

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

**“Presencia de Psicopatología infantil en Hijos de pacientes con Trastorno de Personalidad Límite en el Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”**

PRESENTA:

Dra. Erika Taitiana Orendain Contreras.

TUTOR TEÓRICO

TUTOR METODOLÓGICO

Dr.Fernando López Munguia HPFBA

Dra. Diana Molina Valdespino INP

México D. F. Febrero 2008



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.

## ÍNDICE

|                      |    |
|----------------------|----|
| INTRODUCCIÓN         | 3  |
| MARCO DE REFERTENCIA | 4  |
| JUSTIFICACIÓN        | 11 |
| HIPÓTESIS            | 12 |
| OBJETIVOS            | 12 |
| METODOLOGÍA          | 13 |
| RESULTADOS           | 16 |
| DISCUSIÓN            | 22 |
| CONCLUSIONES         | 24 |
| REFERENCIAS          | 25 |

## INTRODUCCION

Numerosos factores propios del ambiente familiar pueden aumentar el riesgo que corre un niño de tener problemas conductuales o emocionales. La disfunción familiar (1, 2) la presencia de conflictos entre los padres, la disrupción de la interacción entre padres e hijos y la presencia de factores que interfieren con la crianza de los hijos, ponen en peligro el desarrollo social y emocional del niño.

Está demostrado que el conflicto entre los padres, junto con los sucesos vitales adversos, coloca a los niños en mayor riesgo de sufrir problemas emocionales (3). Factores que menoscaban el desarrollo de una sana interacción entre padres e hijos han sido documentados en progenitores con problemas de alcoholismo y son los que más influyen en la conducta de los hijos, especialmente de los varones pequeños (4).

En otros estudios también se ha investigado si un trastorno psiquiátrico en el padre o la madre interfiere con las prácticas de crianza (5). En general, estos estudios han revelado que los niños criados por padres depresivos tienen tasas más altas de problemas de conducta. Además de las circunstancias que rodean al niño en su entorno familiar, otros factores adversos en la comunidad también pueden afectarlo. La pobreza (6), el hacinamiento (7) y el alojamiento en una vivienda subsidiada (8) son algunos de ellos.

En América Latina se han hecho encuestas para evaluar la salud mental de los niños aunque no se han encontrado estudios específicos de madres con trastorno límite de personalidad, por lo que es de interés realizarla en esta población, caracterizada por su alta psicopatología.

De ahí que se desarrollo este trabajo de investigación, de carácter exploratorio, que tiene como fin describir la presencia de trastornos internalizados y externalizados de hijos de pacientes con trastorno límite de personalidad.

Se obtuvieron 45 pacientes que fueron evaluadas con el SCID-II para corroborar el diagnóstico, a quienes se les dio el SCLS que es un cuestionario auto-aplicable para detectar patología infantil.

## MARCO DE REFERENCIA

### Salud mental del niño: Contexto social

El desarrollo del niño está influenciado por los diferentes contextos en los que vive y por la interacción entre estos (42). Siguiendo a Jessor (43) (Figura 1), el contexto social en el que vive el niño estaría formado, principalmente por: la familia, la escuela y el barrio. El niño y el adolescente ocuparían el espacio definido por la intersección entre estos contextos, de modo que su desarrollo estaría influenciado no sólo por cada uno de estos sistemas, si no por la interrelación entre ellos. Esto implica que cada uno de estos ámbitos no actúa de modo independiente sobre el niño. A su vez, estos tres sistemas formarían parte de un “microsistema”, que representa la cultura y la estructura social, política y económica que los engloba.

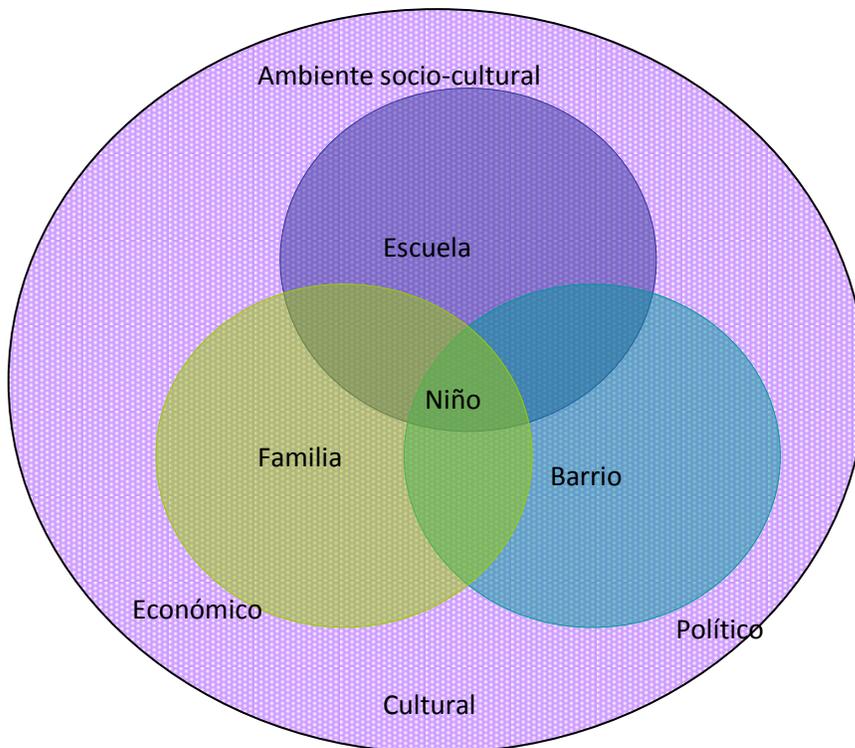


Figura 1. Contexto social (Jessor, 1993).

## Salud mental del niño: Contexto familiar.

Uno de los medios que establece Jessor como parte del entorno del niño, es la familia. Se ha encontrado que la estructura familiar también se ha asociado a diferentes problemas psicológicos. Por ejemplo, que haya un solo cuidador adulto viviendo con el niño parece ser un predictor de depresión en los adolescentes (44). En cambio, otros estudios consideran que ser una familia monoparental no ejerce *per se* un efecto negativo en el bienestar psicológico del niño. En realidad, lo que determina la psicopatología del niño es la pobreza y la baja educación que puede ir asociada a este tipo de estructura familiar (45), lo que afecta a los niños no es el tipo de estructura familiar, sino aspectos como la presencia de conflicto marital durante el divorcio o la separación, la pérdida de contacto con uno de los dos cuidadores, la introducción de una nueva figura parental en el caso de las familias reconstituidas, o los cambios que esta situación haya podido provocar en la relación entre padres e hijos.

El desempleo de los padres también se ha relacionado con diferentes medidas de adaptación psicológica en niños. Mc Loyd (46), señaló que la pérdida de empleo se asociaba a depresión y ansiedad, menor autoestima, problemas exteriorizados, mayor aislamiento social o asociación con malas compañías. Sin embargo la autora indica que el efecto del desempleo sobre estos problemas en el niño es principalmente indirecto, y se establece a través de la alteración de la dinámica familiar. La situación de desempleo en los adolescentes también se ha considerado factor de riesgo de padecer problemas de ansiedad y abuso de sustancias en los primeros años de la etapa adulta (47).

## Salud mental del niño: Los padres, su salud mental.

El niño en su ambiente no es un ser pasivo, los padres son los que permiten su participación y su temprana interacción. Los niños a partir de sus primeras semanas de vida son capaces de interactuar con los padres cara a cara, el niño es capaz de mirar fijo, los padres capitalizan estos momentos para aumentar la interacción y de esta forma los padres pueden entender el significado de esas interacciones y dar a los niños respuestas adecuadas a sus demandas (9).

La salud mental de los padres es vista como uno de los factores determinantes de los aspectos, posiblemente más relevantes de la estimulación, disponible en el ambiente social precoz en lo que se refiere a la salud mental del niño (10). Para Seifer (11) la hipótesis de que la enfermedad mental en los padres resulta en enfermedad mental en los hijos genera una motivación para realizar estudios en esta área.

En algunos estudios sobre las enfermedades de los padres, dos áreas recibieron atención, por una parte en los padres el abuso de alcohol y la delincuencia, y en las madres: la depresión y la esquizofrenia. El rol desempeñado por los trastornos psiquiátricos de los padres en la conducta “anormal” de los niños todavía es incierto (12) todavía hay estudios relevantes que asocian el alcoholismo a la desorganización familiar (13), y estudios que encontraron que hijos de padres con trastornos afectivos presentaban altos grados de desórdenes afectivos comparados con hijos de padres sin desórdenes afectivos (14).

Según Seifer (15) no hay explicaciones unicasales para entender la etiología de las enfermedades mentales, los estudios que se han desarrollado en los últimos años aportan más preguntas que respuestas. Otra dificultad para estudiar los efectos de las enfermedades mentales de los padres en los niños, es que los resultados son manifestados más tarde, es necesario entonces estudiar los resultados provisionales que pueden preceder las disfunciones que vendrán. Los resultados provisionales incluyen las relaciones padre-hijo, apego, desarrollo del coeficiente de inteligencia, éxito en el lenguaje, temperamento y regulación biológica (comida, sueño), por ejemplo un apego inseguro puede predecir futuros problemas en varias áreas de dominios como la salud mental, relaciones de pareja y funciones familiares.

De acuerdo a Rutter (16), en su clásico estudio, no hay un factor de riesgo particular pero sí hay relación entre el número y la severidad de distintos factores de riesgo en la historia del desarrollo infantil, que llevan al niño a desarrollar psicopatología. De acuerdo con el autor, hay cuatro posibles mecanismos básicos relacionados con los desórdenes psiquiátricos de los padres y las conductas inadecuadas del niño; 1) genética, 2) el impacto directo del medio ambiente donde están los padres enfermos, 3) el efecto indirecto de la enfermedad de los padres y 4) el efecto de la enfermedad en el niño originado de las correlaciones de la enfermedad de los padres con su propia enfermedad.

Algunos autores como Hay (17) y Downey (18), asocian la enfermedad mental con las discordias de la vida marital, las cuales en general anteceden a las desórdenes mentales, para ellos, el grado de los conflictos matrimoniales entre los padres, en general, es un factor importante para el desarrollo del niño. Este factor asociado con las desventajas socioeconómicas y con el estrés en la relación marital, afectan el desarrollo y tienen un efecto indirecto en el comportamiento del niño.

Los padres con problemas psicológicos y/o mala relación marital pueden adoptar un estilo educativo caracterizado por una disciplina dura, hostil e inconsistente, bajo nivel de supervisión y poca *calor emocional*. Estas dimensiones de estilo educativo se han relacionado tanto con problemas exteriorizados (problemas de comportamiento, uso de sustancias, delincuencia) como interiorizados (ansiedad y depresión).

Algunos autores han estudiado este modelo teórico considerando una medida de competencia personal: la autoestima. Este constructo hace referencia al grado en que el individuo se acepta a sí mismo. Una persona con una autoestima elevada considera que merece respecto a los demás y evalúa positivamente lo que es y lo que hace. En cambio una persona con un nivel de autoestima baja no se agrada a si misma, y se ve de forma inadecuada, despreciable o no digna de respeto. En la mayoría de estos trabajos se ha observado que la falta de apoyo y calor emocional de los padres se asocia a una autoestima baja en el niño. A su vez, la autoestima se ha considerado precursor de numerosas psicopatologías.

Salud mental del niño: La madre

La mayoría de los estudios sobre el desarrollo del niño han enfocado su atención en la madre, esto se debe al hecho de que las madres son generalmente el primer contacto del niño con el mundo externo y son ellas en la gran mayoría responsables por los cuidados de los niños. Es la madre que permite al niño vivir y desarrollarse, sobre una relación de seguridad y amor. Ella lo ayudará a construir un modelo que lo protegerá contra el peligro de las agresiones externas y le permitirá desarrollar relaciones sanas con los otros y con el medio ambiente.

En los días actuales, las mujeres se insertaron en el trabajo remunerado, de esta forma, se amplió su rol, antes restringido a los quehaceres domésticos, para pasar a ser también proveedora, lo que en ocasiones origina la necesidad de distanciarse de los hijos, debiendo continuar de cualquier forma con el cuidado, promoviendo mejores condiciones de nutrición, y de esta forma, de vitalidad (20).

Uno de los resultados de la interacción madre-hijo durante el primer año de vida es el desarrollo del apego, que se caracteriza por una serie de comportamientos de protección que el niño tiene como modelo construido a través del vínculo materno distinto de la alimentación y sexo que usa en situaciones de estrés. Ainsworth(21) quien desarrolló los estudios de Bowlby sobre el apego lo caracterizó como: a) apego seguro, que es cuando la madre ofrece al niño una base segura para la exploración y le provee confort seguro y organización ante una situación de estrés; b) el apego inseguro lo definió en dos subtítulos: Evitativo que es cuando el niño evita a los familiares estando en una situación estresante y resistente es cuando resiste a los contactos sociales y físicos en situación de estrés.

#### Salud mental del niño: Madres con enfermedad mental

En los años 60 y 70 muchos estudios sobre niños nacidos en familias con enfermedad mental fueron desarrollados y siguen siendo objetos de diversos estudios que aportan su contribución al tema (22). Los trastornos mentales infantiles pueden estar asociados a diversas variables, Bastos y Almeida Filho (23) los asociaron a las variables psicopatología parental, pérdida en la familia, clase social y ambiente familiar precoces. Un estudio realizado por Miranda (24), demostró que la salud mental de la madre es un factor de riesgo importante para la nutrición del niño.

La investigación de Sameroff (25), entre otros resultados, encontraron que los niños hijos de madres esquizofrénicas presentan más problemas de desarrollo, pero estos problemas no aparecen como un simple resultado de la enfermedad materna, otros factores estarían asociados.

Las entidades psicopatológicas maternas más conocidas que demostraron afectar la conducta del niño fueron la depresión y la esquizofrenia (26, 27).

Los niños hijos de madres esquizofrénicas y depresivas están en riesgo, ellos mismos, para una variedad de trastornos; los niños hijos de madres esquizofrénicas demostraron una anormal tranquilidad, estados de inactividad con poco o ningún llanto. En un estudio, los hijos de madres depresivas demostraron dificultades en resolver problemas cognitivos, inestabilidad emocional y en los test de inteligencia demostraron problemas de atención (28).

Epidemiología de los trastornos mentales en la infancia.

Los estudios comunitarios de prevalencia de psicopatología infantil se han llevado a cabo desde los últimos 50 años. Los estudios descriptivos de Glidewell y Long (citados por Links, (29) fueron los intentos iniciales. Las estimaciones de prevalencia obtenidas, dependen de cómo han sido definidos los síntomas o las patologías.

Se debe tener en cuenta que la frecuencia de síntomas individuales puede ser bastante alta pero la prevalencia de desórdenes específicos será mucho menor. Links enfatiza que en la epidemiología de los trastornos infantiles es importante determinar la prevalencia de desórdenes específicos de manera más delimitada que trastornos conductuales y neuróticos.

Pedreira y cols. (30) señalan a la escalas CBCL como las más estandarizadas ya que permiten valorar una amplia gama psicopatológica y han sido usadas transculturalmente.

En revisión de estudios realizados luego de 1980 se señala que esta prevalencia varía en investigaciones poblacionales entre un 14% y un 20% (31). En una revisión más reciente de 38 estudios, estos valores se ubican en una media de 13% (32).

En cuanto a la relación entre trastornos psíquicos y variables sociodemográficas, se han encontrado, por ejemplo, diferencias según el sexo donde los estudios apoyan el hecho de que los problemas comportamentales son más prevalentes en niños que en niñas (21,33). Generalmente se ha encontrado que las niñas evidencian síntomas neuróticos mientras los varones muestran conductas agresivas y destructoras.

Se ha encontrado que niños pertenecientes a niveles socio económicos bajos presentan grados de psicopatología y de otros problemas en niveles mayores que los niños de grupos sociales más aventajados (34). Lipman y colaboradores (35) han encontrado en Canadá que las probabilidades en un niño de una familia de bajos recursos de sufrir trastornos psíquicos es casi 2.5 veces más que si el niño proviene de una familia de nivel socioeconómico más alto.

Estudios en México

Existen varios estudios que han evaluado la presencia de psicopatología infantil en población Mexicana, el primero que referiremos por su carácter epidemiológico uso el Reporting Questionnaire for Children (RQC) [Cuestionario de Notificación Infantil] (37),

instrumento para el tamizaje de problemas conductuales en los niños, que se aplicó como parte de la Encuesta Nacional de Salud Mental (38). Sobre la base de la información aportada por los padres, se estimó una prevalencia de 15,6% de trastornos en niños de 3 a 12 años de edad.

Gordillo y Santoyo (1988)(36) desarrollaron un estudio en la ciudad de México donde trabajaron con 70 familias, 36 de las cuales correspondían al nivel socioeconómico bajo y las 34 restantes al nivel medio. La edad de los niños fluctuó entre los tres y los cuatro años de edad. Este estudio utilizó la escala de observación y medición del ambiente familiar de Caldwell, Heider & Kaplan (1966). Para determinar el ingreso mensual de la familia, la densidad y estructura familiar, la escolaridad de los padres, estructura de la vivienda y datos individuales de cada sujeto, utilizaron un cuestionario adaptado a la realidad evaluada (Mendez y Solís, 1984). Los resultados del estudio demostraron que existen diferencias significativas entre los factores estudiados en los dos grupos con niveles socioeconómicos bajos y medio. Estas diferencias permitieron explicar con cierto grado de seguridad por qué el tipo, cantidad y calidad de la estimulación disponible en el medio ambiente familiar de los hogares de clase media es significativamente mayor (cerca del doble) que los de la clase baja.

Otros factores que se han relacionado en población mexicana con la presencia de psicopatología infantil han sido el rechazo paterno, encontrando que los padres pertenecientes al grupo de rechazo perciben a sus hijos con más problemas de ansiedad, depresión, incomunicación, problemas somáticos, retraimiento social, así como problemas de conducta (39).

En cuanto a la presencia de trastornos externalizados e internalizados, en la validación mexicana del CBCL (53), se evaluaron a niños que acudieron al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro a solicitar consulta de primera vez que no estuvieran recibiendo ningún medicamento (n=202), y b) niños de tres escuelas oficiales (n=409). El promedio obtenido para los problemas internalizados en la comunidad fue de 12.8 (DS=10.4), externalizado de 12.8 (DS=10.4) y el promedio en el total de problemas fue de 41.2 (DS=29.5). En los niños que acudían a consulta el promedio en problemas internalizados fue de 15.9 (DS=8.2), externalizados 27.7 (DS=13.8) y total de problemas 82.0 (DS=35.2). Así los valores obtenidos fueron adecuados para distinguir entre población general y población clínica.

## JUSTIFICACION

Una de las poblaciones en dónde se puede hacer mayor número de intervenciones, para evitar la presencia de trastornos psiquiátricos en la adultez es la infancia. Como hemos visto en los antecedentes, una buena parte de la presencia de psicopatología infantil se encuentra asociada a trastornos mentales en la familia, y específicamente en las madres, quienes son generalmente las que realizan el primer vínculo con el niño y son marco de referencia para ellos. Las características maternas parecen condicionar un vínculo que brinde seguridad u otros de naturaleza ansiosa.

Es así, que estudiar la presencia de psicopatología infantil en una población especialmente vulnerable, es decir, hijos de madres con un trastorno psiquiátrico resulta invaluable.

La relevancia del estudio es que no se encontró otro que haya evaluado en población mexicana una población con tales características, lo que rendiría información útil, innovadora, que puede servirnos de parámetro comparativo con otros niños de poblaciones diferentes. En este estudio se eligió el Child Behavior Checklist (CBCL) por ser un instrumento confiable, de tamizaje, que la madre puede evaluar.

Además tenemos la posibilidad de hacer detección temprana, ya que el tiempo de latencia en recibir atención es muy prolongado, y la detección de la psicopatología es muy importante, pues hasta el 41% de los problemas detectados en la infancia persisten hasta la edad adulta (54). Por lo que su detección precoz es valiosa para el tratamiento y el establecimiento de medidas preventivas y pueden implementarse medidas de prevención en esta población especialmente vulnerable, mejorando la atención.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿Cuál es la presencia de psicopatología infantil en hijos de madres con TLP?

## **HIPOTESIS**

Los hijos de pacientes con trastorno límite de personalidad tendrán puntuaciones elevadas en los problemas internalizados y externalizados.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la presencia de Psicopatología en hijos de madres con diagnóstico de personalidad límite.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Describir la frecuencia con que se encuentran los trastornos internalizados en una muestra de pacientes con madres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

Describir la frecuencia con que se encuentran los trastornos externalizados en una muestra de pacientes con madres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

## METODOLOGIA

1. Tipo de estudio: Se considera de tipo clínico, ya que implica la participación de pacientes (52), además descriptivo, transversal y observacional.

2. Universo de trabajo:

Pacientes que acudan a la consulta externa del HPFBA acompañadas por pareja o padres.

Selección de la muestra:

Se seleccionaron a 45 pacientes accesibles en los meses octubre a diciembre del 2007 que acudían al HPFBA a la consulta externa con diagnóstico de trastorno límite que fue corroborado por medio del SCID-II y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

- Mujeres con diagnóstico de trastorno límite de personalidad
- Que acudan al servicio de consulta externa del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
- Tener hijos entre 6 a 18 años y
- Que accedan participar en el estudio previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Mujeres hospitalizadas
- Que cursen al momento de la evaluación con cuadros psicótico o depresión grave según criterio del evaluador
- Con retraso mental.

3. Procedimiento

El protocolo fue presentado ante el comité de ética del Hospital participante, posterior a su aprobación la investigadora principal acudió a consulta externa para la selección de las

pacientes. Se seleccionaron a las pacientes en el periodo de octubre a diciembre del 2007 que acudían a consulta externa, solicitándoles al médico tratante que derivará al investigador principal a las pacientes diagnosticadas con trastorno límite o buscándolas por medio de los expedientes de consulta externa.

En un consultorio disponible se entrevisto a la paciente, después de verificar que cumpliera con los criterios de inclusión, y se corroborará el diagnóstico con el SCID-II, se les solicito que contestarán el CBCL. En caso de que tuvieran más de un hijo, y con el fin de que no se cansará a los participantes con el llenado doble del instrumento se les pidió que seleccionaran al hijo de más edad dentro del grupo de estudio.

La elección del hijo de mayor edad se baso en considerar que tenían un tiempo de exposición mayor al entorno materno. El tiempo promedio para la evaluación fue de 40 minutos. Los datos obtenidos fueron capturados en una base de datos para su posterior análisis estadístico, realizándose las conclusiones y resultados en formato de tesis.

#### **Variable Dependiente.**

Trastornos internalizados y externalizados en hijos de pacientes con trastorno limite de personalidad. Los trastornos internalizados se definen como ansiedad y depresión, incomunicación, conductas obsesivo-compulsivas, trastornos somáticos, retraimiento social mientras los externalizados se caracterizan por hiperactividad, agresividad y delincuencia.

Definición Operacional: Se seleccionaron las dimensiones exteriorizada e interiorizada del CBCL. Se utilizaron las puntuaciones directas de estas dos dimensiones. Estas puntuaciones oscilan entre 0 y 62 para la dimensión interiorizada y entre 0 y 66 para la exteriorizada. A mayor puntuación se considera que existe más psicopatología.

#### **Variable independiente.**

Trastorno limite de personalidad, se define como un patrón general de inestabilidad en las relaciones afectivas, interpersonales y de la auto imagen, la utilización de mecanismos de defensa primitivos, así como una notable impulsividad derivada de la incapacidad de procesar sus pensamientos y emociones y la necesidad de derivarlos hacia el polo de la conducta, se sitúan en la frontera entre las neurosis y las psicosis.

Definición operacional. Diagnóstico obtenido por el SCID II. Categórica

## **Instrumentos**

### **Inventario de Conducta Infantil. (CBCL)**

Achenbach y Edelbrock (1983) diseñaron un Inventario de Conductas Infantiles (CBC, Child Behavior Checklist) compuesto por 20 ítems de habilidades sociales y 118 de problemas de conducta, con tres alternativas de respuesta, valorados con una escala de 0 a 2 puntos junto a un epígrafe "Otros problemas". El cuestionario está diseñado para ser completado por padres o sustitutos de los niños/as de edades comprendidas entre 4-16 años. Mediante la aplicación de un Análisis de Componentes Principales a las puntuaciones obtenidas por los sujetos en los ítems problema de la CBC se obtuvieron síndromes de primer orden o síndromes de banda estrecha. Sobre estas escalas en cada grupo de edad y sexo se realizaron análisis factoriales de segundo orden que revelaron dos grandes agrupaciones de escalas: Interiorizada (llamada en otros estudios hipercontrolados, problemas de personalidad, timidez o ansiedad, inhibición) y Exteriorizada (infracontrolado, problemas de conducta, cólera o desafío y agresión). El coeficiente de consistencia interna alpha obtenido para el total de la escala fue de 0.9631. La fiabilidad test-retest fue de .70 a .92 para las escalas de competencia y entre .82 y .95 para las escalas de problemas [40]. Ha sido ampliamente utilizada en México, (35, 39) y fue validada por Albores-Gallo (53) obteniendo una consistencia interna para la escala de problemas internalizados de 0.90, para los externalizados de 0.94 y para el total de problemas de 0.97. La fiabilidad test-retest fue de 0.84.

SCID II. ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA PARA EL DSM-III-R para trastornos de personalidad. (SCID II, Clinical Interview for DSM-III-R) [41].

Es una entrevista diagnóstica semiestructurada para la evaluación de 10 trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV, así como el Trastorno depresivo de la personalidad y el Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad. La SCID-II puede usarse para formular diagnósticos de Eje II, de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional (anotando el número de criterios de trastorno de la personalidad para cada diagnóstico que han sido codificados como "3"). La SCID-II puede utilizarse tanto en el ámbito de la investigación como en el de la práctica clínica. Fue traducida al español por Perez Domínguez y Blanch Andreu (55).

## **ANALISIS ESTADISTICO**

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de los datos, mostrando la distribución de los indicadores. Se realizó promedio de las puntuaciones obtenidas en el CBCL de los

problemas interiorizados y exteriorizados. Se realizó un análisis de correlación de Spearman entre la puntuación del CBCL y las variables ordinales o numéricas (p.ej: edad, rendimiento académico, actividad en relación a otros). Con el fin de observar si el predominio de algún problema externalizado o internalizado se asociaba con alguna variable categórica, se escogió el puntaje más alto entre las dos como variable categórica. El análisis se realizó en SPSS v15.

Ética medica.

Dado que es un estudio de carácter descriptivo, se considera sin riesgo, aún así se les explico claramente los beneficios posibles de su participación. Se les solicito su consentimiento informado, explicándoles claramente que podrían decidir su no participación. En el caso de encontrar psicopatología grave en el niño se canalizó a los servicios de salud mental correspondientes para su atención.

## RESULTADOS

La muestra estuvo comprendida por 45 pacientes con trastorno límite. Los datos laborales de los padres se describen en el Cuadro 1. Se recabaron los datos laborales del padre, al considerar que generalmente es la principal fuente proveedora. La mayor frecuencia se encontró en los padres que eran empleados con un 42.2%. Tres padres se encontraban ausentes y existían 4 (8.9%) desempleados. En cuanto a las madres, casi la mitad eran amas de casa (44.4%), 11 se encontraban empleadas (24.4%) y una desempleada (2.2%).

Cuadro 1. Variable laboral de los padres

| VARIABLE          | FRECUENCIA (%) |
|-------------------|----------------|
| Trabajo del padre |                |
| Comerciante       | 9 (20%)        |
| Desempleado       | 4 (8.9%)       |
| Empleado          | 25 (55.5%)     |

|                            |            |
|----------------------------|------------|
| Profesionista              | 4 (8.9%)   |
| Ausente                    | 3 (6.7%)   |
| <b>Trabajo de la madre</b> |            |
| <b>Ama de casa</b>         | 20 (44.4%) |
| <b>Comerciante</b>         | 6 (13.3%)  |
| <b>Desempleada</b>         | 1 (2.2%)   |
| <b>Domestica</b>           | 2 (4.4%)   |
| <b>Empleada</b>            | 11 (24.4%) |
| <b>Pensionada</b>          | 1 (2.2%)   |
| <b>Profesionista</b>       | 4 (9.1%)   |

En cuanto a los hijos (Cuadro 2), más de la mitad eran mujeres (62.2%), la edad promedio era de 11.06 años y la mayor parte asistía a una escuela oficial (84.4%).

Cuadro 2. Sexo, edad y escolaridad de los hijos.

| VARIABLE        | FRECUENCIA   |
|-----------------|--|
| <b>HIJOS</b>    |  |
| Femenino        | 28 (62.2%)   |
| Masculino       | 17 (37.8%)   |
| Edad            | Rango de 6 a 17 años<br>(Promedio 11.06)                 |
| Tipo de escuela |  |
| No asiste       | 2 (4.4%)   |
| Oficial         | 38 (84.4%)   |
| Particular      | 5 (11.1%)  |
| Grado escolar   | Rango 1 a 14 años.<br>Promedio de 11 años de escolaridad |

En cuanto a las actividades realizadas por ellos se muestran en el cuadro 3, divididas por tiempo y desempeño en relación a otros niños. Se puede observar que un tercio no realizan ninguna actividad deportiva (33.3%); los que la realizan, generalmente lo hacen en igual tiempo y desempeño que otros niños (66.7% y 60% respectivamente). En cuanto a actividades recreativas, la mayor parte juegan (incluyendo videojuegos) con un 55.6%, y la mayor parte no participa en alguna otra actividad como pertenecer a equipos, clubes o grupos y casi la mitad ayudan a las tareas del hogar.

En el cuadro 4 se encuentra el número de amigos, el tiempo dedicado a ellos, característica de convivencia, desempeño escolar y problemas referidos por los padres.

Se puede observar que la mayor parte tiene mas de 2 amigos (84.4%), con participación de menos de 1 vez a la semana (51.1%) en actividades con ellos. Catorce niños tenían bajo rendimiento escolar y 8 refirió problemas de conducta.

Cuadro 3. Actividades realizadas por los niños.

| ACTIVIDAD                            | FRECUENCIA | TIEMPO EN COMPARACIÓN A OTROS NIÑOS |         |                     | RENDIMIENTO EN COMPARACIÓN A OTROS NIÑOS |                   |           |
|--------------------------------------|------------|-------------------------------------|---------|---------------------|--|-------------------|-----------|
|                                      |            | Menos                               | Igual   | Más                 | Menos                                    | Igual             | Más       |
| <b>Actividades deportivas</b>        |            |                                     |         |                     |  |                   |           |
| Ninguna                              | 15 (33.3%) |                                     |         |                     |  |                   |           |
| Básquetbol                           | 11 (24.4%) |                                     |         |                     |  |                   |           |
| Ciclismo                             | 5 (11.1%)  | 4                                   | 20      | 6 (20%)             | 4 (13.3)                                 | 18                | 8         |
| Correr                               | 2 (4.4%)   | (13.3%)                             | (66.7%) |                     |  | (60%)             | (26.7%)   |
| Fútbol                               | 7 (15.6%)  |                                     |         |                     |  |                   |           |
| Natación                             | 5 (11.2%)  |                                     |         |                     |  |                   |           |
| <b>Actividades recreativas</b>       |            |                                     |         |                     |  |                   |           |
| Jugar                                | 17 (37.8%) |                                     |         |                     |  |                   |           |
| Cantar                               | 3 (6.7%)   | 3                                   | 29      | 13                  | 3 (6.7%)                                 | 29                | 13 (28.9) |
| Leer                                 | 6 (13.3%)  | (6.7%)                              | (64.4%) | (28.9)              |  | (64.4%)           |           |
| Salir con su novio (a)               | 2 (4.4%)   |                                     |         |                     |  |                   |           |
| Jugar con videojuegos                | 8 (17.8%)  |                                     |         |                     |  |                   |           |
| Otros                                | 9 (20%)    |                                     |         |                     |  |                   |           |
| Participación en alguna organización |            | Menos que los demás                 |         | Igual que los demás |  | Mas que los demás |           |
| No                                   | 34 (75.6%) |                                     |         | 9                   |  |                   |           |
| Si                                   | 11 (24.4%) |                                     |         |                     |  | 3                 |           |
| Ocupación en el                      |            |                                     |         |                     |  |                   |           |

|                                 |            |   |    |   |
|---------------------------------|------------|---|----|---|
| hogar                           |            |   |    |   |
| Asear la casa                   | 23 (48.1%) | 5 | 12 | 6 |
| Ayudar en el comercio familiar  | 5 (12.1%)  | 2 | 3  |   |
| Cuidar a hermanos u otros niños | 7 (16.6%)  | 1 | 6  |   |
| Ninguna                         | 10 (23.2%) |   |    |   |

Cuadro 4. Características sociales de los hijos.

| VARIABLE  | FRECUENCIA        |            |            |           |
|---|-------------------|------------|------------|-----------|
| <b>¿Cuántos amigos tiene su hijo?</b>                               |                   |            |            |           |
| Ninguno   | 1 (2.2%)          |            |            |           |
| 1   | 6 (13.3%)         |            |            |           |
| 2 ó 3   | 18 (40%)          |            |            |           |
| 4   | 20 (44.4%)        |            |            |           |
| <b>¿Cuántas veces a la semana participa su hijo con sus amigos?</b> |                   |            |            |           |
| Menos de 1  | 23 (51.1%)        |            |            |           |
| 1 ó 2   | 4 (8.9%)          |            |            |           |
| 3 ó más   | 10 (40%)          |            |            |           |
| En comparación con otros niños                                      | No tiene hermanos | Peor       | Igual      | Mejor     |
| Convivencia con hermanos  | 4 (8.9%)          | 9 (20%)    | 30 (66.7%) | 2 (4.4%)  |
| Convivencia con otros niños   |                   | 14 (31.1%) | 27 (60%)   | 4 (8.9%)  |
| Convivencia con padres  |                   | 25 (55.6%) | 18 (40%)   | 2 (4.4%)  |
| ¿Juega o hace tareas sólo?  |                   | 17 (37.8%) | 19 (42.2%) | 9 (20%)   |
| Rendimiento escolar   | Reprobó           | Abajo      | Promedio   | Arriba    |
| Español   | 2 (4.4%)          | 11 (24.5%) | 24 (53.3%) | 8 (17.8%) |
| Ciencias sociales   | 2 (4.4%)          | 6 (13.3%)  | 32 (71.2%) | 5 (11.1%) |
| Matemáticas   | 5 (11.1%)         | 18 (40%)   | 14 (31.1%) | 8 (17.8%) |
| Ciencias Naturales  | 3 (6.6%)          | 5 (11.1%)  | 30 (66.7%) | 7 (15.6%) |
| Escuela especial  |                   |            |            |           |
| No  | 43 (95.6%)        |            |            |           |
| Si  | 2 (4.4%)          |            |            |           |
| Repitió algún grado   |                   |            |            |           |
| No  | 39 (86.7%)        |            |            |           |
| Si  | 6 (13.3%)         |            |            |           |
| Algún problema  |                   |            |            |           |
| Si  | 28 (63.2%)        |            |            |           |
| No  | 17 (37.8%)        |            |            |           |
| ¿Cuál era el problema?  |                   |            |            |           |
| Ninguno   | 17 (37.8%)        |            |            |           |
| Aislada   | 5 (11.1%)         |            |            |           |
| Bajo rendimiento  | 14 (31.1%)        |            |            |           |
| Conducta  | 8 (17.8%)         |            |            |           |
| Médicos   | 1 (2.2%)          |            |            |           |

|                                   |                   |
|-----------------------------------|-------------------|
| Problemas físicos                 |                   |
| No                                | <b>31 (68.9%)</b> |
| Si                                | <b>14 (31.1%)</b> |
| ¿Cuál?                            |                   |
| Ninguno                           | <b>32 (71.3%)</b> |
| Depresión                         | <b>1 (2.2%)</b>   |
| Diabetes mellitus                 | <b>1 (2.2%)</b>   |
| Enuresis                          | <b>1 (2.2%)</b>   |
| Epilepsia                         | <b>2 (4.4%)</b>   |
| Obesidad                          | <b>6 (13.3%)</b>  |
| Retraso psicomotor                | <b>1 (2.2%)</b>   |
| Trastorno por déficit de atención | <b>1 (2.2%)</b>   |

La madre autoevaluó a la familia en una escala de 0 a 10, la mínima calificación fue de 3, la máxima fue de 10, el promedio fue de 6.8.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el CBCL, el promedio de problemas externalizados era de 31.48 con una desviación estándar de 15.1.

Los problemas internalizados tuvieron un promedio de 29.84 con una desviación estándar de 13.2. Estas puntuaciones resultan mayores que las referidas para niños en comunidad (12.8 para externalizados y 8.3 para internalizados) y para los niños que asistían a un hospital Psiquiátrico (27.7 para externalizados y 15.9 para problemas internalizados) por lo que podemos considerar que la muestra presentó alta presencia de psicopatología infantil, aceptándose la hipótesis.

El análisis de correlación entre las variables ordinales y la puntuación obtenida en el CBCL se muestra en el cuadro 5. Podemos observar que la evaluación familiar estuvo correlacionada de manera inversa con los problemas externalizados e internalizados; el rendimiento deportivo, el número de amigos y el tiempo dedicado a los amigos también estuvo correlacionado inversamente con los problemas internalizados.

La calidad de convivencia con otros niños, y jugar solo comparado con otros estuvo correlacionado de manera inversa con los problemas externalizados. Y finalmente la calidad de relación con sus padres estuvo inversamente relacionada con los problemas externalizados e internalizados.

Cuadro 5. Correlación entre las variables ordinales y cuantitativas con la puntuación obtenida en los problemas externalizados e internalizados.

| VARIABLE   | PROBLEMAS EXTERNALIZADOS | PROBLEMAS INTERNALIZADOS |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Auto-evaluación familiar                                       | -.432 (.003)*            | -.296 (.049)*            |
| Edad   | .063 (.682)              | .153 (.315)              |
| Grado escolar  | -.089 (.561)             | .130 (.395)              |
| Tiempo a actividades deportivas en relación a otros niños.     | .097 (.609)              | -.53 (.002)*             |
| Capacidad en actividades deportivas en relación a otros niños  | -.068(.722)              | -.401 (.028)*            |
| Tiempo dedicado a actividades recreativas                      | .190 (.212)              | .173 (.256)              |
| Capacidad en actividades recreativas en relación a otros niños | .230 (.128)              | -.015 (.920)             |
| Número de amigos   | .067 (.663)              | -.319 (.033)*            |
| Tiempo dedicado a los amigos                                   | .137 (.371)              | -.296 (.049)*            |
| Convivencia con sus hermanos                                   | -.227 (.135)             | -.211 (.165)             |
| Convivencia con otros niños                                    | -.30 (.045)*             | -.161 (.290)             |
| Convivencia con papas  | -.648 (.000)*            | -.320 (.032)*            |
| Juega sólo en relación a otros                                 | -.480 (.001)*            | .043 (.779)              |
| Rendimiento en español   | -.279 (.070)             | .054 (.730)              |
| Rendimiento en ciencias sociales                               | -.209 (.178)             | .061 (.699)              |
| Rendimiento en matemáticas                                     | -.258 (.094)             | -.180 (.248)             |
| Rendimiento en ciencias naturales                              | -.392 (.164)             | -.295 (.307)             |

- Valor estadísticamente significativo.

Únicamente se encontró una asociación significativa entre el sexo masculino ( $p=.048$ ) con la presencia de problemas externalizados. El resto de los valores no fue significativo (Cuadro 6).

Cuadro 6. Asociación entre predominio de problemas externalizados o internalizados con las variables categóricas.

| VARIABLE                            | $\chi^2$ (SIG) |
|-------------------------------------|----------------|
| Sexo                                |                |
| Femenino                            | 3.9 (.048)     |
| Masculino                           |                |
| Trabajo del padre                   | 4.73 (.692)    |
| Trabajo de la madre                 | 8.82 (.184)    |
| Tipo de escuela                     | .626 (.731)    |
| Tipo de actividad deportiva         | 8.108 (.150)   |
| Tipo de actividad recreativa        | 13.82 (.312)   |
| Perteneciente a alguna organización | .396 (.529)    |
| Tareas en la casa                   | 15.712 (.265)  |
| Encontrarse en una escuela especial | .850 (.356)    |
| Repetir grado                       | .503 (.478)    |
| Problemas referidos                 | .485 (.785)    |

## DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo era realizar una aproximación inicial a la psicopatología presente en hijos de pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Podemos observar que el puntaje obtenido en psicopatología en general en la muestra es alto, esto comparado tanto en población internacional (50) como mexicana (54), pues supera los puntajes obtenidos en población abierta e incluso, como se muestra en los resultados, de manera alarmante, supera las puntuaciones en niños que acuden a recibir atención a un hospital psiquiátrico.

Es decir, que es probable que la presencia de psicopatología infantil en hijos de madres con TLP sea igual o mayor que niños que acuden regularmente a recibir atención psiquiátrica. Desafortunadamente no podemos hablar de una presencia de algún trastorno, ya que el instrumento no es diagnóstico.

Al parecer, como se menciona en los antecedentes, el que la madre tenga un trastorno de personalidad será crucial en la presencia de sintomatología del niño, lo que hace que aceptemos nuestra hipótesis, pero también podemos observar que existen otros factores asociados que pueden influir en la presencia de psicopatología; estos otros factores los abordaremos a continuación.

De primera instancia observamos que la ocupación era una variable tendiente a la homogeneidad y que no se encontró asociado con otra variable, probablemente secundario a ésta homogeneidad. Esto no coincide con otros estudios, pues Elder (51) refería una asociación entre la pérdida de trabajo, especialmente del padre, con la presencia de psicopatología familiar así esperaríamos que el desempleo estuviera asociado a mayor sintomatología; el pequeño tamaño de la muestra y el reducido número de padres que se encontraban en esta situación laboral podría explicar esta ausencia de asociación.

Una limitación del estudio fue no tomar en cuenta la severidad de la sintomatología materna, la adherencia al tratamiento, el funcionamiento familiar y otras variables sociodemográficas de la familia. De ahí que no podamos contrastar los hallazgos de Gordillo (36), que refiere que la percepción de problemas económicos durante los

primeros años de vida del niño se ha asociado de forma directa con problemas interiorizados.

En cuanto a las características de los hijos, encontramos un predominio de mujeres en la muestra, aunque llama la atención que existió una asociación entre la presencia de problemas externalizados con el sexo masculino. Estos resultados son similares a los señalados por otros autores (48, 49) y se han observado tanto en muestras clínicas como en población general.

Al parecer podemos observar que independiente de la psicopatología materna, los niños tenderán a tener más problemas externalizados que las niñas.

En cuanto a la edad, no observamos ninguna correlación aunque se encuentra referido que a medida que aumenta la edad se observan más problemas interiorizados (48,49). Es probable que será necesario replicar este estudio en una muestra mucho más grande para observar si los datos son consistentes con los antecedentes. Probablemente nuestra falta de correlación se deba a que los rangos de edad tendieron a estar en la infancia, con un promedio de edad de 11 años, por lo que probablemente no tuviera un impacto en la externalización o internalización de los problemas.

En cuanto a las actividades realizadas por los niños, encontramos que existía una interesante correlación entre la presencia de buen rendimiento en las actividades deportivas, con bajos niveles de problemas internalizados. No se encontraron en los antecedentes algún dato a este respecto, pero es probable que el tener una actividad no sólo recreativa, si no que pueda servir como vía para descargar la tensión emocional por medio del ejercicio, disminuya de manera significativa los síntomas de ansiedad, depresión o somáticos que caracterizan a los procesos internalizados.

Esto nos abre una vertiente no sólo para nuevos estudios, sino para introducir procesos terapéuticos que impliquen iniciar una actividad deportiva en niños con riesgo de desarrollar algún problema psicopatológico, que además del beneficio físico, tenga un impacto emocional.

Los factores sociales, como ya hemos visto, tienen un peso muy importante en la psicopatología infantil. Como lo establecía Jessor (43), los amigos forman también medios de contención y de alguna manera nos pueden servir como indicadores de menor psicopatología. Así observamos que la presencia de un mayor número de amigos y más tiempo dedicado a convivir con ellos se encontraba correlacionado con menores problemas internalizados. Puede ser que el factor social tendrá más importancia cuando el

entorno inmediato, es decir la familia, sea más inestable. Aun así, esta hipótesis es aventurada, pues es necesario realizar un estudio comparativo para observar si hijos de madres sin algún trastorno de personalidad tienen esta correlación presente.

Un punto que nos apoya la importancia que tienen el entorno familiar en la psicopatología es que se encontró una correlación negativa entre una mejor convivencia con los padres con los problemas externalizados e internalizados. El vínculo, como ya lo refería Ainsworth (21), tiene una importancia vital con el niño, y es así que la calidad de este vínculo tiene una fuerte asociación con la presencia de psicopatología. Es importante realizar intervenciones tempranas en las pacientes con trastorno límite, para trabajar con la díada madre-hijo, tratando de disminuir el impacto que tiene la constante inestabilidad de la madre en la salud mental de su hijo.

Finalmente podemos observar que la auto-evaluación realizada por la madre sobre su familia tiene una asociación inversa con la presencia de psicopatología infantil. Podemos inferir que las madres tienen una visión tendiente a la objetividad sobre su situación familiar, que quizás es una de las partes cruciales del tratamiento del niño. Ya que al parecer las madres detectan los síntomas y pueden enjuiciar su propia situación, por lo que el siguiente paso sería darles las herramientas necesarias para cambiar la dinámica familiar, que esta causando este alarmante aumento en la psicopatología infantil. Probablemente será necesario realizar intervenciones tempranas, y más investigaciones en éste sentido.

### **CONCLUSIONES.**

En este estudio observamos que la presencia de psicopatología infantil es alta en hijos de pacientes con trastorno límite de la personalidad por lo que se acepta la hipótesis. Existe una correlación negativa entre realizar actividades deportivas, tener una buena red de amigos y una relación adecuada con los padres, con la presencia de psicopatología. Es necesario realizar estudios con una muestra mayor y evaluar otras características, como la severidad de síntomas maternos, entorno socioeconómico y funcionamiento familiar.

## REFERENCIAS.

1. Quinton D, Rutter M, Liddle C. Institutional rearing, parenting difficulties and marital support. *Psychol Med* 1984;14(1):107–124.
2. Rae-Grant N, Thomas BH, Offord DR, Boyle MH. Risk, protective factors, and prevalence of behavioral and emotional disorders in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28(2):262–268.
3. Hetherington EM, Cox M, Cox R. Long-terms of divorce and remarriage on the adjustment la American Society of Criminology Annual Meeting, Nueva Orleans, 1992.
4. Caplan HL, Cogill SR, Alexandra H, Robson KM, Katz R, Kumar. Maternal depression and the emotional development of the child. *Br J Psychiatry* 1989;154:818–822.
5. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. *Psychol Bull* 1990;108(1):50–76. 7. Hammen C, Gordon D, Burge D, Adrian C, Jaenicke C, Hiroto D. Maternal affective disorders, illness and stress: risk for children’s psychopathology. *Am J Psychiatry* 1987;144(6): 736–741.
6. Offord DR, Boyle MH, Fleming JE, Blum HM, Grant NI. Ontario child health study. Summary of selected results. *Can J Psychiatry* 1989; 34(6):483–491.
7. Rutter M, Quinton D. Psychiatric disorder: ecological factors and concepts of causation. En: McCurck H, ed. *Ecological Factors in Human Development*. Amsterdam: North Holland Publishing; 1977. Rutter M. Stress, coping and development: some issues and some questions. *J Child Psychol Psychiatry* 1981;22(4):323–356
8. Rutter M. Stress, coping and development: some issues and some questions. *J Child Psychol Psychiatry* 1981;22(4):323–356.
9. Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mothers’ postnatal depression on children’s intelligence: a critique and re-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev* 1995;25(3):165-81.
10. Seifer R, Sameroff AJ, Barrett LC, Krafchuk E. Infant temperament measured by multiple observations and mother report. *Child Dev* 1994;65(5):1478-90.
11. Seifer R, Sameroff AJ, Dickstein S, Keitner G, Miller I, Rasmussen S, et al. Parental psychopathology, multiple contextual risks, and one-year outcomes in children. *Journal of Clinical Child Psychology* 1996;25(4):423-35.

13. Seifer R, Sameroff AJ, Baldwin CP, Baldwin A. Child and family factors that ameliorate risk between 4 and 13 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31(5):893-903.
14. Gordillo C, Santoyo C. Evaluación de la calidad del medio ambiente familiar de niños de diferente nivel socio económico [Tesis]. México: Universidad Nacional de México; 1988.
15. Seifer R, Sameroff AJ, Dickstein S, Keitner G, Miller I, Rasmussen S, et al. Parental psychopathology, multiple contextual risks, and one-year outcomes in children. *Journal of Clinical Child Psychology* 1996; 25(4):423-35.
16. Sameroff AJ, Seifer R, Barocas R, Zax M, Greenspan S. Intelligence quotient scores of 4-year-old children: social- environmental risk factors. *Pediatrics* 1987; 79(3):343-50.
17. Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence: a critique and reanalysis. *Child Psychiatry Hum Dev* 1995;25(3):165-81.
18. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. *Psychol Bull* 1990; 108(1):50-76.
19. Bronfenbrenner U. *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós; 1987.
20. Beardslee WR, Bemporad J, Keller MB, Klerman GL. Children of parents with major affective disorder: a review. *Am J Psychiatry* 1983;140(7):825-32.
21. Ainsworth MDS. *Patterns of attachment: a psychological study of strange situation*. Hillsdale, NJ: Earlbaum; 1978.
22. Teti DM, Gelfand DM, Messinger DS, Russel I. Maternal depression and the quality of early attachment: examination of infants preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology* 1996;31(3):363-76.
23. Almeida Filho N. *Epidemiologia sin números*. Washington: OMS; 1992.
24. Miranda CT, Turecki G, Mari JJ, Andreoli SB, Marcolin MA, Goihman S, et al. Mental health of mothers of malnourished children. *Internacional Journal of Epidemiology* 1996;96(1).
25. Sameroff AJ, Seifer R, Baldwin A, Baldwin C. Stability of intelligence from preschool to adolescence: the influence of social and family risk factors. *Child Dev* 1993;64(1):80-97.
26. Beardslee WR, Bemporad J, Keller MB, Klerman GL. Children of parents with major affective disorder: a review. *Am J Psychiatry* 1983;140(7):825-32.

27. Leadbeabeter BL, Bishop SJ, Raver CC. Quality of mother-toddler interactions, maternal depressive symptoms and behavior problems in preschoolers of adolescent mothers. *Developmental Psychology* 1996;32(2):280-8.
28. Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. *J Child Psychol Psychiatry* 1994;35(1):73-112.
29. Links, P.(1983) Community surveys of the prevalence of Childhood Psychiatric Disorders: A review *Child Development* 54, 531-548.
30. Pedreira JL, Sanchez B, Sardinero L, Martín L, Martín P (1993) Cap 15 Aplicación del método epidemiológico para la detección de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. En: *El método epidemiológico en Salud Mental*. González de Rivera y Revuelta, J.L. y otros. Ed. Masson-Salvat. Barcelona, España.
31. Brandenburg, N. A.; Friedman, R. & Silver, S. (1990) The Epidemiology of Childhood Psychiatric Disorders: prevalence findings from recent studies. *J. Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29 1: 76-83
32. Verhulst F.C., Van der ende J,(1991) Assessment of child psychopathology: relationships between different methods, different informants and clinical judgment of severity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84,155-159.
33. Gould, M.S; Wunsch-Hitzig, R & Dohrenwend B. (1981) Estimating the prevalence of childhood psychopathology: A critical review. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20:462-76.
34. Achenbach, T. M. (1991) *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
35. Lipman E.L; Offord D.R., Boyle M.H. (1994) Economic disadvantage and child psychosocial morbidity. *Can Med Assoc. J* 151 (4) :431-437
36. Gordillo C, Santovo C. Evaluación de la calidad del medio ambiente familiar de niños de diferente nivel socio económico [Tese]. México: Universidad Nacional de México; 1988.
37. Giel R, de Arango MV, Climent CE, Harding TW, Ibrahim HH, Ladrido-Ignacio L, et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. A report from the WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care. *Pediatrics* 1981; 68(5): 677-683.

38. Caraveo J, Medina-Mora ME, Tapia R, Rascon L, Gómez M, Villatoro J. Trastornos psiquiátricos en niños de la República Mexicana. Resultados de una encuesta de hogares. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1992; 3: 56–62
39. Gracia E, Lila M, Musitu G. Rechazo Parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*. Vol. 28, No. 2. Abril 2005 pp. 73-81
40. Achenbach TM, Edelbrock CS: Manual for the Chile Behavior Checklist and revised Chile Behavior Profile. University of Vermont Press, Burlington, 1983
41. Spitzer, R.L., Williams, J.B. y Sibbon, M. Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Axis II. SCID-II. Rev. New York, N.Y. Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute, 1989.
42. Gorman-Smith D, Tolan PH, Henry DB. A developmental-ecological model of the relation of family functioning to patterns of delinquency. *Journal of Quantitative Criminology* 2000; 16 : 169-198
43. Jessor R. Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist* 1993; 48: 490-99
44. Copeland S. The impact of family processes on adolescent depression. (Tesis doctoral, Houston University, 1999). *Dissertation Abstracts International*; 59 (8-A). 3206.
45. McMunn AM, Nazroo JY, Marmot MG, Boreham R, Goodman R. Children's emotional and behavioral well-being and the family environment: Findings from the Health Survey for England. *Social Science and Medicine* 2001; 53 :113-137
46. McLoyd VC. Jayaratne TE, Ceballo R, Borquez J. Unemployment and work interruption among African American single mothers: effects on parenting and adolescent socio emotional functioning. *Child Development* 1994; 65: 562-589.
47. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. The Effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychological Medicine* 1997; 27: 371-381.
48. Agueero BP, Schoff K, Levinson K, Youngstrom E, Izard CE. Estudio clínico comparativo en la adolescencia entre trastornos de conducta y trastornos afectivo-ansioso: (II). Aspectos familiares y adaptación escolar. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil* 1997; 2: 96-101

49. Aláez MF, Martínez-Arias R, Rodríguez-Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema* 2000; 12: 525-532
50. Cano Guillamón Noemí. Variables socioeconómicas y problemas interiorizados y exteriorizados en niños y adolescentes. Tesis Doctoral en Psicopatología infantojuvenil. Universitat Autònoma de Barcelona 2003.
51. Elder G. Historical change in life patterns and personality. En P. Baltes y O. Brim (Eds). *Life span development and behavior* 1979, New York: Academic Press: 117-159
52. Argimon Pallas J. Métodos para investigación clínica y epidemiológica. Ed. Elsevier 1999. Barcelona. p. 123
53. Albores-Gallo L, Lara-Muñoz C, Esperón-Vargas C, Cárdenas Zetina JA, Pérez-Soriano AM, Villanueva Colin G. Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35(6): 393-399
54. Hofstra M. Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14 year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39 850-8
55. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J. Guía para el usuario. SCID-II. Edit. Masson, Barcelona 1999.