

Factores protectores, cualidades positivas y psicopatología adolescente en contextos clínicos

María Elena Márquez-Caraveo, PhD,^(I) Verónica Pérez-Barrón, Psic.^(I)

Márquez-Caraveo ME, Pérez-Barrón V.
Factores protectores, cualidades positivas y psicopatología adolescente en contextos clínicos.
Salud Pública Mex. 2019;61:470-477.
<https://doi.org/10.21149/10275>

Resumen

Objetivo. Identificar la presencia de cualidades positivas y los problemas de salud mental en adolescentes que acuden a atención especializada. **Material y métodos.** Se evaluaron 145 pacientes de ambos sexos. Se utilizó la versión oficial internacional validada en español del *Youth Self Report/11-18* (YSR/11-18) del ASEBA, que mide psicopatología y cualidades positivas, que son características personales asociadas con la adaptación positiva. **Resultados.** Las cualidades positivas más comúnmente reportadas fueron las relacionadas con el comportamiento social positivo, sin diferencias en las medias entre hombres y mujeres. Las mujeres presentaron niveles más altos de problemas internalizados y externalizados en comparación con los hombres. **Conclusiones.** Los adolescentes en escenarios clínicos muestran cualidades positivas tanto como psicopatología. Es importante identificar y fortalecer estas características como factores de protección en los adolescentes en contextos de riesgo. Las mujeres presentan mayor nivel de psicopatología por lo que la intervención preventiva implicaría un enfoque de género.

Palabras clave: factores protectores; psicopatología; adolescentes

Márquez-Caraveo ME, Pérez-Barrón V.
Protective factors, positive qualities and psychopathology in adolescents in clinical settings.
Salud Pública Mex. 2019;61:470-477.
<https://doi.org/10.21149/10275>

Abstract

Objective. To identify positive qualities and mental health problems in adolescents that are clients of a mental health specialized service. **Materials and methods.** The sample consisted of 145 patients of both sexes. The Mexican validated official international Hispanic version of the Youth Self Report/11-18 (YSR/11-18) was used; it measures psychopathology and individual characteristics associated with positive adaptation, called Positive Qualities. **Results.** The positive quality most commonly reported was related to the positive social behavior, without mean differences between girls and boys. Girls showed the highest level of internalizing and externalizing problems. **Conclusions.** Adolescents with psychopathology in clinical settings also show positive qualities. It is important to identify and enhance these characteristics as protective factors in adolescents living in high-risk contexts. Girls showed higher psychopathology levels, implying gender differences in preventive intervention.

Keywords: protective factors; psychopathology; adolescents

(I) Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Ciudad de México, México.

Fecha de recibido: 18 de diciembre de 2018 • **Fecha de aceptado:** 25 de enero de 2019
 Autor de correspondencia: Dra. María Elena Márquez Caraveo. Av. San Buenaventura 86, col. Belisario Domínguez.
 14080 Tlalpan, Ciudad de México, México.
 Correo electrónico: malenamarquezc@gmail.com

La adolescencia (10-19 años) es una etapa formativa singular y, aunque muchos jóvenes gozan de salud mental, los múltiples cambios físicos, emocionales y sociales, así como la exposición a riesgos como pobreza, abuso y violencia colocan a otros en condición de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental.¹ El Desarrollo Positivo en los Jóvenes (DPJ, por sus siglas en inglés PYD: *Positive Youth Development*) es un modelo teórico, empírico y de desarrollo de programas para jóvenes con riesgos elevados. Se propone como marco de referencia ya que enfatiza la evaluación de competencias y fortalezas, paralelamente a la de riesgos.^{2,3}

Al mismo tiempo, en la explicación causal de los trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes, la medicina y la psiquiatría se han desplazado hacia el reconocimiento de factores de riesgo tanto como al de factores protectores.⁴ Un factor protector es una "influencia, característica o condición personal que mitiga la exposición al riesgo"⁵ y que opera en contextos de elevada adversidad. Actualmente, el concepto de *psiquiatría positiva* alude a "la práctica y la ciencia de la psiquiatría que busca la comprensión y promoción del bienestar, a través de la evaluación y de las intervenciones que involucren las características psicosociales positivas (CPP) de las personas que sufren o están en riesgo de desarrollar enfermedad física o mental".⁶ De acuerdo con estos autores, las CPP con mayor evidencia científica incluye variables como resiliencia, optimismo, auto-eficacia, dominio personal, espiritualidad, sabiduría y participación social, principalmente orientadas a población de adultos.

La medición de estas características psicosociales es altamente relevante en población adolescente con el fin de evaluar y diseñar intervenciones preventivas. Lo anterior implica elegir instrumentos que se adapten a los diversos contextos de los adolescentes al mismo tiempo que permitan comparaciones internacionales. Existe un creciente número de instrumentos de medidas de salud mental y de bienestar para población infanto-juvenil. Estas medidas pueden informar a los clínicos y también permiten el análisis comparativo de distintos grupos de adolescentes, destacándose el *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA, por sus siglas en inglés) y su correspondiente *Youth Self Report* (YSR/11-18)⁷ por su solidez psicométrica y recomendación de uso internacional.⁸ El instrumento destaca en el campo de la investigación epidemiológica multinacional ya que a la medición de problemas de salud mental, la evidencia empírica ha agregado una escala de cualidades positivas, asociadas a la adaptación positiva. Estas cualidades incluyen el autorreporte de comportamiento orientado a apoyar

a otros con consecuencias socialmente positivas, por ejemplo: "trato de ayudar a los demás", y de la imagen positiva que tiene el adolescente de sí mismo, por ejemplo: "puedo ser amigable". La investigación multinacional reportó alta consistencia de los niveles de psicopatología adolescente medida en 24 países y un menor grado en lo que concierne a la medición de cualidades positivas; las bajas puntuaciones de algunos reactivos se interpretaron en función de factores culturales específicos.⁹ Lo anterior plantea la importancia de aportar información de adolescentes de otras culturas y países, particularmente en la sección más reciente de cualidades positivas.

Respecto a la medición de psicopatología en México, cabe señalar que la Encuesta Metropolitana de Salud Mental Adolescente (EMSMA)¹⁰ aportó evidencia de la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad (fobias específicas y fobia social) como diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en personas de 12 a 17 años de ambos sexos. En las mujeres, después de las fobias, la depresión mayor y el trastorno negativista desafiante, fueron los más observados. En los varones, después de los trastornos de ansiedad, el trastorno negativista desafiante y el abuso de alcohol constituyeron los diagnósticos más frecuentes. Por otro lado, aunque los trastornos psiquiátricos no presentan alta mortalidad, sí conllevan un grado importante de discapacidad. En ese sentido, el Estudio de la Carga Global de la Enfermedad (CGE o GBD, por sus siglas en inglés: *Global Burden of Diseases*) 2017 aportó información de los años de vida ajustados por discapacidad (DALY, por sus siglas en inglés: *disability adjusted life years*) y estimó la contribución de los trastornos psiquiátricos a este indicador. Al comparar el grupo de edad de 5 a 14 años se observó la siguiente contribución al total de DALY en México con el global de 195 países: depresión 1.32% (global: 1.21%); ansiedad 2.82% (global: 2.42%); conducta 5.14% (global: 3.11%), violencia 4.62% (global: 0.85%) y auto-daño (self-harm) 1.08% (global: 0.85%).¹¹ Estos datos sugieren que en México la psicopatología infantil y adolescente conlleva mayor grado de discapacidad. Este aspecto es particularmente preocupante, ya que se señala que en países de bajo y mediano ingreso la mayoría de los niños no tiene acceso a intervenciones efectivas y hay falta de respuesta del sistema de salud.¹²

Con el fin de prevenir y comprender los problemas de niños y adolescentes, es altamente relevante promover los desenlaces positivos de los jóvenes a través de las intervenciones más efectivas a favor del bienestar y la salud mental. Estas intervenciones se distinguen por ser de "componente múltiple" e incluir factores de riesgo y de protección.¹³ Con el propósito de aportar datos que coadyuven a la identificación de factores protectores

en población clínica de adolescentes de contextos de alto riesgo, el objetivo de este estudio fue identificar la presencia de cualidades positivas y los tipos de problemas de salud de adolescentes que acuden a atención especializada en un hospital público.

Material y métodos

Diseño de estudio y muestra

Se diseñó un estudio prospectivo y transversal. La investigación se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, de la Secretaría de Salud, en la Ciudad de México, de octubre de 2012 a abril de 2014. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo intencional.

Participantes

Se evaluaron 145 adolescentes: 76 mujeres (52.41%) y 69 hombres (47.59%), de 11 a 18 años de edad ($M=14.42$, $DE=1.55$). Se incluyó a adolescentes con presencia de trastornos psiquiátricos atendidos en consulta externa y hospitalización. Se excluyó a aquellos adolescentes con síntomas psicóticos severos, tales como delirios, alucinaciones o agresividad debido a esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso/dependencia a drogas o discapacidad intelectual, así como a aquellos que estuvieran bajo efecto de sedación importante o tuvieran síntomas de acatismo o algún otro efecto colateral de antipsicóticos prescritos que impidieran la comprensión o respuesta al autoinforme.

Instrumento

1. Sociodemográfico: se utilizó un cuestionario con preguntas sobre edad, escolaridad, ocupación del adolescente y tipo de hogar. Se corroboró la información con el Estudio Socioeconómico en Trabajo Social, que forma parte del expediente clínico del hospital.
2. Psicopatología: se utilizó la versión oficial internacional en español del YSR/11-18, uno de los tres instrumentos del ASEBA que evalúa a través de multi-informantes, la presencia de problemas emocionales y conductuales de niños y adolescentes con una perspectiva dimensional.⁷ El YSR/11-18 es el autoinforme de los adolescentes. Posee 112 reactivos Likert, de tres puntos (0=no es cierto; 1=en cierta medida, algunas veces; 2=muy cierto o cierto a menudo). Los reactivos se integran en escalas de banda ancha (BA) y corresponden a: problemas internalizados (PI), problemas externali-

lizados (PE) y problemas mixtos (PM). El YSR/11-18 mide también algunos comportamientos que implican aspectos positivos y que se han agrupado recientemente en un cuarto factor de banda ancha llamado *cualidades positivas*.⁹ Esta escala consta de 14 reactivos asociados con comportamiento prosocial e imagen positiva de sí mismo.¹⁴ Cada escala de banda ancha está integrada por escalas de banda estrecha (BE), la escala PI incluye las siguientes escalas de banda estrecha: 1. ansiedad/depresión, 2. retraimiento/depresión y 3. quejas somáticas. La escala PE incluye: 4. ruptura de reglas y 5. conducta agresiva. La escala PM abarca: 6. problemas sociales, 7. problemas de pensamiento y 8. problemas de atención. La sumatoria de puntajes crudos se transforma en puntajes T que permite la comparación entre niños y adolescentes con la misma edad y sexo. El punto de corte de los puntajes T para las escalas de BA y de BE determina el grado de desviación de la normalidad y categoriza a los niños en condición clínica, límite y normal. Según los autores, los puntajes T son de utilidad al evaluar a un niño en particular, mientras que los puntajes crudos son recomendables para fines estadísticos. El YSR/11-18 fue recientemente validado en México. Mediante análisis factorial confirmatorio, se evaluó la validez de constructo y se aportaron los siguientes datos de consistencia interna: problemas internalizados ($\alpha=.779$), problemas externalizados ($\alpha=.762$), problemas mixtos ($\alpha=.699$) y cualidades positivas ($\alpha=.735$), que explicaron 55.54% de la varianza y presentaron un alfa global de .949.¹⁴ En la presente investigación se tomaron como medias de referencia, las medias del estudio de validación en adolescentes de la Ciudad de México, cuyos valores oscilaron entre 0.46 (ruptura de reglas) y 1.31 (cualidades positivas).

Procedimiento

Los adolescentes de consulta externa fueron contactados en la sala de espera. Una vez verificados los criterios de inclusión, se invitó a participar a los adolescentes y a sus padres o tutores. En los casos de los adolescentes hospitalizados, se revisaron los expedientes clínicos para asegurar los criterios de inclusión y de exclusión y se invitó a los adolescentes y a sus padres. La participación consistió en resolver un cuadernillo de autoinforme en una sola sesión de 40 minutos de duración. Cada adolescente tenía un facilitador a su lado que proporcionaba indicaciones y resolvía dudas relacionadas con el llenado del cuadernillo.

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, siendo un estudio de riesgo mínimo de acuerdo con la Ley General de Salud de México y a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. De acuerdo con la Declaración de Helsinki, se realizó el proceso de consentimiento informado, documentado a través de la carta de consentimiento informado y la carta de asentimiento informado. Se aseguró la confidencialidad de los datos, el carácter voluntario y la comprensión de la participación, además de proporcionar la información completa del estudio.

Análisis estadístico

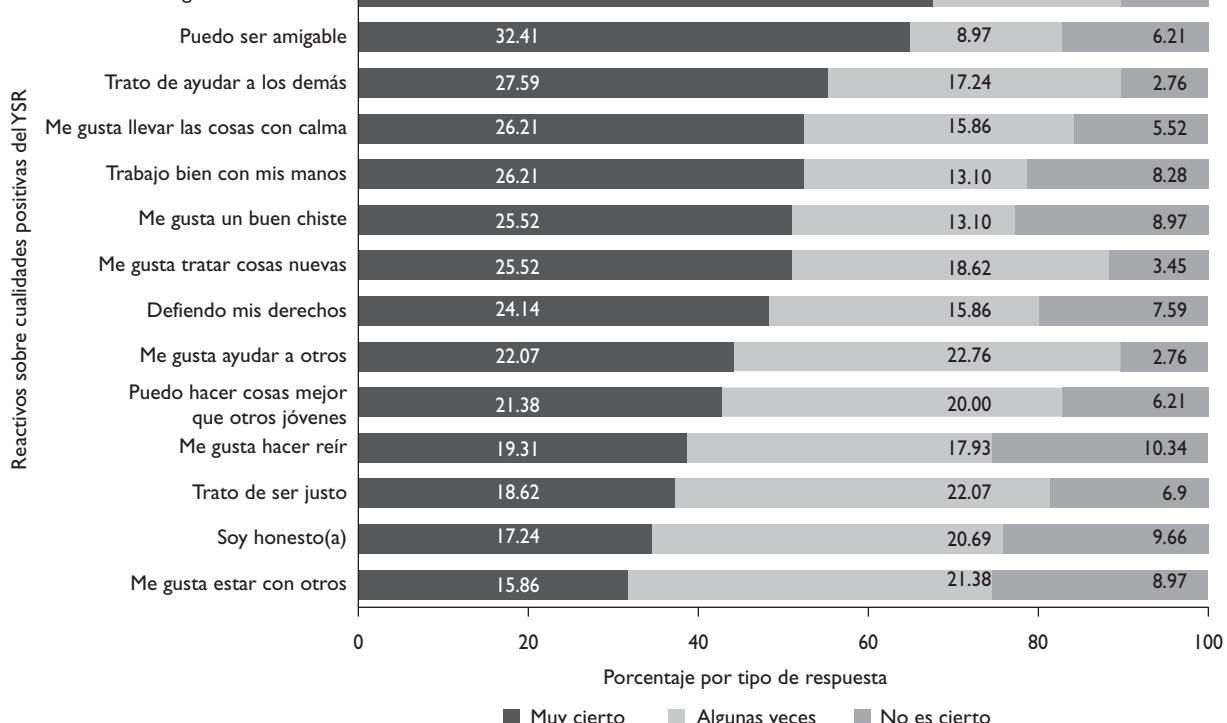
Mediante estadística descriptiva, a través de frecuencias y porcentajes, se analizaron las variables sociodemográficas. Para los reactivos de cualidades positivas más frecuentemente autorreportados por hombres y mujeres, se calcularon los porcentajes de las respuestas "muy cierto", "algunas veces" y "no es cierto". Poste-

riamente, se obtuvieron las calificaciones de las escalas de banda ancha y de banda estrecha del YSR a partir de los puntajes crudos y la media teórica (ajustada por número de reactivos). Se decidió dividir por grupos en dos diferentes casos: en el primer caso para sexo y en el segundo caso por tipo de servicio. Se calcularon las medias de cada una de las escalas de psicopatología en hombres y mujeres y se calcularon las diferencias de las medias a través de la prueba *t*, estableciendo la significancia a un nivel de *p*<0.05. El análisis de datos se realizó con la versión 14.0 del programa SPSS.

Resultados

Respecto a las características sociodemográficas, se observó que predominaron las adolescentes mujeres (52%) y los adolescentes entre 12 y 15 años (73%). El 18% estuvo constituido por adolescentes que no tienen estatus exclusivo de estudiante: estudian y trabajan (8%), sólo trabajan (3%), ni estudian ni trabajan (7%).

En las figuras 1 y 2 se presentan los reactivos de la escala de cualidades positivas y sus puntuaciones. Se observó que el reactivo con mayor puntaje de "muy cierto"

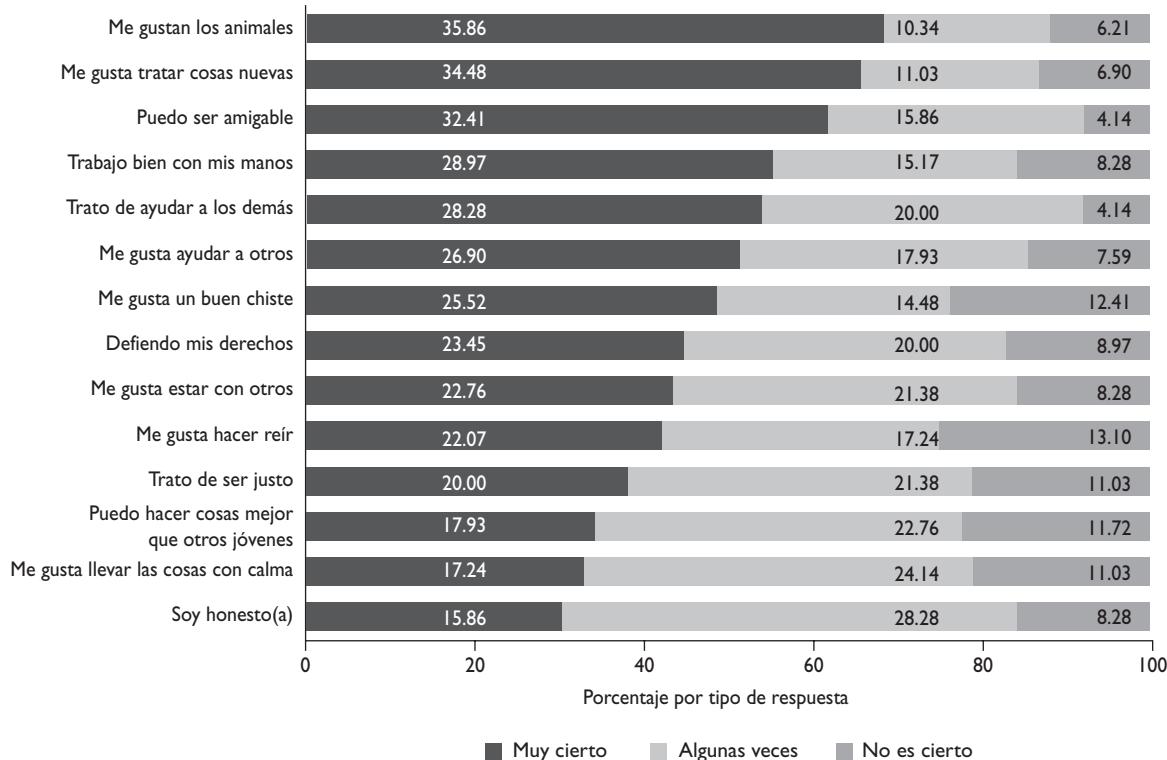


*Estudio realizado en la Ciudad de México, México, durante los años 2012 y 2014.

YSR = Youth Self Report/11-18

FIGURA I. PORCENTAJE DE RESPUESTA POR REACTIVO DE CUALIDADES POSITIVAS EN MUJERES (N=76)*

Reactivos sobre cualidades positivas del YSR



*Estudio realizado en la Ciudad de México, México, durante los años 2012 y 2014.

YSR = Youth Self Report/11-18

FIGURA 2. PORCENTAJE DE RESPUESTA POR REACTIVO DE CUALIDADES POSITIVAS EN HOMBRES (N=69)*

en las mujeres y los hombres fue “me gustan los animales”. El segundo reactivo más frecuente en las mujeres fue “puedo ser amigable” y en los hombres “me gusta tratar cosas nuevas”. En contraste, los reactivos con puntajes más bajos fueron “me gusta estar con otros”, para el caso de las mujeres y “soy honesto”, para los hombres.

En el cuadro I se presentan las medias para cada una de las escalas de banda ancha y de banda estrecha de acuerdo con el sexo. Las medias fueron mayores para las mujeres que para los hombres con diferencias a nivel significativo en: problemas internalizados ($t=2.797, p=0.003$); ansiedad/depresión ($t=-3.393, p=<0.001$) y quejas somáticas ($t=-2.557, p=0.006$). En la escala de cualidades positivas se observaron medias muy similares ($M=1.31$ para mujeres y $M=1.37$ para hombres).

En el cuadro II se presentan las diferencias en las medias por tipo de servicio. Los adolescentes que se encuentran hospitalizados mostraron medias superiores a los de consulta externa a un nivel significativo en: problemas internalizados ($t=-2.380, p=0.010$), ansiedad/depresión ($t=-2.741, p=0.004$) e introversión/depresión ($t=2.014, p=0.024$).

Discusión

Los resultados de este estudio llevado a cabo con participantes de una muestra clínica de alta severidad aportan evidencia respecto a que a la presencia de psicopatología también le es inherente la presencia de cualidades positivas.

A través de este estudio se identificó que la cualidad positiva más reportada en ambos sexos fue “me gustan los animales”. Recientemente, Tost,¹⁵ en una selección de datos de los correlatos neurales de las exposiciones ambientales adversas y de protección, con base en la evidencia, propone que, aunque se requiere investigación adicional de la identificación de los efectos fisiológicos y neurobiológicos, existe una creciente evidencia en la literatura de investigación que sugiere que la exposición a la experiencia de la naturaleza (que incluye plantas y animales) tiene efectos benéficos con una amplia gama de resultados, incluida la salud mental. En el caso de las mujeres, los reactivos siguientes en frecuencia fueron “puedo ser amigable” o “trato de ayudar a los demás”, mientras que en el caso de los hombres, el siguiente

Cuadro I
CUALIDADES POSITIVAS Y ESCALAS SINDROMÁTICAS DEL YSR POR SEXO (N=145).
CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO, 2012-2014

YSR*	Mujeres n=76		Hombres n=69		t	p
	Banda ancha	Banda estrecha	Media	DE	Media	DE
Internalizadas	0.75	0.43	0.56	0.41	-2.797	0.003‡
Ansiedad/depresión	0.84	0.5	0.57	0.46	-3.393	<0.001§
Introversión/depresión	0.74	0.47	0.65	0.48	-1.117	0.134
Quejas somáticas	0.64	0.44	0.46	0.4	-2.557	0.006‡
Externalizadas	0.57	0.37	0.5	0.37	-1.338	0.131
Ruptura de reglas	0.47	0.35	0.43	0.36	-0.672	0.252
Comportamiento agresivo	0.66	0.43	0.57	0.42	-1.339	0.093
Problemas mixtos	0.66	0.37	0.59	0.37	-1.009	0.158
Problemas sociales	0.59	0.38	0.51	0.43	-1.212	0.115
Problemas del pensamiento	0.57	0.43	0.49	0.44	-1.097	0.138
Problemas de la atención	0.87	0.46	0.81	0.44	-0.712	0.239
Problemas totales	0.65	0.34	0.54	0.34	-1.906	0.059
Cualidades positivas	1.31	0.42	1.37	0.43	-0.822	0.794

YSR = Youth Self Report/11-18

* El valor mínimo y máximo posible en el YSR es de 0 y 2, respectivamente

‡ p<0.01

§ p<0.001

Cuadro II
CUALIDADES POSITIVAS Y ESCALAS SINDROMÁTICAS DEL YSR POR SERVICIO (N=145).
CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO, 2012-2014

YSR*	Servicio				t	p	
	Consulta externa n=63		Hospitalización n=82				
Banda ancha	Media	DE	Media	DE			
Banda estrecha	0.56	0.41	0.73	0.43	-2.370	0.010‡	
Internalizadas	0.58	0.49	0.81	0.48	-2.741	0.004§	
Ansiedad/depresión	0.6	0.48	0.76	0.47	-2.014	0.024‡	
Introversion/depresión	0.5	0.37	0.6	0.47	-1.387	0.085	
Quejas somáticas	0.51	0.39	0.56	0.36	-0.747	0.229	
Externalizadas	0.4	0.37	0.49	0.35	-1.383	0.086	
Ruptura de reglas	0.61	0.45	0.62	0.41	-0.236	0.407	
Comportamiento agresivo	0.58	0.36	0.6	0.38	-1.020	0.156	
Banda mixta	0.49	0.39	0.59	0.41	-1.457	0.075	
Problemas sociales	0.47	0.42	0.58	0.44	-1.502	0.069	
Problemas del pensamiento	0.83	0.46	0.85	0.44	-185.000	0.427	
Problemas de la atención	0.54	0.33	0.64	0.35	-1.597	0.113	
Problemas totales	1.35	0.37	1.33	0.46	0.358	0.721	
Cualidades positivas							

YSR = Youth Self Report/11-18

* El valor mínimo y máximo posible en el YSR es de 0 y 2, respectivamente

‡ p<0.05

§ p<0.01

más común fue “me gusta tratar nuevas cosas”. Estas afirmaciones coinciden parcialmente con la evidencia respecto a las diferencias por sexo en los procesos relacionales (o de socialización): las mujeres tienden más a interacciones prosociales mientras que los hombres buscan preferentemente, el juego rudo y competitivo.¹⁶

La cualidad menos reportada (casi igual en hombres que en mujeres) fue el reactivo: “soy honesto”. Esta misma tendencia se observó en el caso de los adolescentes comunitarios y clínicamente referidos de validación del YSR.⁷ El estudio de esta cualidad reportada merece una profundidad mayor con el fin de indagar si se explica por factores culturales o del desarrollo, en el sentido sugerido por Pratt¹⁷ respecto al desarrollo del razonamiento moral y los valores en los adolescentes. En el caso de las mujeres, el dato de bajos puntajes en “hago cosas mejor que otros” coincide con la tendencia a reportar bajas puntuaciones en el YSR en los latinos⁷ y coincide también con lo reportado por Van Damme.¹⁸

Desde el punto de vista de la prevalencia de psicopatología, los resultados coinciden con lo reportado internacionalmente respecto a que las mujeres adolescentes presentan mayor prevalencia de problemas internalizados.⁷ Sin embargo, a diferencia de lo reportado internacionalmente en el sentido de que los hombres presentan más alta prevalencia de problemas externalizados, en esta muestra fueron las mujeres quienes presentaron mayor prevalencia. Este dato coincide con lo reportado en México en la EMSMA,¹⁰ de acuerdo con la cual, las mujeres adolescentes presentaron mayor prevalencia de trastornos impulsivos que los hombres.

Respecto a la presencia de psicopatología, en los puntajes de problemas totales se observó que los adolescentes participantes presentaron puntajes superiores a los reportados por Rescorla⁹ en el estudio multinacional de adolescentes de 24 países. Esto es explicable debido a que los participantes del estudio multinacional fueron de muestras comunitarias en contraste con los participantes clínicos de este estudio. Al contrastar nuestros resultados con los participantes clínicamente referidos en las muestras de Achenbach y Rescorla,⁷ se observan puntajes superiores en hombres y mujeres en esta investigación. Lo anterior quizás pueda explicarse por el hecho de que la provisión de servicios de salud mental para niños y adolescentes en México es escasa en los hospitales pediátricos o los centros comunitarios¹⁹ y en los lugares especializados se concentran los casos de mayor severidad, como los participantes de este estudio. Efectivamente, al comparar las medias por servicio, se observó que los pacientes de consulta externa tuvieron medias muy similares a los participantes del estudio de validación en la Ciudad de México (de 0.40 a 0.58),¹⁴

mientras que los adolescentes de hospitalización presentaron diferencias significativas respecto a los pacientes ambulatorios en las escalas de problemas internalizados, ansiedad / depresión e introversión / depresión como se ilustra en el cuadro II. Estos adolescentes presentan sintomatología de alta severidad y difícilmente han accedido a la atención oportuna.

Este estudio tiene algunas limitaciones que impiden la generalización de los hallazgos. Al tratarse de una muestra clínica y de alta gravedad, no es posible extraer el tipo de cualidades positivas y de psicopatología a la población adolescente en México. Sin embargo, la fortaleza radica en aportar datos que guíen la práctica clínica en el contexto de servicios especializados con un enfoque hacia el desarrollo positivo en jóvenes (DPJ). El diseño transversal también limita la determinación de causalidad y el interjuego entre factores de riesgo y de protección. No obstante, el estudio tiene como ventaja la medición de psicopatología y fortalezas mediante un instrumento válido, confiable, de uso internacional en la literatura de investigación que permite comparaciones con grupos de adolescentes en México tanto como de América Latina, España y resto del mundo.

En síntesis, si bien es necesario comparar los datos de tipo clínico con los de la investigación epidemiológica, es importante incluir en ambas estrategias de investigación el estudio de factores de riesgo tanto como los de protección. La identificación de las cualidades positivas como factores de protección que operan a nivel individual en los adolescentes en distintos contextos de riesgo es indispensable con el fin de promover la resiliencia (y el bienestar) de este sector poblacional.

Conclusión

Los adolescentes con psicopatología también muestran cualidades positivas. La identificación de estas cualidades podría apoyar el diseño de: a) intervenciones que promuevan la salud mental comunitaria, y b) intervenciones clínicas que fortalezcan los factores de protección y disminuyan la severidad de la psicopatología en los que ya presentan un problema.

Los niveles de psicopatología son mayores en mujeres que en hombres. Es importante que los programas de intervención preventiva tengan una perspectiva de género.

Agradecimientos

A PAPIIT IN305917 de la DGAPA de la UNAM, por el apoyo para la recolección y análisis de datos. A los adolescentes y sus padres por la participación en esta investigación.

A los residentes de paido-psiquiatría y pasantes de psicología por el apoyo en la recolección de la información, en especial a Lucía Arciniega Buenrostro, maestra en enfermería, quien formó parte del equipo de investigación.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. World Health Organization. Adolescent Mental Health [Internet]. Geneva:WHO, 2018 [citado diciembre 17, 2018]. Disponible en: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health
2. Lerner RM, Almerigi JB, Theokas C, Lerner JV. Positive youth development a view of the issues. *J Early Adolesc.* 2005;25(1):10-6. <https://doi.org/10.1177/0272431604273211>
3. Sanders J, Munford R, Thimasarn A, Liebenberg L, Ungar M. The role of positive youth development practices in building resilience and enhancing wellbeing for at-risk youth. *Child Abuse & Neglect.* 2015;42:40-53. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2015.02.006>
4. World Health Organization. Child and Adolescents Mental Health Policies and Plans. WHO directions. Geneva:WHO, 2005:2-67.
5. Jenson JM, Fraser MW. A risk and resilience framework for child, youth and family policy. In: Social Policy for Children and Families. 3a. ed. Singapore:SAGE, 2006:5-24.
6. Jeste D, Palmer B, Rettew D, Boardman S. Positive psychiatry: its time has come. *J Clin Psychiatry.* 2015;76(6):675. <https://doi.org/10.4088/JCP.14nr09599>
7. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.
8. Deighton J, Croudace T, Fonagy P, Brown J, Patalay P, Wolpert M. Measuring mental health and wellbeing outcomes for children and adolescents to inform practice and policy : a review of child self-report measures. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2014;8(1):1-14. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-14>
9. Rescorla L, Achenbach T, Ivanova M, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, Erol N. Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(2):351. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.351>
10. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, Cruz C. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental.* 2009;32(2):155-63.
11. Institute for health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease 2017. Washington D.C.: University of Washington, 2017. [citado enero 18, 2019]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
12. Patel V, Kieling C, Maulik PK, Divan G. Improving access to care for children with mental disorders: a global perspective. *Arch Dis Child.* 2013;98(5):323-7. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2012-302079>
13. Barry M, Clarke A, Jenkins R, Patel V. A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health.* 2013;13(1):835. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
14. Barcelata-Eguiarte BE, Márquez-Caraveo ME. Estudios de Validez del Youth Self Report / 11-18 en Adolescentes Mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica.* 2019;50(1):107-22. [citado febrero 2019] Disponible en: http://www.aidep.org/sites/default/files/2018-11/9_Pre_50.pdf <https://doi.org/10.21865/RIDEP50.1.09>
15. Tost H, Champagne F, Meyer L. Environmental influence in the brain, human welfare and mental health. *Nat Neurosci.* 2015;18(10):1421. <https://doi.org/10.1038/nn.4108>
16. Rose AJ, Rudolph KD. A review of sex differences in peer relationship processes: potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychol Bull.* 2006;132(1):98-131. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.98>
17. Pratt MW, Hunsberger B, Pancer SM, Alisat S. A Longitudinal Analysis of Personal Values Socialization: Correlates of a Moral Self-Ideal in Late Adolescence. *Social Development.* 2003;12-4. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00249>
18. Van Damme L, Colls OF, Vanderplaschken W. Gender differences in psychiatric disorders and clusters of self-esteem among detained adolescents. *Psychiatry Res.* 2014;220:991-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.012>
19. Berenzon G, Saavedra S, Icaza M, Elena M, Basaurí V, Galván R. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev Panam Salud Pública.* 2013;33:252-8.