



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

Título:
Asociación de la psicopatología de los padres en el funcionamiento familiar y en el adolescente con psicopatología.

Tesis para obtener el grado de Especialización en Psiquiatría Infantil y del Adolescente

ALUMNO:

Violeta Erendira Pérez Mejía

TUTORES

Dr. Francisco de la Peña Olvera

Tutor Teórico

Dr. Lino Palacios Cruz

Tutor Metodológico

FECHA: 30 de julio de 2014
México, D.F.



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.

Tabla de contenidos

AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.	
MARCO TEÓRICO.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
HIPÓTESIS.....	18
OBJETIVOS	18
MATERIAL Y MÉTODO.....	19
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.....	20
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS UTILIZADAS.....	23
PROCEDIMIENTO.....	28
FLUJOGRAMA.....	29
CRONOGRAMA.....	29
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	30
RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN.....	40
CONCLUSIONES.....	44
ANEXO.....	45
REFERENCIAS.....	60

Agradecimientos

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes:

**Rodolfo, Graciela, Chío; Román; Ana, Ingrid, Diana y Ale;
Paco, Lino, Liz, Miriam; y a todos los pacientes y sus
familias en este proyecto.**

Resumen

ANTECEDENTES: La familia es la institución social básica en donde se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la población. Determinadas circunstancias de vida familiar producen manifestaciones patológicas en algún o varios miembros de la familia. Se ha propuesto que la psicopatología parental tiene un impacto en el niño o en el adolescente, independientemente de la carga genética, se ha calculado un riesgo de 12.4% para el desarrollo de psicopatología en los hijos de padres con trastornos de salud mental.

OBJETIVO: Determinar la asociación entre la psicopatología de los padres en el funcionamiento familiar y la psicopatología del adolescente.

MÉTODO: Se reclutaron adolescentes de marzo de 2013 a febrero de 2014, de la Clínica de la Adolescencia del INPRF con diagnóstico (BPRS) y tratamiento quienes vivían con al menos uno de los padres biológicos. Se realizaron evaluaciones basales de Funcionamiento Global del Adolescente (C-GAS), Gravedad de la psicopatología (CGI), Funcionamiento Familiar con Cohesión y Adaptabilidad (APGAR familiar y FACES III) y habilidades y dificultades (SDQ) ; en conjunto con evaluación de psicopatología de los padres (MINI).

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 40 adolescentes con uno de sus padres, 60% de los adolescentes eran mujeres y el 40% hombres, con una edad promedio de 14.5 años (D.E.= 1.4) y una escolaridad de 8.6 años (D.E.= 1.2) equivalente al segundo año de secundaria. Los padres reportaron una edad cronológica de 41.9 años (D.E.=5.8). El nivel socioeconómico predominante fue de medio bajo (72.5%). Los puntajes promedio obtenidos de la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar v.III, fueron de 33.3 para cohesión y de 25.6 para adaptabilidad. La mayor presentación para las características familiares fue la de cohesión no relacionada (n=21, 52.5%). El APGAR familiar fue de 6.8 puntos que indica una disfuncionalidad severa.

El 64% de los adolescentes presentó un diagnóstico dentro del espectro internalizado, 25% externalizado y 11% un diagnóstico mixto. En el 65% la gravedad sintomática fue moderada y en el 35% marcada según el CGI. El 42.1% de los adolescentes presentaron una puntuación del C-GAS en el rango de 51 al 60, lo que corresponde a funcionalidad esporádica. De forma global, el 55% de los padres reportó la presencia de uno o más diagnósticos de algún trastorno mental sin embargo no se encontraron diferencias demográficas entre el grupo de padres con y sin psicopatología. En relación a los tipos de cohesión y adaptabilidad obtenidos, tampoco se observaron diferencias en torno a su distribución entre padres con y sin psicopatología, se observó una tendencia a que los padres sin psicopatología tuvieran con mayor frecuencia una adaptabilidad caótica ($\chi^2=7.08$, 3 gl, $p=0.06$). Se observó una diferencia en cuanto al diagnóstico de los adolescentes y la presencia de psicopatología de los padres; un 77.3% de los adolescentes con trastornos externalizados tenían padres con psicopatología ($\chi^2=13.1$, 2 gl, $p=0.001$ Fisher = 0.003); y existe una

tendencia a que los adolescentes de padres con psicopatología tuvieran una menor funcionalidad de acuerdo a lo reportado en el C-GAS, 51-60 puntos ($\chi^2=6.46$, 3 gl, $p=0.09$ Fisher = 0.19). No se encontraron diferencias entre grupos en los puntajes del SDQ de los adolescentes ni en el de los padres.

DISCUSIÓN: Los adolescentes con psicopatología externalizada tuvieron mayor porcentaje de padres con alguna psicopatología. Llama la atención el elevado nivel de impacto de la psicopatología sobre el funcionamiento al haber encontrado que el 42.1% de los adolescentes tenían un nivel de funcionalidad esporádica. Hasta la mitad de los adolescentes reportaron familias con cohesión no relacionada sin embargo no hubo diferencias entre padres con y sin psicopatología, lo que pareciera indicar que la psicopatología en nuestros adolescente no se asocia directamente con el funcionamiento familiar o bien que todos los adolescentes que llegar al servicio tienen un bajo nivel general de funcionamiento, lo que corresponde con el bajo nivel global del APGAR en toda la muestra.

Por lo que sería de suma importancia evaluar las muestras en ambientes clínicos no sesgados por el ambiente controlado creado en los estudios; e investigar la variedad de factores en diferentes dimensiones (psicopatología parental, comorbilidad, etc) de una manera conjunta. En este sentido, este es el primer estudio que evaluó el efecto de las características familiares y psicosociales en la Gravedad, funcionalidad en una muestra clínica en nuestro instituto.

CONCLUSIONES:

Existe una asociación de los padres con psicopatología y los adolescentes diagnosticados con trastornos externalizados que generalmente presentaban menor funcionalidad. Hasta la mitad de los adolescentes reportaron familias con cohesión no relacionada y disfunción familiar sin embargo no hubo diferencias entre padres con y sin psicopatología. Las características diagnósticas de los adolescentes como funcionalidad y gravedad de la enfermedad no depende solamente de la presencia de la psicopatología parental pudiendo ser de tipo multifactorial.

I. TÍTULO

***Asociación de la psicopatología de los padres en
el funcionamiento familiar y la psicopatología
adolescente***

II. INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

PSICOPATOLOGÍA DEL ADOLESCENTE

En términos epidemiológicos, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su *Informe Anual de Salud Mental 2001*, reveló que una de cada 4 personas en el mundo presentará algún problema de salud mental o de la conducta a lo largo de la vida. Específicamente en la población infantil, dentro de la región América Latina y el Caribe, la OMS estima que 17 millones de niñas y niños entre 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención. Esta población de estudio dentro de nuestro país corresponde a más de 33 millones de niños y niñas, siendo de una de las más vulnerables y de este total, un 7% de menores entre los 3 y los 12 años de edad se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental que requieren algún tipo de atención especializada.¹

Los padecimientos mentales y del comportamiento en la infancia y en la adolescencia cuentan con una gran heterogeneidad. No obstante, es posible un acercamiento de la medicina preventiva a esta área de estudio.

Desde del concepto de discapacidad diversas organizaciones entre ellas la OMS pronostican que los trastornos mentales, representarán uno de los principales motivos de discapacidad en la población y los costos que se espera por atención a estos trastornos, supera al que habrá de realizarse en otros programas que hasta ahora han sido prioritarios.

En nuestro país, entre las principales quince causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA), se encuentran las enfermedades psiquiátricas y neurológicas, que representan en conjunto el 18% del total de AVISA; las cuales tienen un fuerte impacto en la economía y el gasto social, al impedir la participación activa de millones de individuos en actividades productivas. Para la OMS representan el 20%; estos trastornos medidos por años de vida

ajustados por discapacidad (AVAD), alcanzan el 11.5% de la carga total de enfermedades.^{1,2}

En México a través de la Secretaría de Salud (SSA) se ha descrito una alta prevalencia de los trastornos hipercinéticos asociados al déficit de atención, trastornos mentales debidos a lesión o enfermedad médica y retraso mental. Igualmente se observa un incremento en la tendencia al consumo de drogas y alcohol, y una mayor incidencia en depresión, intentos suicidas y acciones violentas.

Desde cada una de las entidades diagnósticas psiquiátricas, los trastornos del desarrollo en la infancia se han convertido en un problema de salud pública. En México, existen 33'470,538 de niñas y niños, de los cuales 10'598,705 son menores de 5 años, y 22'871,833 se encuentran entre los 5 y 14 años, siendo un 7% casos más severos.^{2,3}

La Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica reportó que del total de la muestra para explorar psicopatología, el 6.7% correspondió a menores entre 3 y 12 años. Así mismo en esta encuesta sugieren que el 7% de la población infantil en este rango de edad requiere de una atención especializada e integral, y otro 7% adicional, demanda algún tipo atención. La capacidad instalada en unidades hospitalarias del sector público para proporcionar esta atención no es suficiente, ni se cuenta con los recursos humanos de primer contacto y especializado que satisfagan las necesidades de atención.⁴

Los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se tratan en los menores son la angustia y la depresión, el trastorno por déficit de atención, así como los intentos de suicidio.

Tabla 1. Principales Causas de Consulta Psiquiátrica en menores de 15 años

No.	Clave CIE-10	DIAGNÓSTICO	GÉNERO		TOTAL	%
			Masculino	Femenino		
1	F90	Trastornos hiperkinéticos	11718	3660	15378	34.12
2	F99	Trastorno mental sin especificación	4123	3074	7197	15.97
3	F43	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	2848	1614	4462	9.90
4	F91	Trastornos disociales	3408	982	4390	9.74
5	F81	Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar	1878	1072	2950	6.55
6	F94	Trastornos del comportamiento social	2028	655	2249	4.99
7	F93	Trastorno de las emociones	1392	857	2038	4.52
8	F84	Trastornos generalizados del desarrollo	1516	522	1923	4.27
9	F06	Trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad	1355	568	1794	3.98
10	F70	Retraso mental	1110	684	45064	74.86
Subtotal			31376	13688	15133	25.14
Las demás			9971	5162		
TOTAL			41347	18850	60197	100

En la tabla 1, se describe que para ambos sexos el retraso mental representa el trastorno de mayor porcentaje de consulta psiquiátrica, los trastornos hiperkinéticos y el trastorno mental sin especificación ocupan el segundo y tercer lugar de atención respectivamente, y las reacciones a estrés grave y los trastornos adaptativos se ubican en el cuarto y quinto lugar. Desde las diferencias de género los padecimientos mentales y del comportamiento se observaron con mayor incidencia en varones comparado con mujeres encontrando diferencias significativas de más de un cien por ciento por ejemplo en los trastornos hiperkinéticos, las reacciones graves a estrés, los trastornos

de adaptación, los trastornos disociales y los trastornos generalizados del desarrollo.^{1,4}

Los trastornos al consumo de drogas ocupan el primer lugar en hospitalización continua, mientras que en consulta externa, en el ámbito nacional, en instituciones psiquiátricas públicas y en el transcurso de un año, los trastornos hipercinéticos, las reacciones al estrés, los trastornos depresivos y disociales, así como los problemas de aprendizaje son las principales causas de demanda y de atención.⁴

FACTORES DE RIESGO DE PSICOPATOLOGÍA DEL ADOLESCENTE

Desde de la psicopatología del desarrollo se han mostrado que algunos problemas y trastornos de inicio en la infancia persisten hasta la edad adulta, cuando se asocian a otros trastornos psiquiátricos. Los estudios epidemiológicos recientes han enfatizado la necesidad de identificar tempranamente problemas que desde la perspectiva longitudinal general mayor comorbilidad o aparición de nueva psicopatología en la adultez.^{5,6}

Para la presencia de la aparición temprana de la psicopatología, se han descrito múltiples factores de riesgo asociados a dicha aparición. El estudio de los Factores de Adversidad en el Niño (FAN) muestra que dichos factores de adversidad son altamente prevalentes y correlacionados con la presencia de datos psicopatológicos. Algunos factores específicos de adversidad son el funcionamiento familiar, la presencia de enfermedades mentales en los padres, abuso de sustancias, criminalidad, violencia familiar, abuso físico, sexual y negligencia. Se ha sugerido que los factores de adversidad pueden asociarse en un 44.6% a la presentación de trastornos mentales en la infancia y en la adolescencia; con un 25.9 a 32% de presentación de trastornos mentales en la vida adulta.²⁰

Dentro de los factores de adversidad la psicopatología parental es un factor de riesgo para que los hijos desarrollen psicopatología, sobretudo si los padres presentan algún tipo de patología con alta heredabilidad. Factores como la respuesta al estrés y la depresión en los padres puede afectar de manera negativa las pautas de crianza y generar agresividad, rechazo entre otros sin

decir las consecuencias sobre el desarrollo emocional y social de sus hijos durante la infancia.^{8,9,10}

La psicopatología de los niños y adolescentes presenta rangos amplios de discapacidad si se presentan bajo esta condición. Los niños de todas las edades y en diferentes etapas de desarrollo pueden estar afectados, pero las etapas más tempranas y la adolescencia parecen ser las de mayor vulnerabilidad.²⁵

Asociado a dicha vulnerabilidad existen perfiles de riesgo asociados a las diferentes entidades diagnósticas, entre esos factores se encuentra: contar con un padre con una edad menor de 25 años, alto miedo a la pérdida de un ser querido, violencia intrafamiliar, el maltrato físico, repetir curso académico, y problemas tempranos del comportamiento se asocian a trastornos conductuales. Describiendo dichos factores y los trastornos de ansiedad se observa una correlación con la edad materna, antecedentes perinatales patológicos y trauma asociado a maltrato físico. Los trastornos afectivos de tipo depresivo se asocian a factores como ser hijo parentalizado, alcoholismo familiar y padecer enfermedades médicas frecuentes, así como el estado psicopatológico de la madre. Tener menor edad, ser varón y el retraso en las pautas del desarrollo a los de eliminación.²⁸

DISFUNCIÓN FAMILIAR

La familia es la institución social básica en donde se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la población. En relación a la funcionalidad, se define a la familia funcional como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno; y una disfuncional como la que no cumple dichas funciones.

La familia influye en el desarrollo socioafectivo del individuo, ya que los modelos, valores, normas, roles, y habilidades se aprenden durante el periodo de la infancia, la cual está relacionada con el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas, con las conductas prosociales y la regulación emocional, entre otras.^{2,3,5}

Este equilibrio puede alterarse en determinadas circunstancias produciendo manifestaciones patológicas en algún o varios miembros de la familia.² La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, y de acuerdo a ello, el buen o mal funcionamiento de la familia, puede ser un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros.

Actualmente se ha reportado que el ambiente familiar caracterizado por altos niveles de disfuncionalidad predicen altos niveles de síntomas depresivos desde la adolescencia hasta la vida adulta.^{2,3} Lo anterior coincide con los principales factores de riesgo encontrados en pacientes estudiados por la OMS, donde se plantea que la depresión mayor se presenta usualmente debido a la reducción de intereses vitales y la presencia generalizada de frustración, soledad, pérdida del sentido de vida, relaciones interpersonales pobres, familias separadas emocionalmente o desintegradas.^{3,5} Diversos trabajos resaltan que un número importante de consultas por trastornos de conducta, somatización, se deben a alteraciones del sistema familiar.⁴ Otros autores han relacionado los acontecimientos vitales estresantes y los problemas psicosociales con el origen de la crisis y la disfunción familiar.⁵

Los estudios demuestran que la prevalencia de disfuncionalidad familiar en familias con hijos adolescentes puede encontrarse entre el 22 y 33%. Por su parte, la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes se encuentra alrededor del 40 al 50%. Los pocos estudios disponibles informan que la disfuncionalidad familiar incrementa el riesgo de síntomas depresivos con importancia clínica.⁶ El grupo familiar pocas veces identifica a los miembros que se encuentran deprimidos; por tanto, no busca ayuda o es resistente a consultar a un profesional de la salud.

De igual manera cuando algún miembro de la familia presenta un trastorno mental existen problemas de funcionalidad familiar, ya que la presencia de psicopatología representa estrés importante e impacta en ambos sentidos las habilidades de los padres e hijos. Para los padres el nivel de

funcionamiento social como padres y la responsabilidad pesa mucho más que la presencia de síntomas psiquiátricos provocando frustración y asociación a síntomas de trastornos afectivos y ansiosos; y en los hijos el que sus padres presenten síntomas psiquiátricos representan un desarrollo y pronóstico no específico y poco prometedor; además de la probabilidad de asociarse al inicio de síntomas de trastornos internalizados o externalizados.²²

En algunas ocasiones los trastornos de tipo externalizados se pueden presentar desde infancia temprana (alrededor de 3 años de edad) teniendo como factor en común estresores familiares como el de la psicopatología en eje II de la madre, y conflictos del sistema parental graves, y padres ausentes o virtuales. Incluso la funcionalidad familiar puede predecir respuesta a tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico.^{27,30}

En general las familias balanceadas tienen un mayor repertorio conductual y son más hábiles para el cambio comparado con familias en extremo.

En cuanto a la cohesión familiar en su funcionalidad, las familias con padres con psicopatología presentan peor respuesta al estrés y mayor facilidad para que se desarrolle una psicopatología en los hijos predispuestos a la ansiedad del ambiente familiar.¹⁵

Los estudios demuestran que la prevalencia de disfuncionalidad familiar en familias con hijos adolescentes puede encontrarse entre el 22 y 33%. Por su parte, la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes se encuentra alrededor del 40 al 50%. Los pocos estudios disponibles informan que la disfuncionalidad familiar incrementa el riesgo de síntomas depresivos con importancia clínica. El grupo familiar pocas veces identifica a los miembros que se encuentran deprimidos; por tanto, no buscan ayuda o son resistentes a consultar a un profesional de la salud mental.¹⁵

PSICOPATOLOGÍA PARENTAL Y DE LOS HIJOS

Las asociaciones de los trastornos mentales entre padres e hijos se han evaluado en diversos estudios, siendo en algunos de éstos predictores y factores de riesgos no específicos, y en ocasiones no significativos; pero

siempre están presentes al desarrollo de la psicopatología infantil y del adolescente.

La OMS dentro del Estudio Mundial de Salud Mental (2011-2012) estudio la relación entre la psicopatología parental y la descendencia, donde se encontró que trastornos mentales de los padres como Depresión, ansiedad generalizada, Trastorno de Pánico, Abuso de sustancias y conductas antisociales son los más relacionados con el desarrollo de la patología en los hijos de estos adultos, pero con poca especificidad para trastornos en los niños y adolescentes.³⁰

Los trastornos comórbidos en los padres tienen asociaciones aditivas para el inicio de trastornos en los niños y adolescentes. Llegándose a la conclusión de que existe un riesgo del 12.4% de los hijos presenten este tipo de trastornos si sus padres tienen psicopatología presente.³⁸

Los pacientes menores de edad que lleguen a presentar algún trastorno psiquiátrico en la infancia, como en el caso de la depresión, trastorno por déficit de atención, o los trastornos de conducta tienen un 62.4% de riesgo de perpetuar estos síntomas hasta la vida adulta; además de que pueden estos trastornos presentar comorbilidad con otros trastornos asociados como el abuso de alcohol, de sustancias y llegar hasta presentar rasgos antisociales de la personalidad.²³

Se ha propuesto que la psicopatología parental tiene un impacto en el niño y en el adolescente independiente de los factores genéticos, el cual puede ser más fuerte entre más largo sea el episodio, se requiera hospitalización o sea tienda a la cronicidad.⁷

Los trastornos psiquiátricos en los padres y en los hijos están mediados por otras variables psicosociales, incluyendo el tratamiento del padecimiento del cuidador primario.⁸

Aunque existen reportes en que se ve una pobre asociación entre la psicopatología de los padres y el desarrollo de una psicopatología en los niños. En cambio la co-morbilidad en los trastornos mentales de los padres tienen una significancia sub-aditiva asociada al inicio de un trastorno psiquiátrico en ambos, padres e hijos. Dejando un riesgo calculado de 12.4% para el desarrollo de una psicopatología en los hijos.⁹ Por lo que distorsiones graves en la vida familiar temprana de un niño puede tener efectos a largo plazo en su

desarrollo posterior y la presencia de trastornos mentales graves en uno o ambos padres supone un riesgo en el desarrollo de los hijos y es más frecuente la existencia de patología mental en ellos que en la población infantil general.²¹

Se ha evaluado la carga psicopatológica entre uno o los dos padres y sobretodo si la psicopatología existente es en ambos padres existe un mayor riesgo para los hijos, sobretodo si la madre presenta algún tipo de discapacidad intelectual. Es importante señalar que frente al 96% de las madres diagnosticadas sólo el 24% de los padres lo están, lo cual nos indica que la patología materna puede ser un factor de riesgo con mayor peso.³¹

Estudios acerca de ansiedad y depresión en el niño y adolescente explican que existe un riesgo mayor cuando existe psicopatología parental relacionada, y que además esta situación familiar especial tiene más probabilidades de hacer este tipo de trastornos resistentes a tratamiento y que pueden mantenerse estos síntomas largos periodos de tiempo.^{24,25}

Así mismo se ha relacionado psicopatología en trastornos afectivos, de ansiedad, TDAH del adulto, en los padres con psicopatología parecida y comórbida en los hijos, niños y adolescentes.^{10,11,12,13} Trastornos afectivos de los padres en ocasiones han sido el único predictor de patología ansiosa o depresiva en los adolescentes.³¹

Cada trastorno parental de tipo depresivo o con antecedentes de intentos suicidas o incluso suicidio se asocia fuertemente con la psicopatología depresiva adolescente. La ideación suicida en el adolescente está presente si el padre solo ha tenido trastornos afectivos. Si el padre presenta además datos de impulsividad y agresividad, es muy seguro que el adolescente presente conductas autolesivas, e intentos suicidas. Los rasgos de personalidad de los padres si son de tipo antisocial sumados a la depresión son los principales predictores del inicio y persistencia de planes suicidas en el adolescente deprimido.³⁶

En asociación a los trastornos de ansiedad se ha demostrado en ciertos estudios que hay relación con síntomas afectivos y ansiosos en los adolescentes, más no hay datos de otros síntomas comórbidos como son el tipo de los trastornos externalizados. Sólo en caso de existir trastornos de

ansiedad en comorbilidad con trastornos de tipo externalizado en el adulto pueden predecir la misma en el adolescente.³⁷

Si se exploran estudios relacionados con el abuso de sustancias de los padres, tanto en el caso de etanol como de diversas sustancias, el riesgo de que un de los hijos presente un trastorno psiquiátrico es 5 veces mayor que en un niño sin padres con este tipo de problemática. El pronóstico patológico de estos hijos será el presentar trastornos afectivos como la depresión, o seguir por la línea familiar del abuso de sustancias.²⁶

Otros estudios revelan que en la asociación de depresión y alcoholismo en los padres tienen resultados y pronósticos diferentes en los hijos. La dependencia al alcohol en los padres pronostica alcoholismo en el adolescente; no así la dependencia a etanol en la madre. Y si ambos padres presentan trastorno depresivo puede conducir al adolescente a una depresión segura. Y la depresión solo en la madre pronostica trastornos de ansiedad en el adolescente.²⁹

Al evaluar al adolescente o al niño es vital la participación de la familia y particularmente de los padres sobre la terapéutica a realizar, sin embargo nuestra propuesta es ir más atrás, desde la evaluación inicial, incluyendo la evaluación desde la psicopatología parental, es entonces la intención de este estudio proporcionar más evidencia sobre los factores predictivos o de Gravedad en el diagnóstico de nuestros pacientes. Así mismo desde la psicopatología del desarrollo es importante la perspectiva longitudinal del estudio de la enfermedad mental, y establecer factores de riesgo específicos para el padecimiento y el curso clínico de dichas enfermedades.

III. JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico psiquiátrico en el niño y en el adolescente puede deberse a diversos factores tanto genéticos, biológicos, del neurodesarrollo o bien adquiridos, pero la Gravedad de ésta y la funcionalidad del adolescente puede verse influenciado por el ambiente en el que vive incluyendo el entorno familiar y su dinámica.

Cuando existe inestabilidad en esta variable, y uno de los padres presenta psicopatología pueden cambiar las características de la Gravedad y la funcionalidad de cada individuo. Por lo que el presente estudio buscó evaluar cómo se asocia la psicopatología parental en la funcionalidad del adolescente y la Gravedad de los trastornos ya diagnosticados, así como en su dinámica familiar.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la asociación entre la psicopatología parental, con el funcionamiento familiar, la Gravedad y la funcionalidad de los adolescentes con psicopatología?

V. HIPÓTESIS

H₁ Existirá relación directa entre la psicopatología de los padres y el funcionamiento familiar, la Gravedad, y funcionalidad del adolescente con psicopatología.

H₀ No existirá relación directa entre la psicopatología de los padres con el funcionamiento familiar, la Gravedad, funcionalidad del adolescente con psicopatología.

VI. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

GENERAL

Determinar la asociación entre la psicopatología de los padres en el funcionamiento familiar, la Gravedad, y funcionalidad del adolescente con psicopatología.

ESPECÍFICOS

1. Determinar la asociación entre la psicopatología de alguno de los padres y el diagnóstico psiquiátrico del adolescente.
2. Determinar la asociación entre la psicopatología de alguno de los padres con el funcionamiento global y la Gravedad del diagnóstico del adolescente.
3. Determinar la asociación entre la psicopatología de alguno de los padres y el funcionamiento familiar

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del Estudio

Se trata de un estudio, Observacional, Transversal y Descriptivo.

Población en estudio y tamaño de la muestra

Muestra:

Se incluyeron de manera consecutiva aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y llegaron a la Clínica de la Adolescencia durante el periodo de marzo de 2013 a febrero 2014.

Criterios de inclusión, exclusión, y eliminación

Pacientes Adolescentes

Inclusión:

- Pacientes de 13 a 17 años con 11 meses.
- Sexo femenino o masculino.
- Contaran con valoración psiquiátrica, BPRS de la Clínica de la Adolescencia y estuvieran bajo tratamiento.
- Que vivieran con uno de sus padres o con los dos padres biológicos.
- Que firmaran el asentimiento y consentimiento informado.

Padres de los pacientes

- Padres biológicos de los pacientes que hubieran firmado asentimiento y consentimiento informado.
- Sexo masculino o femenino.
- Que vivieran con el paciente.

Exclusión:

- Presencia de enfermedades médicas descompensadas
- Pacientes y padres que no hayan deseado participar

Eliminación:

- Pacientes y padres que no completaran la evaluación psiquiátrica

VIII. VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

- **Definición Operativa de Gravedad**

Nivel de gravedad de una enfermedad considerando un grupo de diagnósticos establecidos de acuerdo a diversos criterios de valoración.

- **Definición Operativa de Funcionalidad Global de Niños y Adolescentes**

Conjunto de características psicológicas, sociales y ocupacionales que permiten establecer un adecuado desarrollo de habilidades, capacidades y desempeño para la vida adulta.

- **Definición Operativa de Funcionalidad Familiar**

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

- **Definición Operativa de Diagnóstico Psiquiátrico / Psicopatología**

Padecimiento psiquiátrico dentro del eje I del DSM-IV o la CIE-10 posterior a entrevista diagnóstica.

Variables Clínicas (de interés) y Sociodemográficas.

Variables de interés

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO	TIPO DE VARIABLE
Gravedad	Intensidad o gravedad de los síntomas	CGI	Ordinal
Funcionalidad global	Adecuado desarrollo de habilidades, capacidades y desempeño	GAF	Ordinal
Espectro diagnóstico	Trastorno de salud mental	MINI	Nominal
Funcionalidad Familiar	Capacidad para superar cada una de las etapas del ciclo vital	Apgar Familiar /FACES III	Ordinal

Descripción de variables Clínicas

Gravedad: Variable que puede ser medida a nivel general por medio de la escala CGI o bien con escalas específicas por cada diagnóstico psiquiátrico presentado. Se evalúan la gravedad del cuadro clínico y el cambio experimentado posterior a un manejo terapéutico; en este caso farmacológico.

Funcionalidad global: Evaluar el funcionamiento general (psicológico, social y ocupacional) de niños y adolescentes con problemas psiquiátricos a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad. Este valor puede darnos datos pronósticos.

Funcionalidad familiar: Explorar la cohesión y adaptabilidad familiar dentro de familias en ciclo vital de la adolescencia con adición del factor de la psicopatología tanto en el adolescente como en sus padres.

Espectro diagnóstico: Detección y/u orientación diagnóstica, de los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10.

Variables Sociodemográficas (descriptivas)

Variable	Tipo de variable	Instrumento de medición
Edad en años (adolescente y padres)	Dimensional	YUGAL
Género (adolescente y padres)	Categórica	YUGAL
Nivel educativo (en años)	Dimensional	YUGAL
Número de miembros en la familia	Nominal	YUGAL
Tipo de familia	Categórica	YUGAL

Descripción de variables sociodemográficas

Se incluyeron ciertos reactivos dentro de los cuestionarios YUGAL (instrumento aplicado en la Clínica de la Adolescencia para datos sociodemográficos) para la versión de adolescentes y padres, que hacen referencia al tipo de familia en el que vive el paciente, ya sea mono o biparental, su nivel socio económico, nivel de funcionamiento familiar, y la presencia de la psicopatología de los padres.

IX. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS UTILIZADAS

INSTRUMENTOS DE MEDICION

A) INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (MINI)

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Entrevista diagnóstica estructurada, de duración media de 15 minutos tras una breve sesión de entrenamiento. Explora, para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. La MINI está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Versión en español de la MINI por está descrita por L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert, M. Soto, O. Soto.

A continuación se dan las instrucciones de aplicación:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, se informará al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Convenios:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos. Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos. Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (➡) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas

las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo. Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente. Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Instrucciones de anotación:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO. El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, gravedad, alternativas y/o). Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

B) CHILDREN'S GLOBAL ASSESSMENT SCALE C-GAS

Escala de Funcionalidad Global en el niño y adolescente

Es un instrumento que permite evaluar el funcionamiento general (psicológico, social y ocupacional) de niños y adolescentes con problemas psiquiátricos a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad.

Consta de un único ítem que hace referencia al funcionamiento global del paciente que se debe puntuar siguiendo una escala que oscila entre 100 (puntuación que implica una situación asintomática y un funcionamiento satisfactorio dentro de un amplia gama de actividades) y 1 (situación en que el paciente requiere constante supervisión por riesgo auto y hetero agresivo osintomatología que afecta gravemente a su capacidad de relación, autocuidados o de contacto con la realidad). El marco de referencia es el momento de la aplicación. Es importante reflejar en la misma el periodo al que se refiere la evaluación.

C) CLINICAL GLOBAL IMPRESSION CGI

Escala de Impresión Clínica Global

Consta de dos subescalas que evalúan respectivamente La gravedad del cuadro clínico (CGI-SI) Esta escala consta de un único ítem que valora la

gravedad utilizando una escala de tipo Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (entre los pacientes más extremadamente enfermos). La mejoría del cuadro debido a las intervenciones terapéuticas (CGI-GI), Es un único ítem que evalúa un único cambio experimentado utilizando una escala tipo Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado), a 7 (mucho peor). Lo que valora es la mejoría experimentada por el paciente respecto a su estado basal, independientemente de que ésta se deba por completo al tratamiento. Existe otra versión de esta escala con sólo 5 valores (desde 0, sin cambios o peor, hasta 4, mejoría de buena a extrema- más del 75% de mejoría) Existen versiones heteroaplicadas y autoaplicadas que se basan en la experiencia del clínico o la experiencia de enfermedad del paciente.

D) Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III)

Escala de Evaluación De Adaptabilidad y Cohesión Familiar v.III

Es un cuestionario autoaplicable derivado de una versión en inglés, traducido y validado en México. La versión mexicana cuenta con 20 ítems que exploran la adaptabilidad y cohesión del sistema familiar (10 reactivos para cada factor). Es útil para valorar en cuatro dimensiones la cohesión y adaptabilidad de la familia.

E) APGAR familiar

Cuestionario autoaplicable con base en las dimensiones adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos, divide las familias en funcionales y disfuncionales. Elaborado por Smilkstein en 1979 y validado en diferentes investigaciones. Puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar.

El APGAR, no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas.

- **Adaptación (Adaptation):** Es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un estrés durante un periodo de crisis.
- **Participación-Poder (Partnership):** Es la participación en la toma de decisiones y responsabilidades; define el grado de poder de los miembros de la familia.
- **Crecimiento (Growth):** Se refiere a la posibilidad de maduración emocional y física, y de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo.
- **Afecto (Affection):** Es la relación de amor y atención que existen entre los miembros de la familia.
- **Recursos (Resolve):** Es el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia.

F) The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Es una escala breve de valoración conductual entre edades de 3 a 16 años. Existen diversas versiones para cubrir las necesidades de investigadores, clínicos y educadores. Cada versión incluye de 1 a 3 componentes.

a) 25 ítems psicológicos: Todas las versiones de la SDQ preguntan acerca de 25 atributos, algunos positivos y otros negativos; divididos en 5 escalas: Síntomas emocionales, problemas conductuales, hiperactividad / inatención, problemas de relación con sus pares, conductas prosociales.

b) Suplemento de Impacto: Cuestionan si es que el paciente evaluado tiene un problema, y si es así la cronicidad, el estrés, la disfuncionalidad social y hacia los otros.

c) Preguntas de seguimiento: Se pregunta si la intervención ha reducido los problemas, o si ha ayudado en distintas maneras a hacer los problemas más soportables. Se da un seguimiento preguntando desde el último mes omitiendo preguntas de cronicidad de los problemas. Esta escala es coadyuvante de la evaluación clínica, respuesta al tratamiento y en la investigación

epidemiológica. Al ser una escala con multi-informadores se puede predecir la presencia de un trastornos psiquiátrico con Buena especificidad y moderada sensibilidad.

Instrumento	Confiabilidad
MINI	Kappa >0.75
C-GAS	*ICC= .85
CGI	*ICC= 0.65
FACES III	Alpha Cronbach 0.70

*Coeficiente Intraclase

X. PROCEDIMIENTO

1. Se reclutaron pacientes que ingresaron a la Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría, los cuales tuvieron ya realizada Historia Clínica y BPRS de la Clínica, además de que contaban con manejo farmacológico.

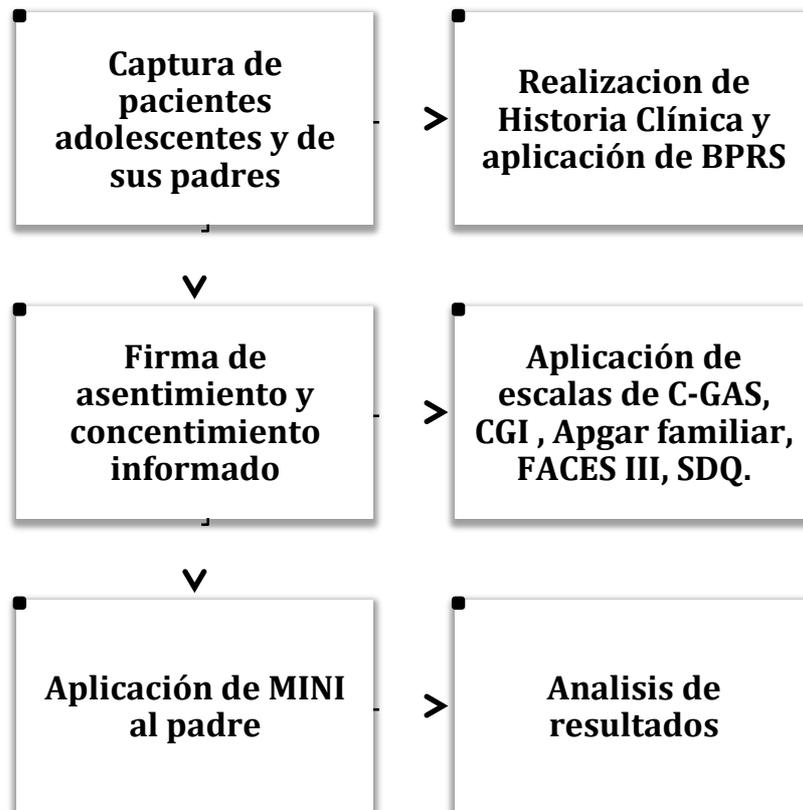
2. Se les comentó dentro del periodo de tiempo que comprenden estas dos entrevistas iniciales para explicar de que se trataba este proyecto de investigación y se les invitó para la primera consulta subsecuente comenzar con la aplicación de escalas.

3. Se les otorgó carta de Asentimiento informado y de consentimiento informado a los pacientes y a sus padres que se aceptaron participar.

4. Una vez firmado se procedió a la aplicación de las escalas. Se aplicaron a cada paciente Escalas de Gravedad (CGI), Funcionalidad Global (C-GAS), Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ), Apgar familiar y Cohesión-Adaptación familiar (FACES III) a cada paciente adolescente para recolección de datos basales iniciales, así como datos socioeconómicos.

5. Al mismo tiempo se realizó la aplicación de exploración diagnóstica (MINI) a los padres de cada adolescente.

XI. FLUJOGRAMA



CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	MAR–JUN 2013	JUL – SEP 2013	OCT-DIC 2013	ENE – MAR 2014
Elaboración del protocolo				
Presentación ante del Comité de Ética				
Aplicación de Escalas				
Análisis de los datos				
Elaboración de la discusión y conclusiones				

XII. ANALISIS ESTADÍSTICO

Con apoyo del programa estadístico SPSS® (versión 20.0) se procedió a realizar el análisis de resultados.

Para describir las características de la muestra se utilizaron medidas de tendencia central como promedio y desviación estándar para variables dimensionales y para variables categóricas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Para determinar diferencias entre grupos se utilizaron prueba *t* para variables dimensionales y X^2 para variables categóricas con prueba exacta de Fisher. Se estableció el nivel de significancia cuando la $P \leq 0.05$, no se realizó un cálculo de muestra toda vez se trata de un reclutamiento por conveniencia.

XIII. RESULTADOS

Los resultados de presentan: características demográficas, características familiares y de abuso de sustancias, características clínicas, Características demográficas entre padres con y sin psicopatología, Características clínicas del adolescente de padres con y sin psicopatología.

Características demográficas de la muestra

Se incluyeron un total de 40 adolescentes y uno o ambos de sus padres, los cuales fueron reclutados de la Clínica de Adolescencia del INPRF. De éstos, el 60% (n= 24) eran mujeres y el 40% restante (n=16) hombres, con una edad promedio de 14.5 años (D.E.= 1.4, rango 13 – 17 años) y una escolaridad de 8.6 años (D.E.= 1.2, rango 6 – 12 años) equivalente al segundo año de secundaria.

Al momento del estudio, el padre entrevistado reportó una edad cronológica de 41.9 años (D.E.=5.8, rango 32 – 56 años). La edad promedio de la madre al momento del nacimiento del probando fue 27.3 años (D.E.=5.7, rango 18 – 40 años). El nivel socioeconómico de la muestra se encontró dentro del rango bajo (n=7, 15.5%), medio bajo (n=29,72.5%) y medio alto (n=4, 10%).

En cuanto a su escolaridad, el 40% (n=16) de las madres reportaron tener una escolaridad de secundaria o menor y el 60% (n=24) restante contaban con bachillerato, carrera técnica o licenciatura. Por su parte, el 45% (n=18) de los padres tenían estudios de primaria o secundaria y el 55% (n=22) estudios de bachillerato, carrera técnica o superiores.

Características familiares y consumo de sustancias

La mayoría de los adolescentes contaban con ambos padres (n=27, 67.5%), seguido por el 25% (n=10) que vivían con la madre y el 7.5% restante (n=3) con el padre.

En el 40% de los casos (n=16), los padres estaban separados e incluso 4 adolescentes mencionaron que sus padres nunca habían vivido juntos.

De forma adicional, el 87.5% de los adolescentes reportaron tener al menos un hermano (n=20, 50% un solo hermano, n=9, 22.5% dos hermanos y n=6, 15% tres hermanos).

Más de la mitad de los adolescentes reportaron discusiones entre sus padres (n=21, 52.5%) que variaban en frecuencia de presentación (menos de una vez al mes en el último año n=12, 30%; una vez a la semana n=2, 5% y más de una vez por semana 7, 17.5%) . Un elevado porcentaje consideraron que existía disfunción del núcleo familiar (n=23, 57.5%), de los cuales 13 la consideraron de intensidad moderada a grave.

En cuanto al consumo de sustancias por parte de los padres, el consumo de alcohol fue reportado en 37.5% (n=15) de ellos encontrándose un patrón de abuso o dependencia en 15% (n=6), el 30% fumaban (n=12) y ninguno reportó consumir otras sustancias.

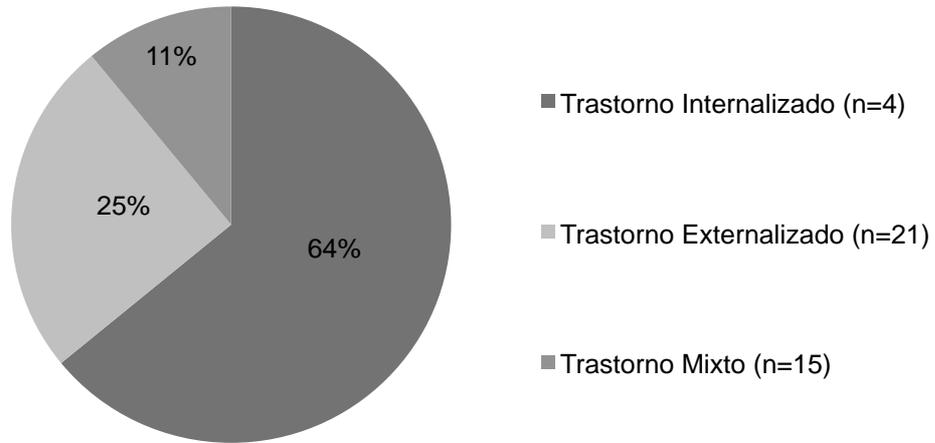
Los puntajes promedio obtenidos de la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar v.III, fueron de 33.3 (D.E.=8.8) para dimensión de cohesión y de 25.6 (D.E.=7.0) para la dimensión de adaptabilidad.

Así, la mayoría de las familias muestran una cohesión no relacionada (n=21, 52.5) seguida por una semirelacionada (n=12, 30%) y el 17.5% restante, con una cohesión relacionada o aglutinada. El 32.5% (n=13) muestran una adaptabilidad estructurada, seguida de una adaptabilidad flexible (n=11, 27.5%), adaptabilidad caótica (n=10, 25%) y en el menor de los casos, una adaptabilidad rígida (n=6, 15%). El APGAR familiar fue de 6.8 (D.E.=2.6) puntos.

Características clínicas

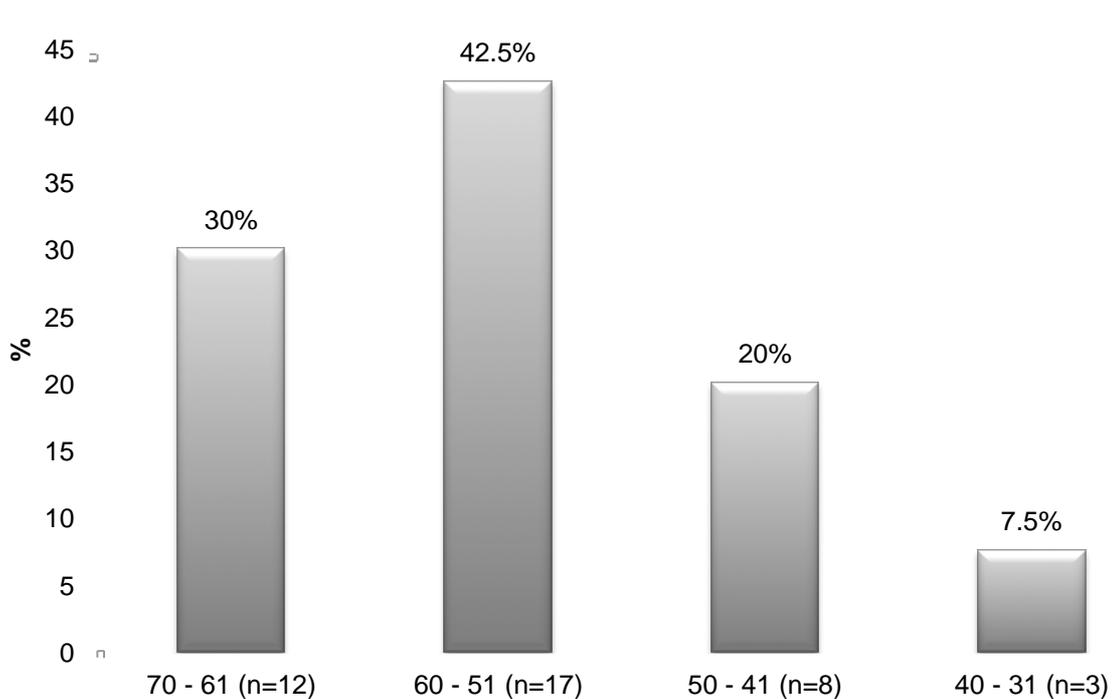
En la Gráfica 1 se muestra la distribución diagnóstica de los adolescentes incluidos en el estudio.

Gráfica 1. Distribución diagnóstica



En el 65% (n=26) de los adolescentes, la gravedad sintomática fue valorada como moderada y en el 35% (n=14) como marcada de acuerdo a los puntajes del CGI. En cuanto a la funcionalidad, los puntajes obtenidos mediante la escala C-GAS se muestran en la Gráfica 2.

Gráfica 2. Funcionalidad de los adolescentes incluidos – C-GAS



En cuanto a la psicopatología de los padres, en la Tabla 2 se muestran los principales diagnósticos obtenidos mediante la entrevista M.I.N.I así como las frecuencias de presentación.

De forma global, el 55% (n=22) reportaron la presencia de uno o más diagnósticos de algún trastorno mental.

Tabla 2. Diagnósticos de los padres

	n	%
Episodio depresivo mayor	11	27.5
Distimia	5	12.5
Riesgo suicida	12	30
Episodio hipomaniaco	4	10
Trastorno por angustia	7	17.5
Fobia social	1	2.5
Trastorno obsesivo-compulsivo	2	5
Estado de estrés postraumático	2	5
Alcohol	2	5
Trastorno psicótico	2	5
Ansiedad generalizada	17	42.5

Los puntajes promedio del SDQ del adolescente fueron los siguientes: a) síntomas emocionales (5.4, D.E.=2.6), b) problemas de conducta (4.2, D.E.=2.2), c) hiperactividad/inatención (6.5, D.E.=2.0), d) problemas de relación con sus pares (3.5, D.E.=2.1) y e) conductas prosociales (6.0, D.E.=2.2); con un impacto global de 2.7 (D.E.=2.3) puntos.

Por su parte, los puntajes obtenidos en el SDQ del padre fueron: a) síntomas emocionales (4.9, D.E.=3.1), b) problemas de conducta (3.8, D.E.=2.0), c) hiperactividad/inatención (4.9, D.E.=2.0), d) problemas de relación con sus pares (4.2, D.E.=1.9) y e) conductas prosociales (5.7, D.E.=2.2); con un impacto global de 3.4 (D.E.=2.9) puntos.

Características demográficas entre padres con y sin psicopatología

En la Tabla 3 se muestran las principales características demográficas del adolescente y sus padres al compararlos de acuerdo a la presencia o no de psicopatología de éstos últimos. No se encontraron diferencias entre grupos en las variables evaluadas.

Tabla 3. Características demográficas entre padres con y sin psicopatología reportada.

	Padres sin psicopatología n=18		Padres con psicopatología n=22		Estadística
	n	%	n	%	
Género del adolescente					
Femenino	9	50.0	15	68.2	$\chi^2 = 1.36$, 1 gl, p=0.24 Fisher = 0.33
Masculino	9	50.0	7	31.8	
Nivel socioeconómico					
Medio alto	2	11.1	2	9.1	$\chi^2 = 0.05$, 2 gl, p=0.97 Fisher = 1.00
Medio bajo	13	72.2	16	72.7	
Bajo	3	16.7	4	18.2	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Edad del adolescente	14.2	1.3	14.7	1.5	t=-0.9, 38 gl, p=0.33
Edad de los padres	42.6	5.8	41.2	5.8	t=-0.7, 38 gl, p=0.46
Escolaridad del adolescente	8.6	1.3	8.6	1.2	t=-0.03, 38 gl, p=0.97
Edad de la madre al nacimiento	28.2	5.2	26.6	6.1	t=0.8, 38 gl, p=0.40

Características familiares y consumo de sustancias entre grupo de padres.

No se observaron diferencias significativas entre los padres con y sin psicopatología en las características familiares y de consumo de sustancias (Tabla 4).

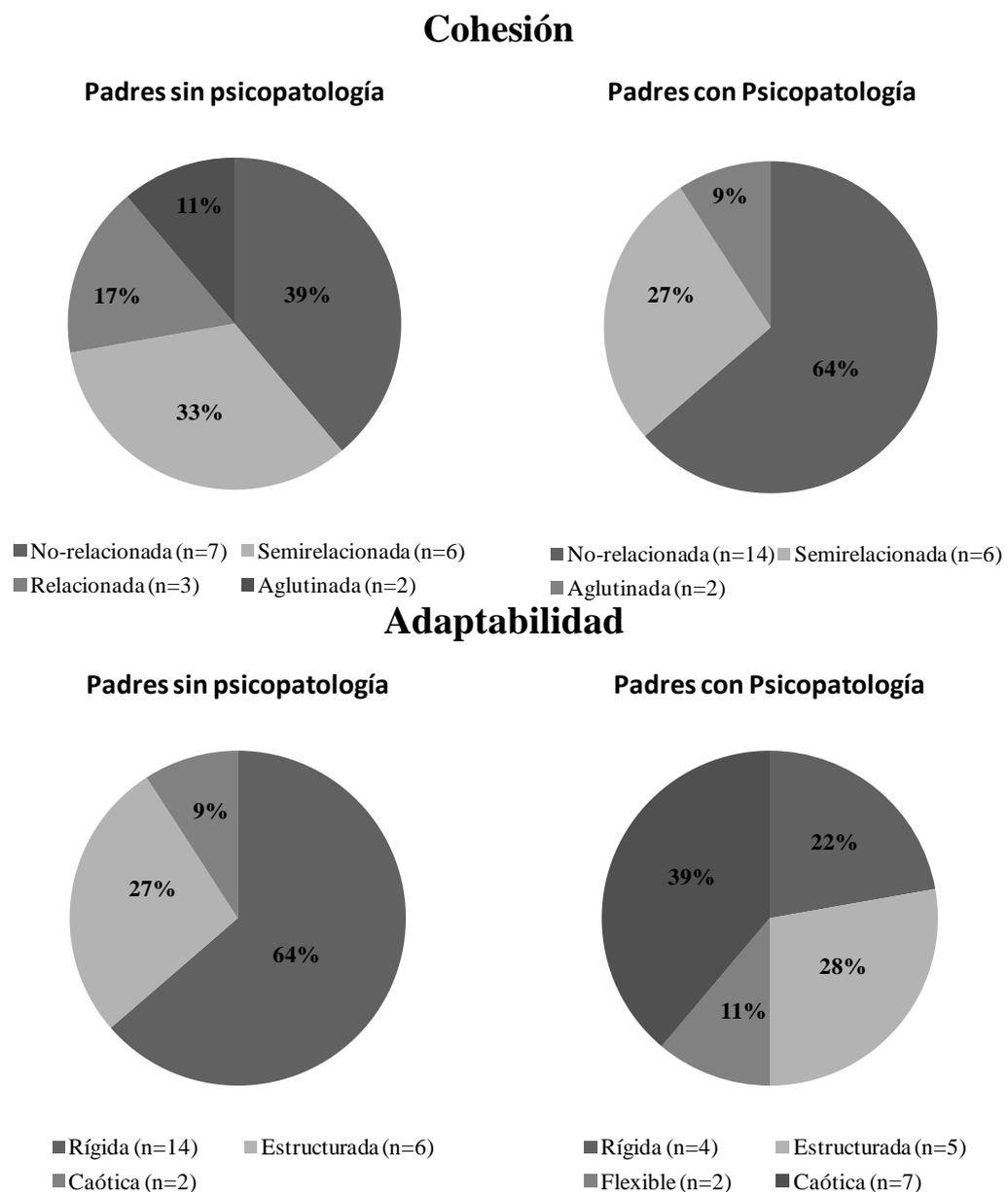
Tabla 4. Características familiares y consumo de sustancias, entre grupos de padres sin y con psicopatología.

	Padres sin psicopatología n=18		Padres con psicopatología n=22		Estadística
	n	%	n	%	
Padres separados					
No	13	72.2	11	50.0	$\chi^2=2.03$, 1 gl, p=0.15 Fisher = 0.20
Si	5	27.8	11	50.0	
Disfunción familiar percibida					
No	10	55.6	7	31.8	$\chi^2=2.28$, 1 gl, p=0.13 Fisher = 0.20
Si	8	44.4	15	68.2	
Intensidad de la disfunción					
Leve	5	29.4	6	28.6	$\chi^2=3.39$, 2 gl, p=0.33 Fisher = 0.40
Moderada	3	16.6	6	28.6	
Severa	0		3	14.3	
Discusiones parentales					
No	8	44.4	11	50.0	$\chi^2=0.12$, 1 gl, p=0.72 Fisher = 0.76
Si	10	55.6	11	50.0	
Frecuencia de discusiones					
Sin discusiones	8	44.4	11	50.0	$\chi^2=0.52$, 2 gl, p=0.76 Fisher = 0.81
<1 vez por mes	3	16.7	2	9.1	
>1 vez por semana	7	38.9	9	40.9	
Consumo alcohol madre/padre					
No	11	61.1	14	63.6	$\chi^2=0.02$, 1 gl, p=0.87 Fisher = 1.00
Si	7	38.9	8	36.4	
Tabaquismo madre/padre					
No	14	77.8	14	63.6	$\chi^2=0.94$, 1 gl, p=0.33 Fisher = 0.49
Si	4	22.2	8	36.4	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Puntaje de adaptabilidad	27.2	9.2	24.3	4.5	t=1.32, 38 gl, p=0.19
Puntaje de cohesión	34.1	9.9	32.5	7.9	t=0.55, 38 gl, p=0.58
APGAR familiar	6.2	2.5	7.2	2.6	t=-1.26, 38 gl, p=0.21

En relación a los tipos de cohesión y adaptabilidad obtenidos, tampoco se observaron diferencias en torno a su distribución entre padres con y sin

psicopatología (cohesión $\chi^2 = 4.9$, 3 gl, $p=0.17$); se observó una tendencia a que los padres sin psicopatología tuvieran con mayor frecuencia una adaptabilidad caótica ($\chi^2=7.08$, 3 gl, $p=0.06$) (Gráfica 3).

Gráfica 3. Características de cohesión y adaptabilidad entre padres con y sin psicopatología reportada.



Características clínicas del adolescente de padres con y sin psicopatología

Se observó una diferencia en cuanto al diagnóstico de los adolescentes y la presencia de psicopatología de los padres. Un mayor porcentaje de adolescentes con trastornos externalizados tenían padres con psicopatología; de forma adicional, se observó una tendencia a que los adolescentes de padres con psicopatología tuvieran una menor funcionalidad de acuerdo a lo reportado en el C-GAS (Tabla 4). No se encontraron diferencias entre grupos en los puntajes del SDQ de los adolescentes ni en el de los padres (Tabla 5).

Tabla 4. Características demográficas entre padres con y sin psicopatología reportada.

	Padres sin psicopatología n=18		Padres con psicopatología n=22		Estadística
	n	%	n	%	
Diagnóstico					
T. Internalizado	2	11.1	2	9.1	$\chi^2=13.1$, 2 gl, p=0.001 Fisher = 0.003
T. Externalizado	4	22.2	17	77.3	
T. Mixto	12	66.7	3	13.6	
Gravedad (CGI)					
Moderada	12	66.7	14	63.6	$\chi^2=0.04$, 1 gl, p=0.84 Fisher = 1.00
Marcada	6	33.3	8	36.4	
C-GAS					
70-61 puntos	5	27.8	7	31.8	$\chi^2=6.46$, 3 gl, p=0.09 Fisher = 0.19
60-51 puntos	11	61.1	6	27.3	
50-41 puntos	2	11.1	6	27.3	
40.31 puntos	0		3	13.6	

Tabla 5. Características del SDQ entre grupos de padres con y sin psicopatología reportada.

	Padres sin psicopatología n=18		Padres con psicopatología n=22		Estadística
	Media	D.E.	Media	D.E.	
SDQ – Adolescente					
Síntomas emocionales	5.3	2.8	5.5	2.6	t=-0.19, 38 gl, p=0.84
Problemas conducta	4.3	2.6	4.1	1.9	t=0.21, 38 gl, p=0.83
Hiperactividad	5.8	1.9	7.0	2.0	t=-1.82, 38 gl, p=0.07
Problemas con pares	3.6	2.4	3.5	1.9	t=0.15, 38 gl, p=0.87
Conductas prosociales	6.2	2.4	5.8	2.0	t=0.50, 38 gl, p=0.61
Impacto global	3.3	2.9	2.2	1.6	t=1.51, 38 gl, p=0.13
SDQ – Padre					
Síntomas emocionales	4.8	3.4	5.0	2.9	t=-0.11, 38 gl, p=0.91
Problemas conducta	3.2	1.8	4.2	2.1	t=-1.57, 38 gl, p=0.12
Hiperactividad	4.7	1.8	5.1	2.1	t=-0.55, 38 gl, p=0.58
Problemas con pares	4.1	2.1	4.4	1.8	t=-0.47, 38 gl, p=0.63
Conductas prosociales	5.8	2.3	5.5	2.1	t=0.33, 38 gl, p=0.74
Impacto global	3.2	2.4	3.6	3.2	t=-0.38, 38 gl, p=0.70

XIV. Discusión

El presente estudio investigó la relación entre la psicopatología parental y su relación con la presencia o ausencia de psicopatología en los hijos, la Gravedad del diagnóstico, la funcionalidad de adolescentes, así como la influencia en la estructura y funcionalidad en la familia.

Por lo que se presentó en los resultados de este estudio los adolescentes con psicopatología externalizada tuvieron mayor porcentaje de padres con alguna psicopatología. Llama la atención el elevado nivel de impacto de la psicopatología sobre el funcionamiento al haber encontrado que el 42.1% de los adolescentes tenían un nivel de funcionalidad esporádica.

Sabemos que existe un 12.4% de probabilidad de que los hijos de padres con psicopatología presenten algún diagnóstico psiquiátrico en la etapa infantil o adolescente^{4,8}, con esta información lo que nosotros deseábamos evaluar es la influencia que provoca la psicopatología parental en la funcionalidad y Gravedad del padecimiento del adolescente y dentro de la dinámica familiar que es el contexto en el que se desarrolla el adolescente.

En cuanto a las características familiares se han reportado varios factores de riesgo exclusivamente de los padres para la presencia de psicopatología en adolescencia entre éstos se contemplan la edad de los padres al nacimiento de los pacientes, la edad de los padres cuando inicia el diagnóstico psiquiátrico, la escolaridad de los padres y antecedentes psiquiátricos de los padres así como uso o abuso de sustancias.

En nuestro estudio sólo se encontró una tendencia con el nivel socioeconómico y la escolaridad de los padres asociada a la presencia de la psicopatología adolescente relacionándola con otros estudios internacionales que evaluaron estos factores de riesgo.^{6,39}

En cuanto a las características familiares se ha reportado en varios estudios que hay relación en cuanto a la estructura familiar y la psicopatología del adolescente y su pronóstico.³⁹ Aunque esta relación es debatible ya que existen otras investigaciones que reportan lo contrario o una relación débil contando con más fuerza los aspectos biológicos y genéticos que el contexto

ambiental en el que se encuentra el adolescente.⁴⁰ Dentro de nuestro estudio se encontraron datos de auto reporte de los padres en cuanto a antecedentes de convivencia familiar caótica en la mayoría de los casos, y de uso y abuso de sustancias sin que tuvieran relación estadística con la aparición de psicopatología en sus hijos. Además se encontró que hasta la mitad de los adolescentes reportaron familias con cohesión no relacionada sin embargo no hubo diferencias entre padres con y sin psicopatología, lo que pareciera indicar que la psicopatología en nuestros adolescente no se asocia directamente con la estructura familiar o bien que todos los adolescentes que llegan al servicio tienen un bajo nivel general de funcionamiento ya que aún cuando un 50% de los padres no fueron reportados con algún diagnóstico psiquiátrico la gran mayoría de las familias presentaba disfunción familiar moderada, lo que corresponde con el bajo nivel global del APGAR en toda la muestra.

Por lo que el no encontrar síntomas psiquiátricos a nivel parental no siempre se relaciona con un buen funcionamiento familiar. En nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas relacionando la psicopatología parental con las características familiares, y la historia de uso de sustancias o el funcionamiento familiar.

Específicamente se evaluaron la relación de 3 factores con la psicopatología parental: Gravedad del diagnóstico (CGI), Funcionalidad global (C-GAS), y Funcionalidad familiar (Apgar familiar, FACES III). Los adolescentes en este estudio presentaron una gravedad diagnóstica de: moderada, en la mayor parte de los casos, con una funcionalidad reportada entre 51 a 60 según la escala C-GAS que es una disfunción esporádica. Las familias como se mencionó anteriormente presentaron una disfunción familiar moderada y mayores puntajes en SDQ cuando los padres presentaron psicopatología. Al realizarse el análisis estadístico no se encontraron diferencias significativas en las variables principales, ni en los puntajes del SDQ de los adolescentes ni en el de los padres. Solamente se encontró significancia estadística en la psicopatología parental con la presencia de diagnóstico de Trastornos externalizados con peor funcionalidad del adolescente.

El no encontrar una relación entre los factores psicosociales, como la psicopatología parental con otras características de la psicopatología del adolescente posiblemente fue causado por diversos factores inherentes a la enfermedad mental y no está determinada principalmente por la presencia de psicopatología en los padres, además es necesario pensar que la salud mental de los adolescentes es un fenómeno multifactorial en donde también intervienen factores biológicos, incluyendo los genéticos y hormonales propios del desarrollo del individuo, así como los ambientales que no necesariamente son los del ambiente familiar o de los padres.

Cabe mencionar que los estudios a la fecha que han reportado una asociación significativa entre estas variables han tenido evaluaciones cegadas, e incluso periodos de seguimiento más largos (seis meses aproximadamente) para valorar funcionalidad, tomar en cuenta el tratamiento farmacológico y el apego a éste, además de que han incluido exclusivamente un tipo de diagnóstico como TDAH, o Trastornos Depresivos o Ansiosos, así como la valoración de la Gravedad de la psicopatología parental.^{30,38,40}

Los datos existentes en la literatura de esta relación son limitados, la mayoría provienen de varias muestras y de algunos otros estudios que han evaluado incluso estos factores como los predictores de la respuesta al tratamiento.^{27,28,39} Pero en ningún momento son determinantes, replicados o replicables. Por lo que sería de suma importancia evaluar las muestras en ambientes clínicos no sesgados por el ambiente controlado creado en los estudios. Más aún, es importante investigar la variedad de factores en diferentes dimensiones (psicopatología parental, comorbilidad, etc) de una manera conjunta. En este sentido, este es el primer estudio que evaluó el efecto de las características familiares y psicosociales en la Gravedad, funcionalidad en una muestra clínica en nuestro instituto.³⁷

Fortalezas

Se pueden enumerar algunas fortalezas dentro del estudio. Primero, fue el primer estudio realizado en nuestra población para evaluar los predictores clínicos y psicosociales de la Gravedad y funcionalidad de los pacientes de la

clínica de la adolescencia del INPRF. Segundo, la muestra tuvo un seguimiento naturalístico, siendo un reflejo de la práctica clínica, por lo que los resultados tienen importantes implicaciones clínicas.

Limitaciones

Nuestro estudio contó con los resultados antes reportados debido a algunas limitaciones metodológicas y de naturaleza del estudio: Primero: la metodología del estudio al no especificar diagnósticos en los adolescentes, Segundo: el tamaño de la muestra, Tercero: el sesgo de las evaluaciones por parte del evaluador que no era ciego a los sujetos en estudio, Cuarto: el tipo de instrumentos que no valoraban de manera específica la severidad de cada diagnóstico de los adolescentes, Quinto: la propia naturaleza de los padecimientos mentales en adolescentes. Sexto: es un estudio transversal.

Este estudio nos otorga por lo tanto una base para la realización de nuevos estudios donde se cuente con más especificidad para cada diagnóstico del adolescente o bien parental, que sea de tipo longitudinal; para que se pueda encontrar un valor pronóstico en esta relación de características familiares y psicopatología del adolescentes.

XV. CONCLUSIONES

Existe una asociación de los padres con psicopatología y los adolescentes diagnosticados con trastornos externalizados que generalmente presentaban menor funcionalidad. Hasta la mitad de los adolescentes reportaron familias con cohesión no relacionada y disfunción familiar sin embargo no hubo diferencias entre padres con y sin psicopatología. Las características diagnósticas de los adolescentes como funcionalidad y gravedad de la enfermedad no depende solamente de la presencia de la psicopatología parental pudiendo ser de tipo multifactorial.

De este modo se concluye que a pesar de los reportado en algunos estudios las características de la psicopatología adolescente no dependen solamente de la presencia de la psicopatología parental, y que depende de otros múltiples factores, donde no se puede perder de vista el contexto ambiental en el que se desarrolla la enfermedad mental.

XV. ANEXO

CONSIDERACIONES ÉTICAS * Consentimiento informado

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Influencia en la Gravedad, funcionalidad y dinámica familiar en los pacientes adolescentes con padres con un diagnóstico psiquiátrico

1 Abril de 2013

INFORMACION PARA EL PACIENTE Y FORMATO DE CONSENTIMIENTO

Nombre del Paciente: _____

Estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, éste estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Programa a efectuar:

El objetivo es estudiar por medio de aplicación de escalas de funcionlidad, Gravedad y diagnósticas a pacientes adolescentes que cuenten con un diagnóstico psiquiátrico y reciban tratamiento; así como a los padres de estos pacientes, evaluando como influye que uno de los padres tenga un diagnóstico psiquiátrico en la funcionalidad del paciente adolescente, además de la influencia dentro de la dinámica familiar.

La finalidad es identificar factores de riesgo (las posibles causas que pueden provocar una mejor o peor respuesta al tratamiento) de los pacientes adolescentes y el grado de deterioro familiar que puede existir en familias con más de 2 pacientes con diagnóstico psiquiátrico.

Procedimientos del estudio:

Una vez que haya sido valorado por el servicio de Preconsulta y sea canalizado a la Clínica de la Adolescencia, le será asignado un médico tratante quien le aplicará una Historia clínica y posterior a ésta se realizará una entrevista con médico adscrito de la clínica para definir diagnóstico y tratamiento.

Posterior a esto se le hará la invitación a participar en este estudio de investigación, si usted acepta, firmará esta carta de consentimiento informado, y enseguida será entrevistado por el investigador principal para la aplicación de las escalas correspondientes al paciente adolescente y a sus padres para establecer si existe un diagnóstico psiquiátrico en los padres del adolescente, y como puede estar relacionado con la presencia o no de deterioro en la funcionalidad del adolescente y la dinámica familiar donde se desenvuelve.

Se realizarán 3 cuestionarios para el paciente adolescente y uno a los padres. Con una duración de 60 min para todas las escalas. La realización de estas pruebas **no tienen riesgo alguno para usted y no implican costo adicional**.

Al terminar las pruebas usted continuará su atención psiquiátrica con su médico tratante previamente asignado en consulta externa.

Y en caso de que se detecte un diagnóstico psiquiátrico se le invitará a solicitar una cita en el servicio de Preconsulta para valoración inicial dentro de esta institución, siempre y cuando usted lo acepte.

Consignas a seguir

- 1.- Se le pedirá su consentimiento para realizar la aplicación de escalas.
- 2.- No se le cobrará ningún cargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.
- 3.- Su participación es voluntaria, solo si usted acepta.
- 4.- Podrá retirarse del estudio en el momento que desee sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta institución.

Se otorgará una entrevista con el investigador principal para brindar información de los resultados obtenidos.

Beneficios

- 1.- Usted podrá aclarar sus dudas con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
- 2.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de estas enfermedades mentales.
- 3.- El investigador se compromete a integrar los diagnósticos encontrados en el expediente clínico, para que el médico tratante pueda integrarlos al plan de estudios y tratamiento siempre que usted autorice esta acción al investigador.
- 4.- Los resultados de este estudio pueden favorecer a que su médico tratante pueda encontrar que intervenciones o tratamientos le serían mejores para su pronóstico a futuro.

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de esta entrevista son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes de la investigación, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida. Se le comentará a su médico tratante los resultados de este estudio **solo si usted lo autoriza**, ya que estos resultados pueden beneficiar a su manejo clínico.

Disposiciones generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con el responsable del proyecto, Dra. Violeta Pérez Mejía al Tel. 41 60 53 09 (directo) durante horas regulares de trabajo.

GRACIAS

ESCALAS DE MEDICIÓN

A) INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (MINI)

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

2

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

Módulos	Periodo explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM) EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ALCOHOL	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
	ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

B) CHILDREN'S GLOBAL ASSESSMENT SCALE C-GAS

Escala de Funcionalidad Global en el niño y adolescente

15.3.1. Escala de la Evaluación Global de los Niños (C-GAS)

Utilice los niveles intermedios. Evalúe el funcionamiento actual sin tomar en cuenta el tratamiento y pronóstico. Los ejemplos de comportamiento provistos únicamente son ilustrativos y no requieren una evaluación particular.

- 100** Funcionamiento superior en todas las áreas (en la casa, escuela y con los padres); participa en diversas actividades para las cuales muestra mucho interés (p. ej., pasatiempos, participación en actividades extracurriculares, pertenece a una organización como los Scouts, etc.); agradable, confiado; no pierde el control de las preocupaciones diarias, funcionamiento escolar adecuado; sin síntomas.
- 91** Funcionamiento escolar adecuado; sin síntomas.
- 90** Adecuado funcionamiento en todas las áreas; se siente seguro con su familia, en la escuela y con los padres; pueden existir dificultades transitorias y, en ocasiones, las preocupaciones diarias se salen de su control (p. ej., leve ansiedad asociada con algún examen importante, discusiones ocasionales con los padres o los hermanos).
- 81** con algún examen importante, discusiones ocasionales con los padres o los hermanos).
- 80** Deterioro mínimo del funcionamiento en la casa, la escuela o con los padres; se puede presentar alguna alteración en el comportamiento o ansiedad en respuesta a estresores cotidianos (p. ej., separación ante los padres, muertes, nacimiento de un hermano), pero estos son breves y su influencia sobre el comportamiento es transitoria; estos niños perturban de una forma mínima a otros y no se consideran desviados o diferentes por aquellos que los conocen.
- 71** una forma mínima a otros y no se consideran desviados o diferentes por aquellos que los conocen.
- 70** Alguna dificultad en un área, pero generalmente funcionan de forma adecuada (p. ej., actos antisociales esporádicos o aislados, tales como jugar rudo o un robo insignificante, dificultades menores en el trabajo escolar, cambios de ánimo de breve duración, miedos o ansiedades que no llevan a un comportamiento evitativo; dudas sobre sí mismo); tiene relaciones interpersonales significativas; la mayoría de las personas que no conocen al niño pueden no considerarlo como desviado o diferente, pero aquellos que lo conocen pueden expresar cierta preocupación.
- 61** desviado o diferente, pero aquellos que lo conocen pueden expresar cierta preocupación.
- 60** Funcionamiento variable con dificultades esporádicas o presencia de síntomas en algunas áreas, pero no en todas las áreas sociales; la alteración puede ser aparente para aquellos que encuentran al niño en algún escenario o momento disfuncional, pero no para aquellos que ven al niño en otros escenarios.
- 51** disfuncional, pero no para aquellos que ven al niño en otros escenarios.
- 50** Interferencia moderada en el funcionamiento en la mayor parte de las áreas sociales o un grave deterioro o funcionamiento en un área, lo cual puede resultar de, por ejemplo, preocupaciones suicidas y rumiaciones, rechazo escolar y otras formas de ansiedad, rituales obsesivos, síntomas conversivos mayores, frecuentes ataques de ansiedad, habilidades sociales deficientes o inapropiadas, frecuentes episodios de agresividad u otras conductas antisociales con la preservación de algunas relaciones sociales.
- 41** de algunas relaciones sociales.
- 40** Grave deterioro en el funcionamiento de diversas áreas y la incapacidad para funcionar en una de estas áreas, se encuentra alterado en el hogar, escuela, con los pares o con la sociedad en general, p. ej., agresión persistente sin una razón clara, marcada timidez o comportamiento de aislamiento relacionado con un trastorno afectivo o del pensamiento, intentos suicidas con un claro intento letal, estos niños requieren de escuelas especiales y/u hospitalización o
- 31** abandonar la escuela (lo cual no es un criterio suficiente para la inclusión en esta categoría).
- 30** Incapacidad funcional en la mayoría de las áreas, p. ej., se queda en casa o en cama todo el día sin participar en actividades sociales o un deterioro grave en pruebas de realidad o deterioro grave en la comunicación (p. ej., en ocasiones incoherente o inapropiada).
- 21** incoherente o inapropiada).
- 20** Requiere supervisión para prevenir que se lastime o lastime a otros (p. ej., con frecuencia violento, repetidos intentos suicidas) o para mantener la higiene personal o un grave deterioro en toda clase de comunicación, p. ej., graves
- 11** anormalidades en la comunicación verbal y no verbal, marcado distanciamiento social.
- 10** Requiere constante supervisión (cuidados de 24 horas) debido a la grave agresión o comportamiento autodestructivo o
- 1** por un grave deterioro en pruebas de realidad, comunicación, cognición, afecto o higiene personal.
- 0** Información inadecuada.

Puntuación total

C) CLINICAL GLOBAL IMPRESSION CGI

Escala de Impresión Clínica Global

11.1. Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Mejoría global (CGI-GI)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor

D) Apgar Familiar

	Casi Nunca: 0	A veces: 1	Casi Siempre: 2
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad			
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor			
Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero			

E) Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III)

Escala de Evaluación De Adaptabilidad y Cohesión Familiar v.III

**ANEXO
1**

**FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).
Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen**

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Describa su familia:				
<input type="checkbox"/> 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí				
<input type="checkbox"/> 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
<input type="checkbox"/> 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
<input type="checkbox"/> 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
<input type="checkbox"/> 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
<input type="checkbox"/> 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
<input type="checkbox"/> 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
<input type="checkbox"/> 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
<input type="checkbox"/> 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
<input type="checkbox"/> 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				
<input type="checkbox"/> 11. Nos sentimos muy unidos				
<input type="checkbox"/> 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
<input type="checkbox"/> 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
<input type="checkbox"/> 14. En nuestra familia las reglas cambian				
<input type="checkbox"/> 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia				
<input type="checkbox"/> 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
<input type="checkbox"/> 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
<input type="checkbox"/> 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad				
<input type="checkbox"/> 19. La unión familiar es muy importante				
<input type="checkbox"/> 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar				

F) Cuestionario de Capacidades y dificultades (SDQ)

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

A 11-17
FOLLOW-UP

Por favor pon una cruz en el cuadro que creas que corresponde a cada una de las preguntas: No es verdad, Es verdad a medias, Verdaderamente sí. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara. Por favor, responde a las preguntas según como te han ido las cosas en el último mes.

Nombre

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

	No es verdad	Es verdad a medias	Verdaderament sí
Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general soy obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo estoy preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tienes algún comentario o preocupación en particular que quieras plantear ?

Por favor, vuelve la página, hay más preguntas

¿ Desde que vienes a la clínica, estás ?

Mucho peor	Un poco peor	Más o menos igual	Un poco mejor	Mucho mejor
<input type="checkbox"/>				

¿ Venir a la clínica te ha ayudado en otras maneras, por ejemplo: proporcionando información o haciendo los problemas más tolerables ?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el último mes, ¿ crees que has tenido dificultades en alguna de las siguientes áreas: emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarte con otras personas ?

No	Si-pequeñas dificultades	Si-claras dificultades	Si-severas dificultades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si has contestado "Sí", por favor responde a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

• ¿ Estas dificultades te preocupan o te hacen sufrir ?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ¿ Repercuten estas dificultades en tu vida diaria en los siguientes aspectos ?

	No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
VIDA EN LA CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMISTADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRENDIZAJE EN LA ESCUELA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDADES DE OCIO O DE TIEMPO LIBRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ¿ Suponen estas dificultades una carga para los que están a tu alrededor (tu familia, amigos, profesores etc) ?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma

Fecha

Muchas gracias por tu ayuda

© Robert Goodman, 2005

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL PADRE O MADRE.

He tenido con el Investigador responsable, la Dra. Violeta E. Pérez Mejía una entrevista donde se me informó y explicó en detalle el diseño de esta investigación, su justificación, sus objetivos y sus procedimientos. Estos me han sido explicados a detalle según la siguiente descripción:

Justificación:

El diagnóstico psiquiátrico en el niño y el adolescente puede deberse a diversos factores tanto hereditarios, como causados por problemas dentro de la química cerebral, o del desarrollo cerebral.

Lo que se espera en un futuro de estas enfermedades puede estar influenciado por el ambiente en el que vive incluyendo el entorno familiar y su dinámica.

En el caso de que uno de los padres llegue a presentar síntomas de enfermedad mental puede influir en el futuro de la enfermedad de los hijos.

Por lo que el presente estudio busca evaluar como influye que uno de los padres presente una enfermedad mental y altere la evolución y el funcionamiento general del adolescente (en escuela, casa, con amigos, familia, etc...)

Además de que servirá como una base para posteriores investigaciones cuando los padres con enfermedad mental cuenten ya con tratamiento. Siendo así un manejo definitivamente integral para el sistema familiar.

Objetivos:

Revisar como puede afectar en la vida de los pacientes adolescentes que uno de los padres tengan un diagnóstico psiquiátrico.

Procedimiento:

Se me va a incluir como parte de un grupo de padres con hijos adolescentes pacientes de la Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría. Mi participación consistirá en una entrevista clínica, en la cual se me preguntará sobre algunos síntomas, y características de posibles trastornos mentales que pueda presentar.

Riesgos y/o molestias del procedimiento:

Es posible que algunas de las preguntas los hagan sentir incómodos o sean cansadas. En este caso, tendrán la opción de detener la evaluación en cuanto lo necesiten. La duración de la evaluación será de aproximadamente 1 hora.

Confidencialidad:

La identidad no será revelada en ninguna parte del estudio o en sus resultados. Para salvaguardar la confidencialidad de la información que nos proporcione y su privacidad, a sus datos se les asignará un código numérico común de tal

suerte que sólo el investigador responsable tendrá acceso al identificador correspondiente. Sin su autorización, la información que nos brinde en ningún momento podrá ser comunicada a cualquier persona ajena a este estudio o empleada en cualquier otro estudio.

Beneficios:

Un profesional de la salud les realizará una valoración clínica completa totalmente gratis. Es cierto que no recibirán ninguna compensación de tipo económica ni en especie por su participación en el estudio, sin embargo el beneficio potencial al cual contribuiremos es mejorar las condiciones clínicas de personas con padecimientos mentales de tipo psiquiátrico que tiene su hijo y en su caso, usted.

Sugiriéndole acudir al servicio de preconsulta para si usted acepta iniciar su manejo psiquiátrico.

Con la información que nos proporcionen nos ayudarán a conocer si existen diferencias y una influencia directa en el desempeño global de los adolescentes. Para así poder tener más herramientas con las cuales podamos proveer intervenciones más específicas y de mayor impacto.

Confidencialidad:

Su identidad y la de sus hijos no serán reveladas en ninguna referencia del estudio o en sus resultados. Para salvaguardar la confidencialidad de la información que nos proporcionen y su privacidad, a los datos se les asignará un código numérico común de tal suerte que sólo el investigador responsable tendrá acceso al identificador correspondiente. Sin su autorización, la información que nos brinden en ningún momento podrá ser comunicada a cualquier persona ajena a este estudio o empleada en cualquier otro estudio.

Contacto:

Si tienen alguna pregunta, pueden contactar a los investigadores responsables, Dr. Lino Palacios Cruz al 41605310, a la Dra. Violeta Pérez Mejía al teléfono 5527612923.

Consentimiento y Firmas

He hablado con el personal de investigación y éstos han contestado cordialmente todas y cada una de mis preguntas o dudas en términos que he podido entender.

Entiendo y se me ha explicado claramente que mi participación en el estudio es voluntaria y en el caso de que yo no desee participar en ella, de ninguna manera afectará negativamente la calidad de la atención médica para mí o para cualquiera de mis hijos o cónyuge que así lo requieran.

También entiendo que en cualquier momento puedo volver a consultarlos para aclarar dudas que me pudieran surgir respecto al estudio y que es mi derecho

el tomar la decisión de suspender en cualquier momento mi participación sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico y atención que estoy recibiendo yo o alguno de mis familiares.

Luego de leer y entender este documento, estoy de acuerdo en proporcionar la información que se me solicite en las escalas clínicas para poder contribuir al conocimiento científico que los médicos tendrán acerca de los trastornos mentales en la familia que se investigan.

Fecha. Nombre y Firma del Paciente.	Fecha. Nombre y Firma del Padre o Tutor.
Fecha. Nombre y Firma del Investigador (Tesista).	Fecha. Nombre y Firma del Investigador Responsable.
Fecha. Nombre y Firma de Testigo 1.	Fecha. Nombre y Firma de Testigo 2.

Título de la investigación: Asociación de la psicopatología de los padres en el funcionamiento familiar y en el adolescente con psicopatología.

CARTA DE ASENTIMIENTO PARA EL ADOLESCENTE PACIENTE

He tenido con el Investigador responsable, la Dra. Violeta E. Pérez Mejía, una entrevista donde se me informó y explicó en detalle el diseño de esta investigación, su justificación, sus objetivos y sus procedimientos. Estos me han sido explicados según la siguiente descripción:

Justificación:

El diagnóstico psiquiátrico en el niño y el adolescente puede deberse a diversos factores tanto hereditarios, como causados por problemas dentro de la química cerebral, o del desarrollo cerebral.

Lo que se espera en un futuro de estas enfermedades puede estar influenciado por el ambiente en el que vive incluyendo el entorno familiar y su dinámica.

En el caso de que uno de los padres llegue a presentar síntomas de enfermedad mental puede influir en el futuro de la enfermedad de los hijos.

Por lo que el presente estudio busca evaluar como influye que uno de los padres presente una enfermedad mental y altere la evolución y el funcionamiento general del adolescente (en escuela, casa, con amigos, familia, etc...)

Además de que servirá como una base para posteriores investigaciones cuando los padres con enfermedad mental cuenten ya con tratamiento. Siendo así un manejo definitivamente integral para el sistema familiar.

Objetivos:

Revisar como puede afectar en la vida de los pacientes adolescentes que uno de los padres tengan un diagnóstico psiquiátrico.

Procedimiento:

Se me va a incluir como parte de un grupo de adolescentes que han sido diagnosticados con algún padecimiento de la salud mental . Mi participación consistirá en una entrevista clínica, en la cual se me preguntará sobre las características de mi trastorno; así mismo, llenaré cuestionarios sobre mis experiencias acerca de mi medioambiente en donde me desenvuelvo y sobre mi relación familiar, como me desempeño y con que gravedad percibo los síntomas.

Mi participación en el estudio es voluntaria y en el caso de que yo no desee participar en ella, o que decida suspenderla en cualquier momento, de ninguna manera afectará negativamente la calidad de la atención médica que estoy recibiendo.

Riesgos y/o molestias del procedimiento:

Es posible que algunas de las preguntas te hagan sentir incómodo o cansado. En este caso, tendrás la opción de detener la evaluación en cuanto lo necesites. La duración de la evaluación será de aproximadamente 30 min.

Beneficios:

Un profesional de la salud te va a realizar una valoración clínica extra a tu proceso de evaluación de manera gratuita. Es cierto que no recibirás ninguna compensación de tipo económica ni en especie por tu participación en el estudio, sin embargo el beneficio potencial al cual contribuiremos es mejorar tus condiciones clínicas y de las personas con tu padecimiento.

Con la información que nos proporcionas nos ayudarás a conocer como puede afectar que uno de los padres de la familia tengan algún problema de la salud mental en los factores de gravedad y desempeño de los adolescentes. Para así poder tener más herramientas con las cuales podamos proveer intervenciones más específicas y de mayor impacto en las personas con este padecimiento y sus familiares.

Además el diagnóstico preciso y temprano de la psicopatología en los padres de esta población resulta muy importante para poder intervenir oportunamente y de esta manera ayudar a reducir el impacto negativo en el desempeño en casa, la autoestima y las relaciones sociales. La identificación temprana permite el establecimiento de estrategias preventivas.

Confidencialidad:

Tu identidad no será revelada en ninguna parte del estudio o en sus resultados. Para salvaguardar la confidencialidad de la información que nos proporcionas y tu privacidad, a tus datos se les asignará un código numérico común de tal suerte que sólo el investigador responsable tendrá acceso al identificador correspondiente. Sin tu autorización, la información que nos brindes en ningún momento podrá ser comunicada a cualquier persona ajena a este estudio o empleada en cualquier otro estudio.

Contacto:

Si tienen alguna pregunta, pueden contactar a los investigadores responsables, Dr. Lino Palacios Cruz, al teléfono 41605310, a la Dra. Violeta Pérez Mejía al teléfono 5527612923.

Consentimiento y Firmas

Finalmente, he hablado con el personal de investigación y éstos han contestado cordialmente todas y cada una de mis preguntas o dudas en términos que he podido entender. Entiendo y se me ha explicado claramente que mi participación en el estudio es voluntaria y en el caso de que yo no desee participar en ella, de ninguna manera afectará negativamente la calidad de la atención médica para mí o para cualquiera de mis familiares que así lo

requieran. También entiendo que en cualquier momento puedo volver a consultarlos para aclarar dudas que me pudieran surgir respecto al estudio y que es mi derecho el tomar la decisión de suspender en cualquier momento mi participación sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico y atención que estoy recibiendo yo o alguno de mis familiares.

Luego de leer y entender este documento, estoy de acuerdo en proporcionar la información que se me solicite en las escalas clínicas para poder contribuir al conocimiento científico que los médicos tendrán acerca de los trastornos de la salud mental que se investigan.

Fecha. Nombre y Firma del Paciente.	Fecha. Nombre y Firma del Padre o Tutor.
Fecha. Nombre y Firma del Investigador (Tesisista).	Fecha. Nombre y Firma del Investigador Responsable.
Fecha. Nombre y Firma de Testigo 1.	Fecha. Nombre y Firma de Testigo 2.

XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.
2. De La Revilla L, De Los Ríos AM, La utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Atención primaria* 1994; 13: 73-76.
3. De La Revilla L, Aybar R, De Los Ríos AM, Castro JA, Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico familiar. *Atención primaria* 1997; 19: 133-137.
4. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz C, et al. Mexican National Comorbidity Survey (NCS-Mexico): an overview of design and field procedures. *World Health Organization's (WHO) World Mental Health Surveys Initiative* 2003:1-13.
5. Rosenberg D., March J., An Exploratory Analysis of the Impact of Family Functioning on Treatment for Depression in Adolescents, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2009; 38 (6):814-825.
6. Harder D, Kokes R. Parent psychopathology and child functioning among sons at risk for psychological disorder. *Monographs*, chapter IV. 2000.
7. Vostanis P., Graves A., Meltzer H, Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2006) , 41: 509-541.
8. McLaughlin K, Gadermann A, Hwang I, Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys, *The British Journal of Psychiatry* 2012, 200: 290-299.
9. Goldstein L, Harvey E, Examining Subtypes of Behavior Problems among 3-Year-Old Children, Part II: Investigating Differences in Parent Psychopathology, Couple Conflict, and Other Family Stressors, *J Abnorm Child Psychol* 2007, 35: 111-123.
10. Knappe S, Lieb R, The role of parental psychopathology and family environment for Social phobia in the three first decades of life, *Depression and Anxiety* 2009, 26: 363-370.

11. Burstein M., Ginsburg G, Tein J, Parental anxiety and child symptomatology: an examination of additive and interactive effects of parent psychopathology, *J Abnorm Child Psychol* 2010, 38: 897-909.
12. Burstein M, Ginsburg G, Petras H, Ialongo N, Parent psychopathology and youth internalizing symptoms in an urban community: a latent growth model analysis , *Child Psychiatr Hum Dev* 2010, 41: 61-87.
13. Lecubrier Y., Sheehan D., Weiller E., The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) a short diagnosis Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12:224-231.
14. Sheehan DV., Lecubrier Y., Harnett-Sheehan K., The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998;59 (Suppl 20): 22-23.
15. Olson DH. , Circumplex model of marital and family systems. Assessing family functioning. En: Walsh F., editor. *Normal family processes*. 2 nd ed. New York: The Guilford Press, 1993.
16. Ponce E., Gómez F., Terán M., Irigoyen A., Landgrave S., validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México), *Aten Primaria* 2002; 30 (10): 624-630.
17. Kouneski E., The Family circumplex model, FACES II, FACES III: Overview of Research and Applications. 2000 University of Minnesota Twin Cities. Department of Family and Social Science. 1-60.
18. D. Shaffer, M.S. Gould, J. Brasic, P. Ambrosini, P. Fisher, H. Bird, S. Aluwahlia, A children's global assessment scale (C-GAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1228-1231.
19. Edincoff J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch gen Psychiatry* 1976 Jun; 3 (6): 766-771.
20. W. Guy Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual. Rockville, National Institute Mental Health , 1976.
21. Bech P., Rating scales for Psychopathology, Health Status, and Quality of life. Berlin: Springer-Verlag, 1993;33-35.

22. Greif Green J, McLaughlin K., Berglund P., et al, Childhood adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I Associations with first Onset of DSM-IV Disorders, 2010; 67 (2): 113-123.
23. Sánchez P., Sanz L., Hijos de padres psicóticos. Revisión: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas, *Psicopatol salud ment*, 2004; 4 : 99-107.
24. Berg-Nielsen T., Vikari A., Dahl A., Parenting related to Child and Parental Psychopathology: A descriptive Review of the Literature, *Clin Child Psychol Psychiatry*, 2002; 7: 529-552.
25. Fombone E., Wostear G., Cooper V., Harrington R., Rutter M., The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 1. Psychiatric outcomes in adulthood, *BJP*, 2001; 179 : 210-217.
26. Drake K., Kearney C. Child Anxiety Sensitivity and Family Environment as mediators of the relationship between Parent Psychopathology, parent anxiety sensitivity, and Child Anxiety, *J Psychopathol Behav Assess*, 2008; 30: 79-86.
27. Beardslee W., Bemporad J., Keller M., Klerman G., Children of Parents with Major Affective Disorder: A review, *Am J Psychiatry*, 1983; 140 (7): 825-831.
28. Caraveo J., Medina-Mora M., Villatoro J., Rascón M., El consumo de alcohol en adultos como factor de riesgo asociado con trastornos psíquicos en los niños, *Salud Mental*, 1995; 18 (2): 18-24.
29. Goldstein L., Harvey E., et al, Examining Subtypes of Behavior Problems among 3-year-old Children, Part II: Investigating Differences in Parent Psychopathology, couple Conflict, and other family stressors, *J Abnorm Child Psychol*, 2007; 35: 111-123.
30. Bragado C., Bersabé R., Carrasco I., Factores de riesgo para los Trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes, *Psicothema*, 1999; 11 (4): 939-956.
31. Mccauley C., Hesselbrock V., Kramer S., et al., The relationship between parental Psychopathology and Adolescent Psychopathology: An examination of gender patterns, *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2005; 13 (2):67-76.

32. Victor A., Bernat D., et al., Effects of Parent and family Characteristics on Treatment Outcome of Anxious Children, *J Anxiety Disord*, 2007; 21 (6): 835-848.
33. Burstein M., Ginsburg G., Petras H., Ialongo N. Parent Psychopathology and Youth Internalizing Symptoms in an Urban Community: A latent Growth Model Analysis, *Chil Psychiatry Hum Dev*, 2010; 41: 61-87.
34. Olson D, Gorall DM, Circumplex Model of marital and Family Systems, Chapter 19 in: *Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity*, Edited by Froma Walsh, 3a. ED Guilford Press, New York 2003: 514-547.
35. Escribá R, Maestre C, Amores P, Pastor A, Miralles E, Escobar F, Prevalencia de depresión en adolescentes, *Act Esp Psiquiatr* 2005; 33 (5): 298-302.
36. Programa Específico de Psicopatología Infantil y de la Adolescencia 2001-2006, 2002, 1ª edición, Secretaría de Salud.
37. Blanco G, Sánchez C, Valencia A, Estudio de seguimiento a pacientes que consultaron el Hospital Regional de Kennedy por Intento de suicidio, Bogotá, Colombia: Hospital Regional de Kennedy.
38. Gureje O., Oladeji B., Hwang I., et al, Parental psychopathology and the risk of suicidal behavior in their Offspring: results from the World Mental Health surveys, *Molecular psychiatry*, 2011; 16: 1221-1233.
39. Burnstein M., Ginsburg G., Tein J., Parental Anxiety and Child Symptomatology: and examination of additive and Interactive effects of parents psychopathology, *J Abnorm Child Psychol*, 2010; 38:897-909.
40. Merikangas K., He J., Burstein M., Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A), *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2010; 49(19): 980-989.
41. Repetti, Rena L.; Taylor, Shelley E.; Seeman, Teresa E., Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring., *Psychological Bulletin*, Vol 128(2), Mar 2002, 330-366.
42. Blum R., Beuhring T., Shew M., The effects of race/ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behaviors, *Am J Public Health*.

- 2000 December; 90(12): 1879–1884.
43. Merikangas K., He J., Burstein M., Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A), *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2010; 49(19): 980-989.
44. Repetti, Rena L.; Taylor, Shelley E.; Seeman, Teresa E., Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring., *Psychological Bulletin*, Vol 128(2), Mar 2002, 330-366.
45. Blum R., Beuhring T., Shew M., The effects of race/ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behaviors, *Am J Public Health*. 2000 December; 90(12): 1879–1884.