

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



TESIS:

Relación entre las conductas externalizadas y la pobreza en adolescentes
atendidos en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México

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

Carlos De la Cruz Torres

TUTORA:

Dra. María Elena de los Dolores Márquez Caraveo

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Márquez'.

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2020



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:

Carlos de la Cruz Torres

Correo electrónico: carlos_26_87@hotmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. María Elena Márquez Caraveo

Correo electrónico: malenamarquiez@gmail.com

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

ÍNDICE	Página
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	
1. MARCO TEÓRICO	7
1.1 Teoría del desarrollo humano	7
1.2 Psicopatología del desarrollo	8
1.3 Medición de la pobreza	9
1.4 Pobreza y cifras	11
1.5 Pobreza y problemas externalizados de conducta en adolescentes	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
3. JUSTIFICACIÓN	16
4. HIPÓTESIS	17
5. OBJETIVOS	18
5.1 Objetivo general	18
5.2 Objetivo específico	18
6. MATERIAL Y MÉTODOS	19
6.1 Tipo de diseño	19
6.2 Tamaño de muestra	19
6.3 Criterios de inclusión	19
6.4 Criterios de exclusión	19
6.5 Criterios de eliminación	20
6.6 Variables	20
6.7 Procedimiento	23
6.8 Flujograma de actividades	24
6.9 Cronograma de actividades	24
6.10 Instrumentos de medición	24
6.10.1 Problemas externalizados: escala Youth Self-Report	24
6.10.2 Estatus socioeconómico global: Estudio Socioeconómico	25

de trabajo social (TS) del HPIJNN	
6.10.3 Indicadores socioeconómicos: Cuadernillo de Preguntas del Proyecto MP6-11: Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM	27
6.11 Análisis estadístico	27
6.12 Consideraciones éticas	27
7. RESULTADOS	29
8. DISCUSIÓN	36
9. CONCLUSIONES	41
10. RECOMENDACIONES	41
11. LIMITACIONES	42
12. REFERENCIAS	43
13. ANEXOS	48

RESUMEN

Antecedentes: El estatus socioeconómico bajo se ha relacionado a la presencia de conductas externalizadas en la población adolescente, las cuales confieren disfunción importante en este grupo etario.

Objetivo: Evaluar la relación entre el estatus socioeconómico bajo y la existencia de conductas externalizadas en adolescentes con psicopatología.

Material y Métodos: Se presentan los datos de un estudio comparativo de 102 adolescentes con psicopatología. La psicopatología se determinó por medio del Autoreporte Youth Self Report, para adolescentes de 11 a 18 años (Achenbach 1991). Se dividió la población de estudio entre aquellos con conductas externalizadas clínicas y los que no las presentaban. Posteriormente, se buscó la existencia de asociación entre las conductas externalizadas con los indicadores socioeconómicos de los participantes. El análisis se realizó con la prueba de X^2 .

Resultados: La conducta agresiva se asoció con la ocupación paterna y el acceso a internet en los adolescentes. La conducta externalizada se asoció con la ocupación paterna. No se encontró asociación entre el estatus socioeconómico bajo y las conductas externalizadas.

Conclusiones: Se recomienda estudiar un mayor número de indicadores socioeconómicos para determinar de una forma integral el estatus socioeconómico bajo, así como políticas públicas para enfrentar estos factores.

Términos MeSH: adolescentes, psicopatología, conducta externalizada, estatus socioeconómico bajo.

INTRODUCCIÓN

Las disparidades en la distribución de recursos económicos, así como en atención en salud y acceso a servicios públicos, han generado a nivel mundial, una gran carga de gastos económicos. En el año 2015, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobó la Agenda de Desarrollo Sostenible que busca (entre otros objetivos), poner fin a la pobreza en todas sus formas para el año 2030.

A pesar de ello, esta disparidad conlleva altos índices de pobreza a nivel mundial, con sus consecuencias respectivas sobre la salud. Dentro de los grupos con mayor vulnerabilidad, se encuentran a los niños y adolescentes.

Esta última etapa implica retos en el desarrollo, derivado de la capacidad propia del individuo para 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 (biológicos y psicológicos) y factores sociales (familia, escuela, comunidad).

Así mismo, esta etapa es crucial en el desarrollo de conductas externalizadas, tales como ruptura de reglas, agresividad e incluso conductas disociales. La literatura científica describe factores de riesgo para ello, tales como el vecindario, los ingresos económicos familiares y carencias de servicios públicos. La pobreza por sí misma, es un factor de riesgo.

Todo ello confluye en teorías actuales, las cuales tratan de explicar la aparición de conductas disruptivas en jóvenes y los factores que influyen en ello, con la finalidad de generar programas de prevención y tratamiento de las mismas.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Teoría del desarrollo humano

Overton explica que, en comparación con una cosmovisión cartesiana, el paradigma relacional del proceso se centra en el proceso, el devenir, el holismo, el análisis relacional y el uso de múltiples perspectivas y formas explicativas. Dentro del paradigma relacional del proceso, el organismo es visto como inherentemente activo, autocreador (autopoiético), autoorganizador, autorregulador (agentic), no lineal / complejo y adaptativo¹. El énfasis conceptual en las teorías basadas en RDS se coloca en las relaciones de influencia mutua entre individuos y contextos, en las relaciones individuales ↔ contexto. Estas relaciones varían según el lugar y el tiempo; la "flecha del tiempo", o temporalidad, representa la historia, que es el nivel más amplio dentro de la ecología del desarrollo humano. La historia imbuye a todos los demás niveles con el cambio. Tal cambio puede ser estocástico (por ejemplo, eventos no normativos de la vida o históricos) o sistemático, y el potencial de cambio sistemático constituye un potencial de plasticidad (al menos relativa) a lo largo de la vida. Las teorías derivadas de una metateoría de RDS se centran en las "reglas" o procesos que gobiernan o regulan los intercambios entre (el funcionamiento de) individuos y sus contextos. Brandtstädter en 1998 denominó a estas relaciones "regulaciones de desarrollo" y señaló que, cuando las regulaciones de desarrollo involucran relaciones individuales de contexto mutuamente beneficiosas, estas regulaciones de desarrollo son adaptativas. Para comprender qué hace que las regulaciones de desarrollo sean adaptativas, uno necesita criterios conceptuales y empíricos. Conceptualmente, las regulaciones de desarrollo son adaptativas cuando, y solo cuando, son beneficiosas para el mantenimiento del funcionamiento positivo y saludable de los componentes de una relación bidireccional (por ejemplo, tanto individual como contextual)².

La ciencia del desarrollo es un campo científico interdisciplinario dedicado a comprender y explicar los procesos de desarrollo y optimizar el desarrollo adaptativo del individuo². El enfoque de la ciencia del desarrollo está en el desarrollo del cambio individual o intraindividual. Como cualquier ciencia, la ciencia del desarrollo opera dentro de un amplio sistema de suposiciones, principios o reglas. O dicho a la inversa, la ciencia del desarrollo no funciona de acuerdo con la inducción bruta. El amplio sistema que enmarca la ciencia del desarrollo, así como cualquier campo de la ciencia, generalmente se conoce como un paradigma científico o

un programa de investigación científica. Derivado de las categorías ontológicas y epistemológicas de proceso relacional, nuevamente a grandes rasgos, los sistemas relacionales de desarrollo caracterizan al organismo vivo como un elemento inherentemente activo, autorreproductor (autopoético, enactivo), autoorganizador y autorregulador, relativamente plástico. El desarrollo del sistema se lleva a cabo a través de sus propias actividades y acciones incorporadas que operan coactivamente en un mundo vivido de objetos físicos y socioculturales, de acuerdo con el principio de la epigénesis probabilística. Este desarrollo conduce, a través de bucles de retroalimentación positiva y negativa creados por la acción organizada del sistema, a aumentar la diferenciación, integración y complejidad del sistema, dirigido hacia fines adaptativos¹.

1.2 Psicopatología del desarrollo

La psicopatología del desarrollo tiene el objetivo general de integrar las ciencias del desarrollo y clínicas para estudiar modelos explicativos del desarrollo normal y anormal, incluida la comprensión de trayectorias positivas, la resiliencia e informar enfoques para la prevención y el tratamiento. Una preocupación central es articular los procesos dinámicos de desarrollo que subyacen a los resultados negativos, incluidos, entre otros, la psicopatología clínica, así como los resultados positivos o resistentes. Los supuestos fundamentales incluyen lo siguiente: (a) la psicopatología no es una enfermedad (es decir, una entidad patógena dentro del individuo) sino que refleja procesos de funcionamiento desadaptativos; y (b) los procesos normales y anormales se desarrollan con el tiempo y están sujetos a cambios de curso; y (c) el funcionamiento juvenil debe entenderse en relación con los procesos de desarrollo y otros elementos contextuales. Es decir, el desarrollo es una interacción continua entre un niño activo, siempre cambiante, y un contexto activo y cambiante. La perspectiva del desarrollo de la psicopatología describe cómo las influencias de juego en múltiples contextos (por ejemplo, biológicos, sociales y culturales) contribuyen al desarrollo positivo o negativo a lo largo de la vida. Desde esta perspectiva, la identificación de un problema y sus correlatos³.

En su artículo, Sroufe y Rutter propusieron que la psicopatología del desarrollo podría definirse como "el estudio de los orígenes y el curso de los patrones individuales de mala adaptación conductual, cualquiera sea la edad de inicio, cualesquiera que sean las causas, cualesquiera que sean las transformaciones en la manifestación conductual y por complejo que sea el curso

del patrón de desarrollo". Una definición más actual es la siguiente: "Es la disciplina científica que tiene como su objetivo principal la integración de la ciencia del desarrollo y psicopatología en un enfoque coherente para modelos explicativos para el desarrollo psicopatológico"⁴.

Al enfocarnos en la salud mental de individuos adolescentes, la psicopatología del desarrollo se esfuerza por evaluar de manera integral los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, y determinar cómo la interacción entre estos puede influir en las diferencias individuales, la continuidad o discontinuidad de los patrones de comportamiento adaptativos o desadaptativos y las vías por las que se pueden lograr resultados de desarrollo normales y patológicos. Con respecto a la aparición de la psicopatología, todos los períodos de la vida son consecuentes, ya que el proceso de desarrollo puede sufrir un giro pernicioso hacia el trastorno mental en cualquier fase⁵.

Tradicionalmente, la investigación sobre el desarrollo infantil en el contexto de la pobreza se ha centrado en la reducción de la estimulación y de las oportunidades de aprendizaje en relación con los niños de hogares de mayores ingresos. Sin embargo, cada vez más, la investigación en una variedad de disciplinas converge en la idea de que, además de la reducción de oportunidades para los tipos de estimulación que afectan positivamente el desarrollo, como un entorno lingüístico rico y variado, la pobreza también se caracteriza por un exceso de tipos de estimulación que afectan negativamente el desarrollo. Los mecanismos clave que vinculan la exposición de los niños a la adversidad relacionada con la pobreza y el desarrollo del cerebro incluyen la presencia de factores estresantes crónicos como el ruido, incluido el ruido de fondo como el asociado con la televisión en curso y no supervisada, el caos doméstico y los conflictos entre los miembros de la familia que alteran la respuesta fisiológica al estrés, lo que lleva a efectos potencialmente teratogénicos de las hormonas relacionadas con el estrés en el cerebro en desarrollo y a una gama de secuelas cognitivas, emocionales y conductuales negativas⁶.

1.3 Medición de la pobreza

En la década de 1970 surgió el concepto de necesidades básicas, desarrollado por Amartya Sen⁷. Por medio de éste, la pobreza fue concebida ya no en relación con los medios o bienes que se tenga o de los que carezca, sino fundamentalmente en lo que se puede hacer con ellos.

Es decir, el foco se centra en las capacidades, en el potencial y libertad de la persona para llevar la vida que desea. En ese sentido, la pobreza es definida como la privación de capacidades básicas y no sólo como la falta de ingresos o bienes (pobreza multidimensional).

El modelo está compuesto por dos dimensiones. Por un lado, los requerimientos mínimos de consumo privado de una familia, tales como tener una adecuada alimentación, techo y vestido, así como cierto mobiliario y equipo doméstico y, por otro, se incluyen servicios esenciales provistos por y para la comunidad, como agua potable, servicios sanitarios, transporte público, servicios de atención de salud, educación e instalaciones y centros culturales⁸.

En el marco del abordaje multidimensional de la pobreza, existen tres “enfoques” principales de identificación: unión, intersección y corte dual. El enfoque de unión identifica como pobre a aquella persona u hogar privado en cualquier dimensión, es decir, basta que sufra una privación para ser identificado en tal situación; el enfoque de intersección establece que para ser identificado como pobre el individuo debe sufrir privaciones en todas las dimensiones. Alkire y Foster en el año 2008 introdujeron un método llamado “línea de corte dual”, el cual permite establecer como umbral una cantidad mínima (o proporción) cualquiera de dimensiones en las que la persona u hogar está privado⁹.

Braveman y colaboradores, señalaron que diferentes factores socioeconómicos podrían afectar la salud en diferentes momentos del curso de la vida, operando a diferentes niveles (por ejemplo, individual, hogar, vecindario) y a través de diferentes vías causales (por ejemplo, determinando exposiciones, vulnerabilidad o incluso efectos fisiológicos directos). Los factores socioeconómicos pueden interactuar con otras características sociales, como el grupo racial / étnico y el sexo, para producir diferentes efectos sobre la salud entre los grupos. A pesar del consenso de expertos de que el estatus socioeconómico (ESE) es complejo y multifactorial, la mayoría de los estudios de salud que consideran ESE utilizan una sola variable socioeconómica en un solo período y nivel. A menudo, se usan muy pocas categorías, lo que podría ocultar importantes gradientes sociales en salud que se aplican en todo el espectro socioeconómico. No se puede suponer que diferentes medidas socioeconómicas sean intercambiables, por lo que recomendaron para el mejor estudio del ESE: (1) considerar vías y mecanismos explicativos plausibles, (2) medir tanta información socioeconómica relevante

como sea posible, (3) analizar los factores socioeconómicos particulares medidos (en lugar de ESE en general), y (4) considerar los factores socioeconómicos no medidos pudieran afectar las conclusiones¹⁰. Ante esta postura y para el propósito de este trabajo de investigación, el ESE bajo se propone como sinónimo de “pobreza”.

Ante esta disparidad y con la finalidad de mejorar el estudio de la pobreza en México, el Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) realiza la medición de la pobreza tomando en cuenta el modelo multidimensional, al estudiarla por medio de los siguientes rubros: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación⁷.

1.4 Pobreza y cifras

De acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, durante el año 2018, aproximadamente 1.300 millones de personas viven en la pobreza multidimensional, lo que representa casi una cuarta parte de la población de los 104 países para los que se calcula el índice de pobreza multidimensional (IPM). De estos 1.300 millones, casi la mitad (el 46 por ciento), viven en la pobreza severa y sufren carencias en al menos la mitad de las dimensiones que cubre el IPM. En 104 países, predominantemente de ingresos medios y bajos, 662 millones de niños y niñas son considerados multidimensionalmente pobres. En 35 de estos países, la mitad de todos sus niños son pobres^{11,12,13}.

En América latina, para el año 2017, el número de personas viviendo en pobreza llegó a 184 millones (30,2% de la población), de los cuales 62 millones se encontraban en extrema pobreza (10,2% de la población), de acuerdo con el informe Panorama Social de América Latina 2018¹⁴.

De acuerdo a CONEVAL con respecto a la medición de pobreza a nivel nacional del año 2016, México contaba con un 43.6% de población en pobreza (5.3 millones de personas). De este porcentaje, el 7.6% se encontraban en pobreza extrema (9.4 millones de personas)¹⁵.

Para la UNICEF, durante el año 2017, en México uno de cada dos niños, niñas y adolescentes se encontraron en situación de pobreza y de todos ellos, 2 de cada 10 se encuentra en pobreza

extrema¹⁶.

1.5 Pobreza y problemas externalizados de conducta en adolescentes

El CONEVAL define a la pobreza como “aquella circunstancia en que una persona tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y que su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias”¹¹.

Para comprender la manera en que se estudia y clasifica la pobreza, es crucial tener en cuenta el ESE, el cual es un constructo multidimensional, que a menudo es usado de manera intercambiable con el término “clase social”. Es típicamente cuantificado por las combinaciones del ingreso económico, educación y la ocupación de las cabezas de la casa o de los padres de familia. Diferencias en el estatus socioeconómico de las familias se han relacionado a un amplio rango de características en los resultados de niños y adolescentes¹⁷.

Por su parte, los trastornos de externalizados de conducta se caracterizan por un comportamiento problemático relacionado con un control deficiente de los impulsos, que incluye la ruptura de reglas, la agresión, la impulsividad y la falta de atención. Los trastornos de externalización específicos de niños y adolescentes incluyen el trastorno de conducta, el trastorno de oposicionista-desafiante y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Los trastornos de externalización de niños y adolescentes son relativamente comunes, con estimaciones que van del 7 al 10%¹⁸.

Se tiene el conocimiento de que el ESE se relaciona positivamente con conductas saludables en el comportamiento de cada grupo de edad y contexto social en el que se ha estudiado. En todos los niveles de ESE, la salud y el bienestar suelen ser mejores en el nivel superior y más pobres en el nivel inferior. Los jóvenes de mayores niveles de ESE exhiben menos problemas internalizados y externalizados, menos déficit de habilidades sociales y mayor satisfacción con la vida¹⁹.

Una revisión sistemática realizada por Reiss examinó estudios que incluyeron al menos una medida de ESE e identificaron problemas de salud mental en niños y jóvenes. Encontró que

52 de los 55 estudios incluidos en su muestra mostraron una relación inversa entre el ESE y los problemas de salud mental. Además, los niños de familias con ESE más bajo tenían aproximadamente dos o tres veces más probabilidades de tener problemas de salud mental que los niños de familias más favorecidas. Aunque hubo cierta variabilidad, el bajo ESE se asoció más fuertemente con los trastornos de conducta externalizada, como el trastorno oposicionista-desafiante o el trastorno de hiperactividad con déficit de atención²⁰.

La investigación sobre los mecanismos causales que subyacen en las diferencias de ESE en los problemas de conducta, la ruta material implica una distribución desigual de los recursos materiales que se pueden utilizar para apoyar la salud (por ejemplo, acceso a servicios de salud mental). Por el contrario, el camino psicosocial implica la noción de que sentirse pobre en comparación con otros provoca ansiedad de clase y estrés psicológico, erosiona los apoyos sociales y, por lo tanto, contribuye al aumento de la angustia mental. Por lo tanto, ESE se relaciona con problemas de conducta infantil en parte a través de comparaciones sociales ascendentes de clase social. Los estudios epidemiológicos de la desigualdad de ingresos han encontrado que las sociedades con mayores diferencias de ESE entre ricos y pobres (y, por lo tanto, más privación relativa) tienen mayores tasas de prevalencia de enfermedad mental y menor bienestar en niños y adolescentes, como lo indican las tasas de embarazo adolescente, acoso escolar, abuso de alcohol y abandono escolar²¹. Algunas variables pueden producir efectos intergeneracionales. Por ejemplo, los bajos niveles de educación y la paternidad adolescente se asocian con un ESE bajo, y estos pueden perpetuar la pobreza, lo que resulta en efectos sobre problemas de comportamiento generaciones más tarde. Existen otras variables contextuales que pueden servir para mediar ESE con su efecto en problemas de comportamiento, incluido el abuso; negligencia; exposición a la violencia; nutrición pobre; exposición a toxinas como el plomo; ambiente pobre del vecindario; vivienda inadecuada y estrecha; menos estimulación cognitiva; ambiente hogareño caótico; dificultad para el acceso a educación de calidad; estilo de crianza áspero o inconsistente; estrés parental, incluyendo depresión, ansiedad y aislamiento; y acceso deficiente a intervenciones efectivas²¹.

Singh y Ghandour encontraron que las probabilidades de exhibir un trastorno de conducta grave en los niños aumentaron 1.9 veces si el niño vivía en un vecindario inseguro con viviendas pobres, basura en las calles y altos índices de vandalismo; 1.9 veces si los padres

tenían una educación inferior a la secundaria; y 3.7 veces si el niño vivía en la pobreza²². De igual forma, estos vecindarios tienen menos recursos sociales, escuelas más pobres, menos juegos seguros y espacios verdes. Estos factores impactan en la tasa de problemas de comportamiento y también pueden ejercer un efecto indirecto a través del comportamiento de los padres (por ejemplo, crianza severa, bajo monitoreo) u otros mecanismos¹⁹.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pobreza es un fenómeno social creciente en América Latina (23) y que posee un impacto crucial en la sociedad, así como en los adolescentes y su desarrollo físico y mental. De la misma manera y ante este panorama de carencias de recursos, los índices de conducta delictiva y de tipo disocial son problemas en aumento en países en vías de desarrollo, como México.

Sin embargo, en los estudios disponibles hacen referencia a la presencia de conductas externalizadas en adolescentes en ambientes de pobreza, pero principalmente a nivel comunitario (24). Existen pocos estudios que analizan esta asociación en el contexto clínico, incluyendo en otros continentes, ya que la atención ha sido vertida principalmente al ambiente comunitario y las repercusiones que esto ocasiona en general.

Derivado de todo lo anterior señalado se formula la siguiente pregunta de investigación:
¿Cuál es la relación entre las conductas externalizadas en adolescentes y la pobreza, atendidos en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México?

3. JUSTIFICACIÓN

El Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (HPIJNN), al ser único en su especie en toda Latinoamérica, así como centro de referencia nacional para psicopatología de la infancia y adolescencia, concentra a población no derecho-habiente, es decir, de mayor escasez de recursos y alta comorbilidad ya que debido al sistema de atención a la salud mental en México, los niños y adolescentes constituyen un grupo poblacional poco atendido a nivel de atención primaria²⁵.

Durante el año 2019, los trastornos disociales ocuparon el cuarto lugar en morbilidad dentro de la institución.

xxxx

No.	Código CIE-10	Diagnóstico	Grupos de edad				Total %
			6-12		13-18		
			M	F	M	F	
1	F32	Episodios depresivos	13	25	65	132	24
2	F19	Trastornos mentales y del comportamiento secundarios al consumo de múltiples drogas o sustancias	0	0	85	13	10
3	F33	Trastornos depresivos recurrentes	9	2	32	29	7
4	F91	Trastornos disociales	10	5	12	29	6
5	F20	Esquizofrenia	0	2	44	9	6
6	X78	Lesión intencionalmente autoinfligida por objeto cortante	0	7	0	42	5
7	X61	Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por medicamentos antiepilépticos, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y psicotrópicos	0	4	1	32	4
8	F34	Trastornos del humor (afectivos) persistentes	3	1	12	17	3
9	F90	Trastornos hiperkinéticos	6	1	16	5	3
10	F06	Otros trastornos mentales debido a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática	2	0	14	11	3

Cabe mencionar que el HPIJNN atiende a la población abierta, incluyendo a una porción importante de la población que no cuenta con afiliación de salud. Dentro de estas vulnerabilidades sociales, tenemos que gran parte de nuestros usuarios provienen de ambientes socioeconómicos poco favorecedores, situación que ya como ya revisamos en el

marco teórico, son un factor importante para la aparición de conductas externalizadas en adolescentes y de esta manera, dar paso posteriormente a conductas violentas y delictivas. En este caso, es necesario tener el conocimiento al respecto de la relación entre la pobreza y la presencia de conductas externalizadas dentro del ámbito hospitalario, para la implementación de medidas de prevención y manejo de las mismas.

4. HIPÓTESIS

H1: Existe relación entre los adolescentes que viven en mayor grado de pobreza (estatus socioeconómico bajo) y la presencia de conductas externalizadas.

H0: No existe relación entre los adolescentes que viven en mayor grado de pobreza (estatus socioeconómico bajo) y la presencia de conductas externalizadas.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

- Evaluar la relación entre el estatus socioeconómico bajo y la existencia de conductas externalizadas en adolescentes con psicopatología.

5.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los participantes.
- Describir las características sociodemográficas de los padres.
- Describir los indicadores socioeconómicos de los participantes.
- Evaluar el estatus socioeconómico global.
- Identificar los problemas externalizados de acuerdo al sexo.
- Establecer la relación entre los indicadores socioeconómicos de los participantes y las conductas externalizadas.
- Identificar la distribución del estatus socioeconómico global con las conductas externalizadas a nivel clínico.
- Identificar la relación entre el estatus socioeconómico bajo y las conductas externalizadas a nivel clínico.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de diseño:

Estudio observacional, con diseño transversal y prospectivo.

6.2 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. En el presente estudio se incluyeron a pacientes y familiares que aceptaron participar de manera voluntaria, que estuvieran internados en alguna de las salas del hospital (unidad de adolescentes mujeres y varones) o que se encontraban en seguimiento por esta institución en la consulta externa y que, al mismo tiempo, cumplieron con los criterios de inclusión correspondientes.

6.3 Criterios de inclusión:

- Adolescentes de 11 a 17 años, 11 meses de edad.
- Ser paciente de consulta externa o encontrarse hospitalizado en el HPI.
- Alfabetizados.
- Que acepten participar en la investigación y firmar el consentimiento informado por los padres y asentimiento informado por los adolescentes.

6.4 Criterios de exclusión:

- Quienes se encontraron fuera del rango de edad específico para el estudio.
- Quienes presenten alguna discapacidad física o mental que impide la comprensión del estudio.
- Adolescentes que no cuenten con padre/tutor.
- 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-informa de la conducta.
- Estar bajo efecto de sedación importante, acatisia o algún otro efecto colateral importante de la medicación prescrita en hospitalización.

6.5 Criterios de eliminación:

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

6.6 Variables:

En la siguiente tabla se encuentran descritas las variables medidas de los individuos que componen la muestra en esta investigación, incluyendo las características sociodemográficas.

Tabla 2

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Valores posibles	Tipo
VARIABLES DEPENDIENTES				
Conducta externalizada	Conductas dirigidas al mundo externo, que reflejan conflictos de adaptación social y que pueden involucrar a otras personas, produciendo daño o molestia.	Medido de acuerdo al YSR/11-18: ruptura de reglas y conducta agresiva.	Límite (T score = 60-63) Clínico (T score = >64)	Cualitativa Nominal
Ruptura de reglas	Transgresión de las normas establecidas.	Medido de acuerdo al YSR/11-18	Límite (T score = 60-63) Clínico (T score = >64)	Cualitativa Nominal
Conducta agresiva	La manifestación observable de agresión, que se define como cualquier acto destinado a causar daño, dolor o lesión en otro.	Medido de acuerdo al YSR/11-18	Límite (T score = 60-63) Clínico (T score = >64)	Cualitativa Nominal

VARIABLES INDEPENDIENTES

Escolaridad	Grado máximo de estudios que cursó.	Obtenido del Cuadernillo de preguntas del proyecto MP6-11 Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (sección de datos sociodemográficos)	Algún grado de educación básica, primaria, secundaria, preparatoria, universidad, posgrado.	Cualitativa Nominal
Ocupación	Nombre de la actividad que desempeña actualmente (remunerada o no remunerada económicamente)	Obtenido del Cuadernillo de preguntas del proyecto MP6-11 Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (sección de datos sociodemográficos)	Participante: Estudia, trabaja, estudia y trabaja, ni estudia ni trabaja. Padres: Desempleado, subempleado/eventual, obrero/campesino, empleado/oficinista, comerciante/por su cuenta, profesionista, empresario/ejecutivo, pensionado, empleado doméstico, labores del hogar.	Cualitativa Nominal
Medio de transporte de uso más frecuente	Medio de transporte de uso más frecuente.	Obtenido del Cuadernillo de preguntas del proyecto MP6-11 Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (sección de datos sociodemográficos)	A pie o en bicicleta, micro o camión, metro, taxi, automóvil, automóvil propio.	Cualitativa Nominal
Dinero para gastar	Dinero que le proporcionan diariamente al participante para sus gastos.	Obtenido del Cuadernillo de preguntas del proyecto MP6-11 Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (sección de datos sociodemográficos)	Nada, de 1 a 10, de 11 a 20, de 21 a 50, de 51 a 80, de 81 a 100.	Cualitativa Ordinal

Acceso a internet	Hogares con conexión y acceso a internet, así como la posesión de equipo de cómputo.	Obtenido del Cuadernillo de preguntas del proyecto MP6-11 Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (sección de datos sociodemográficos)	Sin computadora ni acceso a internet; con computadora, sin acceso a internet; acude a un servicio de internet de paga; con computadora y acceso a internet.	Cualitativa Nominal
Tipo de tenencia	El tipo de propiedad de la vivienda.	Instrumento de evaluación que aplica el trabajador social para identificar la situación económica del usuario.	Rentada, prestada, propia.	Cualitativa Nominal
Tipo de afiliación	Nombre de la institución que le proporciona seguridad social o que cubra los gastos médicos del paciente y a la cual tenga derecho.	Obtenido del Cuadernillo de preguntas del proyecto MP6-11 Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (sección de datos sociodemográficos)	Centro de salud, IMSS/ISSSTE/Otra institución gubernamental, Seguro popular, particular y seguro privado, otros.	Cualitativa Nominal
Situación económica	Situación económica del paciente en relación a su grupo familiar.	Instrumento de evaluación que aplica el trabajador social para identificar la situación económica del usuario.	Déficit, equilibrado, superávit.	Cualitativa Ordinal
Grado de marginación	Categorías obtenidas a partir del índice de marginación.	Categorías de acuerdo a la CONAPO.	Muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto.	Cualitativa Ordinal
Estatus socioeconómico global	Es el nivel de subsidio que corresponde al total	Instrumento de evaluación que aplica el trabajador social para	Exento, A, B, C, D, E, F.	Cualitativa Ordinal

de puntos obtenidos por la información proporcionada por el paciente y/o familiar. identificar la situación económica del usuario.

VARIABLES DE CONTROL (CONFUSORAS)

Sexo	Característica biológica que divide a los seres humanos en masculino y femenino.	Género al que pertenecen los padres y el participante.	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal
Edad	Tiempo de vida cumplido desde el nacimiento de un individuo.	Edad en años singulares de los padres y los participantes, de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de edades de la OMS.	Participante: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. Padres: 25-34 35-44 45-54 55-64 65-74 Desconocida	Cuantitativa Discreta Ordinal
Estado civil	Situación social de un sujeto, determinada por sus relaciones de familia.	Condición civil del participante.	Casado Divorciado/Separado Viudo Soltero Unión libre	Cualitativa Nominal

6.7 Procedimiento:

El presente trabajo de investigación se realizó dentro de un marco de colaboración con la UNAM a través del proyecto “Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención”. Tal proyecto general está a cargo de la Dra. María Elena de los Dolores Márquez Caraveo y fue evaluado por el Comité Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, siendo aprobado y registrado ante la División de Investigación del mismo Hospital: PAPIIT IN 305917 y clave II3/01/0412. Posterior a la revisión metodológica-teórica (elaboración y análisis de la tabla de revisión de literatura), se procedió a la identificación de cuestionarios y cuadernillos de pacientes adolescentes que participaron en el estudio antes mencionado; a continuación, se revisó cada uno de los expedientes por separado, se identificaron y se

seleccionaron aquellos pacientes que obtuvieron un puntaje T límite y clínico en el auto-reporte Youth Self-Report, específicamente en la escala de banda ancha de las conductas externalizadas (conformada por la banda estrecha de ruptura de reglas y conducta agresiva). Tras obtener la información necesaria para el estudio, incluyendo las variables de interés, los datos se vaciaron a una hoja de recolección de datos en el programa computacional Excel. El procedimiento se repitió durante 3 meses y tras contar con una muestra de 102 observaciones se concluyó la recolección de datos. A continuación, se realizaron los análisis estadísticos vaciando los datos recolectados al software SPSS versión 20 para la realización de estadística descriptiva (incluyendo la prueba de X^2 de Pearson). Por último, se evaluaron los resultados arrojados por el programa estadístico interpretando, emitiendo una opinión objetiva y conclusión de los hallazgos.

6.8 Flujograma de actividades:

1.- Detección de sujetos
2.- Invitación a participar
3.- Firma de consentimiento / Asentimiento informado
4.- Aplicación de escalas
5.- Generación de base de datos
6.- Análisis estadístico
7.- Resultados y conclusiones

6.9 Cronograma de actividades:

1. Captura de datos sociodemográficos. Junio 2019-Junio 2020.
2. Análisis estadístico: Septiembre – Noviembre 2020.
3. Elaboración del documento final: Noviembre – Diciembre 2020.

6.10 Instrumentos de medición:

6.10.1 Problemas externalizados: escala Youth Self-Report

Youth Self-Report para adolescentes de 11 a 18 años (YSR/11-18), es un auto-reporte que fue diseñado por Achenbach (1991) para obtener información sistematizada directamente de niños y adolescentes (entre 11 y 18 años) sobre diversas competencias y problemas de conducta.

Consta de dos partes, evaluando la primera habilidades o competencias deportivas, sociales y académicas. La segunda parte incluye 112 ítems, de los cuales 16 exploran la frecuencia de conductas adaptativas o prosociales, y los restantes evalúan una gama de conductas problema. Todos los ítems de la segunda parte deben ser contestados por el adolescente de acuerdo con su aplicabilidad y frecuencia, eligiendo 0 cuando su contenido no es verdad o no viene al caso, 1 cuando es algo verdad o le sucede a veces, y 2 cuando es muy cierto y le sucede frecuentemente. Está compuesto de dos escalas de banda ancha, problemas internalizados y externalizados, y esos a su vez por sus respectivas subescalas de banda estrecha: ansiedad/depresión, aislamiento/deprimido y problemas somáticos para la primera; ruptura de reglas y conducta agresiva para la segunda. También posee 3 subescalas de banda estrecha de síntomas generales (problemas sociales, problemas del pensamiento y problemas de atención). En este estudio, tomaremos los puntajes T score como parámetro para evaluar las subescalas y escalas de interés. La T score provee una métrica similar para todas las escalas. Son calificaciones estandarizadas que comparan los puntajes obtenidos por los niños y adolescentes evaluados en cada escala, con la distribución de calificaciones obtenidas en la muestra normativa del instrumento. Para fines de este estudio, tomaremos como sinónimos conductas externalizadas y problemas externalizados (anexo 1).

6.10.2 Estatus socioeconómico global: Estudio Socioeconómico de trabajo social (TS) del HPIJNN

Instrumento de evaluación que aplica el trabajador social a través de la técnica de la entrevista, para identificar la situación económica del usuario y contribuir al conocimiento de su entorno social y familiar (dentro de una institución). Fue creado por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en el año 2011, entrado en vigor a partir del año 2013. Consiste en recabar datos socioeconómicos por parte del paciente, familiar, tutor o representante legal, con lo que se obtendrá un nivel socioeconómico global. Para el propósito de este estudio, utilizaremos los siguientes apartados: Situación económica: corresponde a la situación económica del paciente en relación a su grupo familiar: Déficit (cuando superan los egresos a los ingresos), equilibrio (cuando los egresos se cubren con los ingresos) y superávit (disposición satisfactoria para cubrir las necesidades básicas; además se cuenta con disponibilidad para el ahorro o gastos de imprevistos). b. El nivel socioeconómico: Es el número que indica la posición social y económica en que se encuentra la familia del

paciente y/o el paciente que recibe atención médica, de acuerdo a variables que se evalúan con base en un método y técnicas de trabajo social y cuyo único objetivo es determinar el monto del subsidio que obtendrá el paciente, respecto del costo de los servicios de atención médica que se ofrecen en los establecimientos que prestan servicios de atención médica de la Secretaría y de las Entidades Coordinadas. El nivel socioeconómico es obtenido de la siguiente manera: 1. Ingreso familiar: se refiere a la suma total de los ingresos de las familias y el número de sus miembros que dependen económicamente de ese ingreso. Constituye el 55% del total de los indicadores. Se tomó en cuenta el salario mínimo general vigente de la zona geográfica que corresponda a la ubicación de cada entidad en donde sea atendido el paciente sujeto del Estudio Socioeconómico, mismo que es establecido anualmente por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos. 2. Ocupación: Es la actividad regular que constituye la principal fuente de ingresos del paciente o del principal proveedor económico de la familia. Posee diversos trabajos que pueden ser seleccionados. El puntaje máximo que se obtendrá en esta variable fue de 10 puntos porcentuales que equivale al 10% de la ponderación total del Estudio Socioeconómico. 3. Egreso familiar: Es el producto del total de egresos por 100 entre el total de ingresos. El porcentaje obtenido se ubicará de acuerdo a una tabla preestablecida. El puntaje máximo fue de 10 puntos porcentuales que corresponde al 10% de la ponderación total del Estudio Socioeconómico. 4. Vivienda: Es el lugar físico o sitio donde habitualmente el paciente y su familia moran, por lo que la variable permite apreciar si las características propias de la vivienda favorecen la satisfacción de las necesidades fisiológicas y psicológicas de los integrantes de la familia. El puntaje máximo que se obtuvo en esta variable fue de 20 puntos porcentuales que equivale al mismo porcentaje de la ponderación total del Estudio Socioeconómico. La puntuación se obtuvo considerando tanto el tipo de vivienda, como la descripción de un catálogo que incluye si la vivienda es propia, prestada, rentada u otra, servicios públicos, servicios intradomiciliarios, material de construcción, número de dormitorios y número de personas por dormitorio. 5. Salud familiar: Es la condición dinámica de los miembros de la familia del paciente, influida por las condiciones materiales de vida, por los cambios de la familia en su proceso de desarrollo y por los problemas de salud-enfermedad de sus integrantes. Para su determinación se tomó en cuenta el diagnóstico médico por el que el paciente ameritó atención en la institución, el tiempo de su tratamiento y si el paciente u otro familiar presentaron otros problemas de salud que requiera al momento de realizar el Estudio Socioeconómico, que se encontraran en el núcleo familiar, que representaran un gasto o

disminución del ingreso y que requirieran de red de apoyo. El puntaje máximo que se obtuvo en esta variable fue de 5 puntos porcentuales que equivale al mismo porcentaje de la ponderación total del Estudio Socioeconómico. La asignación del Nivel Socioeconómico se obtendrá al sumar el puntaje obtenido en cada una de las variables: Exento (0-12 puntos), A (13-24 puntos), B (25-36 puntos), C (37-52 puntos), D (56-68 puntos), E (69-84 puntos) y F (85-100 puntos) (anexo 2).

6.10.3 Indicadores socioeconómicos: Cuadernillo de Preguntas del Proyecto MP6-11: Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM

Las variables sociodemográficas se exploraron con el Cuadernillo de Preguntas del Proyecto MP6-11: Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (Macroproyecto UNAM 2007-2009). Es un instrumento auto-administrable que cuenta con una hoja de respuestas para lectura óptica. Se usaron sólo los primeros 32 reactivos de opción múltiple, que indagan aspectos socio-demográficos como estado civil, escolaridad y ocupación de los padres, configuración familiar, características de la vivienda y sus condiciones de infraestructura, nivel de hacinamiento, y otros recursos materiales para el desarrollo de los adolescentes y sus familias, validado para esta población²⁶ (anexo 3).

6.11 Análisis estadístico:

Se efectuaron análisis descriptivos y X^2 de Pearson, a través del paquete estadístico SPSS 2 de acuerdo a los diferentes niveles de medición y características de las variables de estudio, con el fin de proponer un modelo explicativo sobre la pobreza y las conductas externalizadas.

6.12 Consideraciones éticas:

Se respetó en todo momento los acuerdos y las normas éticas referentes a investigación en seres humanos en cuenta las disposiciones del Reglamento de la Ley 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 ajustó a los principios éticos y científicos justificados en cada uno de los apartados del protocolo. La información que se recolectó solo tuvo el propósito de investigación. Se les

solicitó a los participantes y sus padres o tutores que firmaran una carta de consentimiento y asentimiento informado, la cual fue previamente aceptada por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro.

7. RESULTADOS

De un total de 102 participantes seleccionados, la media de edad fue de 14.08 (11-17 años), con una desviación estándar (DE) de 1.704 y una mediana de 14 años (29.4%). El 53.9% correspondieron al sexo femenino. La totalidad de los participantes estaban solteros. Al momento de la recolección de datos, el 62.7% se encontraba cursando la secundaria, siendo la ocupación principal la de estudiante en el 78.4% (tabla 1).

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes

Variables	n	%	M	DE
Edad			14.08	1.704
11	7	6.9		
12	13	12.7		
13	16	15.7		
14	30	29.4		
15	12	11.8		
16	13	12.7		
17	11	10.8		
Sexo				
Masculino	47	46.1		
Femenino	55	53.9		
Estado civil				
Soltero	102	100		
Escolaridad				
Primaria	12	11.8		
Secundaria	64	62.7		
Preparatoria	26	25.5		
Ocupación				
Estudia	80	78.4		
Trabaja	4	3.9		
Estudia y trabaja	8	7.8		
Ni estudia ni trabaja	9	8.8		

Nota. N = 102; M = media; DE = desviación estándar.

Respecto a las características sociodemográficas de ambos padres, la media de la edad paterna fue mayor que la edad materna (42.66 años con una DE 7.432; 40.17 años con una DE 6.326, respectivamente). En cuanto al grado escolar de mayor prevalencia fue secundaria, con un porcentaje de 38.2% en los padres y 44.1% para las madres. Con respecto a la

ocupación, el 26.5% de los padres trabajaban como comerciantes, mientras que el 43.1% de las madres se dedicaban a las labores del hogar (tabla 2).

Tabla 2

Características sociodemográficas de los padres

Variable	Padre				Madre			
	n	%	M	DE	n	%	M	DE
Edad			42.66	7.432			40.17	6.326
25-34	13	12.7			23	22.5		
35-44	55	53.9			50	49.0		
45-54	22	21.6			28	27.5		
55-64	7	6.9			1	1.0		
65-74	1	1.0						
Desconocida	4	3.9						
Escolaridad								
Algún grado de educación básica	2	2.0			4	3.9		
Primaria	17	16.7			8	7.8		
Secundaria	39	38.2			45	44.1		
Preparatoria	21	20.6			26	25.5		
Universidad	15	14.7			15	14.7		
Posgrado	4	3.9			4	3.9		
Ocupación								
Desempleado	5	4.9			3	2.9		
Subempleado/Eventual	18	17.6			4	3.9		
Obrero/campesino	12	11.8						
Empleado/oficinista	19	18.6			19	18.6		
Comerciante/por su cuenta	27	26.5			14	13.7		
Profesionista	7	6.9			5	4.9		
Empresario/ejecutivo	1	1.0			1	1.0		
Pensionado	2	2.0			1	1.0		
Empleado doméstico	4	3.9			11	10.8		
Labores del hogar					44	43.1		

Nota. n=102 madres y n=100 padres, M = media; DE = desviación estándar.

En lo concerniente a los indicadores socioeconómicos de los participantes, el medio de transporte más utilizado entre los adolescentes fue el camión con un 47.1%. Al 30.4% sus cuidadores les proporcionaron entre \$11-20 al día para sus gastos. El 66.7% de los

adolescentes refirieron contar con computadora y acceso a internet. Con respecto al tipo de tenencia, el 40.2% vive en una casa prestada. En cuanto al tipo de afiliación de salud que poseen los participantes, el 27.5% asiste a algún centro de salud y el 23.5% cuentan con seguro popular (tabla 3).

Tabla 3

Indicadores socioeconómicos de los participantes y sus familias

Variables	n	%
Medio de transporte de uso más frecuente		
A pie o en bicicleta	19	18.6
Micro o camión	48	47.1
Metro	6	5.9
Taxi	3	2.9
Automóvil familiar	19	18.6
Automóvil propio	3	2.9
Dinero para gastar		
Nada	16	15.7
De 1 a 10	18	17.6
De 11 a 20	31	30.4
De 21 a 50	28	27.5
De 51 a 80	3	2.9
De 81 a 100	4	3.9
Acceso a internet		
Sin computadora ni acceso a internet	12	11.8
Con computadora, sin acceso a internet	2	2.0
Acude a un servicio de internet de paga	17	16.7
Con computadora y acceso a internet	68	66.7
Tipo de tenencia		
Rentada	29	28.4
Prestada	41	40.2
Propia	31	30.4
Tipo de afiliación		
Centro de salud	28	27.5
IMSS/ISSSTE/Otra institución gubernamental	21	20.6
Seguro popular	24	23.5
Seguro médico privado	2	2.0
Médico particular	21	20.6
Otro	1	1.0

Nota. N = 102.

De los participantes del estudio, el 55.9% viven en una situación económica de déficit, en relación con el ingreso económico global familiar. El 90.2% de los pacientes vivían en un grado de marginación muy bajo. En cuanto al estatus socioeconómico global, encontramos que tanto el nivel A y B comparte un 39.2% de la muestra cada uno, alcanzando ambos un total de 78.4% del total de los encuestados (tabla 4).

Tabla 4

Estatus socioeconómico global

Indicadores	n	%
Situación económica		
Déficit	57	55.9
Equilibrado	18	17.6
Superávit	18	17.6
Grado de marginación		
Muy bajo	92	90.2
Bajo	8	7.8
Estatus socioeconómico global		
Exento	5	4.9
A	40	39.2
B	40	39.2
C	11	10.8
D	3	2.9
E	1	1.0

Nota. N=102.

No encontramos una marcada diferencia entre el sexo con respecto a la ruptura de reglas en puntaje clínico sin embargo, al evaluar los puntajes clínicos en la conducta agresiva y la conducta externalizada global, el sexo femenino fue el que presentó la mayor carga, con un 23.6% y un 43.6% respectivamente (tabla 5).

Tabla 5

Relación del sexo de los participantes con la ruptura de reglas, conducta agresiva y conducta externalizada

Sexo	Ruptura de reglas				Conducta agresiva				Conducta externalizada			
	Normal		Clínico		Normal		Clínico		Normal		Clínico	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	42	89.4	5	10.6	38	80.9	9	19.1	30	63.8	17	36.2
Femenino	51	92.7	4	7.3	42	76.4	13	23.6	31	56.4	24	43.6

Nota. N=102 participantes.

En la siguiente tabla (tabla 6) se muestran los resultados de la prueba de X^2 para las subescalas de banda estrecha ruptura de reglas, conducta agresiva y conducta externalizada con los indicadores sociodemográficos. Observamos asociación entre la conducta agresiva con la ocupación paterna ($X^2=8.211$, $gl=1$, $p=.016$) y con el acceso a internet ($X^2=5.500$, $gl=2$, $p=.019$). Así mismo, encontramos asociación estadísticamente significativa entre la conducta externalizada y la ocupación paterna ($X^2=7.337$, $gl=2$, $p=.026$). No se encontraron diferencias estadísticas entre los otros indicadores (anexo 4).

Tabla 6

Resultados de X^2 para los indicadores socioeconómicos y ruptura de reglas, conducta agresiva y conducta externalizada

Indicadores socioeconómicos	Ruptura de reglas		Conducta agresiva		Conducta externalizada	
	X^2	p	X^2	p	X^2	p
Escolaridad paterna	.077	.782	.013	.908	.342	.559
Escolaridad materna	1.040	.308	.095	.758	.012	.912
Ocupación paterna	.558	.756	8.211	.016*	7.337	.026*
Ocupación materna	1.705	.426	.294	.863	.957	.620
Transporte	1.081	.298	.587	.443	.009	.923
Dinero para gastar	.521	.471	1.484	.223	.960	.327
Acceso a internet	1.413	.235	5.500	.019*	1.194	.274
Tipo de tenencia	.411	.814	3.199	.202	2.815	.245
Afiliación de salud	.240	.624	.474	.419	.024	.878
Situación económica	3.647	.161	.800	.670	.554	.758
Grado de marginación	.756	.385	.306	.580	.716	.397

Nota. N = 102; * p<0.05.

En la tabla 7 observamos que el 48.71% de los participantes que obtuvieron una clasificación clínica para conductas externalizadas, fueron clasificados dentro del grupo A del estatus socioeconómico global de TS, seguido de un 28.20% en el grupo B.

Tabla 7

Distribución del estatus socioeconómico global y ruptura de reglas, conducta agresiva y conducta externalizada a nivel clínico

	Ruptura de reglas				Conducta agresiva				Conducta externalizada			
	Normal		Clínico		Normal		Clínico		Normal		Clínico	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Exento	5	5.43	-	-	4	5	1	5	4	6.55	1	2.56
A	38	41.3	2	25	30	37.5	10	50	21	34.42	19	48.71
B	36	39.13	4	50	36	45	4	20	29	47.54	11	28.20
C	9	9.78	2	25	6	7.5	5	25	3	4.91	8	20.51
D	3	3.26	-	-	3	3.75	-	-	3	4.91	-	-
E	1	1.08	-	-	1	1.25	-	-	1	1.63	-	-
Total	92	99.98	8	100	80	100	20	100	61	99.96	39	99.98

Nota. N = 102. (-)=Valor igual a 0.

Finalmente, obtuvimos la mediana de los niveles socioeconómicos globales, ya que no existe un valor referencial en el instrumento del servicio de trabajo social para considerar alguno de los puntajes como estatus socioeconómico bajo. Determinamos como ESE bajo aquellos que fueron clasificados en el grupo A y a quienes se encontraba por arriba de él, fueron considerados por fuera de dicho ESE. Se realizó prueba de X^2 de Pearson con las subescalas de banda estrecha de ruptura de reglas, conducta agresiva y conducta externalizada, sin obtener resultado estadísticamente significativo (tabla 8).

Tabla 8

Resultados de X^2 para el estatus socioeconómico bajo y ruptura de reglas, conducta agresiva y conducta externalizada

	Ruptura de reglas		Conducta agresiva		Conducta externalizada	
	X^2	p	X^2	p	X^2	p
Estatus socioeconómico bajo	1.405	.236	1.010	.315	1.019	.313

Nota. $p < 0.05$.

8. DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue evaluar la existencia de asociación entre las conductas externalizadas en adolescentes y un estatus socioeconómico bajo en una población que se atiende en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Cumpliendo con la hipótesis, encontramos una asociación significativa estadísticamente entre la conducta agresiva con la ocupación paterna y el acceso a internet, sin encontrar asociación entre el estatus socioeconómico bajo y las conductas externalizadas.

La media de edad en nuestra muestra (14 años) coincide con lo reportado por la Organización Panamericana de la Salud del año 2018, siendo de 14 años, edad a la que de acuerdo a esta organización comienza la mitad de las enfermedades mentales²⁷. En cifras de la UNICEF, más del 20% de los adolescentes (15-19 años) de todo el mundo sufren trastornos mentales²⁸. Gao y colaboradores en el año 2015 señalaron que los problemas de salud mental aumentaron bimodalmente con la edad: con un pico menor entre las edades de 6 y 10 años, y un pico mayor entre las edades de 13 y 16 años²⁹, siendo estos periodos del neurodesarrollo sensibles para la aparición de psicopatología. Este predominio de edad en nuestra muestra coincide con la escolaridad preponderante de los participantes (secundaria en un 62.7%), siendo que el 74.8% de ellos se dedicaban únicamente al estudio.

Se encontró que el 53.9% de la muestra perteneció al sexo femenino, a diferencia de lo reportado por la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2018 en México, donde se describe una mayoría de varones en este grupo etario³⁰. Llama la atención que en la literatura es reconocido que los niños generalmente tienen más probabilidades de presentar problemas de comportamiento externalizado y los problemas internalizados se observan con mayor frecuencia en las niñas²⁹. Caso distinto es el observado en las estadísticas de morbilidad del HPIJNN del año 2019, en donde el trastorno disocial ocupó el cuarto lugar en frecuencia, diagnóstico que estuvo representado en un 70.7% por usuarias de entre 13 y 18 años. En nuestro estudio, el 53.9% de los participantes fueron mujeres y este mismo sexo presentó mayor carga para la presencia de conductas agresivas y conducta externalizada global en puntaje clínico comparado con los hombres. Resultado similar fue publicado por Benjet en el año 2009, en un estudio realizado en nuestro país con población adolescente (12 a 17 años),

en donde se encontró que para los trastornos de impulsividad (incluyendo trastorno oposicionista-desafiante, trastorno disocial y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad) las mujeres presentaron una mayor prevalencia y disfunción, derivando en una mayor gravedad comparadas con los hombres²⁴. El estudio anterior y el nuestro no concuerdan con los reportes encontrados en la literatura, ya que la mayor carga de conducta agresiva y externalizada fue para el género femenino. Esta situación sugiere que la adolescencia podría ser un periodo de mayor vulnerabilidad para ellas, incluso una característica propia de las adolescentes o la cultura del pueblo mexicano, que aún no se ha investigado a profundidad.

El 38.2% de los padres y el 44.1% de las madres poseían la escolaridad de secundaria completa, dato que coincide con respecto a la estadística nacional, la cual señala como escolaridad media la secundaria concluida (9.2 grados en promedio, equivalente a secundaria terminada)³¹. Al comparar los resultados de la escolaridad en ambos padres a partir de la preparatoria, si bien disminuye el número de ellos que cursaron grados posteriores, observamos que las cifras se equiparan para ambos sexos. Esto puede estar relacionado a que la mayoría de los participantes del estudio y sus familiares vivían en la ciudad de México y zonas cercanas, en donde se puede encontrar un índice de marginación menor comparado con otros estados de la república mexicana, así como oportunidades similares de estudio para ambos sexos.

La principal labor remunerada de las madres fue como empleada u oficinista, en el 18.6% y un 43.1% del total se dedicaban a las labores del hogar. La principal ocupación del padre fue como comerciante o trabajador independiente en un 26.5% y se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ella y las conductas agresivas y externalizadas globales, específicamente en padres que presentaban un sueldo variable en relación a su trabajo. Hasta el año 2018, de acuerdo al INEGI, el hombre era el principal proveedor económico de la familia en 91.4% de las encuestadas, situación que puede estar relacionada con la asociación que encontramos en el estudio actual³².

El trabajo de comerciante o independiente (autoempleado) representa un menor estatus laboral, lo que puede involucrar monotonía, bajos sentimientos de control y estrés relacionado con bajos ingresos y poder limitado. Por el contrario, estar en trabajos de alto estatus tiende a

proporcionar a las personas mayores recursos financieros y sociales, activos que pueden promover una buena salud mental³³. Sin embargo, en la literatura encontramos contradicciones con respecto a este supuesto. Algunos estudios no muestran asociación entre la ocupación parental y la presencia de conductas internalizadas o externalizadas entre los niños, mientras que otros demuestran una asociación con síntomas depresivos por encima del ingreso y la educación. Además, el menor estatus laboral paterno en la infancia se asoció con los trastornos de conducta de inicio en la infancia, pero no en la adolescencia o en la edad adulta³⁴.

El 30.4% de los adolescentes recibió entre \$11-20 al día para sus gastos personales y un 15.7% de ellos no recibe dinero alguno por parte de sus padres. En el año 2014, la Universidad Nacional Autónoma de México en conjunto con BANAMEX emitieron el estudio Cultura financiera de los jóvenes en México, Síntesis de resultados, el cual revela que las principales fuentes de ingresos para este grupo etario fueron a través de un empleo en 36% y por parte de sus padres en 35%. Al analizar estas fuentes de ingresos por rango de edad, se encontró que para la población de 15 a 19 años las fuentes de ingreso fueron sus padres en más del 60%³⁵, dato que en nuestra muestra es mayor, ya que el 78.4% de los participantes únicamente se dedicaban a estudiar, por lo que podemos inferir que sus ingresos económicos provienen directamente de sus padres o cuidadores.

Según los datos de la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares, en 2018 el 65.8% de la población de seis años o más en México es usuaria de Internet. 18.3 millones de hogares (52.9% del total nacional) disponen de conexión a Internet. Para ese mismo año, 74.3 millones de personas declararon sí usar internet (65.8% de la población). También se encontró que, a mayor nivel escolar, mayor uso de internet, esto se ve reflejado en que el 88.5% de los encuestados que tenían la educación media concluida, eran usuarios de la red y así como el 95.1% de personas con educación superior. En los hogares, la disponibilidad de computadoras fue del 44.9%³⁶. De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2017, hay 14.3 millones de niñas, niños y adolescentes de 12 a 17 años; de esta población, 72.9% cuenta con un celular inteligente para acceder a Internet y 41.5% se conecta por medio de una computadora de escritorio³⁰. El 66.7% de los participantes de nuestro estudio

poseían computadora con acceso a internet, encontrando en el análisis de datos una relación estadísticamente significativa entre poseer acceso a internet con una menor conducta externalizada en los adolescentes, situación que puede estar vinculado a un mejor estatus social y menor grado de deprivación a dicho servicio y a otros bienes y servicios básicos^{37,38}.

En lo referente a la atención de la salud, el 27.5% de las familias acudían a centro de salud, situación que refleja la falta de cobertura en esta necesidad esta fracción de los participantes. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018, ocho de cada 10 personas en el país declararon tener derecho a servicio médico (102.3 millones, 84.5% de la población)³⁹ sin embargo, 19 millones de personas reportaron no contar con acceso a servicios médicos⁴⁰.

De acuerdo a los ingresos y egresos monetarios familiares, el 55.9% de los hogares se encontraron en un rango de déficit en relación a su situación económica, situación que a como ya hemos demostrado, les confiere cierto grado vulnerabilidad a la presencia de psicopatología en los adolescentes, a pesar de que en nuestro estudio no se encontró asociación con la conducta externalizada. El 90.2% de las familias participantes en el estudio vivían en un grado de marginación muy bajo, situación que refleja una aparentemente satisfacción de las necesidades básicas de la población en las que está basada dicha clasificación (educación, vivienda, distribución de la población e ingresos monetarios). Esto posiblemente relacionado a que la gran mayoría de los participantes vivían en la ciudad de México, siendo que en ellos el índice de marginación oscila entre bajo y muy bajo⁴¹. Sellström concluyó que la influencia del vecindario parece intensificar el riesgo de resultados adversos en los adolescentes que pertenecen a familias de bajo nivel socioeconómico⁴², situación que posiblemente no se vea reflejada en esta muestra, con los datos aportados por la CONAPO con respecto al grado de marginación.

Con respecto al estatus socioeconómico global, tanto el nivel A como el B recolectaron 39.2% de las familias cada uno, con un total entre ambos de 78.4% de toda la muestra, sin embargo, no encontramos una asociación del estatus económico bajo con las conductas externalizadas. Si bien existe amplia literatura que sustenta lo contrario al respecto de consecuencias negativas en la salud mental de adolescentes que viven en ESE bajo^{42, 43, 44, 45}, en el trabajo de Korous³³ menciona que implícitamente, existe una suposición de interacción sinérgica entre

los componentes del estatus socioeconómico que resulta en impactos variados en diferentes personas y puntos de tiempo de desarrollo con respecto a resultados particulares sobre la conducta en los individuos, argumentando que la investigación no ha dejado en claro cómo estos recursos se combinan realmente para influir en la mayoría de los resultados en los niños o adultos. Es de pensar que las variables estudiadas en total crean un peso mayor en los individuos para la génesis de psicopatología (como ya fue descrito en los resultados de nuestro estudio actual), sin embargo Korous afirma que o es sorprendente la falta de conexión de los déficits asociados con cada componente del estatus socioeconómico de manera aditiva o multiplicativa, junto con otras áreas, a las propensiones que aumentan los problemas de comportamiento, situación reflejada en nuestro resultados, ya que aunque utilizamos variables conocidas relacionadas a la presencia de conductas externalizadas, sólo obtuvimos 3 asociaciones estadísticamente significativas, sin una de ellas fuera precisamente el ESE bajo. Por lo tanto, el estado socioeconómico general puede no estar constantemente relacionado con la presencia de habilidades adaptativas o de resiliencia o ser completamente detonantes de conductas desadaptativas, especialmente cuando se mide en un solo punto en el tiempo⁴⁶. Nuestros resultados permitieron identificar algunos componentes de tipo socioeconómico asociados a las conductas externalizadas en forma global y en específico en el caso de la conducta agresiva.

Desgraciadamente, aún existe disparidad con respecto al estudio del ESE, la pobreza y los factores que la comprende¹⁰. Es necesario la creación de un marco teórico para el mejor estudio de los resultados conductuales en niños y adultos en ambientes de ESE bajo, en donde también se incluyan sistemas biológicos en general³³, y los genes en particular⁴⁷.

9. CONCLUSIONES

1. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la conducta agresiva con la ocupación paterna y el acceso a internet.
2. No se encontró asociación entre el estatus socioeconómico bajo y las conductas externalizadas.
3. Se encontró mayor carga de psicopatología de conducta externalizada en el sexo femenino.

10. RECOMENDACIONES

Al ser por sí mismo complicado y aún no completamente integral el estudio de la pobreza y su contribución a la psicopatología, específicamente de la población adolescentes, consideramos de crucial relevancia estudiar cada uno de los indicadores que potencialmente puedan influir en este fenómeno, con la finalidad de atender las necesidades que surjan de ello y de mejorar la salud mental de los adolescentes de las zonas urbanas, a través de la generación de políticas públicas creadas a partir de sus necesidades específicas y de esta manera, estar más cerca de cumplir parte de las metas establecidas por la OMS en el año 2015, en relación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030⁴⁸.

Los resultados descritos son un aliciente para continuar la investigación del ESE bajo y psicopatología. Previamente mencionado por Braveman (2005), el constructo de ESE debe de ser desglosado y analizado de acuerdo a cada indicador.

Consideramos de suma importancia enfocarse en próximos estudios en la población del sexo femenino, ya que contamos con evidencia de mayor psicopatología en ellas, sin embargo, se deberán de investigar los factores de mayor impacto en su salud mental.

11. LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones del estudio, tenemos que fue realizado en población clínica, sin comparación a nivel comunitario. De igual manera, el estudio fue transversal, situación que no nos permite dar seguimiento de los síntomas reportados o de la evolución de los trastornos de cada participante.

Como fortaleza tenemos que las evaluaciones de los participantes fueron realizadas ya sea en el lapso de internamiento hospitalario o atención en consulta externa, lo que nos permitió tener mejores reportes de los síntomas actuales y que más disfunción ocasionaban.

El estudio es de tipo transversal, situación que dificulta el seguimiento y evolución de los padecimientos documentados en la población. Así mismo, al ser una muestra clínica, no simula el comportamiento habitual de la población general del mismo grupo etario, por lo que no podemos generalizar los resultados en nuestro ambiente. De igual manera, genera antecedente de la evaluación de indicadores de ESE bajo, los cuales se deberán de estudiar y ampliar en estudios futuros.

12. REFERENCIAS

1. Overton, WF. Processes, relations and Relational-Developmental-Systems. Theory and Method. Volume 1 of the Handbook of child psychology and developmental science [Internet]. NJ: Wiley; 2015 [consultado 02 Feb 2020].
2. Lerner RM, Wang J, Hershberg RM, Buckingham MH, Harris EM, Tirrell JM, et al. Positive Youth Development Among Minority Youth: A Relational Developmental Systems Model. Handbook on Positive Development of Minority Children and Youth [Internet]. NJ: Springer International Publishing; 2017 [consultado 15 Feb 2020].
3. Cummings EM, Merrilees CE, Taylor LK, Mondi CF. Developmental Psychopathology as a Guiding Model. Political Violence, Armed Conflict, and Youth Adjustment: A Developmental Psychopathology Perspective on Research and Intervention [Internet]. Springer International Publishing; 2017 [consultado 03 May 2020].
4. Eme R. Developmental psychopathology: A primer for clinical pediatrics. World J. Psychiatry [Internet]. 2017 [consultado 17 Ene 2020] ;7(3):159-62.
5. Cicchetti D. Development and Psychopathology. Developmental Psychopathology 1 [Internet]. Dante Cicchetti DJC, editor; 2015 [consultado 07 Abr 2020].
6. Blair C, Raver CC. Poverty, Stress, and Brain Development: New Directions for Prevention and Intervention. ACAD PEDIATR [Internet]. 2016 [consultado 13 Mar 2020];16(3):S30-S6.
7. Carrió JMV. La obra de Amartya Sen. Iberian Journal of the History of Economic Thought. 2016;3(2):201-20.
8. CONEVAL. Medición multidimensional de la pobreza en México [Internet]. Ciudad de México: CONEVAL; 2017 [consultado 23 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/FolletosInstitucionales/Documents/Medicion-multidimensional-de-la-pobreza-en-Mexico.pdf>
9. CONEVAL. Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México [Internet]. Ciudad de México: CONEVAL; 2019 [consultado 23 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Metodologia-medicion-multidimensional-3er-edicion.pdf>
10. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Chideya S, Marchi KS, Metzler M, et al. Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. JAMA [Internet]. 2005

[consultado 04 Ago 2019];294(22):2879-88.

11. CONEVAL. Medición de la pobreza [Internet]. Ciudad de México: CONEVAL; 2018 [consultado 23 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>.
12. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La mitad de los pobres del mundo son niños y niñas 2018 [consultado 13 Abr 2020]. Disponible en: https://www.undp.org/content/undp/es/home/news-centre/news/2018/half-of-world_s-poor-are-children.html.
13. United Nations Development Programme. The 2019 Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2019 [Internet]. 2019. [consultado Mar 2020]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/2019-MPI>.
14. Organización de las Naciones Unidas. Crece la pobreza extrema en América Latina 2019 [Internet]. 2019 [consultado 2020]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2019/01/1449412>.
15. CONEVAL. Pobreza en México [Internet]. Ciudad de México: CONEVAL [consultado Nov 2019]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>.
16. UNICEF. Informe anual México 2017 [Internet]. Ciudad de México: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2017 [consultado 02 Feb 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org.mx/Informe2017/Informe-Anual-2017.pdf>
17. Smith C. Encyclopedia of Parenting Theory and Research [Internet]. New York, 2013.
18. Samek DR, Hicks BM. Externalizing Disorders and Environmental Risk: Mechanisms of Gene-Environment Interplay and Strategies for Intervention. Clin Pract [Internet]. 2014;11(5):537 - 547. doi:10.2217/CPR.14.47
19. McGrath P, Elgar F. Effects of Socio-Economic Status on Behavioral Problems. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences 2 [Internet]. Wright JD, editor; 2015 [consultado Ene 2020]. p. 477-80.
20. Reiss, F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. Soc Sci Med [Internet]. 2013 [consultado Jun 2019]; 90, 24–31.
21. Yoshikawa H, Aber JL, Beardslee WR. The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention. American

- Psychologist [Internet]. 2012 [consultado Dic 2019]; 67(4), 272–284. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/a0028015>.
22. Singh GK, Ghandour RM. Impact of neighborhood social conditions and household socioeconomic status on behavioral problems among US children. *Matern Child Health J* [Internet]. 2012;16 Suppl 1:S158-S169. doi:10.1007/s10995-012-1005-z
23. CEPAL. Panorama social de américa latina. CEPAL https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf
24. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E, Fleiz C, Rojas E et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2020 Jun 10]; 32(2): 155-163. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200008&lng=es.
25. OMS. IESM-OMS Informe sobre el sistema de salud mental en México [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
26. Lucio E, Durán C, Barcelata B, Hernández Q. Cuadernillo de preguntas del proyecto MP6-11 Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM. 2007. México: Facultad de Psicología, UNAM.
27. PAHO. Día Mundial de la Salud Mental 2018 [Internet]. Pan American Health Organization; 2018 [consultado Sep 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14710:world-mental-health-day-2018&Itemid=42091&lang=es
28. UNICEF. Leading Minds 2019. HEALTHY MINDS, HEALTHY FUTURES [Internet]. 2019 [consultado Feb 2020]. Disponible en: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Final_Summary_Report_Leading_Minds_2019.pdf
29. Gao Q, Li H, Zou H, Cross W, Bian R, Liu Y. The mental health of children of migrant workers in Beijing: the protective role of public school attendance. *Scand J Psychol* [Internet]. 2015;56:384–90.
30. INEGI. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA DEL NIÑO (30 DE ABRIL) [Internet]. Ciudad de México: INEGI; 2019 [consultado Mar 2020]. Disponible en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/nino2019_Nal.pdf

31. INEGI. Cuéntame [Internet]. Ciudad de México: INEGI; 2015. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/escolaridad.aspx?tema=P>.
32. INEGI. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 251/18 [Internet]. Ciudad de México: INEGI; 2018 [consultado Mar 2020]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/enh2018_05.pdf
33. Korous, KM. Unpacking the link between socioeconomic status and behavior problems: A second-order meta-analysis. *Dev Psychopathol* [Internet], 2018 [consultado Jun 2020].
34. McLaughlin KA, Breslau J, Green JG, Lakoma MD, Sampson NA, Zaslavsky AM, & Kessler, R. C. Childhood socio-economic status and the onset, persistence, and severity of DSM-IV mental disorders in a US national sample. *SOC SCI MED* [Internet]. 2011 [consultado Jun 2020]. 73, 1088– 1096. doi:10.1016/j.socscimed.2011.06.011
35. BANAMEX. Cultura financiera de los jóvenes en México. Síntesis de resultados [Internet]. Ciudad de México; 2014. Disponible en: https://www.banamex.com/es/conoce_banamex/quienes_somos/prensa/pdf/book_brujula_digital_2014.pdf
36. INEGI. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 252/19 [Internet]. Ciudad de México: INEGI; 2019 [consultado Abr 2020]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/internet2019_Nal.pdf
37. Das-Munshi J, Lund C, Mathews C, Clark C, Rethon C, Stansfeld S. Mental Health Inequalities in Adolescents Growing Up in Post Apartheid South Africa: Cross-Sectional Survey, SHaW Study. *PLoS ONE* [Internet]. 2016 [consultado May 2020]. 11(5): e0154478. doi:10.1371/journal.pone.0154478
38. Chung RYN, Chung GKK, Gordon D, Wong SYS, Chan D, Lau MKW. Deprivation is associated with worse physical and mental health beyond income poverty: a population-based household survey among Chinese adults. *Qual. Life Res* [Internet] 2018; 27(8), 2127–2135. doi:10.1007/s11136-018-1863-y
39. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 [Internet]. Ciudad de México: ENSANUT; 2018 [consultado May 2020]. Disponible en:

https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

40. CONEVAL. Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018 [Internet]. Ciudad de México: CONEVAL; 2018 [consultado May 2020]. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
41. CONAPO. Capítulo 1. Concepto y dimensiones de la marginación. Índice absoluto de marginación 2000-2010 [Internet]. Ciudad de México: CONAPO; 2010. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1755/1/images/01Capitulo.pdf>
42. Sellström, E, & Bremberg, S. The significance of neighbourhood context to child and adolescent health and well-being: A systematic review of multilevel studies. *Scand. J. Public Health* [Internet] 2006, 34, 544–554.
43. McBride M, Berkel VC, Gaylord-Harden NK, CopelandLinder N, & Nation M. (2011). Neighborhood poverty and adolescent development. *J Res Adolesc* [Internet]. Wiley-Blackwell; 2011, 21, 114.
44. Quon EC, & McGrath JJ. Subjective socioeconomic status and adolescent health: A meta-analysis. *Health Psychol* [Internet] 2014, 33, 433–447.
45. Piotrowska PJ, Stride CB, Croft SE, & Rowe R. Socioeconomic status and antisocial behaviour among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev* [Internet]. 2015, 35, 47–55.
46. Hankin BL, Snyder HR, Gulley LD, Schweizer TH, Bijttebier P, Nelis S. Understanding comorbidity among internalizing problems: Integrating latent structural models of psychopathology and risk mechanisms. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2016, 28, 987–1012. doi:10.1017/s0954579416000663
47. Causadias JM, & Korous KM. (2018). How are genes related to culture? Introduction to the field of cultural genomics. *The handbook of culture and biology* [Internet]. New York: Wiley: 2018, (pp. 153–177).
48. Naciones Unidas. La Agenda para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>

13. ANEXOS

Anexo 1 Cartas de aprobación del proyecto general por el comité de investigación del hospital Psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro



Ciudad de México, 31 de enero de 2020.

Asunto: Registro de tesis derivada.

Dra. 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 de conductas externalizadas y pobreza en adolescentes atendidos en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México".

Clave de registro: II3/01/0412/Ti

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: **Carlos de la Cruz Torres.**

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



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 **II3/01/0412**, 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**.

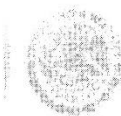
Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES
PRESIDENTA DEL COMITE

Av. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Delegación. Tlalpan, C.P 14080, México. Ciudad de México.

Teléfono 5573-2855, 5573-4866 y 5573-4844, www.sap.salud.gob.mx



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.

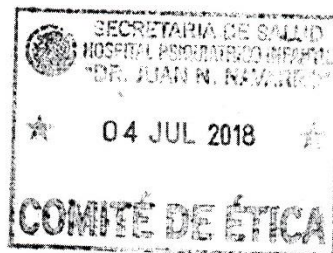
Asimismo le exhorto a supervisar que sus colaboradores se mantengan en cumplimiento de la normatividad vigente en el campo de la ética en investigación durante todas las etapas el estudio.

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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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

SERVICIOS DE ATENCIÓN
PSIQUIATRICA



DIRECCIÓN

Ciudad de México, 27 de Agosto 2020

Asunto: Carta de aprobación

Dr. Carlos de la Cruz Torres
Tesista

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: "Relación entre las conductas externalizadas y la pobreza en adolescentes atendidos en un hospital psiquiátrico infantil 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 Cenizeros
Presidente del Comité de Ética en Investigación



Anexo 2 Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11 a 18 años. YSR/11-18, Español (Achenbach & Rescorla, 2001, adaptada por Barcelata, Armenta y Luna, 2013, y por Pérez y Ramírez, 2014).

TU NOMBRE COMPLETO

Primer nombre

Segundo nombre

Apellidos

TU SEXO: masculino femenino

TU EDAD

FECHA DE HOY: Día _____ Mes _____
Año _____

GRADO ESCOLAR: _____
escuela

No voy a la

FECHA DE NACIMIENTO: Día _____ Mes _____
Año _____

Si estás trabajando, ¿qué tipo de trabajo haces?

TRABAJO USUAL DE LOS PADRES, inclusive si ahora no está trabajando (por favor especifica, por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro de escuela, ama de casa, trabajador, zapatero, sargento en el ejército).

TRABAJO DEL PADRE: _____

TRABAJO DE LA MADRE: _____

Parte I

Por favor completa esta forma con **tu opinión sobre tu conducta**, inclusive si crees que otras personas no están de acuerdo. Si tienes comentarios adicionales escríbelos al final de la pregunta en el espacio que se proporciona.


I. Anota por favor los deportes que más te gustan. Por ejemplo: natación, béisbol, patinaje, fútbol, bicicleta, etc. <input type="checkbox"/> Ninguno	En comparación con los otros jóvenes de tu edad, ¿cuánto tiempo le dedicas a cada uno de estos deportes?			En comparación con otros muchachos(as) de tu edad, ¿cómo eres en estos deportes?		
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Anota por favor tus actividades, juegos o pasatiempos favoritos además de los deportes. Por ejemplo, coleccionar objetos, jugar con muñecas(os), leer, tocar un instrumento musical, danza, artesanías, etc. (No incluyas escuchar radio, ver televisión o videojuegos). <input type="checkbox"/> Ninguno	En comparación con los otros jóvenes de tu edad, ¿cuánto tiempo le dedicas a cada una de estas actividades?			En comparación con otros muchachos(as) de tu edad, ¿cómo eres en estas actividades?		
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Anota por favor las organizaciones, equipos, clubes o grupos a los que perteneces. <input type="checkbox"/> Ninguno	En comparación con los otros jóvenes de tu edad, ¿qué tan activa es tu participación en cada uno de los grupos?		
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3 Trabajo social



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
DR. JUAN N. NAVARRO
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**



Expediente: _____ **Servicio:** _____ **Fecha:** _____ **/Hora:** _____

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

NOMBRE: _____ (M) (F)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Género	Fecha de Nac.	Edad
------------------	------------------	---------	--------	---------------	------

Estado Civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Referencia: _____

Derechohabiente: (SI) (NO) CUÁL: _____ Religión: _____ Tipo de Est.: (1º vez) (Actualización) Idioma: _____

Domicilio Permanente: _____

Familiar Responsable: _____ Parentesco: _____

Domicilio: Calle _____ núm. _____ col. _____ cp. _____ Municipio/Del. _____ Estado: _____

Teléfonos: _____ Procedencia CDMX, Edo. de Méx., Resto de la República Otro País _____

CONDICIONES ECONÓMICAS:

Personas que aportan	Ingresos Mensual	Desglose de Gastos	Egreso Mensual
Jefe de Familia		Alimentación	
Esposo (a)		Renta, Hipoteca, Predio	
Hijo (s)		Agua	
Otros		Luz	
TOTAL		Gas	
		Teléfono	
		Gastos Escolares	
		Gastos de Salud	
		Transporte	
		Servicios Domésticos	
		Consumos Adicionales	
		Total	

Núm. de Integrantes: _____ Con base al salario mínimo diario de \$123.22 Vigente a partir de enero, 2020.

Egreso 100/ingresos

Relación de Ingresos núm. de dependientes económicos

Situación Económica Déficit Equilibrio Superávit

Ocupación del proveedor económico: _____

DESCRIPCIÓN	PUNTUACIÓN
Sin ocupación	0
Trabajadores no calificados	1
Jubilados y pensionados	2
Becarios, trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	3
Oficiales operarios y artesanos de artes Mecánicas y otros Oficios	4
Operadores de Instalaciones, maquinarias y montadores	5
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros	6
Empleados de oficina	7
Técnicos Profesionistas de nivel medio	8
Profesionistas, científicos e Intelectuales	9
Fuerzas armadas y ejecutivos e inversionista	10

VIVIENDA: TIPO DE TENENCIA: Propia (3) Prestada (2) Rentada (1) Otros (0)

TIPO DE VIVIENDA	PUNTOS
Institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa, rural, sin vivienda	0
Vecindad o cuarto de servicio	1
Depto. o casa popular, unidad habitacional (interés social)	2
Depto. o casa clase media con financiamiento propio o hipotecario	3
Depto. o casa residencial	4

Anexo 4

Aplicador:

Fecha:

ID:

Apellidos y Nombre:

Edad:

Sexo: Hombre / Mujer

Estado Civil:

SECCIÓN 1. Estatus Socioeconómico. (Barcelata y Márquez, 2015).

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan situaciones en relación a ti y a tu familia. Marca con un círculo la respuesta que más se acerque a lo que piensas.

En la pregunta 1 puedes elegir **MÁS DE UNA OPCION**:

1. Vivo con: a. Mi papá b. Mi mamá c. Mis hermanos d. Mis abuelos e. Mis tíos f. Mis primos g. Mi padrastro h. Mi madrastra i. Mis medios hermanos j. Mis padres adoptivos k. Tutores l. Con otras personas (amigos, compañeros de la escuela, etc.) m. Vivo sólo n. Ninguno de los anteriores

A partir de aquí elige **SOLO UNA OPCION**

2. El número de hermanos con quien vivo es: a. No tengo hermanos viviendo conmigo b. Uno c. Dos d. Tres e. Cuatro f. Cinco g. Seis o más	3. El número total de personas que viven conmigo es (inclúyete a ti): _____ personas
4. Vivo en: a. Cuarto b. Varios cuartos en una vivienda c. Departamento rentado (unidad habitacional) d. Departamento propio o con hipoteca (unidad habitacional) e. Casa o vivienda independiente en terreno familiar f. Casa rentada (condominio horizontal) g. Casa propia o con hipoteca (condominio horizontal) h. Otra. Describa _____	5. Regularmente me transporto en: a. A pie o en bici b. En micro o camión c. En Metro d. En taxi e. Me llevan en auto propio f. Uso mi propio coche g. Otro _____
6. El número total de cuartos en mi vivienda es de: a. un cuarto b. dos cuartos c. tres cuartos d. cuatro cuartos e. cinco cuartos f. seis cuartos g. más de seis cuartos (Cuenta el baño, la cocina y otros cuartos que usan aunque sean compartidos)	7. El número máximo de personas que duermen en el mismo cuarto o habitación es de: a. uno b. dos c. tres d. cuatro e. cinco f. seis g. Más de seis personas

<p>8. El proveedor principal de mi familia es:</p> <p>a. Mi papá/padrastra b. Mi mamá/madrastra c. Ambos (papá y mamá) d. Mi(s) hermano(s) e. Mis padres y mis hermanos f. Los abuelos g. Otros familiares h. Otro _____</p>	<p>9. Cuando alguien en la familia se enferma contamos con o vamos al:</p> <p>a. Centro de Salud (Salubridad) b. IMSS, ISSSTE, otro servicio de gobierno c. Seguro Popular d. Seguro médico privado e. Médico particular (Clínica u Hospital privado) f. Médico tradicional (huesero, hierbero, etc.) g. Otro. ¿Cuál? _____</p>
<p>10. Diariamente me dan dinero para gastar:</p> <p>a. Nada b. De \$ 1 a \$ 10 c. De \$ 11 a \$ 20 d. De \$ 21 a \$ 50 e. De \$ 51 a \$ 80 f. De \$ 81 a \$ 100 g. Más de \$100 diarios</p>	<p>11. Marca el uso más común que le dan al internet.</p> <p>a. No tenemos computadora ni acceso a internet b. Tenemos computadora pero no tenemos acceso a internet c. Vamos a un servicio de paga de internet d. Tenemos computadora y acceso a internet e. Otro. Describe _____</p>
<p>12. El dinero que mi familia gana es:</p> <p>a. Mucho b. Suficiente c. Poco d. Menos de lo necesario para vivir</p>	<p>13. Mi ocupación es:</p> <p>a. Estudio b. Estudio y trabajo c. Solo trabajo d. Trabajo de eventual e. Ni estudio ni trabajo</p>
<p>14. Mi último año escolar terminado es: _____</p> <p>(Señala tu nivel de educación anotando los años escolares terminados)</p> <p>Primaria Si__ No__ ¿cuántos años terminados? ____</p> <p>Secundaria Si__ No__ ¿cuántos años terminados? ____</p> <p>Técnico Si__ No__ ¿cuántos años terminados? ____ ¿Esta carrera la hiciste después de terminada la secundaria? Si__ No__</p> <p>Preparatoria Si__ No__ ¿cuántos años terminados? ____</p>	

Anexo 5

Tablas de contingencia para ruptura de reglas y los indicadores socioeconómicos

Escolaridad paterna	Sin ruptura de reglas	Con ruptura de reglas
Debajo de secundaria	17 (94.4%)	1 (5.6%)
Arriba de secundaria	75 (92.6%)	6 (7.4%)

Nota. $X^2=.077$, $p=.782$.

Escolaridad materna	Sin ruptura de reglas	Con ruptura de reglas
Debajo de secundaria	10 (83.3%)	2 (16.7%)
Arriba de secundaria	83 (92.2%)	7 (7.8%)

Nota. $X^2=1.040$, $p=.308$.

Ocupación paterna	Sin ruptura de reglas	Con ruptura de reglas
Desempleado	5 (100%)	0 (0%)
Sueldo variable	55 (90.2%)	6 (9.8%)
Sueldo fijo	26 (89.7%)	3 (10.3%)

Nota. $X^2=.558$, $p=.756$.

Ocupación materna	Sin ruptura de reglas	Con ruptura de reglas
Desempleada	42 (87.5%)	6 (12.5%)
Sueldo variable	26 (92.9%)	2 (7.1%)
Sueldo fijo	25 (96.2%)	1 (3.8%)

Nota. $X^2=1.705$, $p=.426$.

Transporte de uso más frecuente	Sin ruptura de reglas	Con ruptura de reglas
Uso de transporte público	65 (89.1%)	8 (10.9%)
Uso de transporte privado	24 (96%)	1 (4%)

Nota. $X^2=1.081$, $p=.298$.

Dinero para gastar	Sin ruptura de reglas	Con ruptura de reglas
Debajo de \$50	86 (90.5%)	9 (9.5%)
Arriba de \$50	5 (100%)	0 (0%)

Nota. $X^2=.521$, $p=.421$.

Acceso a internet	Sin ruptura de reglas	Con ruptura de reglas
Sin internet	27 (87.1%)	4 (12.9%)
Con internet	64 (94.1%)	4 (5.9%)

Nota. $X^2=1.413$, $p=.235$.

Tipo de tenencia	Sin ruptura de reglas	Con ruptura de reglas
Rentada	26 (89.6%)	3 (10.4%)
Prestada	36 (90%)	4 (10%)
Propia	30 (93.7%)	2 (6.3%)

Nota. $X^2=.411$, $p=.814$.

Afiliación	Sin ruptura de reglas	Con ruptura de reglas
Sin alguna afiliación de salud	26 (89.6%)	3 (10.4%)
Con alguna afiliación de salud	63 (92.7%)	5 (7.3%)

Nota. $X^2=.240$, $p=.624$.

Situación económica	Sin ruptura de reglas	Con ruptura de reglas
Déficit	53 (93%)	4 (7%)
Equilibrio	18 (100%)	0 (0%)
Supéavit	15 (83.3%)	3 (16.7%)

Nota. $X^2=3.647$, $p=.161$.

Grado de marginación	Sin ruptura de reglas	Con ruptura de reglas
Muy bajo	84 (91.3%)	8 (8.7%)
Bajo	8 (87.5%)	0 (0%)

Nota. $X^2=.756$, $p=.385$.

ESE bajo	Sin ruptura de reglas	Con ruptura de reglas
Debajo de A	43 (95.6%)	2 (4.4%)
Arriba de A	49 (89.1%)	6 (10.9%)

Nota. $X^2=1.405$, $p=.236$.

Tablas de contingencia para conducta agresiva y los indicadores socioeconómicos

Escolaridad paterna	Sin conducta agresiva	Con conducta agresiva
Debajo de secundaria	14 (77.8%)	4 (22.2%)
Arriba de secundaria	64 (79.1%)	17 (20.9%)

Nota. $X^2=.013$, $p=.908$.

Escolaridad materna	Sin conducta agresiva	Con conducta agresiva
Debajo de secundaria	9 (75%)	3 (25%)
Arriba de secundaria	71 (78.9%)	19 (21.1%)

Nota. $X^2=.095$, $p=.758$.

Ocupación paterna	Sin conducta agresiva	Con conducta agresiva
Desempleado	5 (100%)	0 (0%)
Sueldo variable	42 (68.9%)	19 (31.1%)
Sueldo fijo	27 (93.1%)	2 (6.9%)

Nota. $X^2=8.211$, $p=.016$.

Ocupación materna	Sin conducta agresiva	Con conducta agresiva
Desempleada	38 (79.2%)	10 (20.8%)
Sueldo variable	21 (75%)	7 (25%)
Sueldo fijo	21 (80.8%)	5 (19.2%)

Nota. $X^2=.294$, $p=.863$.

Transporte de uso más frecuente	Sin conducta agresiva	Con conducta agresiva
Uso de transporte público	56 (76.7%)	17 (23.3%)
Uso de transporte privado	21 (84%)	4 (16%)

Nota. $X^2=.587$, $p=.443$.

Dinero para gastar	Sin conducta agresiva	Con conducta agresiva
Debajo de \$50	73 (76.8%)	22 (23.2%)
Arriba de \$50	5 (100%)	0 (0%)

Nota. $X^2=1.484$, $p=.223$.

Acceso a internet	Sin conducta agresiva	Con conducta agresiva
Sin internet	20 (64.5%)	11 (35.5%)
Con internet	58 (85.3%)	10 (14.7%)

Nota. $X^2=5.500$, $p=.019$.

Tipo de tenencia	Sin conducta agresiva	Con conducta agresiva
Rentada	20 (69%)	9 (31%)
Prestada	32 (80%)	8 (20%)
Propia	28 (87.5%)	4 (12.5%)

Nota. $X^2=3.199$, $p=.202$.

Afiliación	Sin conducta agresiva	Con conducta agresiva
Sin alguna afiliación de salud	24 (82.8%)	5 (17.2%)
Con alguna afiliación de salud	52 (76.5%)	16 (23.5%)

Nota. $X^2=.474$, $p=.491$.

Situación económica	Sin conducta agresiva	Con conducta agresiva
Déficit	46 (80.7%)	11 (19.3%)
Equilibrio	15 (83.3%)	3 (16.7%)
Supérvavit	13 (72.2%)	5 (27.8%)

Nota. $X^2=.800$, $p=.670$.

Grado de marginación	Sin conducta agresiva	Con conducta agresiva
Muy bajo	73 (79.3%)	19 (20.7%)
Bajo	7 (87.5%)	1 (12.5%)

Nota. $X^2=.306$, $p=.580$.

ESE bajo	Sin conducta agresiva	Con conducta agresiva
Debajo de A	34 (75.6%)	11 (24.4%)
Arriba de A	46 (83.6%)	9 (16.4%)

Nota. $X^2=1.010$, $p=.315$.

Tablas de contingencia para conducta externalizada y los indicadores socioeconómicos

Escolaridad paterna	Sin conducta externalizada	Con conducta externalizada
Debajo de secundaria	10 (55.6%)	8 (44.4%)
Arriba de secundaria	51 (62.9%)	30 (37.1%)

Nota. $X^2=.342$, $p=.559$.

Escolaridad materna	Sin conducta externalizada	Con conducta externalizada
Debajo de secundaria	7 (58.3%)	5 (41.7%)
Arriba de secundaria	54 (60%)	36 (40%)

Nota. $X^2=.012$, $p=.912$.

Ocupación paterna	Sin conducta externalizada	Con conducta externalizada
Desempleado	5 (100%)	0 (0%)
Sueldo variable	31 (50.9%)	30 (49.1%)
Sueldo fijo	21 (72.5%)	8 (27.5%)

Nota. $X^2=7.337$, $p=.026$.

Ocupación materna	Sin conducta externalizada	Con conducta externalizada
Desempleada	31 (64.6%)	17 (35.4%)
Sueldo variable	15 (53.6%)	13 (46.4%)
Sueldo fijo	15 (57.7%)	11 (42.3%)

Nota. $X^2=.957$, $p=.620$.

Transporte de uso común	Sin conducta externalizada	Con conducta externalizada
Uso de transporte público	43 (58.9%)	30 (41.1%)
Uso de transporte privado	15 (60%)	10 (40%)

Nota. $X^2=.009$, $p=.923$.

Dinero para gastar	Sin conducta externalizada	Con conducta externalizada
Debajo de \$50	55 (57.9%)	40 (42.1%)
Arriba de \$50	4 (80%)	1 (20%)

Nota. $X^2=.960$, $p=.327$.

Acceso a internet	Sin conducta externalizada	Con conducta externalizada
Sin internet	16 (51.7%)	15 (48.3%)
Con internet	43 (63.3%)	25 (36.7%)

Nota. $X^2=1.194$, $p=.274$.

Tipo de tenencia	Sin conducta externalizada	Con conducta externalizada
Rentada	15 (51.8%)	14 (48.2%)
Prestada	23 (57.5%)	17 (42.5%)
Propia	23 (71.9%)	9 (28.1%)

Nota. $X^2=2.815$, $p=.245$.

Afiliación	Sin conducta externalizada	Con conducta externalizada
Sin alguna afiliación de salud	17 (58.7%)	12 (41.3%)
Con alguna afiliación de salud	41 (60.3%)	27 (39.7%)

Nota. $X^2=.024$, $p=.878$.

Situación económica	Sin conducta externalizada	Con conducta externalizada
Déficit	33 (57.9%)	24 (42.1%)
Equilibrio	10 (55.6%)	8 (44.4%)
Supéravit	12 (66.7%)	6 (33.3 %)

Nota. $X^2=.554$, $p=.758$.

Grado de marginación	Sin conducta externalizada	Con conducta externalizada
Muy bajo	55 (59.8%)	37 (40.2%)
Bajo	6 (75%)	2 (25%)

Nota. $X^2=.716$, $p=.397$.

ESE bajo	Sin conducta externalizada	Con conducta externalizada
Debajo de A	25 (55.6%)	20 (44.4%)
Arriba de A	36 (65.4%)	19 (34.6%)

Nota. $X^2=1.019$, $p=.313$.