

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGÍA
MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

SEDE: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

**TÍTULO: PSICOPATOLOGIA EN HIJOS DE MADRES
ESQUIZOFRENICAS**

T E S I S
PARA OBTNER EL DIPLOMA DE:
PSIQUIATRÍA
PRESENTA:

NOMBRE: MONICA ADRIANA MARIN GUTIERREZ

ASESORES:

DRA DIANA MOLINA VALDESPINO

DR. ROGELIO APIQUIAN

MEXICO, D. F.

FEBRERO 2004

**GRUPO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**Yo, Do.
Alejandro Diaz Martinez
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ**



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.

Marco Teorico
Planteamiento del Problema
Justificacion
Resultados
Bibliografia

Madres Esquizofrenicas Psicopatologia Hijos

TITULO

PSICOPATOLOGÍA EN HIJOS DE MADRES ESQUIZOFRENICAS

MARCO TEÓRICO

La Esquizofrenia es con frecuencia un problema importante de Salud Pública, debido a su gravedad, carácter crónico y la discapacidad que causa según la Organización Mundial de la Salud, la Esquizofrenia se encuentra entre las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo para las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años de edad, específicamente ocupando el noveno lugar (OMS,1990).

Los trastornos mentales serios y persistentes son caracterizados por alteraciones en el pensamiento, humor, percepción, conducta y /o juicio. En términos funcionales la enfermedad mental severa es a menudo marcada por la inhabilidad para proporcionar adecuadamente comida, ropa y refugio, lo cual podría ser visto por dar una incapacidad individual para dar un ambiente adecuado a un niño.

SEXUALIDAD

La sexualidad en los pacientes esquizofrénicos se caracteriza por la existencia de malentendidos respecto a su anatomía y fisiología, se ha encontrado que carecen de vocabulario básico para discutir sobre sexo.

Es conocido que los pacientes esquizofrénicos tienen alto riesgo de acercamientos sexuales, de sexo sin protección y embarazos no deseados, así como alto riesgo de complicaciones obstétricas y poca capacidad para el cuidado de sus hijos, incrementándose éstos problemas en la psicosis no controladas y la dificultad para medicarse en éste periodo.

Las mujeres esquizofrénicas sexualmente activas se embarazan en éste periodo por tener contacto sexual sin protección, asociado a sus periodos de exacerbación de su enfermedad en la mayoría de los casos por lo que se está empleando en algunos países programas de planificación familiar para reducir embarazos no deseados en éstas pacientes

La necesidad de educación de pacientes acerca de los peligros de actividad sexual sin protección está bien documentada en la literatura, los estudios describen estrategias de sexo seguro para pacientes que presentaron su primer episodio de esquizofrenia, las intervenciones están basadas en un trabajo de 2 años de experiencia de un manejo hospitalario y de una investigación con 68 pacientes, las estrategias se realizaron en la fase controlada de la esquizofrenia, realizándose sesiones tanto grupales como individuales, los pacientes son invitados a participar abiertamente de tal forma de su vida sexual y se realizan pruebas de HIV cuando se cree necesario, la meta de esto es realizar estrategias de prevención de sexo seguro basándose en una buena práctica clínica.

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

El peso de factores obstétricos es generalmente bajo lo que indica que es difícil que sean agentes causantes únicos. Las complicaciones del embarazo se han asociado con la esquizofrenia, especialmente la infección gripal de la madre durante el segundo trimestre del embarazo (Mednick y cols. 1988, O'Callaghan y cols., 1991; Sham y cols., 1992), aunque también la desnutrición durante el primer trimestre (Susser y Lin, 1992; Susser y cols., 1996), el peso bajo de la madre (Crow y Done, 1992) y la incompatibilidad Rh (Hollister y cols., 1996).

La drogadicción es en altos grados usada entre pacientes con Esquizofrenia, predominando el alcohol o drogas ilícitas en un 47% entre pacientes con Esquizofrenia (Ziedonis and Fisher 1994). Dependientes de nicotina de un 74 a 92% comparado con el 35 al 45% de pacientes en psiquiatría en general (Goff, 1992).

Miller y Finnerty (1996) en un estudio de mujeres con Esquizofrenia encontró que un 78.1% de sus estudios reconoce el abuso de sustancias durante el embarazo.

Además se encontró que el riesgo de complicaciones obstétricas es más alto si la madre es Esquizofrénica que si fuera el padre con Esquizofrenia (Sacker 1996). La psicosis puede contribuir al aplazamiento de reconocer el embarazo, mala interpretación de cambios somáticos, falta de reconocimiento del parto, intentos de parto prematuro (Stewart 1984, Spielvogel y Wile 1986, Miller 1993).

Es menos probable que las mujeres con Esquizofrenia reciban atención prenatal en comparación con mujeres no enfermas (Miller and Finnerty 1996), en mujeres quienes recibieron atención prenatal no se reconocieron síntomas psiquiátricos, tal vez por miedo de perder la custodia (Krener 1989), por estas razones hay menos oportunidad de intervenir cuando surgen complicaciones obstétricas.

El alto grado de embarazos no planeados y no deseados hace las intervenciones más difíciles. Muchos de los embarazos no planeados son no deseados (Miller y Finnerty 1996).

El periodo de posparto puede ser también de alto riesgo para el empeoramiento de la Esquizofrenia. En un estudio retrospectivo de mujeres con Esquizofrenia (Mc Neil 1987) se encontró que el 24% de éstas mujeres llegan a ser cuadro psicótico 6 meses después de tener al bebé. Los síntomas psicóticos pueden incluir alucinaciones de que el nacimiento no ocurrió, que el bebé esté muerto o con defectos o alucinaciones de comando que manden a la madre a dañar al bebé (Stewart 1984) En raros casos éstos síntomas pueden resultar en infanticidio.

En comparación con los sujetos control, es significativamente menos probable que las madres Esquizofrenicas estén casadas o cohabiten en la época de dar a luz a un hijo, o que tengan a alguien que les ayude a la crianza (Miller, 1996).

Entre las que están casadas, sus cónyuges tienen altas tasas de trastornos psiquiátricos en comparación con la población en general y de tal suerte pueden estar limitados en su capacidad de dar apoyo.

DESARROLLO

Según John Bowlby, psicoanalista británico, en su teoría sobre el vínculo, refiere que éste se define como la relación emocional entre el niño y la persona que lo cría y que se expresa por la búsqueda y el apego a su cuidador, este vínculo es esencial para el desarrollo sano del individuo, según esta teoría el vínculo se desarrolla cuando hay una relación cariñosa, íntima y continuada entre madre e hijo que proporciona satisfacción y disfrute para ambos, de tal forma que el vínculo proporciona al niño una sensación de seguridad. Los indicadores de señal son los signos de malestar del niño que precipitan o desencadenan la conducta de respuesta de la madre, la primera señal es el llanto, ya sea por hambre, por cólera o por dolor. Otros indicadores de señal que refuerzan el vínculo son la sonrisa, el arguyo u la mirada. Harry Harlow realizó trabajos irrelevantes para la teoría del vínculo, demostró los efectos emocionales y de conducta en monos aislados desde el nacimiento y a los que se impide establecer vínculos, se encontró que éstos monos eran más introvertidos, incapaces de relacionarse con sus compañeros, de encontrar pareja y de cuidar a sus propias crías. (Kaplan, 1964).

La teoría de la Ansiedad de Bowlby habla sobre el malestar que experimenta el niño ante la separación de la madre, la capacidad de la madre para aliviar la ansiedad y el miedo es fundamental para el desarrollo del vínculo del niño, cuando la madre está cerca y el niño no siente miedo adquiere un sentimiento de seguridad, al contrario cuando la madre no está cerca por ausencia física o por motivos psicológicos o psiquiátricos se desarrolla ansiedad en el niño.



Mary Ainsworth desarrolló las observaciones de Bowlby y descubrió que la interacción entre madre e hijo durante la fase de vínculo influye de manera significativa sobre la conducta actual y futura del bebé. La respuesta sensible a las señales del niño hace que el niño llore menos en los meses sucesivos en lugar de reforzar la conducta del llanto. El contacto físico estrecho con la madre cuando el niño le hace señales se asocia también con el aumento de la confianza en sí mismo en lugar de dependencia del abrazo cuando el niño se hace mayor.

La baja estima, los problemas en las relaciones sociales y la vulnerabilidad emocional al estrés se asocian con unos vínculos poco sólidos durante el primer año de vida. Los trastornos del vínculo se asocian a patología biopsicosocial provocada por el abandono materno, la falta de atenciones y de interacción con la madre o su sustituto. Las experiencias vinculares negativas se han asociado a distintos trastornos: trastornos de crecimiento, trastornos de ansiedad de separación, trastorno de personalidad evitativa, trastornos depresivos, delincuencia, problemas escolares e Inteligencia límite. Cuando la atención materna es deficiente por la enfermedad mental de la madre el niño sufre daño emocional.

Los estudios familiares realizados en la década de los treinta encontraron que es más probable que una persona tenga esquizofrenia si otros familiares la padecen y la probabilidad de sufrirla se correlaciona con la proximidad de la relación (Kaplan y cols. 1994). Aunque la mayoría, más del 80%, de los familiares de primer grado de una persona con esquizofrenia no la sufrirán ellos mismos (Moldin y Gottesman, 1997), hoy en día se considera como factor de riesgo elevado el tener antecedentes familiares de esquizofrenia, siendo aún mayor el riesgo cuando los dos padres la han padecido. Por otra parte se aprecia que los riesgos de la mayoría de los familiares de un esquizofrénico son significativamente mayores que en la población en riesgo (Gottesman, 1991).

Desde el nacimiento según autores como Bowlby, Stern y Winnicott el desarrollo emocional del niño se produce en armonía con su madurez biológica no solo por condiciones innatas sino por el vínculo con otro ser humano que se ofrece como sostén del desarrollo. Si el vínculo de sostén es adecuado, es decir, si la madre es un buen objeto de apego para el infante el desarrollo será acorde a sus necesidades y sus capacidades se irán desplegando conforme a su madurez en las diferentes etapas del crecimiento.

En cada momento el rol de la madre es intensamente activo y requiere una permanente reacomodación a cada evolución del bebé. Las preocupaciones centrales de la madre en este periodo de crianza al que Stern denomina "La constelación maternal" son:

1. Mantener en vida al bebé y hacerle crecer.
2. Si puede relacionarse afectivamente de forma natural y garantizar el desarrollo psíquico del bebé.
3. Si la madre sabrá como crear y permitir los sistemas de apoyo necesarios para cumplir estas funciones.

Para que la disponibilidad materna a la atención de su pequeño sea adecuada es necesaria una red de sostén. Es decir, un ambiente protector para la madre: un lugar donde vivir, otro con quien compartir los cuidados del bebé, alguien en quien la madre pueda apoyarse para poder cumplir con su tarea.

Stern plantea que la madre para poder cumplir su función materna actualiza en sus recuerdos la relación que ella tenía con su propia madre. Desde estas representaciones es que construye el nuevo vínculo con su bebé a cargo. Pero no es suficiente contar con los recuerdos de su experiencia vivida solamente. Requiere de la presencia concreta de una mujer que la acompañe, que haya tenido la experiencia de ser madre. Que esta función no la recubre totalmente aún un padre en la vida moderna.

La presencia de otras mujeres es también de importancia para crear nuevos “modelos – de – estar – con” para recrearlos en el vínculo con su bebé en el presente.

Las condiciones ideales no son siempre las posibles y generalmente las habituales en nuestra sociedad actual que impone intensas exigencias a la mujer en lo laboral. Presiones sociales que más que favorecer obstaculizan el proceso de crianza. Vivir alejados de la familia de origen puede crear, a su vez, interferencias para lograr el sentimiento de sostén adecuado para gestar un vínculo que dé seguridad a una nueva criatura.

Desde la perspectiva del bebé podemos plantearnos su desarrollo a partir de sus vivencias subjetivas:

La creación del sí mismo en el niño, según Winnicott, es un proceso que se construye en el vínculo con el otro. Tiene que ver con lo experiencial, está ligado a una noción de mismidad y pertenencia, de sensaciones, de experiencias en el tiempo y en el espacio. Winnicott nos plantea la importancia de la dependencia para sentar las bases del desarrollo del sí mismo y que es imposible pensar al infante separado de su madre. En esos momentos de dependencia absoluta se cimientan las bases para el desarrollo del sí mismo. De lo que devendrá ser uno, ser persona, ir siendo uno mismo da una idea de continuidad, de proceso. Para Stern sí mismo significa: un patrón constante de percatación que aparece solo con las acciones o procesos mentales del infante. Es una forma de organización. Es la experiencia organizadora designada verbalmente como sí mismo.

En estos primeros momentos del desarrollo suceden diferentes hechos que tendrán importancia para el futuro de este infante. Tiene múltiples necesidades que serán satisfechas o no. Una de las necesidades que recortamos es la de espejamiento, especularidad. Cuya satisfacción es de importancia en la constitución del sí mismo. La búsqueda de ser reflejado siempre estará presente en la vida, pero con distintos grados de urgencia según como hayan sido cumplimentadas las primeras etapas del desarrollo con relación a esta necesidad. Winnicott Nos dice: “Qué ve el bebé cuando mira el rostro de la madre? Se sugiere que por lo general se ve a sí mismo. En otras palabras, la madre lo mira y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él” Mas adelante dice: “Cuando miro, se me ve y por lo tanto existo.”

El sí mismo se desarrolla y se estructura en presencia de otro que funciona como espejo, reflejando esas primeras percepciones de lo que va siendo esa persona en desarrollo. Hay dos momentos:

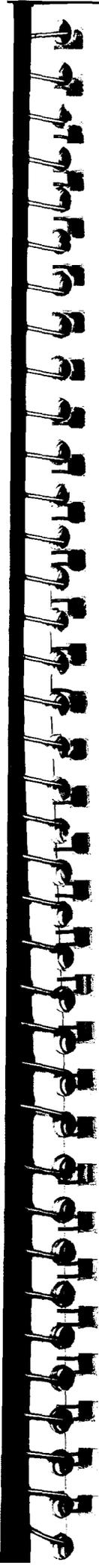
En el primero el niño se ve en el rostro de la madre y en el segundo la madre ve a su hijo y así le transmite la idea de que existe. Este sería el pasaje de la subjetividad a la ínter subjetividad y como salida del pleno narcisismo inicial. La temática del rol especular que el objeto tiene sobre la formación del sí mismo, en los inicios del desarrollo, tiene un carácter irreductible: se cumple o no. Es una necesidad para la que no existe la frustración.

Si no se tramita traerá trastornos en el desarrollo y en la constitución del sí mismo. J. Mc. Dougall (1982) sostiene la hipótesis de la búsqueda de la mirada relacionada con la especularidad y reafirmación del sí mismo "...Y que esa mirada sea la que todo niño busca ávidamente en las pupilas maternas, el reflejo destinado a enviarle no solamente, su imagen especular sino también todo lo que él representa para su madre. Así se reconocerá como sujeto, que tiene un sitio y un valor propio, a través de la mirada que habla".

MADRES ESQUIZOFRÉNICAS

La Esquizofrenia plantea retos para la crianza de sus hijos, debido a la enfermedad mental misma y por los problemas económicos asociados.

La Esquizofrenia frecuentemente reduce la capacidad para discernir las señales no verbales, reconocer afectos en las expresiones faciales y negociar situaciones sociales (Hilger, 1983). Estos deterioros pueden resultar en dificultad para criar a sus hijos, si bien las madres con Esquizofrenia en general, pasan tanto tiempo con sus hijos como las madres que no tienen enfermedades mentales y proveen el mismo nivel de cuidados físicos básicos. Son como grupo, menos capaces de fomentar interacciones sociales mutuas con los bebés y más propensas a malinterpretar sus señales, en comparación con madres que no están mentalmente enfermas, tocan y juegan menos con sus bebés, distanciándolos excesivamente o mostrando un involucramiento inapropiado a veces agresivo. También pueden proveer menos estabilidad, crianza y estabilidad para sus bebés.



Los medicamentos psicotrópicos pueden deteriorar aun más la espontaneidad y la expresión afectiva hacia los hijos (Gamer, 1976).

Como grupo, los padres mentalmente enfermos creen menos en la importancia de la reciprocidad madre- hijo y menos en la posibilidad de distinguir sus propias necesidades de las de sus hijos. Estos deterioros potenciales en la crianza frecuentemente ocurren en el contexto de un apoyo social limitado.

Ante los déficits resultantes de las madres Esquizofrenicas traen consigo la pérdida de la custodia de sus hijos, esto ocurre en la mayoría de las mujeres Esquizofrénicas (Coverdale 1989).

Aunque la mayoría de padres y madres Esquizofrénicos reconocen la incapacidad para satisfacer las necesidades básicas de sus hijos, la maternidad sigue siendo un rol centralmente importante para muchos.

La crianza para muchas mujeres es intermitente, con periodos de pérdida de la custodia y visitas, alternados con la recuperación de la custodia, en dónde el apoyo de la familia es mejor y existen cuidados intermitentes por los familiares (Miller, 1996).

Un punto importante a considerar es el efecto de la pérdida sobre la madre y le hijo si los dos son separados, las madres biológicas que han dado a sus hijos en adopción siguen pensando en ellos durante sus vidas enteras .Las personas que tienen una enfermedad mental pueden experimentar una enorme sensación de pérdida cuando hablan de sus hijos que podrían haber existido para ellos solo en las esperanzas y no la fantasía. El hijo también puede sufrir al ser separado, dada la evidencia acerca de las posibles consecuencias adversas de los cuidados fuera del hogar y la falta de garantías que los cuidados residenciales o de las familias adoptivas produzcan un buen resultado (Rynearson,1982).

Individuos con desordenes psicoticos tener experiencias comunes como miembros de la sociedad, una de tales es la de llegar a ser padres. Para algunos individuos el ser padres les ofrece satisfacciones ,mientras que para otros les ofrece sensación de tristeza, perdida y frustración. El Centro de Estudios de Esquizofrenia de Queensland está coordinando un programa en estudio para optimizar los yacimientos de familias con un padre con desorden psicótico.

Hoy un gran número de personas examinado fertilidad (la presencia o ausencia de niños) y fecundidad (el número de niños) de hombre y mujeres con desordenes psicoticos. Estos estudios han sido conducidos por muchas décadas , han envuelto diversas naciones y han usado diversos métodos.

Algunos investigadores han estudiado la fertilidad de gente con psicosis para diseñar mejores servicios y mejorar los nacimientos para los padres y sus hijos. En un estudio realizado se encontró que un tercio de pacientes fueron padres (36.3%). La mayoría de mujeres con psicosis fueron madres (59.1%) mientras que solo un cuarto de hombres con psicosis fueron padres (25.4%). En total 124 de 342 pacientes tuvieron hijos (36.3%) comparado a 583 de 879 de gentes no enfermas (66.3%).

Se encontró una asociación entre psicosis de inicio temprano y fecundidad reducida. Estudios anteriores basados en el registro de Salud Mental Queensland mostró que para la edad de 25 años el 45.8% de los hombres con Esquizofrenia habían tenido su primera admisión a un hospital, comparado con las mujeres que fue del 27.9%.

La mayoría de los pacientes tienen a sus hijos antes del comienzo de su enfermedad.

Otros rasgos pueden contribuir también a la reducción de la enfermedad en hombres, pues tienden a tener más formas severas de Esquizofrenia. El papel del género y aspectos sociales del comportamiento reproductivo puede contribuir a la reducción de la fertilidad en los hombres, por ejemplo hombres con Esquizofrenia pueden tener muy pocas habilidades sociales, mientras que mujeres con psicosis pueden ser vulnerables a la explotación sexual. Mujeres con psicosis tienen también pocos nacimientos comparados con mujeres saludables.

El ambiente familiar que proveen las madres con esquizofrenia contribuye al impartimento cognitivo observado en su descendencia. La valoración de la relativa contribución de las madres con esquizofrenia, los factores obstétricos y el tipo de vida de la madre contribuyen al desarrollo cognitivo del niño en el primer año de vida.

Se encontró que los niños de madres de madres esquizofrénicas y de madres con psicosis afectiva tenían su desarrollo mental bajo, basado en la escala MDI. A los 7 meses se encontró que los hijos de madres esquizofrénicas puntuaban menos en ésta escala comparados con los otros niños. Los infantes de madres esquizofrénicas tienen un débil desarrollo cognitivo y esto puede ser parte por los factores del hábitat y del estilo de vida de la madre.

Una encuesta reciente de Servicios para madres con enfermedad mental realizada en Gran Bretaña (Working Party, Royal College of Psychiatrists, 1992) concluyó que hay muy pocos servicios completos, y gran dificultad para proveer a los pacientes y designar las facilidades hospitalarias, así como la carencia de especialistas con conocimiento del impacto de la enfermedad mental para el bebé, hermanas mayores y el padre, siendo estas causas de interés para una mejor prevención y un tratamiento relacionado con enfermedades mentales relacionadas con el niño y sus consecuencias de la madre. La meta es que tengan un contacto con profesionales durante el embarazo y después del parto. Se pueden hacer permisos para reducir la fertilidad en ciertos desordenes psiquiátricos como sería la anorexia nerviosa y esquizofrenia las cuales deben ser tratadas con precaución por las consecuencias que pueden tener.

Higgins y cols. (1997) desarrollaron un estudio de 25 años de seguimiento de 50 hijos de madres esquizofrénicas, de los cuales 25 fueron criados por sus madres y 25 criados aparte. Se realizó una valoración psiquiátrica a la edad adulta mediante una entrevista psiquiátrica estructurada de 3 horas y una batería de escalas. Entre los sujetos criados aparte se encontró una incidencia ligeramente más alta de psicopatología, incluyendo Trastornos del espectro de la Esquizofrenia. Los autores atribuyen esto a su mayor predisposición genética, dado que sus madres sufrían enfermedades más graves. La prevalencia-vida de los sujetos estudiados no aporta pruebas de que la psicopatología en los hijos en riesgo genético aumente por el hecho de ser criados por su madre esquizofrénica.

HIJOS DE MADRES ESQUIZOFRÉNICAS

Para los hijos de Esquizofrénicos, algunos de los cuales son genéticamente vulnerables y han sido expuestos a otros factores de riesgo, la calidad y la predictibilidad de la crianza pueden ser críticas. Hay cierta evidencia de que los hijos de madres Esquizofrénicas son más difíciles de criar y es más probable que sean más difíciles y lentos para animarse comparados con los hijos de control y madres no enfermas mentalmente. Estas dificultades constitucionales, combinadas con una crianza inconsistente o inadecuada puede

Se estudiaron a hijos de madres esquizofrénicas de los 15 a los 42 años, utilizando a 207 personas con madres esquizofrénicas, encontrando esquizofrenia en una forma significativa 16.2% y una psicosis no orgánica 4.6%, y Trastornos de Personalidad Clóster A 21.3% en los hijos de éstas madres, comparados con los controles (1.9%, 0.9% y 5% respectivamente). No hubo evidencia del incremento de Trastornos afectivos entre la descendencia de Esquizofrénicos.(Arch Gen Psychiatry 1993).

La carencia significativa del grupo de desordenes afectivos en el grupo de alto riesgo refuta la noción de una psicosis única, los síntomas afectivos y psicóticos son diferentes expresiones de una patología similar acentuada, esto fue anticipado por Kraepelin quien discutió por una etiología dicotómica entre una demencia praecox y una enfermedad maniaco depresiva.

Serios y continuos desordenes son caracterizados por perjudicar el pensamiento, humor, percepción, comportamiento y juicio, en términos funcionales se definió como enfermedad mental severa a la incapacidad de proveer comida, ropa y refugio, lo cual hace a un individuo incapacitado para proveer un apropiado medio ambiente a un niño. Existe un menor número de matrimonios y fertilidad reportados para pacientes Esquizofrenicos, comparado con otro grupo de desordenes mentales o grupos controles sanos (Pancheri 1990).

Información de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, la Agencia de Soporte para las comunidades indica que el 45% de las mujeres intensamente enfermas psiquiátricas tiene hijos antes de los 35 años de edad y el 20% de esto se identifica como el padre custodio (Blanch 1994).

La psicopatología materna severa puede tener efectos en un niño con respecto a la transmisión biogenética de las enfermedades mentales (Cantwell y Baker 1987, Ruter 1986, Watt 1984) e influencias familiares o ambientales (Gamer 1977; Quinton and Ruter 1986; Sameroff and Sélter 1983).

Existe además un consenso de que niños viviendo con madres ya sea que tengan Esquizofrenia u otro desorden afectivo presentar riesgo por factor psicosocial, por ser padres no afectivos, con poca comunicación y con caos ambiental (Bagedahl- Stringlud 1988, Hammen 1987, Silverman 1989).

Se ha encontrado que el 70% de los niños que padecen enfermedad psíquica sufre problemas educativos por carencia en el control, en el 40% de los casos se trataba de esquizofrenias.

PSICOPATOLOGIA EN NIÑOS

La Esquizofrenia en niños es una enfermedad poco común y es difícil de reconocer en sus primeras etapas. El comportamiento de los niños y adolescentes puede diferir de el de los adultos con ésta enfermedad. Los psiquiatras de niños y adolescentes buscan las siguientes señales de alerta tempranas :

1. Alucinaciones
2. Comportamiento y/o lenguaje extraño o excéntrico
3. Ideas o Pensamientos poco usuales o raros
4. Confusión en la forma de pensar
5. Humor cambiante en lo extremo
6. Ideas de referencia o persecución
7. Comportamiento de un niño menor
8. Ansiedad Severa o temerosidad

9. Confusión con la Televisión y los sueños con la realidad
10. Problemas para hacer o retener amistades
11. Retraimiento o aumento del aislamiento
12. Disminución de la higiene personal

El comportamiento de los niños con Esquizofrenia puede cambiar lentamente el paso del tiempo, los niños que disfrutaban relacionarse con otros pueden empezar a presentar ansiedad timidez o retraimiento, pueden empezar a aferrarse a sus padres y no encontrarle sentido a muchas cosas. Los profesores pueden ser los primeros en darse cuenta de éstos problemas.

Tanto los hijos como los hermanos de los pacientes esquizofrénicos presentan déficits atencionales muchos años antes del inicio de los síntomas esquizofrénicos (Erlenmayer-Kimling y Cornblatt, 1987; Mednick, S.A. y cols., 1987; Maier y cols., 1992; Kremen y cols., 1994). Jones y cols. (1994) y Crow y cols. (1995) han mostrado en estudios prospectivos longitudinales como los niños que desarrollarán esquizofrenia presentan trastornos para la lectura y las matemáticas a los ocho años. También Cornblatt (1994) ha mostrado cómo se asocia al desarrollo ulterior de Esquizofrenia un rendimiento deficiente en el Performance Continuous Test, una prueba que valora la capacidad del sujeto para responder a un estímulo diana o a una secuencia de estímulos al tiempo que ignora la información previamente calificada como irrelevante.

También Freedman y cols. (1998) tras el estudio de una cohorte de niños en riesgo para la Esquizofrenia muestran como los trastornos en la atención parecen ser un indicador neurobiológico de ulterior psicopatología. Recientemente se ha realizado una modificación del Continuous Performance Test para poder utilizarlo ampliamente como potencial marcador de la vulnerabilidad a la Esquizofrenia (Chen y cols., 1998). Por otra parte Suhr (1997) ha mostrado cómo un grupo de niños de alto riesgo, aunque no mostraban un déficit cognitivo generalizado, sufrían deterioros en tests de funciones ejecutivas, en comparación con estudiantes controles, utilizando el Wisconsin Card Sorting Test, el Stroop Color y el Word Test. Los resultados sugieren

que en individuos que están en riesgo de sufrir esquizofrenia aparecen déficits en el control inhibitorio.

MADRES BIPOLARES

Existe un estudio para determinar psicopatología en adolescentes hijos de padres bipolares viviendo en los países bajos, usando múltiples fuentes de información (reportes de padres y maestros)

Problemas de comportamiento en 140 hijos (edad 12 a 21 años) de 86 padres bipolares que fue asesorado por comportamiento de niños Child Behavior Checklist (CBCL), entre los años 1997 y 1999, esto en una muestra con Holandeses, encontrando la frecuencia de comportamiento problemático y diagnósticos del DSM IV altamente elevados en hijos de padres bipolares (Carlson y Wientraub, 1993), aunque otros estudios utilizando diferentes metodologías refieren que no existe presencia de psicopatología significativa, el que se utilice diferente metodología obstaculiza la comparatividad e interpretación de éstos. La comparación de muestras varía bastante por el tipo y consiste en que los padres no representan clínicamente desordenes mentales mayores, por que existen casos de trastorno bipolar I y bipolar II.

El uso de otros informantes a parte de los padres tiene relevancia por que las madres quienes tienen enfermedades mentales pueden sobre reportar problemas en sus hijos (Fergusson, 1993). En este estudio se encontró que hijas de padres bipolares obtuvieron significativamente en las escalas varios puntos internalizados, quejas somáticas, ansiedad, depresión, problemas sociales comportamiento delictivo y comportamiento agresivo. Los hijos de padres bipolares calificaron significativamente en problemas externalizados, problemas de pensamiento, y comportamiento agresivo.

ESCALAS

Se utiliza el PANSS para la confirmación del diagnóstico de la esquizofrenia, los PANSS fue diseñada con el propósito de mejorar algunos aspectos de otras escalas. Son la evaluación de los síntomas positivos y negativos, la falta de sensibilidad para evaluar los cambios producidos por el tratamiento farmacológico, y la falta de la medición del

psicopatología en general y su influencia en la gravedad de los síntomas positivos y negativos (Kay SR,1998).

PANNS consta de 30 reactivos, los cuales 7 constituyen la escala positiva formada por reactivos que califican síntomas tales como delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia, persecución y hostilidad. La escala negativa que evalúa el afecto adormecido o embotado, la retirada emocional, nula empatía, apatía social, dificultad para pensar en abstracto, dificultad para conversación fluida, pensamiento estereotipado. Además de 16 reactivos que componen la Escala de Psicopatología General que valora síntomas variados como ansiedad, desorientación, preocupación. Cada apartado es calificado en grados de severidad que van del 1 (ausente) al 7 (extremadamente severo) y se ha establecido un punto de corte de 60 puntos, a partir del cual indica la presencia de síntomas psicóticos importantes.

También se utiliza la Escala CBCL (Child Behavior Checklist) para evaluar la psicopatología en niños.

CBCL es un método para evaluar psicopatología que no requiere entrevistadores. Los formularios versión castellana (Traducido y validado por Glorissa Canino 1990) del CBCL T.N. Achenbach (Univ. De Vermont) son llenados por los padres o tutores encargados del niño.

Difiere de las evaluaciones diagnósticas en tomar un enfoque dimensional en oposición al enfoque categorial de la psicopatología. La medición contiene 118 frases que describen algunos comportamientos y problemas de los niños y adolescentes que el familiar o tutor califica o selecciona si esa manera de comportamiento ha presentado el niño durante los últimos 6 meses, la calificación es 0 si no es cierto o no es aplicable al niño, 1 en algunas veces o verdadero algunas veces, 2 es muy cierto o verdadero la mayor parte de las veces.

CBCL es un método de evaluación bien estandarizado de niños con problemas conductuales y emocionales. CBCL revisado tiene nueve escalas clínicas y 3 escalas sociales y 9 escalas de información cruzada:

- a) conducta delincuente
- b) conducta agresiva
- c) aislamiento
- d) quejas somáticas
- e) ansiedad- depresión
- f) problemas sociales
- g) problemas de pensamiento
- h) problemas de atención
- i) problemas sexuales

Además de 3 escalas de banda amplia:

- a) competencia social
- b) actividades
- c) vida escolar

Son normadas separadamente para niños y niñas en edades de 4 a 11 años y de 12 a 18 años. Las puntuaciones en las escalas son reportadas con t-score teniendo una media de 50 y una de 10. La t-score es una escala clínica sobre 70, representa una puntuación mayor que las puntuaciones de 1981 de aquellos evaluados en una población clínica y se considera que son clínicamente relevantes. Es un Instrumento no estandarizado ni validado para niños mexicanos pero se ha utilizado en varios estudios de población mexicana, así como hablantes hispanos en Estados Unidos, España, Puerto Rico, según la bibliografía de estudios publicados utilizados ASEBA (Asenbach System of Empirically Based Assessment). Se mencionan 65 referencias únicamente en población de habla hispana utilizando este instrumento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se sabe que los hijos de madres esquizofrenicas tienen riesgo elevado de presentar alguna patología psiquiátrica en comparación con la población en general, diversas investigaciones atribuyen la propia enfermedad de la madre como factor predisponente, además de la crianza, el tipo de vínculo que se establece, y la carga genética ya implicada.

JUSTIFICACIÓN

En México no existe una valoración temprana para detección de psicopatología en niños con alto riesgo de padecerla, por lo que no es posible hacer intervenciones oportunas si ésta estuviera presente, en nuestro país no existen estudios que valoren la presencia de psicopatología en éstos niños, ni programas preventivos de psicopatología infantil, por lo que se considera importante la realización de ésta investigación en éste campo e implementar programas preventivos.

OBJETIVO PRINCIPAL

Detectar la presencia de psicopatología en hijos de madres esquizofrenicas en comparación con hijos de madres sanas.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Determinar la frecuencia de psicopatología en hijos de madres Esquizofrenicas .
2. Establecer si existe correlación entre la severidad de los síntomas positivos y negativos de pacientes esquizofrenicas y la presentación de psicopatología en sus hijos.
3. Determinar las características demográficas y clínicas de las madres con Esquizofrenia que tiene hijos con algún tipo de psicopatología.
4. Comparar la frecuencia de psicopatología en los hijos de madres esquizofrenicas VS madres sanas.

HIPÓTESIS

Los hijos de madres Esquizofrenicas tendran mayor frecuencia de psicopatología en comparación con hijos de madres sanas.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio de Casos y Controles

VARIABLES

A) *VARIABLE DEPENDIENTE:*

Madres Esquizofrénicas

B) *VARIABLE INDEPENDIENTE:*

Psicopatología en niños.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN GRUPO MUESTRA.

Hijos de madres esquizofrenicas

Con el diagnóstico de Esquizofrenia de acuerdo al DSM IV

Edades de 6 a 12 años.

Pacientes que acudan al servicio de Consulta externa u hospitalización del HPFBA y que al momento del estudio se encuentren estables y acepten responder la entrevista y que acepten participar en forma voluntaria.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos.

Madres menores de 18 años

Madres esquizofrenicas que al momento del estudio se encuentren en fase psicótica aguda

CRITERIOS DE INCLUSION GRUPÒ CONTROL

Hijos de madres sin Diagnóstico de psicopatología psiquiátrica entre 6 y 12 años.

Que acepten colaborar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSION

Hijos de madres que presenten patologías físicas o psiquiátricas conocidas.

INSTRUMENTOS

Se utilizó la escala PANSS para valorar la severidad de los síntomas de las pacientes Esquizofrenicas.

Se utilizó asimismo la escala CBCL para valorar psicopatología en niños, la cual fue contestada por la madre o el cuidador del niño.

PROCEDIMIENTO

El estudio fue realizado por un residente del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez quien evaluó a 60 pacientes, 30 madres Esquizofrenicas y 30 madres sanas..

Las madres con diagnóstico de Esquizofrenia fueron evaluadas en la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez ,canalizadas de la consulta Externa , hospitalización o urgencias.

Las 30 mujeres sin patología psiquiátrica las cuales fueron captadas aleatoriamente en un supermercado ubicado en una colonia urbana Col. Ajusco, clase media baja.

Inicialmente se han revisado los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos y se solicitó al paciente su participación en el estudio mediante un consentimiento informado

y escrito, se les explicaron los procedimientos a seguir tanto a los pacientes como al familiar responsable. Se incluyeron a 60 pacientes para formar dos grupos cada uno de 30 pacientes, el primer grupo se conformó por pacientes con Esquizofrenia y el segundo grupo formado por mujeres sin patología psiquiátrica.

Se aplicó la Escala PANSS para valorar la severidad de los síntomas negativos y positivos de la Esquizofrenia, así como la psicopatología en general, posteriormente se aplicó la escala CBCL ya fuera a la madre o al cuidador del niño.

ANALISIS ESTADISTICO

Variables Nominales. Se utilizó la frecuencia y porcentajes y para comparar entre los dos grupos se utilizó Chi².

Variables ordinales. Se utilizó medidas de tendencia central y dispersión y para comparar los grupos se utilizó T Student.

Para correlacionar se utilizó Pearson.

y escrito, se les explicaron los procedimientos a seguir tanto a los pacientes como al familiar responsable. Se incluyeron a 60 pacientes para formar dos grupos cada uno de 30 pacientes, el primer grupo se conformó por pacientes con Esquizofrenia y el segundo grupo formado por mujeres sin patología psiquiátrica.

Se aplicó la Escala PANSS para valorar la severidad de los síntomas negativos y positivos de la Esquizofrenia, así como la psicopatología en general, posteriormente se aplicó la escala CBCL ya fuera a la madre o al cuidador del niño.

ANALISIS ESTADISTICO

Variables Nominales. Se utilizó la frecuencia y porcentajes y para comparar entre los dos grupos se utilizó Chi².

Variables ordinales. SE utilizó medidas de tendencia central y dispersión y para comparar los grupos se utilizó T Student.

Para correlacionar se utilizó Pearson.

RESULTADOS

GRUPO MUESTRA

GENERO

13 (43.3%) de los niños correspondieron a sexo masculino y 17 (56.7%) correspondieron al sexo femenino.

ESCOLARIDAD

3 (10%) asistían a primer año de primaria, 2 (6.7%) a segundo, 6 (20%) a tercero, 4 (13.3%) a cuarto, 5 (16.7%) a quinto, 7 (23.3%) a sexto, 2 (6.7%) a primero de secundaria y 1 (3.3%) a segundo de secundaria.

PERSONA ENCUESTADA

23 (76.7%) de las escalas fueron contestadas por la madre, 4 (13.3%) por el padre y 3 (10%) por otro cuidador (abuelos).

ESTADO CIVIL

12 (40%) de las madres estaban casadas y 18 (60%) eran solteras, incluyendo a las madres separadas, divorciadas y madres solteras.

OCUPACIÓN

4 (13.3%) de las madres tenían ocupación, 20 (66.7%) eran desempleadas y 6 (20%) sin ocupación alguna incluyendo las actividades de la vida diaria.

Del grupo de los casos 17 (56.7%) de los padres tenían empleo, 3 (10%) eran desempleados y de 10 (33.3%) se desconocía la información ya que no se contaba con ese familiar.

EDAD

El promedio de edad de los niños y niñas de casos fue de 9.7 ± 1.8 años.

EDAD MATERNA

El promedio de edad de las madres esquizofrénicas fue de 36.3 ± 5.5 años.

INICIO DEL PADECIMIENTO

El promedio en meses del inicio de la esquizofrenia en las madres de este grupo fue de 84.5 ± 72.1 , lo que equivaldría a 7.04 años ± 6 años de iniciado su padecimiento.

NUMERO DE INTERNAMIENTOS

El promedio de internamientos de las madres esquizofrénicas fue de 2.2 ± 2.2 .

PANSS

El promedio de puntuación de síntomas positivos de esquizofrenia fue de 26.2 ± 7.49 . El promedio de puntuación para síntomas negativos de esquizofrenia para este grupo fue de 12.3 ± 7 . Para la puntuación general de PANSS el promedio fue de 38.4 ± 6.9 . La puntuación total del PANSS fue de 75.6 ± 9.46 , siendo significativa.

RENDIMIENTO ACADEMICO

17 (56%) de los hijos de madres esquizofrénicas presentaban bajo rendimiento académico, 7 (23%) había reprobado años escolares,

ACTIVIDADES RECREATIVAS

Solo 2 (6%) de los niños practicaban algún deporte, 15 (50%) tenían aficiones o juegos favoritos y 2 (6%) pertenecían algún club o asociación recreativa.

GRUPO CONTROL

GENERO

De los 30 hijos de las madres del grupo control , 11 (36.7%) fueron hombre y 19 (66.3%) fueron mujeres

ESCOLARIDAD

14 (46.7%) de los casos acudían a primer grado de primaria, 2 (6.7%) a segundo, 2 (6.7%) a tercero, 2 (6.7%) a cuarto, 7 (23.3) en quinto, 2 (6.7%) en sexto y 1 (3.3%) en primero de secundaria.

PERSONA ENCUESTADA

Del grupo control el 100% contestó la madre la encuesta.

ESTADO CIVIL

25 mujeres (83.3%) fueron casadas y 5 (16.7%) solteras.

OCUPACIÓN

22(73.1%) de las madres del grupo control eran empleadas y solo 8(26.7%) desempleadas.

OCUPACIÓN DE PADRE

24 (80%) de los padres tenían empleo, solo 1 (3.3%) eran desempleado y 5 (16.7%) de los padres estaban ausentes.

EDAD

El promedio de edad de los niños del grupo control fue de 8.3 ± 2.1 años.

EDAD MATERNA

El promedio de edad de las madres de este grupo fue de 31.9 ± 4.1

PANSS

El promedio para síntomas positivos y negativos fue de esquizofrenia fue de 7.03 ± 0.18 .
El promedio general de 18.2 ± 3.1 y el PANSS total de 32.2 ± 3.1 , que resulta no significativo.

RENDIMIENTO ACADEMICO

2 niños (6%) presentaron bajo rendimiento académico, 2 (6%) dos de este grupo habían reprobado años.

ACTIVIDADES RECREATIVAS

21(70%) de los niños de este grupo practicaban algún deporte, 30 (100%) tenían juegos favoritos o aficiones y 15 (50%) pertenecían a algún club o asociación recreativa.

ANÁLISIS COMPARATIVO

Al comparar las variables sociodemográficas de ambos grupos se encontró diferencia significativa en Estado Civil ($P=.001$) con mayor número de madres solteras en el grupo muestra.

Variabes tales como la edad materna, lugar de origen o edad de los hijos carecieron de significancia estadística.

Al comparar las medias de PANSS se encontraron puntajes significativamente mayores en mujeres grupo muestra que en mujeres del grupo control, tanto en la subescala de PANSS positivo ($P=.0001$), PANSS negativo ($P=.0001$), PANSS general ($P=.0001$) y total ($P=.001$).

En cuanto a los ítems del CBCL no se encontraron diferencias significativas en Trastorno de pensamiento ($P=.67$), en problemas de atención ($P=0.25$), ni en adaptación social ($P=0.42$).

En cuanto a los desordenes externalizados no se observaron diferencias significativas en conducta oposicionista desafiante ($P=0.95$), ni para conducta agresiva ($P=0.11$).

De los tres factores que se constituyen dentro de los trastornos se observó una diferencia significativa para los trastornos de ansiedad ($P=0.027$) y las quejas somáticas ($P=0.03$), ambos con una mayor frecuencia de presentación en los hijos de madres esquizofrenicas. Los trastornos de ansiedad estuvieron presentes en 7 casos (23%) VS 4 controles (12.8%), los síntomas somaticos en 9 casos (30%) y 6 controles (20%).

El factor correspondiente a Síntomas depresivos no mostro diferencias significativas ($P=0.08$).

El análisis comparativo para la edad de las madres fue de 0.21 y las edades de los niños de 0.39, siendo esto sin significancia estadística.

En la comparación de grupos en cuanto a estado civil se encontro significancia estadística de .001 siendo a favor del grupo de casos.

DISCUSION

En la comparación de los grupos se observó que el 60% de las madres esquizofrenicas eran soltera ya sea por separación, divorcio o por ser madres solteras en comparación con el grupo control en el que solo 16.7% de estas mujeres lo eran

Esta bien documentado que las mujeres esquizofrénicas tiene alto riesgo de acercamiento sexuales, sexo sin protección y embarazos no deseados muchos embarazos no planeados son no deseados (Miller, 1996); esto generalmente asociado a la exacerbación de los

síntomas de esquizofrenia; así como alto riesgo de complicaciones obstétricas

Se encontraron las subescalas de ansiedad (0.027) y somatización (0.03) elevadas en el grupo muestra (casos) en comparación con el grupo control, así como datos internalizados este grupo de hijos de madres esquizofrénicas probablemente no hubo manifestaciones de conductas externalizadas por la red afectiva que presentan por sus demás cuidadores.

Jonh Bowlby, en su teoría sobre le vínculo, refiere que éste se define como la relación emocional entre el niño y la persona que lo cría y que se expresa por la búsqueda y el apego a su cuidador, éste vínculo es esencial para el desarrollo sano del individuo, según ésta teoría el vínculo se desarrolla cuando hay una relación cariñosa, íntima y continuada entre madre e hijo que proporciona satisfacción y disfrute para ambos, de tal forma que el vínculo proporciona al niño una sensación de seguridad. Los indicadores de señal son los signos de malestar del niño que precipitan y desencadenan la conducta de respuesta de la madre, la primera señal es el llanto, ya sea por hambre, por cólera o por dolor. Otros indicadores de señal que refuerzan el vínculo son la sonrisa, el arguyo u la mirada.

La teoría del a Ansiedad de Bowlby habla sobre el malestar que experimenta el niño ante la separación de la madre, la capacidad de la madre para aliviar la ansiedad y el miedo es fundamental para el desarrollo del vínculo del niño, cuando la madre esta cerca y el niño no siente miedo adquiere un sentimiento de seguridad, al contrario cuando la madre no está cerca por ausencia física o por motivos psicológicos o psiquiátricos se desarrolla ansiedad en el niño.

La teoría del a Ansiedad de Bowlby habla sobre el malestar que experimenta el niño ante la separación de la madre, la capacidad de la madre para aliviar la ansiedad y el miedo es fundamental para el desarrollo del vínculo del niño, cuando la madre esta cerca y el niño no siente miedo adquiere un sentimiento de seguridad, al contrario cuando la madre no está cerca por ausencia física o por motivos psicológicos o psiquiátricos se desarrolla ansiedad en el niño.

El 17 (56%) de los hijos de madres esquizofrenicas presentaron bajo rendimiento academico, 7(23%) habian reprobado años escolares en comparación con 2(6%) hijos de madres del grupo control los cuales tenian bajo rendimiento y 2(6%) habian reprobado años escolares. Esta documentado que los hijos de madres con padecimiento psiquiatrico tienen mayores probabilidades de mal desempeño academico.

DISCUSION

Al encontrar mayor ansiedad en hijos de madres esquizofrenicas, concuerda con los datos con un Estudio realizado en Población holandesa, el cual valoro presencia de sicopatología en hijos de pacientes psiquiatritas con enfermedad bipolar, donde CBCL reporta alteraciones en las subescalas de ansiedad, depresion , que sugieren trastornos internalizados, aunque ellos también encuetran trastornos de conducta que se observan en èste grupo. Aunque habría que considerar que las madres bipolares dan maternaje pero inconstante por las exacerbaciones de su patología (afectiva),lo que podría ocasionar problemas en la disciplina y trastornos de conducta como resultado.

Las madres esquizofrenicas generalmente estan rodeadas de otro cuidador que realiza el papel de poner limites, quizá por eso no expresen problemas de conducta externalizada.

CONCLUSIONES

Se encontraron diferencias significativas estadísticamente en las subescalas de ansiedad y somatización en los hijos de madres esquizofrenicas en comparación con los hijos del grupo control.

No se observaron diferencias en la presencia de trastornos de conducta, atención o alteraciones del pensamiento en ambos grupos.

Los hallazgos anteriores parecen sugerir que la psicopatología de los hijos de las madres esquizofrénicas está relacionada con las dificultades para la modulación afectiva en el cuidado materno. La presencia de cuidadores auxiliando a éstas madres explicaría el que no se encuentren trastornos externalizados vinculados con fallas en el establecimiento de límites o ambivalencia.

BIBLIOGRAFÍA:

La convergencia en la Lista de control de Conducta de Niño con la entrevista de las estructuras - los diagnósticos psiquiátricos basado de niños de ADHD con y sin el comorbidity

BIEDMAN J. FARAONE S.V. DOYLE A. Cols. (1993).

J. El niño Psicol. La psiquiatría 34:1241 - 1251.

Los Resultados de CBCL el comorbidity de apoyo extenso entre ADHD y la depresión mayor en una muestra referida.

Bredman ,J.Faraone SV-cols-1996

J. Es. Acad. El niño Adolesc. La psiquiatría. 35:6, 734-74.

El manual para la lista de control de conducta de niño 4-18 y 1991 perfil.

Burlington: la Universidad de Vermont Depósito ment de psiquiatría.

CBCL las balanzas clínicas los niños del prepuberal distintos con la entrevista de las estructuras - derivó diagnóstico de manía aquéllos con ADHD.

BIEDMAN J. - EL WOZNIDK J. Cols. (1995)

J. Es. Acad. El niño Adol. Psiquiatría 34:4 464:471

De paternal al psychopathology infantil, como reflejado en un largo - la psicoterapia de madre-infante de término

Karen M. Tyano.S.

El arco - la Psiquiatría - el psychother. 201,3:3 (53-63)

Los womwn sicópata y sus niños

BAUER M, LUDERS_C,

La psiquiatría - Prax 1998, 25.4 (191 - 195)

Los niños de Delisional. El viñeta de una madre psicópata

Robin C,Vignoles J.C. el morizot S

Amm Med. Psychol. 1996, 154-8 (561- 563)

HERRERA-ESTRELLA, TORNER C.Estudio de confiabilidad de la traducción al español de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) para valorar esquizofrenia. Pisisquis Vol. 2 (2), 1993. México. Pp. 47-51.

Manual de Aplicación de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS).

PETER M. WEHMEIER. Inducen Delusional Disorder. Psychopatology 2003;36:37-45.

CARLA L. WHITE, JOANNE, NICHOLSON, Mothers with severe mental illiness Caring for children. The journal of nervous and mental disease, vol. 183,no.6,1995 .USA

BONNIE DUNN, M.S.W. Growing up with a psychotic mother: a retrospective study. American journal Orthopsychiat. 63 (2), april, 1993

DIANE P.F.,MONTAGUE AND ARLENE S. WALKER. Mothers, fathers, and infants: the role of person familiarity and parental involvement in infants, perception of emotion expressions. Child Development, September/October 2002,vol.73 (5), pp 1339-1352.

MCNIEL THOMAS F., HARTY BO. Neuromotor deviation in offspring of psychotic mothers: a selective developmental deficiency in two groups of children at heightened psychiatric risk? J. Psychiat. Res. Vol.27 (1),pp 39-54. 1993

MC GRATH JJ, HEARLE J. JENNER. The fertility and fecundity of patients with psychoses. Acta Psychiats Scand, 1999:99, 441-446.

PIERRE ASSALIAN, RONALD FRASER. Sexuality and quality of life of patients with schizophrenia. International Journal of psychiatry in Clinical Practice. 2000,vol. 4, pp29-33.

GARETH JONEL, MRCPSPYCH. Command hallucinations, schizophrenia and sexual assaults. Irish Journal of Psychological Medical 1992, 9:47-49

DARVES-BORNOZ J.M., LEMPERIEFE T. Les femmes psychitiques et leurs enfants. Societe Medico-psychologique, 1995, 153 (4) pp 286-289.

VEDOUX H. BOURGEOIS M. Complications obstetricales et shizophrenie. XIX: 313-320