



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
"Ramón de la Fuente Muñiz"

SUBESPECIALIDAD EN:

**PSIQUIATRIA INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE**

**Razonamiento prosocial, empatía y emociones prosociales limitadas como factores de riesgo asociados a la presencia y gravedad de la psicopatología, las dificultades en el funcionamiento en general y a la presencia de suicidalidad en hijos de padres con trastorno bipolar.
Adaptación ante el distanciamiento social por el COVID19**

T E S I S

PRESENTA:

DR. MANUEL ABRAHAM VALDERRAMA YAPOR
PROFESORA TITULAR:
LIZ SOSA MORA

ASESORES:

DR. FRANCISCO RAFAEL DE LA PEÑA OLVERA
DRA BEATRIZ ELENA CAMARENA MEDELLIN

Ciudad de México

Febrero 2022



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



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.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
I RESUMEN	4
II. MARCO TEÓRICO	5
1 ANTECEDENTES GENERALES	5
2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	6
III. JUSTIFICACIÓN	10
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
VI. OBJETIVOS	12
6.1 Objetivo General	12
6.2 Objetivo Específicos	12
VII. HIPOTESIS	13
VIII DISEÑO Y METODOLOGIA	13
8.1 Diseño del estudio	13
8.2 Descripción del universo de trabajo	13
8.3 Criterios de Inclusión	13
8.4 Criterios de Exclusión	13
8.5 Criterios de Eliminación	14
8.6 Estimación del tamaño de muestra	14
8.7 Descripción de las variables de estudio, unidades de medida y escalas de medición	15
8.8 Descripción de los instrumentos	16
8.9 Descripción del Procedimiento	19
IX. ÁNÁLISIS ESTADÍSTICO	20
X. CONSIDERACIONES ÉTICAS	21
XI. RESULTADOS	22

XII. DISCUSIÓN	29
XIII CONCLUSIÓN	30
XIV FORTALEZAS, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	31
XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

I. RESUMEN

El presente estudio forma parte de la línea de investigación desarrollada en la Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, sobre el estudio de poblaciones de alto riesgo, en este caso, hijos de padres con trastorno bipolar (TB). Investigaciones previas en esta misma línea han demostrado un mayor riesgo de psicopatología y bajo funcionamiento en esta población. La presente investigación busca complementar la investigación en esta línea al buscar si el razonamiento prosocial, la empatía y la presencia de emociones prosociales limitadas (todas entendidas dentro de un constructo “prosocial”) se asocian con mayor gravedad, peor funcionamiento y mayor conducta suicida en esta población vulnerable. El estudio incluyó una muestra de escolares y adolescentes, hijos de padres con diagnóstico de TB, atendidos en la Clínica de Trastornos Afectivos del INPRF. Para cada uno medimos las variables independientes (prosociales) y las dependientes (gravedad de psicopatología, funcionamiento y suicidalidad) en dos reuniones de una hora vía video/audio-llamada (esto por la nueva realidad que representan las medidas de sano distanciamiento asociadas al COVID-19). Se describieron las variables en la muestra por diferentes pruebas de hipótesis. Se estableció la asociación entre las variables prosociales con las dependientes por medio de correlación de Pearson y análisis de la varianza. También se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple entre las variables dependientes e independientes. El estudio incluyó una muestra de 16 participantes, de los cuales el 93% presentaron algún tipo de psicopatología, con una media de edad mayor para los más graves y para los que presentaron suicidalidad. A mayor gravedad se encontró peor funcionamiento. El presente estudio no encontró asociaciones significativas entre las variables prosociales con la gravedad de psicopatología, la suicidalidad o el funcionamiento general en hijos de padres con TB. Se necesita un mayor tamaño de muestra y grupos de comparación para descartar de manera más confiable la hipótesis de que las variables prosociales no se relacionan con la expresión de psicopatología, conducta suicida y mal funcionamiento en esta población vulnerable.

II. MARCO TEORICO

1. ANTECEDENTES GENERALES

El estudio de poblaciones de alto riesgo, como los hijos de padres con psicopatología grave (e.g. trastorno bipolar “TB”), resulta de amplio interés, pues ofrece claves fenomenológicas, temperamentales y biológicas de presentaciones tempranas del TB, pero también de otros trastornos mentales graves y de otros menos graves (Rasic et al. 2014). Evaluar desde edades tempranas a esta población que está expuesta a un cuidador con TB, que por definición intermitentemente puede estar psicótico, disfuncional, negligente o ausente por los episodios del estado del ánimo, abuso de sustancias y hospitalizaciones (Chang et al. 2001), ayudará a cuantificar la contribución de factores ambientales y biológicos en el desarrollo de psicopatología. Se trata de un área de oportunidad para reducir la brecha de atención y reconocimiento temprano, donde se puede limitar algún grado el desarrollo de psicopatología más grave o complicada y por ende es una prioridad en el área de la Salud Mental en México.

Diferentes líneas de investigación han demostrado que los hijos de padres con TB tienen alto riesgo de desarrollar diversos tipos de psicopatología, tanto internalizada como externalizada (Lapalme et al. 1997, Rasic et al. 2014, Lau et al. 2017), y el riesgo es aún mayor si ambos padres han recibido el diagnóstico (Gotesman et al. 2010). La propia línea de investigación desarrollada en la Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM), sobre el estudio de poblaciones de alto riesgo, ha demostrado que los hijos de pacientes con TB tienen mayor psicopatología y menor funcionalidad general que la población general (Licona, 2013 y Zavaleta, 2011). Aunque no existen reportes sobre “gravedad” en los hijos de padres con TB, la suicidalidad podría considerarse un marcador de esta, y se ha visto que hijos de padres con TB tienen más riesgo de ideación suicida que la población general, con riesgo alto incluso sin tomar en cuenta la conducta suicida de sus progenitores (Goldstein et al, 2011).

2. ANTECEDENTES ESPECIFICOS

Una de las dimensiones que no se ha explorado a profundidad en estas poblaciones es la del **razonamiento prosocial**, posiblemente porque no se puede separar por completo de otras dimensiones. El razonamiento prosocial representa un elemento cognitivo que se traduce en la conducta de llevar a un individuo a aliviar el malestar del otro (Eisenberg-Berg, 1979). Se ha visto que constructos parecidos como la cognición social (Lee et al. 2013), el reconocimiento de emociones (Lembke et al. 2002, Seidel et al. 2011) y la teoría de la mente (Kerr et al. 2003) empeoran durante episodios de manía, lo cual explica que en esta fase exista mayor explotación de las debilidades de otros y que presenten más juicios morales utilitarios que cuando se encuentran en eutimia y cuando se comparan con pacientes sin TB (Kim et al. 2015). También existe mayor expresión de conflicto, mayor disfunción y menor expresividad emocional en familias con padres bipolares (Barron et al. 2013, Chang et al. 2001). Estas dificultades se han relacionado con la psicopatología de los hijos (Ferreira et al. 2013) y también se podrían correlacionar con inmadurez en su razonamiento prosocial (Vera-Estay et al. 2016).

La dimensión de la **empatía** es distinta a la del razonamiento prosocial, la entendemos como un constructo neurocientífico que implica un estado afectivo evocado por inferencia del estado de otra persona, es isomórfico a este, y el que empatiza sabe que la otra persona es la fuente de dicho estado (Singer T, 2009). En otras palabras, la empatía es la experiencia de sentir vicariamente lo que otro está sintiendo sin confundir el sentimiento con la propia experiencia directa. Se ha dividido en dos sistemas cerebrales que trabajan juntos pero son disociables conductualmente, neuroanatómicamente y en el desarrollo (Perry A, 2013). Un sistema emocional involucra a las neuronas espejo y el sistema límbico, particularmente la amígdala. Implica procesos subyacentes relacionados, como el contagio emocional, el reconocimiento emocional y el dolor compartido. Otro sistema cognitivo involucra estructuras corticales como la corteza orbitofrontal y la unión temporoparietal, y se relaciona con funciones cognitivas de alto orden involucradas con la diferenciación del yo y del otro, así

como la teoría de la mente (Perry A, 2013). Se ha hecho poca investigación sobre empatía y TB, encontrándose algunos hallazgos. Al considerar estos dos sistemas por separado se observa mayor empatía emocional en fases de manía, que puede resultar del sesgo de reconocer más emociones faciales positivas que negativas y de la convicción del entendimiento completo de otras pacientes en estas fases (Bodnar A, 2017). Respecto a la empatía cognitiva, se han encontrado déficits como rasgo más que como estado que se mantienen incluso en periodos de eutimia (Shamay-Tsoory et al, 2009)

En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5 por sus siglas en inglés) fue introducido un especificador, inicialmente conocido como Callo Emocional (CE) (Frick, 1999) y actualmente llamado **Emociones Prosociales Limitadas** (EPL) para disminuir el stigma asociado con el nombre. Dicho especificador fue propuesto originalmente en 2010 como un subtipo de Trastorno de la conducta disocial (TCD) (Frick, 2010), ya que es considerado por algunos autores como parte de los signos y síntomas de la psicopatía infantil y se identifica como la representación grave de la conducta antisocial. El DSM-III tenía implícitos los rasgos de CE en el subtipo poco socializado del TCD, tales como las alteraciones en las relaciones interpersonales producto de la falta de empatía y culpa (Frick, 1999), sin embargo, no fue incluido en versiones posteriores debido a que se orientaba en el aspecto del apego social y demostró no ser de utilidad para la subcategoría de TCD que se pretendía crear (Scheepers et al., 2011). La propuesta de crear un nuevo especificador nace con la intención de identificar a un subgrupo de pacientes con TCD particularmente grave, poco cooperativos y con características neurológicas, cognitivas, emocionales y sociales diferentes del resto. Según el DSM-5, se deben cumplir dos o más de las siguientes características para cumplir con este especificador (APA, 2013):

1. Falta de culpa o remordimiento posterior a cometer errores.
2. Falta de empatía, indiferente a los sentimientos ajenos.
3. Falta de interés acerca de un pobre desempeño académico, laboral o en cualquier otra actividad relevante.

4. Afecto deficiente, no expresando o emociones con otras personas salvo de forma superficial y empalagosa, donde las demostraciones de afecto no concuerdan con las acciones y pueden ser utilizadas para manipular o intimidar a otros.

Investigaciones recientes por parte de la Clínica de la Adolescencia en colaboración con otros países en el área de las EPL han mostrado que la falta de empatía y el afecto deficiente son características centrales en niños y adolescentes con EPL (de la Peña, 2021). También se han demostrado correlaciones inversas entre la gravedad del especificador de EPL y la empatía global en hombres y mujeres adolescentes (Serment, 2020).

En cuanto al funcionamiento general y a la **gravedad**, existen controversias desde el planteamiento de si en realidad son dimensiones distintas (Zimmerman, 2018), ya que una forma de medir la gravedad tiene que ver con el impacto de los síntomas en la vida cotidiana. Dado que no hay biomarcadores específicos de los trastornos psiquiátricos que caractericen válidamente la gravedad de un diagnóstico, se ha procurado evaluar los epifenómenos de los trastornos mentales para juzgar la gravedad (Zimmerman, 2018; APA, 2013). Quizás por lo anterior, los autores no han encontrado estudios que específicamente evalúen la gravedad en poblaciones de riesgo como los hijos de pacientes con TB.

La mayoría de los estudios en hijos de pacientes con TB han evaluado la presencia de trastornos categóricos, lo que ha permitido conocer que esta población tiene un riesgo significativamente más alto de desarrollar TB y cualquier trastorno psiquiátrico que los hijos de padres sin historias psiquiátricas (Lau, 2017). Lo anterior es cierto incluso en México y Colombia, donde se ha demostrado que la mayoría de los hijos de pacientes con TB han presentado algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida (principalmente TDAH y ansiedad), con una interferencia moderada en su funcionamiento (Zavaleta, 2011; Palacio, 2011) y que la comorbilidad con trastornos externalizados y depresión, así como el género femenino, son las características vinculadas al menor funcionamiento en esta población de riesgo (Licona, 2014). No obstante, en los últimos años se ha desafiado la

perspectiva categórica de la psicopatología, y se ha examinando su estructura de forma dimensional, llegándose a proponer que una sola dimensión general o mejor conocida como el “Factor P” pueda explicar toda la psicopatología y su agregación en una distribución normal donde una puntuación alta en el “Factor P” represente mayor gravedad, menor funcionalidad, mayor carga familiar y mayor compromiso del funcionamiento cerebral en etapas tempranas de la vida (Caspi, 2014). Por lo anterior ha sido necesario incorporar perspectivas que tomen en cuenta el desarrollo desde la infancia a la teoría del “Factor P” (Murray, 2016). Las aproximaciones dimensionales también han permitido mejorar el conocimiento de marcadores de riesgo en poblaciones vulnerables como la de hijos de pacientes con TB, donde se han capturado algunos correlatos conductuales de psicopatología (Diler et al. 2011) y la presencia de síntomas afectivos y conductuales (Duffy et al. 2009) antes de que se desarrolle un TB categórico. Incluso, con los hallazgos de algunas cohortes (Egeland et al. 2012; Birmaher et al. 2009; Nurnberger et al. 2011; Duffy et al. 2009 y Axelson 2015) se ha propuesto un modelo preliminar de la trayectoria del TB emergente, que parte con un síndrome inespecífico en la infancia (por ejemplo: problemas de sueño, ansiedad, trastornos del neurodesarrollo), luego cambia a síntomas internalizados frente al estrés, posteriormente a un trastorno depresivo, después a síntomas hipomaniacos sub-sindromáticos, y finalmente a TB categórico (Duffy et al. 2017). Estos estudios en pacientes con TB y sus hijos han permitido entender cómo diferentes dimensiones intervienen en la expresión de psicopatología y en la presentación del TB, pero también de cómo influyen en las características de su proge. Existen otras formas de evaluación de la gravedad por medio de impresiones clínicas generales, basadas en la experiencia de quien evalúa.

En relación al **funcionamiento general**, si bien existen algunos estudios, no ha quedado suficientemente claro si existen diferencias entre los niños y adolescentes hijos de padres con psicopatología grave e hijos de la población general, ya que si el funcionamiento se divide en diferentes componentes se observan resultados distintos. Por ejemplo, no se ha observado evidencia consistente respecto a cambios en el funcionamiento intelectual y social

(Reichart CG et al, 2007), pero sí cambios importantes en el funcionamiento neuropsicológico (Klimes-Dougan et al, 2006) y alteraciones en el funcionamiento psicosocial (Bella et al, 2011).

Respecto a la **suicidalidad**, es conocida la alta frecuencia de intentos de suicidio en pacientes con TB, siendo dos veces mayor que en pacientes con depresión unipolar y hasta seis veces mayor que en pacientes con otros trastornos psiquiátricos (Chen YW, 1996). También es conocido que la frecuencia de intentos de suicidio en esta población sea mayor para aquéllos con el antecedente familiar de conducta suicida de manera independiente a la presencia de TB en línea ascendente familiar (Carballo JJ et al, 2012). Los hijos de pacientes con TB de una cohorte en Estados Unidos de América (Goldstein TR et al, 2011) demostraron tener mayor frecuencia de ideación suicida que la población general, aparentemente sin relación a la conducta suicida del progenitor afectado del trastorno. El riesgo es particularmente mayor si la descendencia tiene historia de depresión, TB, antecedente de hostilidad, abuso sexual reciente o conflicto familiar.

III. JUSTIFICACION

Las poblaciones de alto riesgo, como los hijos de padres con psicopatología grave (e.g. TB), representan un área de oportunidad para reducir la brecha de atención y reconocimiento temprano, donde se puede limitar algún grado el desarrollo de psicopatología más grave o complicada; por lo que el estudio de características de riesgo en esta población resulta necesario como una prioridad en el área de la Salud Mental en México. Conocer los factores que “facilitan” la expresión de psicopatología, gravedad, funcionalidad y suicidalidad en esta población vulnerable se convierte en un área de estudio importante en paidopsiquiatría.

Los últimos meses, en relación a la pandemia de COVID-19, se ha adaptado la forma de trabajo en relación a las medidas de sana distancia y nueva normalidad, por lo que la opción de evaluaciones a distancia es una nueva realidad. El presente estudio plantea la posibilidad de hacer sesiones conjuntas

con los participantes y sus padres haciendo uso de teléfono y videollamada como medidas innovadoras que nos permitan desarrollar la presente investigación.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dado el compromiso observado de las áreas de gravedad, funcionalidad y suicidalidad en población de hijos de padres con TB, se consideró la evaluación de algún factor en esta población que aumente la probabilidad de afección en estas tres áreas. Algunos factores relacionados con el desarrollo de psicopatología son los elementos cognitivos que se traducen en las conductas que buscan aliviar el malestar del otro, o pro-sociales, que son de interés en esta población vulnerable, pues los estilos de conducta prosocial de sus padres, que están afectados de manera fluctuante en relación a los episodios del ánimo, podrían traducirse en inmadurez del desarrollo moral de sus hijos (Vera-Estay et al, 2016) y a su vez en el inicio de psicopatología en esta progenie (Ferreira et al, 2013). En el presente estudio, se consideran tres elementos prosociales: el razonamiento prosocial, la empatía en sus componente emocional y cognitivo y las emociones prosociales limitadas (EPL), que por separado y en otros grupos poblacionales se han considerado marcadores de gravedad y mal funcionamiento (APA, 2013). También se ha visto que intervenciones a edad pre-adolescente que inciden en la conducta prosocial también lo hacen en la suicidalidad (Roberts, et al. 2017). Hasta el momento no existe literatura que considere la prosocialidad en la expresión de psicopatología, gravedad de esta, mal funcionamiento o conducta suicida en hijos de padres con TB.

V. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existe una asociación entre las características de razonamiento prosocial, de empatía y la presencia de EPL con el funcionamiento general, la presencia y gravedad de psicopatología y la suicidalidad entre hijos de padres con TB?

VI. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si el razonamiento prosocial, la empatía y la presencia de emociones prosociales limitadas se asocian con un mayor riesgo para la presencia y gravedad de la psicopatología, las dificultades en el funcionamiento general y la presencia de suicidalidad en una muestra de hijos de padres con TB, usando medidas de evaluación que promuevan el distanciamiento físico, asociado a la campaña de sana distancia decretadas por el COVID-19.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Objetivo específico 1: se describirán las características sociodemográficas (edad, sexo) de los hijos de padres con TB, usando medidas de evaluación que promuevan el distanciamiento físico necesario por COVID-19.

Objetivo específico 2: comparar las características de razonamiento prosocial, empatía y EPL (variables independientes) por sexo, edad, número de trastornos comórbidos, TB en madre o en padre, y edad de inicio de padecimiento de los padres entre los hijos de padres con TB.

Objetivo específico 3: establecer la asociación entre las características de razonamiento prosocial, empatía, y EPL, con el funcionamiento general, la presencia y la gravedad de la psicopatología además de la suicidalidad entre hijos de padres con TB.

Objetivo específico 4: determinar si en presencia de la edad, el sexo, el número de comorbilidades, tener uno o dos padres con psicopatología y la edad de inicio de TB en los padres, el razonamiento prosocial, la empatía y las EPL, son cada uno factores de riesgo para la presencia de dificultades en el funcionamiento en general, a la presencia y a la gravedad de la psicopatología además de la presencia de suicidalidad entre hijos de padres con TB.

VII. HIPÓTESIS

Los hijos de padres con TB presentarán un bajo razonamiento prosocial, baja empatía y emociones prosociales limitadas influyendo en el desarrollo de mayor gravedad de psicopatología, mal funcionamiento y mayor suicidalidad.

VIII. DISEÑO Y METODOLOGIA

8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

De acuerdo a la clasificación de Feinstein (1985) se realizará un estudio observacional por carecer de intervención, analítico por el propósito general, transversal por la dirección temporal y homodémico por la composición de la muestra.

8.2 DESCRIPCION DEL UNIVERSO DE TRABAJO

Menores de edad escolar y adolescentes, hijos de padres con TB que sean pacientes de la Clínica de Trastornos Afectivos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

8.3 CRITERIOS DE INCLUSION

Hijos de padres con TB de entre 6 y 17 años, que asientan a participar, y cuyos padres o tutores acepten previa firma de asentimiento consentimiento informado.

8.4 CRITERIOS DE EXCLUSION

1) padecer una dificultad que impida entender o responder a las preguntas de los inventarios (discapacidad intelectual, trastornos graves de la

comunicación y del aprendizaje), 2) no contar con teléfono o dispositivo móvil en casa del paciente.

8.5 CRITERIOS DE ELIMINACION

Aquellos que a pesar de contar con criterios de inclusión y no sean descartados por criterios de exclusión, no hayan acudido a alguna de las entrevistas, o hayan decidido suspender su participación en el estudio.

8.6 ESTIMACION DEL TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra se calculó considerando la fórmula de Freeman para estudios de regresión logística, donde el tamaño de muestra es $[n=10*(k+1)]$, donde k representa el número de variables independientes, siendo estas tres en el estudio (razonamiento prosocial, empatía y EPL). Se espera un tamaño de muestra de al menos 40 participantes.

8.7 DESCRIPCION DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO Y ESCALAS DE MEDICION

VARIABLE	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA(S)
VARIABLES INDEPENDIENTES			
Razonamiento prosocial hedónico	Cuantitativa continua	0.1 - 1.0	PROM
Razonamiento prosocial orientado a la necesidad	Cuantitativa continua	0.1 - 1.0	PROM
Razonamiento prosocial orientado a la aprobación	Cuantitativa continua	0.1 - 1.0	PROM
Razonamiento prosocial estereotipado	Cuantitativa continua	0.1 - 1.0	PROM
Razonamiento prosocial internalizado	Cuantitativa continua	0.1 - 1.0	PROM
Empatía afectiva	Cuantitativa continua	1.0 - 5.0	EEB
Empatía cognitiva	Cuantitativa continua	1.0 - 5.0	EEB
Emociones prosociales limitadas	Cuantitativa discreta	0 - 72	IEPL
	Cualitativa nominal	presente/ausente	KSADS PL5
VARIABLES DEPENDIENTES			
Numero de diagnósticos (Factor P)	Cualitativa ordinal	0, 1, 2, 3, 4, 5	BPRS-29
Suicidalidad	Cualitativa ordinal	0, 1, 2, 3	
Funcionamiento general	Cualitativa ordinal	1, 2, 3, 4, 5	CGI-S
		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	GAF

8.8 DESCRIPCION DE INSTRUMENTOS

Escala de Apreciación Psiquiátrica para Niños (por las siglas en inglés BPRS-C)

El BPRS-C versión Mexicana, se trata de una entrevista semiestructurada compuesta por 29 items y modificada en la Clínica de la Adolescencia del INPRFM (De la Peña et al, 2005). Dicha versión tiene cinco reactivos más que la versión original, los cuales evalúan trastornos de la eliminación, hipertimia, uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, falta de emociones prosociales, además de evaluar abuso psicológico y sexual. La confiabilidad ínter evaluador y test-retest es de $r=0.94$ y $r=0.82$, respectivamente (Sánchez R, 2005). Esta entrevista tiene una duración promedio de 40 minutos, en esta entrevista esta presente tanto el padre como el menor y clínico establece un mejor estimado clínico con base en su experiencia. Es necesario un entrenamiento para su aplicación.

Medida Objetiva de Razonamiento Prosocial (PROM)

Nancy Eisenberg y sus colaboradores han presentado a los niños historias en las que el personaje debe decidir si ayudar o consolar a alguien cuando un acto prosocial sería personalmente costoso (Eisenberg N, 1979). El razonamiento sobre estos dilemas prosociales progresaría a través de cinco niveles entre la infancia temprana y la adolescencia: orientación hedonista, orientación por necesidades, orientación estereotipada o basada en la aprobación, orientación empática o autoreflexiva y orientación internalizada. En 2013 se actualizó y validó al español la escala de razonamiento prosocial diseñada por Eisenberg: el *prosocial reasoning objective measure* (PROM) (Carlo et al. 2013), y actualmente cuenta con cinco dilemas morales.

Escala de Empatía Básica (EEB)

Consiste en una escala de autoreporte que permite medir tanto el componente afectivo como el cognitivo de la empatía. En el aspecto cognitivo, los ítems enfatizan la comprensión de las emociones ajenas y en el aspecto

afectivo, los ítems enfatizan la congruencia emocional. Finalmente las respuestas empáticas son medidas en un contexto de reacciones emocionales primarias tanto positivas como negativas. Comprende un total de 20 ítems que se registran en una escala tipo Likert de 5 puntos que comprende desde 1 (Completamente en desacuerdo) hasta 5 (Complemente de acuerdo). En la validación de la escala al español la correlación entre los ítems de la subescala cognitiva de la versión autorreporte fue de $r = 0.26-0.52$ y para la subescala afectiva de $r = 0.12-0.49$. En la versión autoaplicable el coeficiente alpha de Cronbach fue de 0.70 para la subescala cognitiva y de 0.66 para la escala afectiva. En la versión para padres, el coeficiente alpha de Cronbach fue de 0.76 para la subescala cognitiva y de 0.74 para la subescala afectiva (Villadangos 2016).

Inventario de emociones prosociales limitadas (IEPL) y Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Life version DSM-5 versión en español K-SADS-PL-5):

Desarrollado por Kimonis en 2008, consiste en un cuestionario de 24 ítems, la mitad de los cuales están redactados en forma positiva y la mitad restante de forma negativa. Evalúa tres factores que se traslapan: 1) respuesta empática limitada, 2) falta de preocupación o cuidado acerca del desempeño y en las relaciones interpersonales y 3) expresión emocional alterada o disminuida. Debido a dicho análisis el inventario cuenta actualmente con 11 ítems en la subescala de empatía limitada, 8 ítems en la subescala de preocupación y cuidado limitados y 5 ítems en la subescala de alteración en la manifestación emocional. En estudios recientes de validez y confiabilidad, el alpha de Cronbach mostró aceptable consistencia interna para el inventario de forma total (0.83) así como en la subescala de preocupación limitada (0.80), la subescala de empatía limitada (0.75) y la subescala de alteración en manifestación emocional (0.71) (Cardinale, 2017). Se ocupará sólo la versión para padres. También se aplicarán preguntas directas con los cuatro criterios del DSM-5 para el especificador de EPL contenidas dentro del K-SADS-PL-5 (De la Peña, 2018).

“Factor P”

Los últimos años se ha desafiado la perspectiva categórica de psicopatología, y se ha examinado su estructura de forma dimensional, llegándose a proponer que una sola dimensión general o mejor conocida como el “Factor P” pueda explicar toda la psicopatología y su agregación en una distribución normal donde una puntuación alta en el “Factor P” represente mayor gravedad, menor funcionalidad, mayor carga familiar y mayor compromiso del funcionamiento en etapas tempranas de la vida (Caspi et al, 2014). Se registrará el número de diagnósticos establecidos con certeza (“Factor P”) obtenidos por la entrevista BPRS y se dividirá la muestra en cuatro grupos de acuerdo al número de diagnóstico o nivel de gravedad: 0 sin psicopatología, 1 con uno a dos diagnósticos, 2 con tres a cinco diagnósticos y 3 con seis diagnósticos o más.

Impresión Clínica Global (CGI)

Fue desarrollada por ensayos clínicos patrocinados por el Instituto Nacional de Salud Mental en EUA para proveer una evaluación del funcionamiento global antes y después de iniciar una medicación (Busner J; 2007). El CGI provee una medida general de resumen determinada por el clínico que toma en consideración toda la información disponible, incluyendo un conocimiento de la historia del paciente, circunstancias psicosociales, síntomas, conducta y el impacto de los pacientes en su funcionamiento. Provee dos medidas de un elemento que evalúan 1) gravedad de psicopatología de 1 (normal) a 7 (extremadamente enfermo) y 2) mejoría desde el inicio del tratamiento también entre 1 (demasiada mejoría) y 7 (demasiado empeoramiento).

Evaluación del Funcionamiento Global (GAF)

La Evaluación del Funcionamiento Global es una escala conocida y ampliamente usada para puntuar la gravedad del padecimiento en psiquiatría (Aas IH; 2010). Cubre un rango entre la salud mental positiva y la psicopatología grave, y tiene la intención de ser genérica más que específica de diagnósticos. Existe una posibilidad de 100 puntos divididos en intervalos de 10 puntos (por ejemplo 31-40, 41-50). Los intervalos tienen puntos de

anclaje que describen los síntomas y el funcionamiento que son relevantes para la puntuación. Los puntos de anclaje para el intervalo 1-10 describen la máxima gravedad y los puntos de anclaje de 91-100 describen a los más sanos. Aunque se han encontrado problemas con la confiabilidad y validez del GAF, se considera mejor que otros instrumentos (Vatnaland T et al; 2002).

La suicidalidad se evaluará mediante el reactivo 9 del BPRS, que evalúa presencia de ideas de muerte, de suicidio (amenazas o planes), o intentos suicidas. Divide las respuestas en ausente (no del todo), leve (lo piensa cuando está enojado), moderada (recurrentes pensamientos o planes de suicidio o intentos hace más de un mes) o grave (intentos de suicidio en el último mes).

8.9 DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Por medio del contacto con su médico tratante en la Clínica de Trastornos Afectivos (Dra. Joanna Jiménez) del INPRFM, los pacientes con diagnóstico principal de TB con hijos de la edad del estudio, fueron invitados a participar. Los que aceptaron contactaron al investigador principal, quien por medio de video/audio-llamada informó a detalle sobre las características del estudio, tras lo que envió vía electrónica un formato de asentimiento-consentimiento informado, mismo que se verificó hayan leído y entendido el participante y el padre o tutor. Dado que este proyecto contempló riesgo mínimo de exposición a COVID-19, el asentimiento/consentimiento informado se envió por medio de un correo electrónico, que el padre o tutor del menor respondía escribiendo una declaratoria de asentimiento/ consentimiento, sustituyendo su firma autógrafa.

El investigador principal resguardó el correo como evidencia del consentimiento y la respuesta de recibido fue la evidencia que resguardó el paciente. Aquellos que autorizaron la participación en el estudio fueron citados a dos evaluaciones a distancia diferentes. En la primer evaluación de aproximadamente 60 minutos se recabaron datos sociodemográficos, presencia de diagnóstico en uno o ambos padres y edad de inicio de estos,

también se aplicó la Escala de Apreciación Psiquiátrica para Niños (BPRS-C) (De la Peña et al, 2005) y en función a sus resultados se cuantificó el número de categorías diagnósticas ("Factor P") (Caspi et al, 2014). También se puntuó la Impresión Clínica Global (CGI) (Busner J; 2007) y la Evaluación del Funcionamiento Global (GAF) (Aas IH; 2010). En la segunda evaluación, también de aproximadamente 60 minutos, se aplicaron las escalas Medida Objetiva del Razonamiento Prosocial (PROM) (Carlo et al. 2013), Escala de Empatía Básica (EEB) (Villadangos 2016), el Inventario de Emociones Prosociales Limitadas (IEPL) (Cardinale, 2017) y preguntas directas con los cuatro criterios del DSM-5 para el especificador de EPL contenidos dentro del K-SADS-PL-5 (De la Peña, 2018).

Características del evaluador: La aplicación de todos los instrumentos fue llevada a cabo por el investigador principal, quien es un psiquiatría graduado y en formación en la subespecialidad de psiquiatría de niños y adolescentes, y entrenado en los diferentes instrumentos para asegurar la precisión en la aplicación. La información obtenida en ambas evaluaciones se incluyó en una base de datos de Excel para el análisis estadístico. Siempre que existió duda diagnóstica se consultó con los tutores para llegar a un acuerdo.

IX. ANALISIS ESTADISTICO:

Se determinó si existe normalidad en la distribución de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y prueba de curtosis. Para el primer objetivo específico, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, con porcentajes y errores estándar para variables dicotómicas y con promedios y desviaciones estándar o mediana y rango intercuartílico para las variables dimensionales.

Respecto al segundo objetivo específico, para comparar las variables independientes por sexo (hombres vs mujeres), edad, número de trastornos comórbidos (0, 1, 2, 3, ...), presencia de madre o padre con TB y edad de inicio del padecimiento del padre se utilizó prueba T para comparar medias, o ANOVA cuando variables cuantitativas se comparaban con más de dos

variables cualitativas (p. Ej número de diagnósticos).

Para el objetivo general (y objetivo específico 3) se realizó una correlación de Pearson entre funcionamiento general, presencia y gravedad de psicopatología además de funcionalidad y cada una de las variables independientes (nivel de razonamiento prosocial, empatía y EPL). También se usó un análisis para valorar diferencias en la varianza de cada variable dependiente respecto a las independientes. Para el objetivo 4 se utilizó un modelo de regresión múltiple donde se usó la edad, el sexo, el número de comorbilidades, padre o madre con GB y la edad de inicio de TB de los padres como covariables. El análisis estadístico se ejecutó por medio del sistema STATA, estableciendo un nivel de significancia de $p < 0.05$.

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se realizaron evaluaciones a teledistancia por video/audio-llamada. En caso de que los niños o adolescentes o sus padres presentasen reacciones a las preguntas contenidas en los diferentes instrumentos clinimétricos que se aplicaron, como ansiedad, se brindó contención verbal por parte del aplicador de la prueba. En aquellos casos que fueran resistentes a la intervención de contención verbal, se ofrecían maniobras de relajación como respiración profunda o diafragmática y técnicas de imaginería. Si se hubiesen manifestado síntomas de ansiedad persistentes o graves, se le pediría, acudir de inmediato al servicio de Atención Psiquiátrica Continua del INPRFM. Afortunadamente ningún participante requirió contención verbal.

En aquellos participantes a los que se detectó psicopatología que requiriera atención médica psiquiátrica al momento de la evaluación se les ofreció 5 años de consulta subsecuente gratuita después de la primera evaluación. Es decir máximo de 2 consultas por mes o 24 al año, 120 consultas subsecuentes exentas de pago por cinco años. Aquellos participantes a los que no les fue detectada psicopatología se les dio una oferta de servicio gratuito para los próximos cinco años, en el momento que ellos lo pidieran. En aquellos que aceptaron el seguimiento, la atención les es brindada por personal de la Clínica de Adolescentes de forma presencial y/o por video/audio-llamada. El principal

beneficio de esta investigación es que un grupo de niños y adolescentes en riesgo alto de padecer psicopatología puede recibir un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno y gratuito a largo plazo.

En ningún momento se recabaron datos que identificaron a los participantes o sus padres. Se les otorgó un código diferente al número de expediente del padre o madre para identificar los datos. Sólo el equipo de investigadores tiene acceso a los datos. Los datos se mantienen al resguardo del investigador principal por cinco años antes de ser eliminados completamente.

Todos los niños y adolescentes que requieran atención psiquiátrica en la clínica de adolescentes, deben cubrir los procedimientos de administración que la consulta externa de la DSC establece, como la apertura de expediente, historia clínica, etc., con la confidencialidad regular de los procedimientos.

XI. RESULTADOS

La edad de los pacientes presentó una distribución normal de acuerdo a la prueba de Kolmogorov Smirnov. Utilizando la prueba de curtosis, cuando se determinó la normalidad de la edad por sexo se observó que sólo el sexo masculino presenta una distribución normal. Por dificultades derivadas del confinamiento se reclutó un total de 16 pacientes (8 hombres, 8 mujeres), los cuales tuvieron una media de edad de 13.5 años y una desviación estándar de 3.03. Dividiéndolos por sexo, los hombres tuvieron una mediana de edad de 14.5 años (rango intercuartílico 5.5) y las mujeres una mediana de 14 años (rango intercuartílico 3). No existió diferencia significativa entre las edades de hombres y mujeres (ver tabla 1). El 93% de la muestra presentó algún tipo de psicopatología.

Tabla 1 diferencias de edad por sexo

	Hombres	Mujeres
Mediana de edad en años (Rango intercuartílico)	14.5 (5.5)	14 (3)

PRIMER OBJETIVO, DESCRIPCION DE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS. Se determinaron las medias de edad respecto al número de diagnósticos, y se encontró un gradiente entre el número de diagnósticos respecto a la edad. 1 sujeto con ningún diagnóstico (17 años), 7 sujetos con 1-2 diagnósticos (edad $X=12.9$, $DE=3.9$), 6 sujetos con 3-5 diagnósticos (edad $X=13.3$ años, $DE=2.5$), 2 sujetos con más de cinco diagnósticos (edad $X=14.5$, $DE=7.1$) (ver tabla 2).

Tabla 2. Edad de sujetos de acuerdo al número de categorías diagnósticas

No. Diagnósticos	Número de sujetos	Media de edad (DE)
0	1	17
1-2	7	12.9 (3.9)
3-5	6	13.3 (2.5)
> 5	2	14.5 (7.1)

De acuerdo a lo evaluado en el reactivo 9 del BPRS, la edad de los que presentaron suicidalidad fue mayor entre aquellos que presentaron suicidalidad respecto a aquellos que no la presentaron, existiendo 9 sujetos sin suicidalidad (edad $X=12.9$ $DE=3.8$), 6 sujetos que lo pensaron estando enojados (edad $X=14.3$ $DE=1.6$), ningún sujeto que lo piensa recurrentemente, y sólo una que presentó un intento suicida en el último mes (edad 14 años) (TABLA 3).

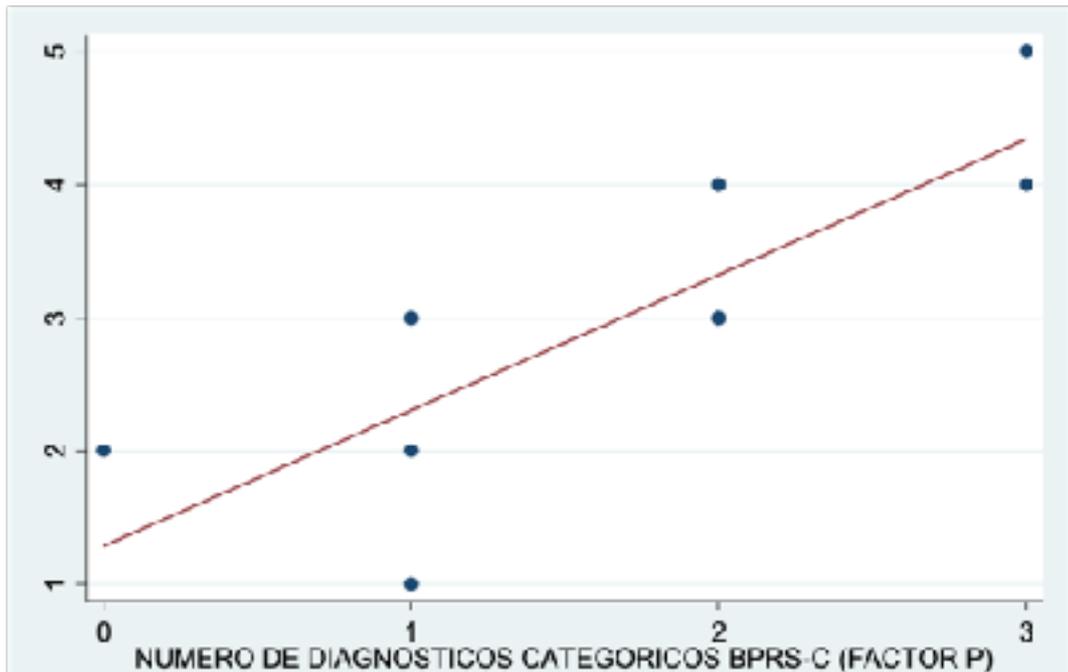
Tabla 3. Media de edad por nivel de suicidalidad

Explicación	Número de sujetos	Media de edad (DE)
Ausente	9	12.9 (3.8)
Leve (lo piensa enojado)	6	14.3 (1.6)
Moderado (pensamientos o planes recurrentes, intento > 1 mes)	—	—
Grave	1	14 (0)

Las medias respecto al funcionamiento de acuerdo al CGI-S o al GAF no mostraron un patrón respecto al nivel de gravedad. No obstante, la mediana de número de diagnósticos sí fue mayor en aquellos con peor funcionamiento, cuando es medido con el CGI-S (ver Gráfica 1) como con el GAF (ver gráfica 2).

Gráfica 1. Relación entre número de diagnósticos con puntuación del CGI-S

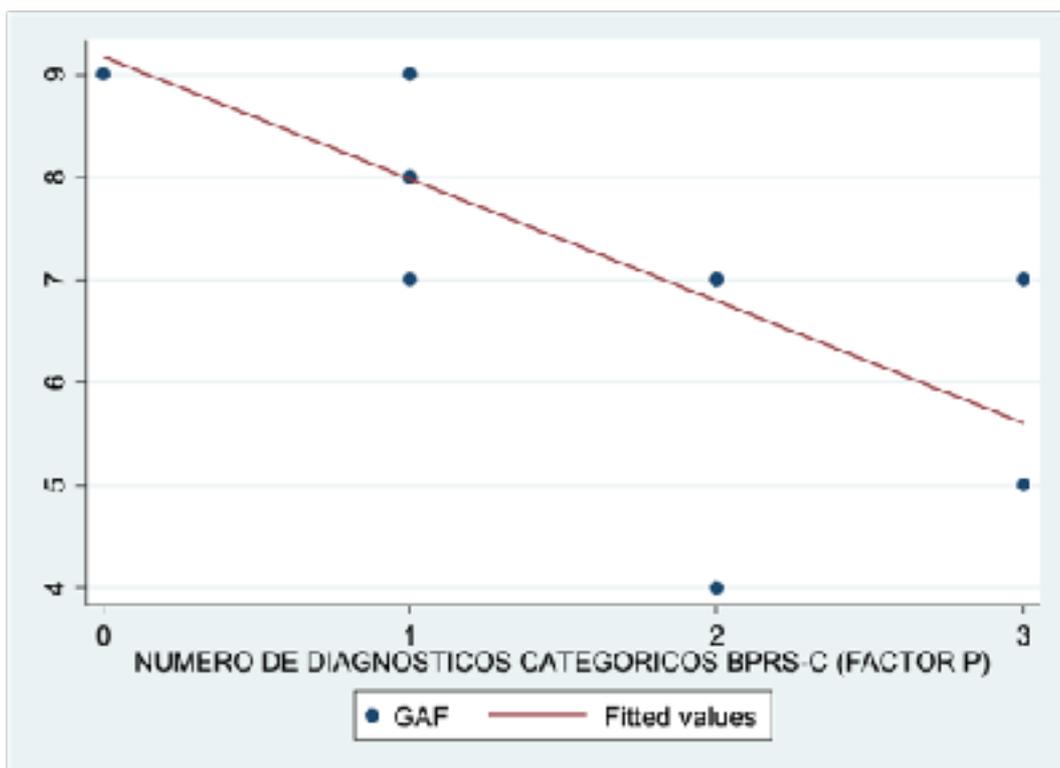
CGI-S



0= ningún diagnóstico, 1= 1-2 diagnósticos, 2= 3-5 diagnósticos, 3= >5 diagnósticos

Gráfica 2. Relación entre número de diagnósticos con puntuación del GAF

GAF



0= ningún diagnóstico, 1= 1-2 diagnósticos, 2= 3-5 diagnósticos, 3= >5 diagnósticos

SEGUNDO OBJETIVO, COMPARAR VARIABLES INDEPENDIENTES POR SEXO, EDAD Y VARIABLES DE LOS PADRES. Al comparar las variables independientes (prosociales), respecto al sexo, usando la prueba T para dos muestras, se encontró diferencia significativa en la puntuación de empatía afectiva entre hombres y mujeres, siendo mayor en las mujeres (2.1 vs 2.7 $p = 0.026$). Se usó prueba T para dos muestras considerando que la varianza fue homogénea entre los dos grupos. No existió diferencia significativa en los diferentes niveles de razonamiento moral, empatía cognitiva o en puntuaciones de IEPL entre hombres y mujeres.

Para comparar las variables independientes (prosociales) por edad se usó una correlación de Pearson ya que no se usaron grupos. No se encontraron relaciones significativas entre la edad y ninguna de las variables prosociales.

Para comparar las variables independientes (prosociales) respecto al número de trastornos (factor P) se usó ANOVA, ya que se contaba con más de dos categorías del factor P (0, 1, 2, 3). En el caso de la empatía cognitiva se usó prueba de Kruskal-Wallis ya que la distribución de esta variable no fue normal. No se encontró diferencia significativa en niveles de razonamiento prosocial, empatía cognitiva, empatía afectiva, o resultados de EPL.

Para comparar las variables independientes (prosociales) respecto al funcionamiento se usó ANOVA, el cual no encontró diferencias significativas.

Para comparar las variables independientes (prosociales) respecto al padre afectado se usó prueba de T, que tampoco encontró diferencias significativas.

Al comparar las variables independientes (prosociales) respecto a la edad de inicio de los padres, se usó correlación de Pearson que no encontró relaciones significativas. La correlación más fuerte fue negativa, entre la edad de inicio de los padres con la medida de razonamiento prosocial orientado a la necesidad, pero aun así no alcanzó significancia estadística (-0.504 , $p = 0.055$) (TABLA 4).

Tabla 4. Correlaciones entre variables prosociales con edad de inicio de los padres

	PROM-H	PROM-ON	PROM-OA	PROM-E	PROM-I	EMP Af	EMP Cog
EDAD INICIO PADRE	0.04 p=0.90	-0.50 p=0.055	-0.20 p=0.47	0.40 p=0.14	0.22 p=0.43	0.13 p=0.66	0.02 p=0.91

PROM H= razonamiento prosocial hedónico, PROM ON= razonamiento prosocial orientado en la necesidad, PROM OA= razonamiento prosocial orientado en la aprobación, PROM E= razonamiento prosocial estereotipado, PROM I= razonamiento prosocial internalizado, EMP Af= empatía afectiva, EMP Cog= empatía cognitiva

TERCER OBJETIVO, ASOCIACION ENTRE VARIABLES INDEPENDIENTES CON DEPENDIENTES. La correlación de Pearson entre cada una de las variables dependientes (prosociales) respecto a cada una de las independientes no arrojó relaciones significativas.

Al analizar los cambios en las varianzas de las variables dependientes respecto a las independientes, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la puntuación de razonamiento prosocial orientado a la aprobación y el factor P, la suicidalidad y el funcionamiento (TABLA 5). No se encontraron asociaciones significativas entre el resto de medidas de razonamiento prosocial, de empatía o de EPL.

Tabla 5. Diferencias de medias entre grupos que mostraron significancia estadística (sólo los relacionados al razonamiento prosocial orientado a la aprobación)

	F	p
Factor P	10.11	0.01
Suicidalidad	10.11	0.01
GAF	12.46	0.006

Tabla 5. Diferencias de medias entre grupos que mostraron significancia estadística (sólo los relacionados al razonamiento prosocial orientado a la aprobación)

	F	p
CGI-S	5.36	0.039

CUARTO OBJETIVO, REGRESION MULTIPLE: el modelo de regresión múltiple arrojó un resultado con significancia estadística: cambios en la variable de empatía afectiva se relacionan positivamente con la suicidalidad (Coef. 1.2, $p = 0.047$). No obstante, el intervalo de confianza atraviesa la unidad. No hubo otros resultados estadísticamente significativos (TABLA 6).

Tabla 6. Regresión múltiple donde la variable dependiente es suicidalidad medida con reactivo 9 de BPRS.

Suicidalidad (variable dependiente)	Coef.	Error estándar	t	p	IC 95%
PROM H	-9.5	26.6	-0.36	0.73	-74, 55
PROM ON	-33.1	33.3	-1.00	0.35	-114, 48
PROM OA	-22.8	34.5	-0.66	0.53	-107, 61
PROM E	-7.9	32.7	-0.24	0.81	-88, 72
PROM I	-22.8	31.7	-0.72	0.49	-100, 54
EMP Af	-0.29	0.26	-1.11	0.30	-0.94, 0.35
EMP Cog	1.24	0.49	2.49	0.047	0.02, 2.46
IEPL	0.005	0.028	0.18	0.86	-0.06, 96.18

XII. DISCUSION

El presente estudio en una muestra de hijos de padres con TB replica el hallazgo ya conocido de la alta prevalencia de trastornos mentales en esta población (Lau, 2011; Zavaleta, 2017). Además, los de mayor edad presentaron más conductas suicidas y mayor número de diagnósticos. Estos resultados son compatibles con información existente en población general, donde las tasas de trastornos mentales son mayores en grupos de mayor edad (Sadler K, 2017). El estudio epidemiológico más grande sobre las diferencias en tasas de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia es la Encuesta Británica de Salud Mental en Niños y Adolescentes (Sadler K, 2017), la cual reportó que jóvenes de 17 a 19 años tienen riesgo tres veces mayor de tener un trastorno, respecto a los niños de edad preescolar. Si bien en población general los adolescentes han mostrado mayor carga de psicopatología que los escolares, las diferencias son modestas ya que dependen del tipo de trastorno. Por ejemplo, se han visto incrementos significativos en la frecuencia de depresión, abuso de sustancias, trastorno de pánico y agorafobia en adolescentes respecto a los escolares, pero decremento en las frecuencias de TDAH, trastorno de ansiedad por separación, tics y trastornos del espectro autista (Sadler K, 2017). Los cambios en frecuencias del trastorno de conducta y del trastorno oposicionista desafiante son más inconsistentes (Costello, Ej, et al. 2011). La menor suicidalidad en escolares respecto a adolescentes hijos de padres con TB también son consistentes con las prevalencias conocidas en población general (Orbach I, 2006), lo cual puede indicar que incluso en esta población vulnerable se conservan factores protectores inherentes a edad

escolar, como la falta de madurez cognitiva requerida para planear un acto suicida exitoso o para desarrollar sentimientos de desesperanza (Shaffer D, 1981).

La mediana de trastornos mentales fue mayor en aquellos con peor funcionamiento, medido por medio del GAF o del CGI-S. Esta relación es consistente con la teoría contemporánea en psicopatología del desarrollo (Caspi A, et al, 2014), apoyada por años de investigación longitudinal, donde una sola dimensión parece explicar todos los trastornos mentales. De acuerdo a esta teoría, una mayor co-ocurrencia de trastornos mentales, en el contexto de mayor familiaridad (hijos de padres con TB) implica peor funcionamiento.

Se encontró una mayor puntuación en las medidas de empatía afectiva en las mujeres respecto a los hombres hijos de personas con TB. Este hallazgo se agrega a la evidencia basada en estudios de personas y animales de que existen diferencias sexuales en la empatía que favorecen a las mujeres (Christov-Moore L, et al. 2016), y que estas se respetan aún en poblaciones que comparten un perfil genético particular, como es la del presente estudio. Sin embargo, este estudio no logró encontrar diferencias significativas al comparar las variables prosociales por sexo, edad, número de trastornos mentales, niveles de funcionamiento o edad de inicio del TB en los padres.

La única variable prosocial que se asoció con mayor gravedad de psicopatología, suicidalidad y peor funcionamiento en esta muestra de hijos de padres con TB fue el razonamiento prosocial orientado a la aprobación. Si bien la necesidad de aprobación es necesaria para la construcción del autoconcepto, mientras más se necesita la aprobación de otros, más psicopatología como depresión o ansiedad habrá (Steers ML, et al. 2017). El presente estudio hace considerar a los hijos de personas con TB como particularmente sensibles a la aprobación. La relación encontrada entre los cambios en la empatía afectiva con la gravedad de la suicidalidad son interesantes, en el sentido que previamente se ha demostrado que sujetos con antecedente de conducta suicida tienen perfiles de empatía distintivos, pues son menos orientados a los otros, y más orientados a si mismos (Scocco P, et

al. 2020).

XIII. CONCLUSION

Como conclusión, esta muestra de hijos de padres con TB expresó mayores niveles de psicopatología a los observados en población general, con la mayor parte de los participantes siendo positivos para algún diagnóstico. El presente estudio no encontró asociaciones significativas entre las variables prosociales con la gravedad de psicopatología, la suicidalidad o el funcionamiento general en hijos de padres con TB. Se necesita un mayor tamaño de muestra y grupos de comparación para descartar de manera más confiable la hipótesis de que las variables prosociales no se relacionan con la expresión de psicopatología, conducta suicida y mal funcionamiento en esta población vulnerable.

Del mismo modo, se observan diferencias entre las edades de acuerdo a los niveles de psicopatología y de suicidalidad, así como entre la carga de enfermedad con el funcionamiento que también se han observado en la población general.

XIV. FORTALEZAS, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Las fortalezas de este estudio fueron que las evaluaciones se hicieron directamente a los hijos e indirectamente a los padres. Además se consideró la división de las entrevistas en dos momentos para evitar interferencias mediadas por el tiempo en la capacidad de responder escalas y medidas. Las evaluaciones a distancia y desde el domicilio disminuyeron algunas reacciones que pueden atribuirse al ambiente físico de las entrevistas. Aunque algunos sujetos ya eran población clínica, la mayoría de los sujetos se reclutaron de manera independiente a que se supiera que tuvieran psicopatología, sin efectos de medicación psicotrópica, por lo que los resultados no pueden atribuirse a ese factor. Se usaron instrumentos validados al español y de uso regular, lo que aumenta la confiabilidad de las evaluaciones. No obstante, como principal limitación se encuentra el pequeño tamaño de muestra, al que se puede atribuir que la mayoría de asociaciones no haya resultado

significativo. También, aunque se espera que los resultados se extiendan a escolares y adolescentes hijos de padres con TB porque la muestra se limita a esas características, es necesario considerar que los padres reciben tratamiento en una clínica especializada, lo cual no es necesariamente característico de la población de pacientes con TB en México y en el mundo. Los resultados tendrían mayor validez externa de contar con un grupo comparativo de escolares y adolescentes de la población general.

XV. BIBLIOGRAFIA

Aas IH. Global Assessment of functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*. 2010;9:20.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition. Washington DC, EUA: American Psychiatric Association; 2013.

Axelson D, Goldstein B, Goldstein T, et al. Diagnostic precursors to bipolar disorder in offspring patients with bipolar disorder: a longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*. 2015;172:638-46.

Barron E, Sharma A, Le Couteur J, et al. Family environment of bipolar families: a UK study. *Journal of Affective Disorders*. 2014;152-154:522-5

Bella T, Goldstein T, Axelson D, et al. Psychosocial functioning in offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2011;133:204-11.

Birmaher B, Axelson D, Monk K, et al. Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh bipolar offspring study. *Archives of General Psychiatry*. 2009;66:287-96.

- Bodnar A, Rybakowski JK. Increased affective empathy in bipolar patients during a manic episode. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2017;39:342-5.
- Busner J, Targum S. The Clinical Global Impressions Scale. Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry NMC*. 2007;4:28-37.
- Carballo JJ, Harkavy-Friedman J, Burke AK, et al. Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: additive effect on suicidality and course of bipolar illness? *Journal of Affective Disorders*. 2008;109:57-63.
- Carlo G, Mestre MV, McGinley M, et al. The structure and correlates of a measure of prosocial moral reasoning in adolescents from Spain. *European Journal of Developmental Psychology*. 2013;10:174-89.
- Cardinale EM, Marsh AA. The reliability and validity of the inventory of callous unemotional traits: a meta-analytic review. *Assessment*. 2017;27:57-61
- Carlo G, Mestre MV, McGinley M, et al. The structure and correlates of a measure of prosocial moral reasoning in adolescents from Spain. *European Journal of Developmental Psychology*. 2013;10:174-89.
- Caspi A, Houts RM, Belsky DW, et al. The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*. 2014;2:119-37.
- Chen YW, Dislaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other axis I disorders. *Biological Psychiatry*. 1996;39:896-9
- Christov-Moore L, Simpson EA, Coudé G, et al. Empathy: Gender effects in brain and behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Review*. 2014;46:604-27

- Chang K, Blasey C, Ketter T, Steiner H. Family environment of children and adolescents with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2001;3:73-8
- De la Peña F, Palacios L, Ulloa R, et al. Validity of mexican modified children's Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-C-25). Toronto, Canada: 52 Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Oct 18-25, 2005.
- De la Peña FR, Rosetti MF, Palacio JD, et al. Limited Prosocial Emotions in a Clinical Population of Children and Adolescents: Proposal for Core and Ancillary Characteristics. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2021. 7067437211004893.
- De la Peña, F. R., Villavicencio, L. R., Palacio, J. D., et al. Validity and reliability of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Spanish version. *BMC psychiatry*. 2018;18:193.
- Diler RS, Birmaher B, Axelson D, et al. Dimensional psychopathology in offspring pr parents with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2011;13:670-8.
- Duffy A, Aida M, Hayek T, et al. Early course of bipolar disorder in high risk-offspring: prospective study. *British Journal of Psychiatry*. 2009;195:457-8.
- Duffy A, Vandeleur C, Heffer N, et al. The clinical trajectory of emerging bipolar disorder among the high-risk offspring of bipolar parents: current understanding and future considerations. *International Journal of Bipolar Disorders*. 2017;5:1-11.
- Egeland JA, Endicott J, Hostetter AM, et al. A 16-year prospective study of prodromal features prior to BP1 onset in well Amish children. *Journal of Affective Disorders*. 2012;142:186-92.

- Eisenberg-Berg N, Hand M. The relationship of preschoolers' reasoning about prosocial moral conflicts to prosocial behavior. *Child Development*. 1979;50:356-63.
- Ferreira GS, Moreira CRL, Kleinman A, et al. Dysfunctional family environment in affected versus unaffected offspring of parents with bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013;47:1051-7
- Frick PJ, & Ellis M. Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 1999;2:149-68.
- Frick PJ, Moffitt TE. A proposal to the DSM-V Childhood Disorders and the ADHD and Disruptive Behavior Disorders work groups to include a specifier to the diagnosis of Conduct Disorder based on the presence of Callous–unemotional traits. American Psychiatric Association, 2010: 1–36.
- Goldstein TR, Obreja M, Shamseddeen W, et al. Risk of suicidal ideation among the offspring of bipolar parents: results from the Bipolar Offspring Study (BIOS). *Archives of Suicide Research*. 2011;15:207-22
- Gottesman II, Laursen TM, Bertelsen A, et al. Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatry ill parents. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67:252-7.
- Kerr N, Dunbar RIM, Bentall RP. Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2003;73:253-9.
- Kim SH, Kim TY, Ryu V, et al. Manic patients exhibit more utilitarian moral judgments in comparison with euthymic bipolar and healthy persons. *Comprehensive Psychiatry*. 2015;58:37-44.

- Klimes-Dougan B, Jeong J, Kennedy KP, et al. Intellectual functioning in offspring of parents with bipolar disorder: a review of the literature. *Brain Sciences*. 2017;28:143
- Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C. . *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1997;42:623-31.
- Lau P, Hawes DJ, Hunt C, et al. Prevalence of psychopathology in bipolar high-risk offspring and siblings: a meta-analysis. 2017;27:823-37.
- Lee J, Altshuler L, Glahn DC, et al. Social and nonsocial cognition in bipolar disorder and schizophrenia: relative levels of impairment. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170:334-41.
- Lembke A, Ketter TA. Impaired recognition of facial emotion in mania. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159:302-4.
- Licona A, Palacios L, Feria M, et al. Asociación de comorbilidades y funcionamiento global en hijos de padres con trastorno bipolar. *Salud mental*. 2014;37:9-14.
- Murray AL, Eisner M, Ribeaud D. The development of the general factor of psychopathology “p factor” through childhood and adolescence. *Journal of Abnormal child psychology*. 2016;44:1573-86.
- Nurnberger JJI, McInnis M, Reich W, et al. A high-risk study of bipolar disorder. Childhood clinical phenotypes as precursors of major mood disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68:1012-20.
- Orbach I. Suicide prevention in adolescents. En King R, Apter A, editores. *Suicide in children and adolescents*. Cambridge, Cambridge University Press. 2006; 1-40

- Palacio JD, Zapata-Barco AM, Aguirre-Acevedo DC, et al. Hijos de pacientes con trastorno afectivo bipolar tipo I de una población paisa: perfil psicológico y neuropsicológico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2011;40:90-107.
- Perry A, Shamay-Tsoory S. Understanding emotional and cognitive empathy: a neuropsychological perspective. En: *Understanding Other Minds. Perspectives from developmental social neuroscience*. Tercera Edición. Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H y Lombardo MV. Oxford University Press. 2013.
- Rasic D, Hajek T, Alda M, et al. Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a metaanalysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40:28-38.
- Reichart CG, van der Ende J, Walls M, et al. Social functioning of bipolar offspring. *Journal of Affective Disorders*. 2007;98:207-13.
- Roberts CM, Kane RT, Rooney RM, et al. Efficacy of the Aussie Optimism Program: promoting pro-social behavior and preventing suicidality in primary school students. A randomised controlled trial. *Frontiers in Psychology*. 2017;8:1392.
- Sadler K, Vizard T, Ford T, et al. *Mental Health of Children and Young People in England, 2017*, NHS digital. 2018
- Sánchez R, Ibáñez MA, Pinzón A. Análisis factorial y validación de la versión en español de la escala Brief Psychiatric Rating Scale en Colombia. *Biomédica*, 2005;25:120-8
- Scheepers FE, Buitelaar JK, Matthys W. Conduct disorder and the specifier callous and unemotional traits in the DSM-5. *European child & adolescent psychiatry*, 2011;20:89-93.

- Scocco P, Aliverti E, Toffol E, et al. Empathy profiles differ by gender in people who have and have not attempted suicide. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2020;2:
- Seidel EM, Habel U, Finkelmeyer A, et al. Risk or resilience? Empathic abilities in patients with bipolar disorders and their first-degree relatives. *Journal of Psychiatric Research*. 2011;46:382-8
- Serment M, de la Peña FR, Rodríguez-Delgado A. Correlation between Limited Prosocial Emotions and Empathy in Adolescents Clinical Population. *Research in Pediatrics and Neonatology*. 2020;4: 356-62
- Shamay-Tsoory S, Harari H, Szepsenwol Ohad, et al. Neuropsychological evidence of impaired cognitive empathy in euthymic bipolar disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2009;21:59-67.
- Singer T & Lamm C. The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009;1156:81-96.
- Shaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1981;20:545-65
- Steers ML, Quist MC, Bryan JL, et al. I Want You to Like Me: Extraversion, Need for Approval, and Time on Facebook as Predictors of Anxiety. *Translational Issues in Psychological Science*. 2017;2(3): 283-93.
- Vatnaland T, Vatnaland J, Friis S, et al. Are GAF scores reliable in routine clinical course? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;115:326-30.
- Vera-Estay E, Seni AG, Champagne C, et al. All for one: contributions of age, socioeconomic factors, executive functioning, and social cognition to moral

reasoning in childhood. *Frontiers in Psychology*. 2016;7

Villadangos M, et al. Characteristics of empathy in Young people measured by the spanish validation of the basic empathy scale. *Psichothema*. 2016;28:323-9.

Zavaleta P, De la Peña F, Palacios L, et al. Estudio comparativo de psicopatología en niños y adolescentes hijos de padres con y sin diagnóstico de trastorno bipolar. Tesis de especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia. México: UNAM. 2011:18-20.

Zimmerman M, Morgan TA, Stanton K. The severity of psychiatric disorders. *World Psychiatry*. 2018;17:258-75.