos son reportados a las autoridades lo cual afecta directamente a la estadística y limita las estrategias de prevención y detección de este tipo de violencia. El tipo de psicopatología que desarrolla una persona con antecedente de acoso sexual se relaciona directamente con su pronóstico; por lo tanto, es de suma importancia conocer cuál es la psicopatología secundaria al acoso sexual, para así elaborar un plan preventivo^{21, 23, 35}.

HIPÓTESIS

Los adolescentes que reportan presencia de acoso sexual exhiben mayor estrés global, y además es un factor de riesgo para la presentación de psicopatología.

OBJETIVOS

General

Comparar a los adolescentes con presencia de estrés y psicopatología que reportan o no presencia de acoso sexual atendidos en un hospital especializado.

Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los participantes.
2. Identificar la presencia o no de acoso sexual en los adolescentes.
3. Reportar la frecuencia de acoso sexual en los adolescentes que reportan esta característica.
4. Evaluar los problemas de salud mental a través de los puntajes obtenidos en las escalas de Problemas Internalizados y de Problemas Externalizados (banda ancha) y en las subescalas respectivas (banda estrecha).
5. Comparar los niveles de estrés en los adolescentes que reportan o no presencia de acoso sexual.

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.

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 tiempo cumplan con los

criterios de inclusión correspondientes.

Criterios de inclusión:

1. Hombres y mujeres.
2. 11 a 17 años, 11 meses de edad.
3. Ser paciente de consulta interna o de hospitalización en el HPI.
4. Alfabetizados.
5. Que acepten participar en la investigación y firmar el consentimiento informado por los padres y asentimiento informado por los adolescentes.

Criterios de exclusión:

1. Quienes presenten alguna discapacidad física o mental que impide la comprensión del estudio.
2. Adolescentes que no cuenten con padre/tutor.
3. Presencia de trastorno psicótico severo con delirios, alucinaciones, agresividad, etc., debido a esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso/dependencia a drogas o retraso mental que implica la comprensión y respuesta del auto-informe de la conducta.
4. Estar bajo efecto de sedación importante, acatisia o algún otro efecto colateral importante de la medicación prescrita en hospitalización.

Criterios de eliminación:

1. No haber contestado los reactivos de los instrumentos de evaluación.
2. Abandono del estudio.

Variables:

- Acoso sexual (Variable dependiente)

Definición conceptual: el acoso sexual es la intimidación o acoso de naturaleza sexual o violación, promesas no deseadas o inapropiadas a cambio de favores sexuales.

Definición operacional: La variable de acoso sexual se extrajo de la dimensión de eventos críticos, en la Escala de estrés percibido para adolescentes, que está constituida por 13 reactivos, de los cuales se tomó el reactivo número 66, que señala ser acosado sexualmente, se calificó de manera dicotómica, para diferenciar los que presentan y los que no presentan esta variable.

- Psicopatología. (Variable independiente).

Definición conceptual: disciplina que analiza las motivaciones y las particularidades de las

enfermedades de carácter mental. Este estudio puede llevarse a cabo con varios enfoques o modelos, entre los cuales pueden citarse al biomédico, al psicodinámico, al socio-biológico y al conductual.

Definición operacional: internalizados, externalizados, mixtos.

- Estresores adolescentes (variable independiente)

Definición conceptual: situaciones normativas o no normativas, cotidianas o mayores, que pueden ser fuente potencial de estrés para un adolescente. Los eventos pueden ser de alta o baja frecuencia y fuerte intensidad de acuerdo con la valoración subjetiva del adolescente.

Definición operacional: eventos críticos, contrariedades diarias, presión social, preocupaciones familiares, estresores académicos y situaciones de interacción social.

Procedimiento:

El presente proyecto corresponde a un análisis secundario derivado de un macroproyecto llamado “Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención” 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, el presente estudio fue aprobado por el mismo Comité, siendo denominado: “Estrés, acoso sexual y psicopatología en adolescentes atendidos en un hospital especializado de la Ciudad de México” y teniendo el registro con clave 113/01/0412, a nombre de la Dra. Carina Patricia Pérez Pérez (Anexo 2).

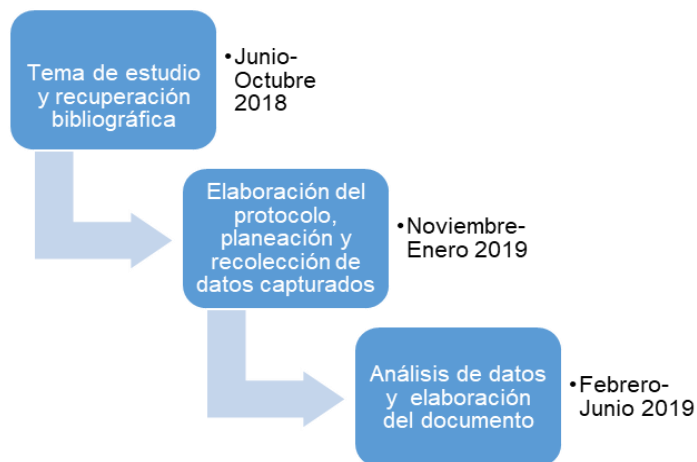
Se realizó un análisis secundario, donde se evaluó la presencia de psicopatología de los pacientes por medio del instrumento de medición YSR Youth Self Report, para adolescentes, al mismo tiempo la presencia del antecedente de acoso sexual en los últimos 12 meses mediante la (EGEPA), escala de estrés percibido para adolescentes. Se obtuvo las variables sociodemográficas como la edad, sexo, escolaridad, entre otros.

La información que fue obtenida de las escalas se vació en una base de datos electrónica para completar el análisis estadístico al Software SPSS versión 2.0. Por último, se evaluaron los resultados arrojados por el programa estadístico interpretado, emitiendo una opinión objetiva y conclusión de los hallazgos.

Flujograma de actividades:

Figura 1

Flujograma de actividades del proyecto de investigación



Cronograma de actividades:

Figura 2

Cronograma de actividades del proyecto de investigación

Actividad	Junio-Julio 2018	Agosto- Octubre 2018	Noviembre- Enero 2019	Febrero 2019	Junio 2019
1.- Tema de estudio	■				
2.- Recuperación bibliográfica		■			
3.- Elaboración del protocolo		■			
4.- Planeación			■		
5.- Recolección de datos capturados			■		
6.- Análisis de datos				■	
7.- Redacción del documento					■

Instrumentos de medición:

Cuadernillo de evaluación multidimensional (Anexo 3)

Representa un conjunto de documentos diseñado para la recolección de las variables de interés y que se compone de diversas escalas auto-aplicables para la evaluación de la psicopatología y estresores en los adolescentes que participaron en el estudio. Adicionalmente incluye una hoja para la recolección de datos socio-demográficos del sujeto

de estudio y los cuidadores primarios. A continuación, se detallan los instrumentos que se incluyen en cuadernillo de evaluación.

Escala de Estrés Percibido para Adolescentes. (EGEP-A) (Barcelata, Ávila & Ortiz, 2017).

Es un instrumento que mide la presencia de eventos potencialmente estresantes e intensidad de estrés percibida por adolescentes de 13 a 18 años en diferentes áreas o dimensiones. Está integrado por 55 reactivos, 54 reactivos Likert de 6 puntos que van de 0=no me sucedió a 5=me sucedió y me estresa demasiado, que evalúan presencia e intensidad de seis tipos de estrés en seis categorías, así como una pregunta abierta que explora algún otro estresor que no contemple la escala.

Los reactivos Likert están integrados en seis factores (alfa total=.962 y varianza total explicada=41%): 1= en seis factores:

1. Eventos críticos (varianza explicada=14.10; α =.761), evalúa sucesos de vida mayores no esperados;
2. Contrariedades diarias (varianza explicada=7.29; α =.746), identifica estresores cotidianos;
3. Presión social (varianza explicada=6.37; α =.807), valora situaciones que implican presión social que suelen producir estrés;
4. Preocupaciones familiares (varianza explicada=5.34; α =.744), hace referencia estresores relacionados con cuestiones familiares;
5. Estresores académicos (varianza explicada=4.32 α =.799), identifica estresores asociados al ámbito escolar;
6. Situaciones de interacción social (varianza explicada=3.15; α =.778), refiere a situaciones que representan limitaciones en la interacción social y que pueden generar estrés.

Para este estudio se trabajó con 54 reactivos, extrayendo el reactivo de acoso sexual.

Youth Self Report (YSR) (Achenbach y Rescorla, 2001).

Se utilizó el Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11 a 18 años –YSR/11-18- por sus siglas Youth Self Report (Achenbach y Rescorla, 2001), que evalúa de manera dimensional la presencia de psicopatología. Está dividido en dos partes, la primera evalúa competencias y la segunda analiza problemas de conducta y emocionales. Esta segunda parte incluye 103 ítems que expresan problemas de distinta naturaleza (Total de Conductas

Problema) y 16 ítems referidos a conductas socialmente deseables (Total de Conductas Deseables). El adolescente debe valorar en qué medida el enunciado de los ítems refleja cómo se ha sentido o ha actuado durante los últimos 6 meses.

1. Internalizados: Ansiedad/depresión, introversión, quejas somáticas, problemas sociales y problemas de pensamiento.
2. Externalizados: Ruptura de reglas y conducta agresiva.
3. Mixto: Problemas sociales, problemas mentales y problemas de atención.

Análisis estadístico:

A través de análisis descriptivos, de comparación de medias, correlacionales bivariados y multivariados a través del paquete estadístico SPSS 2.0 de acuerdo con los diferentes niveles de medición y características de las variables de estudio, con el propósito de explicar sobre la relación entre estrés, psicopatología y acoso sexual en los adolescentes.

Consideraciones éticas:

Acorde a lo establecido en el Capítulo I, Título Segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, del Reglamento de la Ley General de Salud el presente estudio constituye una investigación de riesgo mínimo. Al recoger información retrospectiva extraída de cuadernillos y cuestionarios y por su diseño no se realizará intervención o modificación en las características fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes. Se respetarán las normas éticas dando un adecuado uso a la información médica vertida en los cuadernillos recolectando datos individuales en forma de resumen y sin ninguna información personal o que permita la identificación de los pacientes, respetando la privacidad del sujeto y su confidencialidad. Toda información recolectada y vertida en la hoja de recolección de datos será desechada posterior a realizar la captura electrónica en el programa de análisis estadísticos, en un tiempo estimado de dos semanas. Se trata de una investigación sin riesgo y por lo tanto se prescindirá de la obtención de un consentimiento informado. Por su diseño, este estudio no requerirá de ningún tipo de importe o coste económico por parte de las personas que participaron en el primer estudio. El Comité Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, aprobó el estudio general (Anexo 4), así como el estudio actual (Anexo 5). Adicionalmente, la autora del presente estudio realizó el curso en línea de los National Institutes of Health, denominado

RESULTADOS

En la tabla No 2 se presentan las características de los adolescentes participantes, donde se señala que, de los 104 adolescentes participantes, se observa que la media de edad fue de 14 años. Las mujeres predominaron discretamente con respecto a los hombres ya que los porcentajes fueron 56 versus 48. La escolaridad del 61% de los participantes fue de primaria y 32% de secundaria.

Respecto a la ocupación casi el 80% de los adolescentes tiene ocupación de estudiante, sin embargo, llama la atención que casi un 20% de los participantes clínicos se encuentran en la categoría de estudiar y trabajar, solo trabajar o ni estudiar ni trabajar.

Tabla 2

Características sociodemográficas de los adolescentes sin acoso sexual y con acoso sexual

Variables	Sin acoso sexual n=49				Con acoso sexual n=55				Total n=104	
	M	(DE)	n	%	M	(DE)	n	%	n	%
Edad	14	2			14	2				
Sexo										
Masculino			26	25			22	21	48	46
Femenino			23	22			33	32	56	54
Escolaridad										
Sin primaria completa			5	5			3	3	8	8
Primaria			31	30			32	31	63	61
Secundaria			13	13			20	19	33	32
Ocupación										
Estudio			41	40			41	40	82	80
Estudio y trabajo			2	2			6	6	8	8
Solo trabajo			2	2			2	2	4	4
Ni estudio ni trabajo			4	4			5	5	9	9

En la tabla 3, se presenta el nivel de estrés y tipo de estresores percibido de acuerdo al nivel de acoso sexual experimentado de acuerdo al género. Como se observa en esta tabla los adolescentes que no reportaron acoso sexual tuvieron los puntajes más bajos de estrés percibido en todas las dimensiones, mientras que los adolescentes con acoso sexual reportado como nada, poco o regular tuvieron puntajes más altos de aquellos que no lo reportaron. A su vez los que reportan acoso sexual que experimentaron como mucho o demasiado invariablemente tuvieron puntajes más altos de estrés percibido para todas las dimensiones.

Llama la atención que, en la categoría de nada, poco, regular los hombres reportaron mayor nivel de estrés. A diferencia de las mujeres que tienen mayor nivel de estrés con acoso sexual mucho y demasiado. Esta diferencia se explica a través de la literatura, donde se menciona que las mujeres presentan mayor acoso sexual.

Tabla 3

Frecuencia del nivel de estrés sin acoso sexual y con acoso sexual según género

Tipo de estresores	Sin acoso sexual n=49				Con acoso sexual nada, poco y regular n=23				Con acoso sexual mucho y demasiado n=32			
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
	M	(DE)	M	(DE)	M	(DE)	M	(DE)	M	(DE)	M	(DE)
Eventos Críticos	2.28	0.98	2.16	1.4	3.8	1.09	2.9	1.32	4.4	1.27	4.64	0.93
Contrariedades Diarias	2.81	1.1	2.98	1.5	3.7	0.77	3.45	1.16	4.2	0.82	4.06	0.92
Presión Social	2.32	0.86	2.36	1	2.9	0.93	2.56	0.68	3.2	0.79	2.89	1.09
Preocupaciones Familiares	1.74	0.64	1.86	0.7	2.7	1.03	2.52	1.06	3.3	1.21	3.48	1.06
Estresores Académicos	3.37	1.01	3.4	1	3.5	0.95	3.43	0.93	4.4	1.04	4.45	0.98
Limitaciones de Interacción Social	2.15	0.72	2.62	1.1	3.3	0.84	3.23	0.96	3.9	0.61	3.36	1.24
Total de Estrés	14.7	5.31	15.4	6.7	20	5.61	18.1	6.11	23	5.74	22.88	6.22

Tabla 4

Medidas de problemas de Salud Mental en adolescentes sin acoso sexual y con acoso sexual según género

Escala / Subescala	Sin acoso sexual n=49				Con acoso sexual nada, poco y regular n=23				Con acoso sexual mucho y demasiado n=32			
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
	M	(DE)	M	(DE)	M	(DE)	M	(DE)	M	(DE)	M	(DE)
Internalizadas	0.45	0.29	0.69	0.4	0.5	0.3	0.81	0.21	0.86	0.4	0.9	0.35
Ansiedad/Depresión	0.45	0.37	0.77	0.4	0.52	0.4	0.88	0.31	0.88	0.4	1	0.41
Introversión/Depresión	0.63	0.48	0.73	0.5	0.71	0.4	0.95	0.39	0.94	0.5	1	0.4
Quejas Somáticas	0.31	0.25	0.57	0.4	0.3	0.2	0.63	0.28	0.76	0.5	0.6	0.4
Externalizadas	0.45	0.29	0.56	0.3	0.7	0.3	0.71	0.29	0.58	0.3	0.6	0.32
Ruptura de Reglas	0.37	0.25	0.45	0.3	0.58	0.4	0.59	0.27	0.49	0.3	0.4	0.3
Comportamiento Agresivo	0.52	0.36	0.66	0.4	0.82	0.4	0.83	0.34	0.66	0.4	0.8	0.39
Problemas Mixtos												
Problemas Sociales	0.48	0.27	0.56	0.3	0.55	0.3	0.81	0.27	0.67	0.4	0.6	0.32
Problemas Mentales	0.68	0.29	0.67	0.3	0.67	0.2	0.87	0.24	0.74	0.5	0.6	0.31
Problemas de Atención	0.9	0.39	0.88	0.4	0.88	0.3	1.14	0.31	0.98	0.6	0.9	0.42
Total	5.24	3.24	6.54	3.9	6.23	3.1	8.22	2.91	7.56	4.2	7.3	3.62

En la tabla 4, se presenta los problemas de salud mental en los adolescentes que reportaron sin presencia de acoso sexual tienen los puntajes más bajos en toda la psicopatología, en los que no presentaron acoso sexual las mujeres tienen niveles más altos en la escala de internalizadas, así como externalizadas incluyendo ruptura de reglas y comportamiento agresivo, lo cual coincide con Benjet, donde menciona que en México las mujeres presentan mayores problemas externalizados.

Con respecto a las diferencias en los puntajes de acuerdo al nivel de severidad del acoso sexual, se observa que las mujeres presentaron niveles más altos de psicopatología que los que no reportan acoso sexual, a su vez, cuando se reporta mayor nivel de acoso sexual los puntajes también se incrementaron tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 5

Comparación de medias en los niveles de estrés en pacientes adolescentes sin acoso sexual y con acoso sexual

Tipo de estresores	Sin acoso sexual n=49		Con acoso sexual n=55		t(102)
	M	(DE)	M	(DE)	
Eventos Críticos	2.23	1.17	4.02	1.31	7.33*
Contrariedades Diarias	2.89	1.27	3.88	0.96	4.52*
Presión Social	2.34	0.92	2.88	0.92	2.99*
Preocupaciones Familiares	1.80	0.65	3.07	1.14	6.86*
Estresores Académicos	3.39	1.00	4.02	1.07	3.10*
Limitaciones de Interacción Social	2.37	0.96	3.42	1.00	5.44*
Total de Estrés	15.01	5.97	21.28	6.38	0.00

Nota: *p = < 0.05, ** p = < 0.001

Con el propósito de contrastar los puntajes en los niveles de estrés percibido en los adolescentes sin presencia de acoso sexual y con presencia de acoso sexual, se llevó a cabo una comparación de medias que se presenta en la tabla 5, donde se observa que las diferencias fueron a nivel significativo para todas las dimensiones de estrés entre los adolescentes que presentan acoso sexual en contraste con los que no presentan acoso sexual.

Tabla 6

Comparación de problema de Salud Mental en adolescentes sin acoso sexual y con acoso sexual

Escala/ Subescala	Sin acoso sexual n=49		Con acoso sexual n=55		t(102)
	M	DE	M	DE	
Internalizadas	0.56	0.37	0.78	0.34	3.14*
Ansiedad/Depresión	0.60	0.43	0.84	0.41	2.98*
Introversión/Depresión	0.68	0.50	0.91	0.41	2.56*
Quejas Somáticas	0.43	0.35	0.60	0.40	2.27*
Externalizadas	0.51	0.31	0.65	0.31	2.31*
Ruptura de Reglas	0.41	0.28	0.50	0.30	1.69
Comportamiento Agresivo	0.59	0.38	0.77	0.36	2.47*
Problemas Mixtos					
Problemas Sociales	0.52	0.30	0.65	0.33	2.09*
Problemas Mentales	0.67	0.30	0.72	0.32	0.77
Problemas de Atención	0.89	0.40	0.96	0.43	0.80
Total	5.86	3.62	7.38	3.61	3.25

Nota: *p = < 0.05, ** p = < 0.001

Así mismo con el fin de establecer si las medias de psicopatología difieren también en estos dos grupos, se llevó a cabo una comparación de medias, mediante la prueba t, que se presenta en la tabla 6 y donde se ve que existen diferencias a nivel significativo de las medias que lo presentan a diferencia de los que no presentan y estos últimos presentaron niveles más altos en todas las escalas de banda ancha y de banda estrecha.

DISCUSIÓN

El objetivo general de este trabajo fue comparar a los adolescentes con acoso sexual y sin acoso sexual que acuden a una institución de salud en búsqueda de ayuda. Efectivamente en este trabajo se demostró que los pacientes con acoso sexual tienen mayor psicopatología y mayor nivel de estrés global que los adolescentes sin acoso sexual.

Este trabajo confirmó que los adolescentes sin acoso sexual y con acoso sexual que acuden a atención clínica, difieren tanto en el estrés global, como en la psicopatología que presentan. Primero los niveles de severidad en la psicopatología son mayores en el grupo de pacientes con acoso sexual.

Se focalizó en la etapa de la adolescencia debido a que es una etapa clave de desarrollo en el cual se enfrentan a una serie de cambios en los diferentes contextos en los cuales se desarrolló. Por lo que es importante conocer los estresores, así como la psicopatología presente en los adolescentes, con el fin de promover el desarrollo positivo en la adolescencia.

Con respecto a las características sociodemográficas, que fue el primer objetivo específico cabe destacar lo siguiente, se observó que el mayor porcentaje de participantes fueron del sexo femenino, también predominaron con respecto a la presencia de acoso sexual comparado con el sexo masculino, como lo señala Heléne Zetterström Dahlqvist (2016)¹⁷.

Llama también la atención que, con respecto a la ocupación, se observó un 12% de adolescentes que tienen cargas inusuales, como lo menciona Benjet en el 2008⁷, y un 9% que ni estudia ni trabaja, como señala Benjet en el 2009²⁷.

En el segundo objetivo se describe la presencia de acoso sexual en más del 50% de la muestra clínica. Las mujeres predominaron discretamente con respecto a los hombres ya que los porcentajes fueron 33 versus 22, como lo señala la literatura¹⁹.

Respecto al tercer objetivo específico que habla de identificar la presencia o no de acoso

sexual en los adolescentes, los estudios mencionan que la mayoría de las investigaciones sobre el acoso sexual, realizadas dentro del contexto organizacional jerárquico, que han estudiado a los perpetradores masculinos adultos y los objetos como femeninos, proponen que solo es frecuente en la etapa adulta, sin embargo el acoso sexual es también común entre los adolescentes y los niños, como observamos en este estudio que fue de 53% de los adolescentes de la muestra clínica¹⁹.

Respecto al cuarto objetivo específico, lo cual consistió en evaluar los problemas de salud mental a través de los puntajes obtenidos en las escalas de Problemas Internalizados y de Problemas Externalizados (banda ancha) y en las subescalas respectivas (banda estrecha), en la muestra se observa que los adolescentes con acoso sexual presentan síntomas internalizados, principalmente los de tipo depresivo, hallazgo que concuerda con lo publicado a nivel internacional por Heléne Zetterström Dahlqvist¹⁷. De la misma manera, Benjet en el 2008⁷ en sus estudios con adolescentes de la Ciudad de México obtuvo como resultado que las problemáticas de ansiedad eran las más frecuentes pero las menos severas.

El último objetivo específico se refirió a comparar los niveles de estrés en los adolescentes que reportan o no acoso sexual, observando una diferencia estadísticamente significativa en todos los tipos de estresores, en los adolescentes con presencia de acoso sexual, como lo señala Polanczyk²² y Gaby²³, se encontró que los estresores que predominan fueron los eventos críticos y los de menor puntaje fueron los de presión social, como lo señala Barcelata y Gómez-Maqueo³³. En los estudios de Galán y Sánchez³⁹ se confirma que el estrés no solo se refiere a eventos significativos o intensos sino también a la suma de eventos estresores menores o problemáticas cotidianas que pueden llegar a tener un efecto acumulativo y aumentar la vulnerabilidad del adolescente con la posibilidad de desencadenar un problema de salud física o mental.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de acoso sexual en esta muestra clínica de adolescentes con psicopatología fue del 7.38%. El acoso sexual en adolescentes con psicopatología es un antecedente con alta frecuencia por lo que se debe investigar en todos los adolescentes que acudan para su atención psiquiátrica.
2. Entre los adolescentes con acoso sexual, se obtuvo mayor afección en el rubro de

conductas internalizadas, principalmente introversión/depresión.

3. Los estresores más relevantes en la muestra clínica con acoso sexual fueron los de estresores académicos, por lo tanto, el manejo deberá de ir orientado a la evaluación y manejo de dichos eventos.

LIMITACIONES

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.

La exploración de acoso sexual fue solo la ausencia o presencia sin tomar en cuenta todo el resto de los factores que se presenta a su alrededor. Secundario a que los pacientes 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 acoso 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 psiquiátricos en adolescentes.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que en todo adolescente con acoso sexual se identifiquen los factores de riesgo y protección para prevenir o identificar el acoso sexual. Además de que la presencia de acoso sexual es una variable que se asocia con presencia de psicopatología por lo que toda intervención médica y terapéutica debe tomar en cuenta este factor como estresor y

potencializador de psicopatología.

2. Las mujeres experimentan mayores niveles de acoso sexual que los hombres por lo que las intervenciones preventivas deben de tener una orientación de género.

3. Recomendaciones para el futuro sería importante profundizar en saber quién realiza el acoso sexual, donde se realiza el acoso, en qué contexto sucede el acoso sexual, todo esto con la finalidad de prevenir y mejorar el pronóstico de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Lerner, R. Handbook of Child psychology and developmental Science. NJ:Wiley. 2015; 32-39.
2. Organización mundial de la salud. Adolescentes y salud mental. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es.
3. Ginebra, calero YE, Rodríguez RS, Trumbull JA. Dealing with sexuality in adolescence. Journals humanidades médicas. 2017; 17. 3
4. Cicchetti, Cohen. Development and psychopathology. Wiley & Sons, Inc. 2006.
5. Gaete Veronica. Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista chilena de pediatría. 2015. 86. 436-443
6. UNICEF. Adolescencia y Juventud: Panorama General. Recuperdo de: http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html. 2016
7. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing Word: Results from the Mexican adolescent mental health surver. J Child Psychol Psychiatry. 2008 Apr;50(4):386-395. Doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01962. x.
8. Tarazona. Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes. Un estudio factorial según pobreza y sexo. Facultad de psicología. 2005. 2. 57-65
9. Costello, E. Copeland, W & Angold, A. Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents and when adolescents become adults?. Journal of Child psychologu and psichiary. 2011 52: 1015-1025
10. Susan M. Sawyer, Afifi, Linda H Bearinger. Adolescence: a fundation for future health. Lancet. Adolescent Health. 2012
11. N Copeland- Linder, SF Lamber. Contextual stress and health risk behaviors among American adolescents. American health. 2005
12. Mari Radzik. Psychosocial development in normal adolescents. University of Southerm California. January 2008.
13. Baker. Urban poverty: a global view, urban papers, Washington. D.C. World Bank. 2008
14. Montgomery. Urban poverty and Health in Developing Countries, populatios Bulletin. 2009: 64 2-6.
15. Flournoy, R y Yen, I. The Influence of Community Factor on Health: An annotated bibliography. PolicyLink. 2004. 17
16. Riittakertti Kaltiala-Heino, Sari Fröjd, Mauri Marttunen. Sexual harassment victimization in adolescence: Associations with family background. Child Abuse & Neglect. 2016; 56: 11-19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.04.005>
17. Heléne Zetterstróm Dahlqvist, Evelina Landstedt, Robert Young, Katja Gillander Gádin. Dimensions of Peer Sexual Harassment Victimization and Depressive Symptoms in Adolescence: A Longitudinal Cross-Lagged Study in a Swedish Sample. Journal Youth Adolescence, 2016; 45: 858-873.
18. Thomas E. Page, Afroditi Piña. Moral disengagement as self-regulatory process in sexual harassment perpetration at work: A preliminary conceptualización. Aggression and Violent Behavior. 2015; 21: 73-84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2015.01.004>
19. Vangie A. Foshee, H. Luz McNaughton Reyes, May S. Chen, Susan T. Ennett, Kathleen C. Basile, Sarah DeGue, Alana M. Vivolo-Kantor, Kathryn E. Moracco, and

- Michael Bowling. Shared Risk Factors for the Perpetration of Physical Dating Violence, Bullying, and Sexual Harassment Among Adolescents Exposed to Domestic Violence. *Jornal Youth Adolescents*, 2016; 45 (4): 672-686. doi:10.1007/s10964-015-0404-z.
20. Riittakerttti Kaltiala-Heino, Hanna Savioja, Sari Delighty Mauri Mauri Marttunen. Experiences of sexual harassment are associated with the sexual behavior of 14- to 18-year-old adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 2018; 77: 46-57. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.014>
 21. Clasificación Internacional de las Enfermedades. Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales. 1994.
 22. 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
 23. Gaby P. A. de Lijster, Hanneke Felten, Gerjo Kok, Paul L. Kochen. Effects of an Interactive School-Based Program for Preventing Adolescent Sexual Harassment: A Cluster (2015)
 24. Nathaly Berrio Gacia, Rodrigo Mazo Zea. Estrés académico. *Revista de psicología. Universidad de Antioquia*. 2011. Volumen 3, numero 2.
 25. Acevedo Pereyra, Cecilia Magaly, Barrantes Mendocilla. Clima social familiar y agresividad del adolescente. *Universidad nacional de Trujillo*. 2014.
 26. Maria Amaris macias, Camilo Madariaga Orozco. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Universidad de Colombia*. 2013. Volumen 30.
 27. Benjet, C. Borges, G. Medina-Mora, M. 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
 28. Benjet C. Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Cruz C, Mendez E. Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescents. *J. Adoles. Health* 2009b; 45: 483-489.
 29. Baker, J. (2008) *Urban Poverty: A global view*, Urban papers, Washington, D.C: World Bank.
 30. Eros R. Desouza, Jaims Ribeiro. Bullying and Sexual Harassment Among Brazilian High school students. *Journal of interpersonal violence*. 2005. 32 68-90
 31. Garaigordobil M, Pérez, J, Mozas, M. Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*. 2008, 20: 114-123
 32. Benjet, C. Borges, G. Medina-mora, M Zambrano. Youth mental health in a populous city of the developing World: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Jornal of Child psychology and psychiatry*, 50 (4), 386-385
 33. Barcelata, Adolescentes en riesgo: una mirada a partir de la resiliencia. México: manual moderno, S.A. de C.V. 2015
 34. Jennifer M. Wolff, Kathleen M. Rospenda, and Anthony S. Colaneri. Sexual harassment, Psychological Distress, and Problematic Drinking Behavior among college Students: An examination of Reciprocal Causal Relations. *Journal of sex research*. 2017, 54:362-373.
 35. División de Mejora Continua de la Calidad del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", Secretaria de Salud. Morbilidad Consulta Externa Enero a Diciembre México. 2011
 36. Leif Edward Ottesen Kennair, Mons Bendixen. Sociosexuality as predictor of sexual

- harassment and coercion in female and male high school students. *Evolution and Human Behavior*, 2012; 33: 479-490. doi: 10.1016/j.evolhumbehav.2012.01.001
37. Afroditi Pina, Theresa A. Gannon, Benjamin Saunders. An overview of the literature on sexual harassment: Perpetrator, theory, and treatment issues. *Aggression and Violent Behavior*. 2009; 14: 126-138. doi: 10.1016/j.avb.2009.01.002
38. "Child and adolescent mental health policies and plans" por World Health Organization (WHO). Geneva: World Health Organization.
39. Galán, S. & Sánchez, M. El enfoque de la salud desde la perspectiva psiconeuroinmunológica. *Psicología y Salud*. (2004). 14,279-285

ANEXOS

Anexo 1. Carta de aprobación por el Comité de Investigación para el Macroproyecto.



Ciudad de México a 30 de mayo 2018
Asunto: aprobación enmienda
Oficio: 148

DRA. MA. ELENA MÁRQUEZ CARAVEO.
PRESENTE:

Por este medio se le informa que en relación a la enmienda presentada el día 24 de Mayo 2018 del protocolo aprobado por el Comité de Investigación el día **26 de Abril del 2012**: "*Adolescentes con problemas de salud mental: un enfoque de riesgo y protección*, clave **I13/01/0412**, cuyo título se modificó a "*Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención*", se han revisado los cambios y se ha dictaminado como **aprobado**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES
PRESIDENTA DEL COMITE

Anexo 2. Carta de aprobación por el Comité de Investigación del proyecto actual.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2019
ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD
EMILIANO ZAPATA



Ciudad de México, 23 de abril de 2019.

Asunto: Registro de tesis derivada.

Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Investigador responsable
Presente.

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

Título del proyecto: "Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención".

Clave de registro: II3/01/0412

Aprobación CI a última enmienda: 30/05/2018

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

Título: "Relación entre el acoso sexual y la psicopatología adolescente en pacientes atendidos en un Hospital Especializado de la Ciudad de México".

Clave de registro: II3/01/0412/Tg

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: Carina Patricia Pérez Pérez

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

- Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdf's de los productos generados al e-mail investigacionhpi@gmail.com (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
Lic. Ipzahin Cortés Iñiguez

Apoyo administrativo de la División de Investigación

C.c.p. Registro de productividad
Archivo

Anexo 3. Cuadernillo de evaluación multidimensional.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"



**CUADERNILLO
PARA ADOLESCENTES
CLÍNICA
MINI-KID, EGE-A, EA-A, YSR
PROYECTO PAPIIT
IN305714-3**

Responsable en la FES Zaragoza
Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Responsable en el Hospital
Dra. María Elena Márquez Caraveo

Diseño: Barcelata Eguiarte y Márquez Caraveo
v. abril2015

© PAPIIT IN305714-3

Anexo 4. Carta de aprobación por el Comité de Ética en investigación para el macroproyecto.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comité de Ética en Investigación

Ciudad de México, 04 de Julio de 2018.
Oficio Núm. 11

Dra. María Elena Marquez Caraveo.
Responsable de proyecto.
PRESENTE

Por medio de la presente le comunico que, derivado de la revisión realizada a los documentos de Consentimiento Informado y Asentimiento del menor pertenecientes al proyecto de investigación titulado "Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención", con clave de registro 113/01/0412 y, en cumplimiento con los criterios normativos en materia de Ética en investigación han sido:

Aprobados

Cabe señalar que deberá contactar a cada uno de los usuarios anteriores que participaron en este proyecto previo a esta segunda Enmienda, para aplicar nuevamente los documentos de Consentimiento Informado y Asentimiento de menor con el cambio aprobado. Se le recomienda incluir un Adendum a los documentos y sobre este la firmas de los interesados.

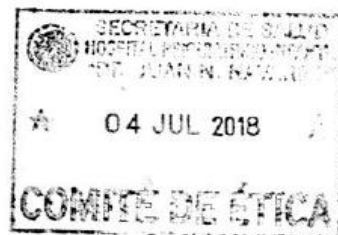
Asimismo le exhorto a supervisar que sus colaboradores se mantengan en cumplimiento de la normatividad vigente en el campo de la ética en investigación durante todas las etapas el estudio.

Por último, le informo que por indicación de la Dirección de este hospital, a partir del 28 de julio de 2017 toda investigación deberá recibir la autorización final del director para iniciar el desarrollo del proyecto.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente.

Dr. Julio César Flores Lázaro.
Presidente del Comité de Ética en Investigación, HPI/DJNN



C.c.p Mtra. en Enf. Lucía Arciniega Buenrostro, Adscrita a la División de Investigación, HPI/DJNN. - Presente
Dra. Blanca Estela Barcelata Eguarte, Responsable de Proyecto en FES Zaragoza, UNAM.- Presente
Archivo CEI/HPI/DJNN

Av. San Buenaventura 08, Colonia Belascoain Harbón, Delegación Tlalpa, C.P. 06700 México, D.F.
Teléfono 5573-2055, 5574-4266 y 5574-4014. www.sap.salud.gob.mx

Anexo 5. Carta de aprobación por el Comité de Ética en Investigación para el proyecto actual.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CCINSHAE
COMISIÓN COORDINADORA DE
INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

SERVICIOS DE ATENCIÓN
PSIQUIÁTRICA



DIRECCIÓN

Ciudad de México, 7 de Agosto 2019.


Asunto: Carta de aprobación

Dra. Carina Patricia Pérez Pérez
Tesisista

Por medio de la presente hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: "Estrés, acoso sexual y psicopatología en adolescentes atendidos en un hospital especializado de la Ciudad de México".

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. Michel Gutiérrez Cenicerros
Presidente del Comité de Ética en Investigación



Anexo 6. Certificado curso de capacitación NIH.

