



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

***“ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS Y
SOCIODEMOGRÁFICAS Y UN MENOR FUNCIONAMIENTO GLOBAL
EN HIJOS DE PADRES CON TRASTORNO BIPOLAR”***

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**ESPECIALISTA EN
*PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA DOLESCENCIA.***

PRESENTA:

DR. ALFREDO LICONA MARTÍNEZ

TUTOR METODOLOGICO:

DR. FRANCISCO DE LA PEÑA OLVERA.

TUTOR TEÓRICO:

DR. LINO PALACIOS CRUZ

MÉXICO, D.F. JUNIO DE 2012



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.

CONTENIDO

i.	Resumen	1
ii.	Introducción: Marco Teórico y Antecedentes	2
iii.	Planteamiento del Problema	6
iv.	Justificación	7
v.	Pregunta de Investigación	8
vi.	Objetivos	9
vii.	Hipótesis	10
viii.	Material y métodos	11
ix.	Implicaciones éticas	18
x.	Resultados	19
xi.	Discusión	28
xii.	Limitaciones del estudio	31
xiii.	Conclusiones	32
xiv.	Referencias bibliográficas	33
xv.	Anexos	36

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de Variables	17
Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de las variables socio demográficas.	19
Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de las variables clínicas.	20
Tabla 4. Edad de inicio de los diagnósticos.	21
Tabla 5. Comparación de las variables socio demográficas y clínicas con la C-GAS.	23
Tabla 6. Comparación por género de las variables clínicas de acuerdo al nivel de funcionamiento.	25
Tabla 7. Riesgo de menor funcionamiento según variables clínicas.	26
Tabla 8. Modelo de regresión logística para las variables clínicas y el género en relación al menor funcionamiento.	27

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma del Procedimiento	16
--	----

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por haberme permitido llegar hasta este momento tan importante de mi vida y ayudarme en todo lo que he logrado.

A MIS PADRES:

Laura y José: que desde donde se encuentren, sé que siempre están conmigo y que el éxito obtenido es gracias a su esfuerzo, quienes sin estimar sacrificio alguno siempre me brindaron cariño, amor, formación y educación.

A MI ESPOSA:

Mi amada doctora Lupita, por ser mi inspiración, y que gracias a su comprensión, cariño y sobre todo paciencia a lo largo de estos años, siempre me ha apoyado y ayudado a seguir adelante juntos; y que ahora me ha dado el mayor y más preciado regalo de mi vida: mi hijita Constanza!!!.

A MI FAMILIA:

Mis hermanos: Álvaro y Maribel, gracias porque los dos han aportado las bases sobre las que me sustentó, así como apoyarme en todo lo que he necesitado sin importar tiempo ni sobre todo la distancia, que por distintas circunstancias hemos tenido que enfrentar... Y a mis sobrinitas que tanto quiero, Laura y Regina, que llenan de alegría y cariño mi vida.

A mis suegros: Sra. María y Sr. Lamberto, que han sido como mis padres, y también a mis cuñados que son parte importante en mi camino, gracias por todo.

Definitivamente gracias al Dr. Francisco de la Peña y al Dr. Lino Palacios que me dieron todo el apoyo y comprensión, y que siempre tendré presentes como parte fundamental en mi formación como Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia; gracias a la Dra. Silvia Ortiz quién también siempre me apoyó y es otro pilar invaluable en mi formación, y por supuesto a todos los pacientes niños y adolescentes que sin su presencia no hubiera culminado este reto.

Muchas Gracias a Todos!!!

ABREVIATURAS

TDM: Trastorno Depresivo Mayor

TAS: Trastorno de Ansiedad por Separación.

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

TND: Trastorno Negativista Desafiante

TB: Trastorno Bipolar

DE: Desviación Estándar

gl: Grados de libertad.

Sign: Significancia

RESUMEN

Se ha observado que la presencia de un trastorno psiquiátrico en los padres se asocia con una mayor frecuencia de psicopatología en sus hijos, así los hijos de padres con diagnóstico de Trastorno Bipolar tienen mayor riesgo además de un menor funcionamiento global. En México aún no se han estudiado específicamente los factores sociodemográficos asociados y la fenomenología clínica en la presentación de trastornos psiquiátricos en este grupo. Bajo este marco, se propuso determinar cuáles son las variables clínicas y socio demográficas asociadas a un menor funcionamiento global. Se reclutaron 61 niños y adolescentes con rango de edad entre 6 y 17 años hijos de padres con TB que fueran pacientes del INPRFM. Se evaluaron mediante la entrevista *K-SADS-PL*, y con la escala *C-GAS*. Se obtuvo que la variable sociodemográfica asociada a un menor funcionamiento es el género femenino en presencia de variables clínicas como TDM, TAG, TDAH, TND, fobia social y fobia específica, reportando una mayor asociación tanto con el TDAH como con el TND. Concluyendo que los hijos de padres con TB conforman un grupo de alto riesgo para el desarrollo y presencia elevada de psicopatología, por lo que se mantiene vigente la necesidad de llevar un seguimiento, con la finalidad de identificar oportunamente trastornos psiquiátricos que puedan ser prevenidos y sobre todo para limitar su efecto en el funcionamiento global del niño o adolescente.

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes.

Los padres con trastornos psiquiátricos tienen mayores dificultades para relacionarse con sus hijos ya que generalmente dicho trastorno interfiere con la percepción que se tiene del hijo, dando lugar a pautas educativas inadecuadas y a un tipo coercitivo de interacción padre-hijo que favorece la aparición de trastornos psiquiátricos en sus hijos, por lo que se ha visto que la presencia de un trastorno psiquiátrico en los padres se asocia con mayor frecuencia de los mismos trastornos en los hijos siendo importante tomar en cuenta la gravedad del trastorno paterno, la edad, el sexo y el temperamento del niño y la personalidad de los padres.¹

En una revisión publicada hace algunos años ya se enfatiza la necesidad de investigación que permita clarificar las vías de cómo la enfermedad parental impacta en los hijos, los riesgos específicos y factores protectores, y el propio rol del padre en el desarrollo de psicopatología en los hijos de padres con algún trastorno psiquiátrico.²

Recientemente se ha encontrado que los trastornos afectivos aumentan el riesgo de padecer trastornos emocionales en los hijos de padres y más aún en pacientes con Trastorno Bipolar (TB), en donde los hijos además de aumentar su riesgo para sufrir trastornos del ánimo, se les asocia con un papel fundamental de los eventos vitales estresantes.^{3,4} Independientemente de la carga familiar para el TB, los eventos estresantes incrementan el riesgo a lo largo de la vida para presentar un trastorno del ánimo en hijos de pacientes con trastorno bipolar.⁵

Como se ha dicho entonces, los hijos de padres con TB tienen un mayor riesgo de psicopatología, aunque existe variabilidad entre los diferentes estudios con respecto a la naturaleza del riesgo conferido y los tipos de trastornos que presentan estos jóvenes; dicha variabilidad puede ser atribuible a diferencias metodológicas entre los estudios, como el tipo de informantes, los tiempos en la evaluación, el origen y tamaño de las muestras, evaluadores que no fueron ciegos al diagnóstico parental, resaltando entonces que aunque la herencia es importante en la etiología del TB, se sabe ahora que los factores ambientales también contribuyen en los hijos de padres con trastorno bipolar ya que ambos factores activan genes susceptibles durante el desarrollo; así los

eventos estresantes ambientales tales como conflictos maritales, pobre calidad de parentaje y la presencia de psicopatología en uno de los padres además del TB en otro son totalmente asociados con el desarrollo de trastornos mentales en sus hijos.⁶

La confirmación de todos estos hallazgos fue revisada en 1997 cuando se publicó el primer meta-análisis que evaluó el riesgo de psicopatología en hijos de pacientes con TB. Dicho estudio, incluyó 14 estudios transversales, publicados de 1983 a 1993, de estos 11 habían incluido un grupo comparativo de padres sin trastorno psiquiátrico. Se concluyó que los hijos de padres con TB tenían 4.0 veces mayor riesgo de desarrollar un trastorno afectivo y 2.7 veces mayor probabilidad de desarrollar cualquier trastorno psiquiátrico que los hijos de padres sin trastorno psiquiátrico. Se reportó también que 5.4% de los hijos de bipolares fueron diagnosticados con Trastorno Bipolar en comparación con el 0% del grupo control.⁷

Birmaher y cols,⁸ reportaron que los hijos de pacientes con TB presentan 13.4 veces mayor riesgo de desarrollar TB que los hijos de los padres sanos, así como 5.2 veces mayor riesgo para cualquier trastorno del ánimo y 2.3 veces mayor riesgo para cualquier trastorno de ansiedad. Los mismos autores tienen el primer reporte en preescolares los cuales presentaron ocho veces mayor prevalencia a lo largo de la vida de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), especialmente para los mayores de 4 años y mayor frecuencia de síntomas depresivos y maníacos subumbrales, estos resultados fueron ajustados para psicopatología en uno o ambos padres.⁹

Hirshfeld y cols,¹⁰ reportaron en hijos de padres con TB una elevada frecuencia de trastornos de ansiedad incluyendo el trastorno de ansiedad de separación ó el trastorno de ansiedad generalizada, concluyendo que los trastornos de ansiedad podrían ser un probable marcador de riesgo para el desarrollo de TB en los propios hijos de padres con TB.

Hablando de las interacciones sociales en un estudio se ha encontrado que los hijos de padres con TB resultan más conflictivos y con menor tolerancia que las hijas de padres con TB, pero hallando que comparándolos con hijos de padres sin TB no hubo diferencias importantes por lo que se podría decir que estos pacientes pueden desarrollar un adecuado funcionamiento en su vida diaria.¹¹

En un estudio que evaluó eventos de estrés crónico y agudo en una muestra de hijos de padres con TB se reportó que estos pacientes experimentan mayores dificultades en distintos ámbitos de funcionamiento interpersonal aún si se controla un trastorno afectivo asociado, observando que resulta muy común que estos pacientes puedan presentar eventos estresantes el ámbito interpersonal de moderada a severa intensidad.¹²

En relación al funcionamiento global de los hijos de pacientes con diagnóstico de TB destaca un estudio donde se contó 140 hijos de padres con diagnóstico de trastorno bipolar además de 1122 adolescentes y 1175 adultos jóvenes de la población general; donde el hallazgo más sobresaliente consistía en que el nivel total de funcionamiento social del adolescente hijo de paciente con TB no se diferenció de los de adolescentes de la población general, concluyendo así que los adolescentes hijos de padres bipolares no muestran compromiso en su funcionamiento social; esto resulta también importante porque en general un buen funcionamiento social premórbido es un predictor para el éxito de tratamiento.¹³

Otra investigación reporta un dato concluyente al respecto de esta investigación en cuanto a que los hijos de padres con TB definitivamente presentan un nivel más bajo de funcionamiento utilizando el *Children's Global Assessment Scale* (C-GAS) y mostrando una vez que en estos niños y adolescentes el TDAH resulta el único diagnóstico con incremento estadísticamente significativo en lo que respecta al desarrollo de cuadros afectivos subsindromáticos sí se compara con hijos de padres sin TB.¹⁴ En una última publicación internacional se concluyó que los hijos de padres con TB sí se presentan un compromiso en su funcionamiento psicosocial que es totalmente atribuible tanto al padecimiento del padre como a la propia psicopatología que el menor pueda presentar.

Estableciendo que deben implementarse intervenciones tempranas para tratar la psicopatología del menor que puedan reducir el pobre funcionamiento a largo plazo.¹⁵

Ahora, revisando la literatura en México, y hablando sobre la prevalencia de pacientes con TB como un dato a tener en consideración tenemos que de estudios recientes reportan 2.0 para TB I y un 0.9 para TB II.¹⁶ Y ya en los últimos años se reporta un 2% de pacientes en edad escolar que han presentado depresión destacando un promedio de 7 episodios a lo largo de la vida comparado con 3 episodios de depresión pero en la edad adulta.¹⁷

Recientemente en nuestro país, se concluyó el primer estudio que evaluó la psicopatología en los hijos de pacientes con trastorno bipolar, sus resultados mostraron que 90.3% de los hijos de padres con TB han presentado algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida lo cual es un porcentaje mayor a lo reportado en otros estudios. Al compararlo con un grupo control, el 87.1% reunió criterios para al menos un diagnóstico a lo largo de la vida, no se alcanzó significancia estadística entre grupos, sin embargo al realizar el análisis por espectros, hubo una mayor frecuencia de padecimientos del espectro externalizado para los hijos de padres con TB los cuales tuvieron 4.44 veces mayor riesgo de presentar cualquier trastorno externalizado a lo largo de la vida que el grupo control y específicamente 3.38 y 3.06 veces mayor riesgo de presentar TDAH. Finalmente, en lo que respecta al funcionamiento global actual se encontró que el 64.5% de los hijos de padres con TB se ubicaron en la categoría de 41 a 60 puntos, mientras que los hijos de los padres sin TB el 71% de ellos se encontraron en el grupo de 71 a 100 con una diferencia estadísticamente significativa (71-100 n=11 [35.5%] vs n=22 [71%], 41-60: n=20 [64.5%] vs n=9 [29%] $\chi^2=7.783$, p=.005), concluyendo entonces que los hijos de pacientes con trastorno bipolar presentan un funcionamiento variable con interferencia en al menos un área hasta interferencia moderada en el funcionamiento en la mayor parte de las áreas sociales.¹⁸

Un último dato de la literatura tenemos presente que los hijos de padres con TB tienen no sólo un mayor riesgo de desarrollar psicopatología sino que los cuadros afectivos pueden instalarse a edades más tempranas situación que hace aún más importante el dar seguimiento a este grupo de estudio.¹⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Poco ha sido investigado sobre el funcionamiento global de los niños y adolescentes hijos de padres con diagnóstico de TB mismo que en la actualidad se muestra como una línea de investigación necesaria, así en primera instancia, se debe recordar que el funcionamiento es el hecho de ejecutar las funciones que le son propias a cada objeto o persona, y tratándose de niños y adolescentes en quienes su funcionamiento global involucra diversas áreas como la propia rutina semanal, su repertorio social y académico, las tendencias personales como pueden ser las reacciones ante situaciones de frustración, espera, autocontrol, etc., y motivacionales como son el estado biológico general y funcionamiento intelectual; resulta de vital importancia contar con esta información que puede recabarse a través de entrevistas, incluso mediante escalas y cuestionarios, y con dichos instrumentos se logre entender con mayor claridad el estado del niño en relación a la presencia o no de psicopatología asociada.

Finalmente retomando información previa sobre los hijos de padres con diagnóstico de TB en cuanto a que tienen no sólo un mayor riesgo de desarrollar psicopatología sino que los trastornos pueden instalarse a edades más tempranas, lo convierte en una situación imperante de dar seguimiento a este grupo de riesgo, motivando una interrogante para ser investigada, y que además en nuestro medio no se ha llevado a cabo, siendo un campo todavía desconocido.

JUSTIFICACIÓN

Como se menciona en los antecedentes existen diversas investigaciones donde se demuestra el riesgo elevado de presentar psicopatología en los hijos de padres con TB. Por lo que en México se está comenzando a realizar estudios al respecto, no se han estudiado a fondo los factores socio demográficos asociados y la fenomenología clínica en la presentación de los trastornos psiquiátricos de este grupo de alto riesgo. Recientemente la Dra. Patricia Zavaleta encontró en un estudio de psicopatología de hijos de padres con TB que algunas variables clínicas [TDM, Fobia Social, TDAH, TND, historia de abuso (físico, sexual y psicológico), fracaso escolar] y socio-demográficas (edad, sexo, familia mono parental, nivel socioeconómico) se asociaron con mayor psicopatología y menor funcionamiento global; además los hijos de pacientes con TB presentaron una alta variabilidad en el funcionamiento de leve a moderado en una o mas áreas sociales, cuando se comparó el grupo de hijos de pacientes con TB contra el grupo de hijos de sujetos control se encontró un menor funcionamiento global en los primeros. El poder estadístico de la muestra en la investigación que encabezó la Dra. Zavaleta no ha permitido obtener resultados significativos, por lo que el equipo de investigación ha decidido continuar en esta misma línea y buscar como meta principal determinar cuáles son las variables clínicas y socio demográficas asociadas al funcionamiento global en una muestra ampliada de estos menores en riesgo.¹⁸

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre variables clínicas: TDM, Fobia Social, TDAH, TND, historia de abuso (físico, sexual y psicológico); y variables socio demográficas: edad, sexo, familia monoparental con un menor funcionamiento global en niños y adolescentes hijos de padres con diagnóstico de TB?

OBJETIVO GENERAL

- Determinar cuáles son las variables clínicas y socio-demográficas asociadas a un menor funcionamiento global en niños y adolescentes hijos de padres con diagnóstico de TB.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las variables clínicas de los hijos de padres con diagnóstico de TB.
- Describir las variables socio-demográficas de los hijos de padres con diagnóstico de TB.
- Evaluar el funcionamiento global de los hijos de padres con diagnóstico de TB.

HIPÓTESIS

- A. Los niños y adolescentes hijos de padres con diagnóstico de TB que cursen con TDM, Fobia Social, TDAH ó TND, historia de abuso (físico, sexual y psicológico), presentarán un menor funcionamiento global.
- B. Los niños y adolescentes hijos de padres con diagnóstico de TB que tengan una familia monoparental presentarán alteraciones en su funcionamiento global.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio según A. Feinstein

Naturalístico

Transversal

Observacional

Analítico

Población de estudio, selección y Tamaño de la Muestra.

Niños y Adolescentes Hijos de Padres con diagnóstico de TB que acuden a la Clínica de Trastornos Afectivos del INPRFM.

Niños y Adolescentes en el rango de edad de 6 a 17 años s fueron evaluados.

Tamaño de la Muestra.

Inicialmente se calculó la muestra de acuerdo a la fórmula de comparación de proporciones, esperando que existiera en el grupo de mayor funcionamiento un 40% y el resto en el grupo de menor funcionamiento (60%), aceptando un $\alpha=0.05$ y una $\beta=80\%$:

$$n = \frac{\left[Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Finalmente se fue completando mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia.

Criterios de Inclusión

- Niños y Adolescentes Hijos de Padres con TB que fueran Pacientes de la Consulta Externa de la Clínica de Trastornos Afectivos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente que cumplan criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-IV TR para TB I ó TB II.
- Niños y Adolescentes Hijos de Padres con TB que tuvieran edades entre 6 y 17 años.
- Que hayan aceptado participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Niños y adolescentes hijos de padres con diagnóstico de TB que no aceptaron participar en el estudio.
- Niños y adolescentes hijos de padres que en el momento de la evaluación presentaron alguna condición psiquiátrica comórbida que les impidió otorgar el consentimiento informado.
- Niños y Adolescentes que hayan sido adoptados.

Criterios de Eliminación

- Niños y adolescentes y/o sus padres quienes hayan revocado su decisión de participar en esta investigación.

ESCALAS DE MEDICIÓN

Entrevistas Diagnósticas

1. Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL).

Surgió a principios de 1980, existen dos versiones del K-SADS que incorporan los datos del momento actual y a lo largo de la vida, la versión más reciente es el K-SADS-PL, que combina ambas brindando la posibilidad de codificar el número y la duración de episodios previos, así como evaluar alteraciones del funcionamiento relacionadas con diagnósticos específicos y la posibilidad de evaluar alteraciones del funcionamiento global por medio del C-GAS, lo que proporciona información sobre historia del desarrollo, antecedentes familiares y patológicos del sujeto.

También existen una serie de preguntas relativas a la situación (severidad e impacto psicosocial) en la última semana. El clínico entrevista primero a uno de los padres y a continuación al niño para efectuar una valoración global a partir de toda la información de la que disponga, incluida la referida al contexto escolar. En los adolescentes se entrevista primero al paciente y después se entrevista a uno de los padres. La duración aproximada de la entrevista es de 90 minutos, que dependerá acorde al número de preguntas clínico estime oportunas realizar para tener una visión completa de los síntomas presentes en el caso.

Evalúa la presencia de 46 diferentes diagnósticos del Eje I de acuerdo a los criterios del DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana en sus versiones DSM III y IV, tanto en el momento actual como a lo largo de la vida. Se compone de las siguientes secciones: entrevista introductoria, entrevista diagnóstica de sondeo o tamizaje, suplementos diagnósticos (trastorno afectivos, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, abuso de sustancias y otros trastornos). Los diagnósticos se codifican como definitivos, probables (cuando se cumple 75% de los criterios diagnósticos de un trastorno y existe deterioro funcional) o ausentes.

En México fue traducida al español y evaluada en cuanto a confiabilidad interevaluador obteniéndose coeficientes kappa para TDAH ($k=0.9$), para Trastornos de Ansiedad, trastorno por abuso de sustancias y enuresis ($k=1$), para trastorno depresivo mayor 0.66 en episodios del pasado y 1.0 para episodio actual.²⁴

2. *Children's Global Assessment Scale (C-GAS).*

La escala de Evaluación de la Actividad Global para Niños es un instrumento para la valoración del funcionamiento global o general en sujetos, durante un periodo específico de tiempo, como un continuo de enfermedad psicológica o psiquiátrica a estado de salud. Contiene un único ítem, que se puntúa mediante una escala que oscila entre 100 (reservada para aquellos individuos que no sólo están exentos de psicopatología, sino que muestran rasgos considerados como de salud mental positiva como son funcionamiento superior, elevados intereses, integridad, calidez...) y 1 (manifiesta expectativa de muerte). La puntuación de 0 se reserva para cuando la información no es adecuada.

Su aplicación debe ser heteroadministrada y el marco temporal valorado el momento actual. Los autores recomiendan que la valoración se haga en función de los síntomas en el momento valorado y que no se encuentren influenciados por consideraciones de pronóstico, diagnósticos previos o de presunción de la patología subyacente. Debido a que valora un completo rango de severidad, puede ser utilizada en todos aquellos estudios que precisen una valoración global de la severidad de la enfermedad o del grado de salud. No en todos los casos es necesario utilizar la escala completa y que pueden emplearse los primeros o los últimos ítems en función del tipo de estudio diseñado. Se ha considerado como un *mayor funcionamiento* cuando se reporta una puntuación por arriba de 81 que de acuerdo a la propia escala corresponde a un adecuado funcionamiento en todas las áreas describiendo que el paciente se siente seguro con su familia, en la escuela y con los compañeros; pueden existir dificultades transitorias y en ocasiones, las preocupaciones diarias se salen de su control. Mientras que cuando se reportan puntuaciones iguales y/o por debajo de 80 ya se considera un *menor funcionamiento* describiendo ya un

deterioro en el funcionamiento global, alguna dificultad en un área específica y definitivamente un funcionamiento variable con dificultades o presencia de síntomas en otras áreas; finalmente cabe recordar que conforme va disminuyendo la puntuación en la escala equivale a una interferencia moderada hasta severa, donde puntuaciones por debajo de 30 se traduce como una incapacidad para funcionar en la mayoría de las áreas.¹⁹ Para evaluar las propiedades psicométricas de dicha escala al idioma español se tiene un estudio que tras evaluar 337 niños y adolescentes que acudían a centros pediátricos o psiquiátricos con una entrevista diagnóstica estructurada, se adjudicaba la puntuación de deterioro; concluyendo que la escala C-GAS es un instrumento fiable, en el tiempo y entre evaluadores, y válido, ya que diferencia a grupos de sujetos con y sin psicopatología y a sujetos con diferente número de trastornos. Se cuenta con un coeficiente de correlación intraclase que oscila entre 0,61 y 0,91.²⁰

Procedimiento

Primera Fase:

Se realizó invitación a los pacientes de la consulta Externa del INPRFM de la Clínica de Trastorno Afectivos quienes cuenten con diagnóstico de TB, a participar en este proyecto.

Se participó en los grupos psicoeducativos de los pacientes con TB, donde también se realizó dicha invitación a participar en la investigación.

Aquellos que aceptaron se les explicó en que consistía la investigación y posteriormente se les otorgó Carta de Consentimiento Informado para los padres y Carta de Asentimiento Informado para los niños y adolescentes donde firmaron su participación.

Segunda Fase:

Una vez que aceptaron participar se procedió a la evaluación de los niños y adolescentes hijos de padres con Trastorno Bipolar, mediante la entrevista *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL), así como con la escala *Children's Global Assessment*

Scale (C-GAS). Mismas evaluaciones que fueron realizadas por tres investigadores quienes fueron médicos especialistas en psiquiatría quienes estaban capacitados para la realización de dichas entrevistas.

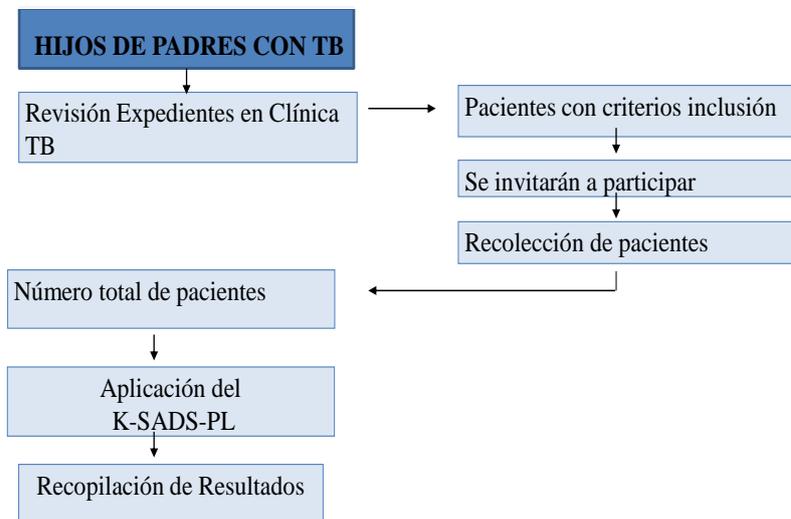
Tercera Fase:

Una vez realizadas las evaluaciones se procedió a la recopilación e interpretación de resultados mediante análisis estadístico, donde finalmente se obtuvieron resultados y se definieron conclusiones.

Cuarta Fase:

La muestra se complementó con sujetos provenientes de otras dos muestras tanto del “proyecto madre” como de un “proyecto hermano” de esta investigación que evaluaron a la misma población con los mismos instrumentos de medición.

Figura 1. Flujograma del Procedimiento



Variables

Variable dependiente (Discreta): Funcionamiento global disminuido en los hijos de padres con TB.

Variable independiente (Nominal): Presencia de TB en los Padres.

Tabla 1. Descripción de Variables

VARIABLE	CONCEPTO	MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina de los animales o las plantas	Dimensional	Cualitativa nominal
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Catagórica	Cuantitativa continua
Familia mono/biparental	Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, en este caso con sólo la madre o el padre.	Dimensional	Cualitativa nominal
Trastorno Depresivo Mayor	Patrón caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.	Dimensional	Cualitativa nominal
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Patrón caracterizado por ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades.	Dimensional	Cualitativa nominal
Trastorno de Ansiedad por Separación	Patrón de ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto con respecto a la separación del hogar o personas con quienes esta vinculado.	Dimensional	Cualitativa nominal
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	Patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar.	Dimensional	Cualitativa nominal
Trastorno Negativista Desafiante	Patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad.	Dimensional	Cualitativa nominal
Fobia Social	Miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas.	Dimensional	Cualitativa nominal
Fobia Específica	Temor acusado y persistente o excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica	Dimensional	Cualitativa nominal
Abuso (Físico, psicológico o sexual)	Usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente de algo o de alguien.	Dimensional	Cualitativa nominal

Análisis Estadístico

Se utilizaron medidas de tendencia central para la descripción de las variables socio-demográficas y clínicas, se utilizó χ^2 para comparar porcentajes. La significancia estadística se estableció con $p < 0.05$.

Se calcularon los OR para asociación de riesgos, además de que se efectuó un análisis bivariado y multivariado por medio de regresión logística para predecir el comportamiento de las variables clínicas y sociodemográficas como factores de riesgo o protectores para un menor funcionamiento global.

Finalmente la captura y análisis de la información se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 17.0.

IMPLICACIONES ÉTICAS

La presente investigación compartió algunas características con un estudio aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, que se tituló “*Estudio Comparativo de Psicopatología en Niños y Adolescentes hijos de Padres con y sin diagnóstico de Trastorno Bipolar*”, dichas características fueron aplicar el K-SADS-PL a los niños y adolescentes hijos con edades entre 6 y 17 años de edad, de padres con diagnóstico de Trastorno Bipolar.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en México en Materia de Investigación para la Salud, Título 2; Capítulo 1, Artículo 17, Fracción III, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Enero de 1987, el presente estudio se considera como una investigación de riesgo mínimo debido a que el diseño del estudio no involucra asignación de intervenciones ni maniobras. De cualquier manera al abordar a sujetos candidatos a participar en el estudio se les explicó el objetivo del mismo, así como los riesgos, inconvenientes o molestias y/o beneficios posibles derivados del mismo y una vez aclaradas sus dudas decidieron de manera libre y personal su participación.

Definiendo que todos los pacientes que requieran tratamiento serán atendidos en la Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

RESULTADOS.

Descripción de la muestra.

Se obtuvo una muestra de 61 entrevistas diagnósticas de niños y adolescentes hijos de pacientes con diagnóstico de TB que acudieron al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, mismas que fueron realizadas en periodos distintos, la primera parte de la muestra se realizó durante el segundo semestre del año 2010, y una segunda parte que se realizó en el periodo comprendido de julio de 2011 a enero de 2012, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión de esta investigación.

Variables socio demográficas.

En la tabla 2 se describen los detalles de las variables socio demográficas.

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas.

VARIABLE	VALOR	N (%)
GENERO	Hombre	23 (37.7)
	Mujer	38(62.3)
GRUPO ETARIO	Escolar (6-12 años)	29 (47.5)
	Adolescente (13-17 años)	32(52.5)
TIPO DE FAMILIA	Monoparental	25(41.0)
	Biparental	36(59.0)

VARIABLES CLÍNICAS.

En la tabla 3 se describen los detalles de las variables clínicas.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de las variables clínicas.

VARIABLE	N (%)
TDM*	13 (21.3)
TAG*	15 (24.6)
TAS*	18 (29.5)
TDAH*	36 (59.0)
TND*	30 (49.2)
FOBIA SOCIAL	8 (13.1)
FOBIA ESPECIFICA	17 (27.9)
HISTORIA DE ABUSO **	31 (50.8)

*TDM: Trastorno Depresivo Mayor.

*TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

*TAS: Trastorno de Ansiedad por Separación.

*TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

*TND: Trastorno Negativista Desafiante.

** De estos casos, 15 corresponden a abuso físico y psicológico, 9 abuso físico, 5 abuso psicológico y 2 abuso sexual.

Edad de Inicio

En la tabla 4 se presentan las distintas edades de inicio de los padecimientos.

Tabla 4. Edad de inicio de los diagnósticos.

VARIABLE	Edad de Inicio	DE
TDM	10.56	2.506
TAG	8.00	2.697
TDAH	6.11	1.537
TND	7.60	1.897
Fobia social	7.20	2.049
Fobia específica	6.50	2.38

Comparación del género y el funcionamiento global.

El análisis al comparar los porcentajes de hombres y mujeres que tuvieron un mayor funcionamiento global (≥ 81) no fue significativo 18vs.19.7%; al comparar el porcentaje de hombres y mujeres con menor funcionamiento global (< 80) si fue significativo, en las mujeres 18% vs.44.3% $\chi^2=3.29$, $p<0.043$.

En cuanto al grupo etario se observó que los escolares reportaron un 23% vs. 24.6% con mayor y menor funcionamiento respectivamente, mientras que los adolescentes tuvieron un 14.8% vs. 37.7% con mayor y menor funcionamiento respectivamente, $\chi^2=2.63$, $p<0.58$.

Respecto al tipo de familia se reportó que 13.1% vs. 27.9% con mayor y menor funcionamiento en quienes tenían un tipo monoparental; mientras que los contaban con ambos padres reportaron un 24.6% vs. 34.4% de mayor y menor funcionamiento respectivamente $\chi^2=0.58$, $p<0.16$.

Variables clínicas y el funcionamiento global.

En lo que respecta a estas variables se observa que los pacientes con diagnóstico de TDM de la muestra total reportaron un 1.6% con mayor funcionamiento y un 19.7% con menor funcionamiento, $\chi^2=6.33$, $gl=1$, $p<0.009$. En el caso del TAG se reportó un 3.3% y un 21.3% con mayor y menor funcionamiento global respectivamente, $\chi^2=5.03$, $gl=1$, $p<0.019$. Para el TAS se reportó un 6.6% y un 23% con mayor y menor funcionamiento global respectivamente, $\chi^2=2.60$, $gl=1$, $p<0.65$. En el caso del TDAH se obtuvo un 9.8% y un 49.2% con mayor y menor funcionamiento global respectivamente, $\chi^2=16.55$, $gl=1$, $p<0.0001$. En los pacientes con TND se reportó un 6.6% y un 42.6% con mayor y menor funcionamiento global respectivamente, $\chi^2=14.92$, $gl=1$, $p<0.0001$. Hablando de la fobia social se obtuvo un 3.3% con mayor funcionamiento, y un 9.8% con menor funcionamiento, $\chi^2=0.63$, $gl=1$, $p<0.237$. Respecto a la fobia específica se reportó un 3.3% y un 24.6% con mayor y menor funcionamiento respectivamente, $\chi^2=6.75$, $gl=1$, $p<0.007$. Finalmente en la historia de abuso se obtuvo un 11.5% con mayor funcionamiento, y un 39.3% con menor funcionamiento, $\chi^2=6.13$, $gl=1$, $p<0.01$.

Tabla 5. Comparación de las variables sociodemográficas y clínicas con la C-GAS n=61.

VARIABLE	BUEN FUNCIONAMIENTO N (%)	MAL FUNCIONAMIENTO N(%)	x2	p
Hombre/Mujer	12 (19.7)/11(18.0)	11(18.0) / 27(44.3)	3.29	0.043
Escolar / Adolescente	14(23.0) / 9(14.8)	15(24.6) /23(37.7)	2.63	0.58
Familia Monoparental / Familia Biparental	8(13.1) / 15(24.6)	17(27.9) / 21(34.4)	0.58	0.16
TDM	1 (1.6)	12(19.7)	6.33	0.009
TAG	2(3.3)	13(21.3)	5.03	0.019
TAS	4(6.6)	14(23.0)	2.60	0.65
TDAH	6(9.8)	30(49.2)	16.55	0.0001
TND	4(6.6)	26(42.6)	14.92	0.0001
Fobia social	2(3.3)	6(9.8)	0.63	0.237
Fobia específica	2(3.3)	15(24.6)	6.75	0.007
Historia de Abuso	7(11.5)	24(39.3)	6.13	0.01

En la tabla 6 se observa la comparación de los pacientes que tuvieron un diagnóstico positivo tomando en cuenta el género ya sea masculino o femenino en relación al mayor y menor funcionamiento donde se reporta lo siguiente: para el TDM 3% que fueron hombres tuvieron un mal funcionamiento, mientras que las mujeres reportaron un 7.7% con mayor funcionamiento y 69.2% con menor funcionamiento.

Respecto al TAG y género masculino se reportó un 6.7% con mayor funcionamiento y un 13.3% con menor funcionamiento, mientras que las mujeres tuvieron 6.7% con mayor funcionamiento y un 73.3% con menor funcionamiento.

En el caso de TAS se observó que los hombres reportaron un 11.1% con mayor funcionamiento y un 22.2% con menor funcionamiento, mientras que las mujeres tuvieron un 11.1% y un 55.6% con mayor y menor funcionamiento respectivamente.

Para los pacientes con diagnóstico de TDAH y género masculino se reportó un 11.1% y un 22.2% con mayor y menor funcionamiento respectivamente, y en las mujeres un 5.6% reportó un mayor funcionamiento con un 61.1% con menor funcionamiento.

En el caso de TND los hombres reportaron un 13.3% con mayor funcionamiento y un 26.7% con menor funcionamiento, mientras que las mujeres reportaron un 60% con menor funcionamiento.

Para la fobia social sólo hubo un paciente masculino con mayor funcionamiento, con 12.5% y un 75% con mayor y menor funcionamiento respectivamente en el caso del género femenino.

En el caso de la fobia específica se obtuvo un 11.8% y un 17.6% con mayor y menor funcionamiento en el caso de los hombres, mientras que para las mujeres se obtuvo un 70.6% con menor funcionamiento.

Finalmente para la historia de abuso se reportó un 9.7% con mayor funcionamiento y un 16.1% con menor funcionamiento en el caso de los hombres, mientras que las mujeres reportaron un 61.3% con menor funcionamiento.

Tabla 6. Comparación por género de las variables clínicas de acuerdo al nivel de funcionamiento.

VARIABLE	GENERO	BUEN FUNCIONAMIENTO (N) %	MAL FUNCIONAMIENTO (N)%
TDM (N=13)	Hombre (N=3)	(0) 0.0%	(3) 23.1%
	Mujer(N=10)	(1) 7.7%	(9) 69.2%
TAG (N=15)	Hombre (N=3)	(1) 6.7%	(2) 13.3%
	Mujer (N=12)	(1) 6.7%	(11) 73.3%
TAS (N= 18)	Hombre (N=6)	(2) 11.1%	(4) 22.2%
	Mujer (N=12)	(2) 11.1%	(10) 55.6%
TDAH (N= 36)	Hombre (N=12)	(4) 11.1%	(8) 22.2%
	Mujer (N=24)	(2) 5.6%	(22) 61.1%
TND (N=30)	Hombre (N= 12)	(4) 13.3%	(8) 26.7%
	Mujer (N=18)	(0) 0.0%	(18) 60.0%
F. SOCIAL (N=8)	Hombre (N=1)	(1) 12.5%	(0) 0.0%
	Mujer (N=7)	(1) 12.5%	(6) 75.0%
F. ESPECIFICA (N=17)	Hombre (N= 5)	(2) 11.8%	(3) 17.6%
	Mujer (N=12)	(0) 0.0%	(12) 70.6%
HISTORIA DE ABUSO (N=31)	Hombre (N= 8)	(3) 9.7%	(5) 16.1%
	Mujer (N= 23)	(4) 12.9%	(19) 61.3%

En la tabla 7 se observan las asociaciones encontradas entre las variables clínicas y un menor funcionamiento global donde destacan TDM, TDAH y TND aunque por lo observado en los intervalos de confianza deben tenerse reservas en su interpretación.

Tabla 7. Riesgo de Menor Funcionamiento global según variables clínicas (N = 61)

VARIABLE	MENOR FUNCIONAMIENTO GLOBAL (IC 95%) N=38	VALOR DE p
TDM	10.14 (1.22-84.38)	0.009
TAG	5.46 (1.10-26.98)	0.019
TAS	2.77 (0.78-9.80)	0.65
TDAH	10.62 (3.15-35.78)	0.0001
TND	10.29 (2.87-36.9)	0.0001
Fobia social	1.96 (0.36- 10.69)	0.237
Fobia especifica	6.84 (1.39-33.56)	0.007
Historia de Abuso	3.91 (1.29- 11.84)	0.01

Finalmente se efectuó un análisis bivariado y multivariado por medio de regresión logística para predecir el comportamiento de las variables clínicas y el género femenino como factores de riesgo o protectores para un menor funcionamiento global, donde se observa que el ser mujer conlleva 3 veces mayor riesgo para presentar un menor funcionamiento, en caso de las variables clínicas y su riesgo para presentar un menor funcionamiento se reportó así: para el TDM un 1.2 veces, para el TAG 2.2 veces, para el TDAH existen 4.7 veces más, para el TND se tienen 9 veces más, para la fobia específica 3.2 veces y para la historia de abuso se tienen 2.5 veces, mismos datos que pueden observarse en la siguiente tabla.

Tabla 8. Modelo de regresión logística para las variables clínicas y el género en relación al menor funcionamiento.

VARIABLE	x2 Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Género	2.106	1	.147	3.559
TDM	.014	1	.906	1.206
TAG	.370	1	.543	2.226
TDAH	3.618	1	.057	4.758
TND	5.768	1	.016	9.018
Fobia específica	1.629	1	.266	3.215
Historia de abuso	2.972	1	.202	2.593

DISCUSIÓN.

En el presente estudio se exploró la asociación entre variables clínicas y socio demográficas y el funcionamiento global en hijos de padres con TB utilizando una entrevista diagnóstica junto con una medición de la actividad global de los menores en un momento determinado de tiempo, ya que como se ha dicho previamente, el evaluar a los hijos de pacientes con diagnóstico de TB resulta importante debido a que constituyen un grupo de alto riesgo para el desarrollo de psicopatología incluyendo tanto trastornos afectivos como trastornos de conducta;²¹ incluso dentro de este mismo orden de ideas cabe resaltar de manera interesante que este grupo presenta rasgos de temperamento distintos de los hijos de pacientes sin TB,²² situación que debe ser considerada también al momento de interpretar resultados en investigaciones como la nuestra.

Así, dentro de nuestro estudio se observó que las variables clínicas como el TDM, TAG, TDAH, TND, fobia específica y la historia de abuso tienen una mayor frecuencia según los resultados obtenidos, mismos datos que concuerdan con lo ya reportado previamente en estudios de hijos de pacientes con TB;²³ además de que estas mismas variables se asocian con menor funcionamiento global mismo que también se equipara con literatura previa sobre elevada presencia de trastornos externalizados y trastorno depresivo mayor con una interferencia en el funcionamiento.¹¹ Resaltando que no se encontró asociación entre el género masculino y variables clínicas como el TDAH, TDM o TND con un menor funcionamiento global, situación que resulta contraria a las expectativas previas al estudio. Tomando en consideración además las edades de inicio de los diagnósticos donde debemos de recordar que difieren las presentaciones de los trastornos internalizados y externalizados para niños y adolescentes, donde antes de la adolescencia son más comunes los externalizados misma situación que se corrobora en nuestro estudio donde vemos la mayor frecuencia del TDAH y TND en la muestra, pero sin dejar de

mencionar que aunque el TDM no fue tan frecuente como los anteriores diagnósticos sí se encuentra asociado de manera muy significativa a un menor funcionamiento global.

Entonces podemos decir que la presencia de un diagnóstico de TDAH y/o TND conlleva una mayor asociación con un menor funcionamiento global mismo que no se había reportado previamente en la literatura en el caso de hijos de padres con TB.

Otro hallazgo muy interesante contrario a nuestras expectativas y que también resulta como primera vez reportado en muestras de hijos de pacientes con TB es el hecho de una mayor presentación de psicopatología en pacientes del género femenino sin embargo este es un dato que deberá tomarse con las precauciones pertinentes dadas las características de la muestra utilizada; aunque vale la pena comentar al respecto que entonces el ser hombre pudiera resultar un factor protector ya generalmente suelen recibir atención más temprana debido a una psicopatología más evidente o más severa.

Antes de continuar discutiendo los hallazgos de este estudio, es importante resaltar que los pacientes de esta investigación fueron evaluados por distintos investigadores, que pudiera considerarse una limitación considerable, sin embargo debemos recordar la buena confiabilidad interevaluador con que cuenta el K-SADS-PL al momento de establecer entidades diagnósticas;²⁴ lo cual le da fortaleza a nuestro estudio.

Por otra parte, una meta más del presente estudio fue identificar si las variables socio demográficas tienen relación con un menor funcionamiento logrando observar que en general no hay asociación importante al respecto; pero sí en particular como ya se ha mencionado en las mujeres quienes además de mayor presencia de psicopatología tuvieron menor funcionamiento. Destacando además los casos de niños y adolescentes quienes viven con ambos padres presentan un menor funcionamiento global, situación que también resulta contraria a lo esperado, aunque pudiera estar

asociado con la presencia de una disfunción familiar entre ambos padres, pero sin embargo por los datos obtenidos no se puede llegar a ninguna conclusión definitiva.

Pasando a otro punto muy importante, tenemos un reporte elevado de historia de abuso (ya sea físico, psicológico o sexual) en los participantes en este proyecto de investigación, por lo que se podría comentar que el abuso puede ser secundario a los problemas inherentes a la propia psicopatología del padre como a la psicopatología del menor que condicionan que haya una baja tolerancia con una agresión abierta, mismos que coinciden con una presentación previa de algún trastorno psiquiátrico y que recientemente se ha comentado en la literatura.²⁵

En cuanto a los análisis bi y multivariados se reportó sólo como significativos los bivariados donde destacan sobre todo el hecho de que todas las variables clínicas se comportan como factores de riesgo para un menor funcionamiento global, sobre todo el TDAH y TND que muestran hasta 4 y 9 veces respectivamente una mayor asociación con un menor funcionamiento global, mismos datos que concuerdan con lo referido en párrafos anteriores.

Se debe mantener un especial seguimiento en los pacientes que tuvieron diagnóstico de TDM ya que conllevan además de lo mencionado un mayor riesgo de mostrar en el futuro rasgos anormales en su personalidad.²⁶

Así, redondeando nuestros resultados, siempre deberemos tener en cuenta lo ya sabido años atrás y que mantiene su vigencia hasta la actualidad en cuanto a que generalmente los hijos de padres con diagnóstico de TB tendrán los niveles más elevados de psicopatología así como su presentación suele ser a edades más tempranas que en el resto de la población.^{27, 28}

LIMITACIONES

Este estudio cuenta con algunas limitaciones, en primera instancia el número de la muestra que resulta pequeño para el universo que se busca estudiar, por lo que en las siguientes investigaciones se deberá ampliar la n, con lo que se podrá hacer mayor generalización de los resultados.

Ya que se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico el grado de representatividad o validez externa puede ser cuestionable, incluso se puede considerar como una muestra no estadísticamente significativa ya que todos los sujetos de evaluación corresponden a hijos de pacientes del INPRFM, por lo que en investigaciones futuras deberá de buscarse expandir el universo de la población a otras instituciones que atiendan a pacientes con diagnóstico de TB.

Existe la presencia de un sesgo de selección en cuanto a la mayor presentación de mujeres quienes de hecho constituyeron la mayoría de la muestra de esta investigación, por lo que en ulteriores protocolos se deberá tener mayor participación de hombres.

Una limitación muy importante es el diseño trasversal de este estudio que no permite hacer mayor seguimiento de los pacientes en cuanto a sus diagnósticos recordando la estabilidad temporal diferente en cada de ellos e incluso en la evolución del propio funcionamiento ya sea a la mejora o al empeoramiento.

Finalmente puede considerarse una limitación final el hecho de que las evaluaciones diagnósticas y del funcionamiento global fueron hechas en distintos periodos de tiempo, misma situación que podría influir en la distinta presentación de psicopatología en los sujetos que participaron en esta investigación.

CONCLUSIONES

El presente estudio constituye hasta el momento uno de los pioneros en México que evalúa a los hijos de pacientes con diagnóstico de TB, siendo el primero que manera específica describe la relación de un menor funcionamiento global con variables clínicas y socio demográficas.

Las variables socio demográficas asociadas a un menor funcionamiento son el género femenino en presencia de variables clínicas como TDM, TAG, TDAH, TND, fobia social y fobia específica, y dentro de éstas reportando una mayor asociación tanto al TDAH como al TND.

Concluyendo que los hijos de padres con TB siguen siendo y conforman un grupo de alto riesgo para el desarrollo y presencia elevada de psicopatología en sus diferentes formas, por lo que se mantiene vigente la necesidad llevar un seguimiento en estos pacientes.

Destacando entonces que el seguimiento clínico de hijos de padres con TB deberá de hacerse de manera longitudinal, incluso durante su atención en consulta externa, con la finalidad de identificar oportunamente trastornos psiquiátricos que puedan ser prevenidos y sobre todo para limitar su efecto en el funcionamiento global del niño o adolescente según sea el caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Mardomingo MJ, Sánchez P, Parra E, Espinosa A. Trastornos psiquiátricos de los padres y psicopatología en los hijos. *Rev Psiq Inf Juv* 2005; 4:2-8.
- 2 Leverton TJ. Parental psychiatric illness: the implications for children. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16:395-402
- 3 Wals M, Verhulst F. Child and adolescent antecedents of adult mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18:15-19.
- 4 Wals M, Hillegers MHJ, Reichart CG, Ormel J. Stressful life events and onset of mood disorders in children of bipolar parents during 14-month follow-up. *J Affect Disord* 2005; 87:253-263.
- 5 Manon HJ, Huibert B, Marjolein W, Catrien G. Impact of stressful life events, familial loading and their interaction on the onset of mood disorders: study in a high-risk cohort of adolescents offspring of parents with bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 97-101.
- 6 DelBello MP, Geller B. Review of studies of child and adolescents offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord* 2001; 3:325-334.
- 7 Lapalme, M. Hodgind S, Laroche C. Children of parents with bipolar disorder: a meta-analysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry* 1997; 42(6):623-631.
- 8 Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Monk K et al. Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: The Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS). *Am J Psychiatry* 2010; 167:321-330.
- 9 Birmaher B, Ehmann M, Axelson DA, Golstein BI et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children – A preliminary psychometry study. *J Psychiat Research* 2009; 43: 680-686.
- 10 Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A, Faraone SV et al. Psychopathology in the young offspring of parents with bipolar disorder: A controlled pilot study. *Psychiatry Research* 2006; 145:155-167.

- 11 Linnen AM, aan het Rot M, Ellenbogen MA, Young SN. Interpersonal functioning in adolescent offspring of parents with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2009; 114:122-130.
- 12 Ostiguy CS, Ellenbogen MA, Linnen AM, Walker EF et al. Chronic stress and stressful life events in the offspring of parents with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2009; 114:74-84.
- 13 Reichart CG, van der Ende J, Wals M, Hillegers MH et al. Social functioning of bipolar offspring. *J Affect Disord* 2007; 98:207-213.
- 14 Singh MK, DelBello MP, Stanford KE, Soutullo C et al. Psychopathology in children of bipolar parents. *J Affect Disord* 2007; 102:131-136.
- 15 Bella T, Golstein T, Axelson D, Obreja M et al. Psychosocial functioning in offspring of parents with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2011; 133: 204-211.
- 16 Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26: 1-16.
- 17 Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J et al. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50:386-395.
- 18 Zavaleta P. Estudio comparativo de psicopatología en niños y adolescentes hijos de padres con y sin diagnóstico de trastorno bipolar. Tesis de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. UNAM 2011; 18-20.
- 19 Schaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P et al. A children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1228-1231.
- 20 Ezpeleta L, Granero R, de la Osa N. Evaluación del deterioro en niños y adolescentes a través de la Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil*; 1999; 1: 18-26.
- 21 Zappitelli MC, Bordin IA, Hatch JP, Caetano SC et al. Lifetime psychopathology among the offspring of bipolar I parents. *Clinics* 2011; 66:725-730.

- 22 Singh MK, DelBello MP, Strakowski SM. Temperament in Child Offspring of Parents with Bipolar Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacology* 2008; 18: 589-593.
- 23 Golstein BI, Shamseddeen W, Axelson DA, Kalas C et al. Clinical, demographic, and familial correlates of bipolar spectrum disorders among offspring of parents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49:388–396.
- 24 Ulloa R, Ortíz S, Fresán A, De La Peña F et al. Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34:36-40.
- 25 McLaughlin KA, Gadermann AM, Hwang I, Samson NA et al. Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatr* 2012; 200: 290-299.
- 26 Rothen S, Vandeleur CL, Lustenberger Y, Jeanpretre N et al. Personality traits in children of parents with unipolar and bipolar mood disorders. *J Affect Disord* 2009; 113: 133–141.
- 27 Chang KD, Steiner H, Ketter TA. Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:453-60.
- 28 Diler RS, Birmaher B, Axelson D, Obreja M et al. Dimensional psychopathology in offspring of parents with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2011; 13: 670-678.
- 29 Birmaher B, Axelson D, Monk K, Kalas C et al. Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring study. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 287-96.
- 30 Reichart CG, Wals M, Hillegers MH, Ormel J et al. Psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *J Affect Disord* 2004; 78: 67–71.

ANEXOS

I. Carta de Consentimiento Informado (Padres)

ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS Y UN MENOR FUNCIONAMIENTO GLOBAL EN HIJOS DE PADRES CON TRASTORNO BIPOLAR

Lugar: _____ Fecha: _____

Por medio de la presente lo estamos invitando a que usted y su hijos de 6 a 17 años de edad participen en un estudio de investigación que se lleva a cabo en la clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *El propósito del estudio es evaluar si los hijos de los papás que tienen trastorno bipolar presentan padecimientos psiquiátricos ó alguna psicopatología que además este afectando su funcionamiento global.* Así mismo los resultados nos servirán para conocer las características clínicas de las enfermedades psiquiátricas en niños y adolescentes, principalmente saber si son similares o diferentes a la de los padres con la enfermedad y *el efecto que tiene en su funcionamiento general.* La ventaja de que sus hijos participen es que podremos detectar de manera temprana si tiene alguna enfermedad psiquiátrica y darle orientación sobre dicho padecimiento, así como ofrecerle opciones de tratamiento en caso de que usted y su hijo así lo deseen.

El procedimiento consiste en aplicarle primero a los papás una entrevista que dura 15 minutos y en una cita subsecuente se le aplica una entrevista a sus hijos la cual tiene el mismo tiempo de duración. Si encontramos un resultado que nos indique una probable enfermedad psiquiátrica en alguno de ellos, entonces se le dará cita para una segunda entrevista que dura entre 45 minutos y 3 horas en la cual confirmaremos o descartaremos el diagnóstico. Las entrevistas no tendrán ningún costo, procuraremos aplicarlas en horarios que no afecten la asistencia de su hijo a la escuela. El estudio se considera de riesgo mínimo ya que la única molestia es que su hijo se aburra durante la entrevista, para lo cual podemos hacer descansos breves, aunque esto puede prolongar el tiempo de aplicación.

Los resultados que se obtengan de esta investigación serán manejados de manera grupal y divulgados en eventos o revistas científicas sin que se revelen los datos personales de usted o de sus hijos. La participación de ustedes y de sus hijos es completamente voluntaria, pueden decidir abandonar el estudio en el momento que así los deseen sin que esto tenga repercusión alguna en la atención que usted o su familiar reciben en este Instituto. Usted puede preguntar todas las dudas que tenga en este momento o en citas subsecuentes.

Firma de ambos padres: _____

Firma del Dr. _____

Firma testigo 1: _____

Firma testigo 2: _____

ANEXO II. Carta de Asentimiento Informado (Niños y Adolescentes)

ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS Y UN MENOR FUNCIONAMIENTO GLOBAL EN HIJOS DE PADRES CON TRASTORNO BIPOLAR.

Lugar: _____ Fecha: _____

Hola, esta carta es para invitarte a participar en un estudio que se realizará en la Clínica de la Adolescencia de este hospital. El objetivo de este estudio es hacerte una evaluación de psiquiatría que consiste en detectar si tienes algún problema para aprender, poner atención, que seas muy inquieto, muy nervioso o que tengas mucha tristeza o algunos miedos.

Para darnos cuenta de esto te haríamos una entrevista que dura quince minutos en donde tienes que contestar si o no a cada una de las preguntas. Si después de terminarla vemos que puedes tener algún problema como el que te mencionamos antes, entonces te haríamos una segunda entrevista que puede durar de 40 minutos a 2 horas. La ventaja de participar en el estudio es que si tu quieres te daremos informes acerca de cómo se llama tu enfermedad, qué es, cómo se puede tratar y cómo te podemos ayudar para que te sientas mejor y para que no te siga afectando en tu escuela, en tu casa o con tus amigos. No se les cobrará nada a tus papás por las entrevistas que te haremos y procuraremos que se hagan en horarios que no afecten tu asistencia a la escuela. También puedes decidir no continuar con la entrevista de los doctores cuando tú quieras, sin que esto tenga alguna consecuencia para ti o para tus padres. En este estudio la única molestia que puedes tener es que te aburras durante la entrevista y si esto pasa podemos hacer algunos descansos.

Los resultados de este estudio nos servirán para que los doctores tengamos información acerca de si los niños y adolescentes que tienen enfermedad bipolar o de ansiedad tienen alguna enfermedad parecida a la de sus papás o si es diferente. Los resultados de tus entrevistas pueden usados junto con los de otros niños y adolescentes en revistas o eventos de ciencia, sin que se diga tu nombre o los de tus padres, ni donde vives, ni en que escuela vas, solamente tú y los investigadores sabrán que participaste en este estudio.

Puedes hacer todas las preguntas que quieras en este momento o después si durante tus entrevistas tienes alguna duda. Si entendiste lo que te explicamos y estás de acuerdo en participar por favor pon tu nombre aquí abajo.

Nombre del participante

Firma testigo 1

Firma testigo

Para cualquier duda o aclaración en cualquier momento del procedimiento usted puede comunicarse con el Dr. Alfredo Licona Martínez, responsable del proyecto, al teléfono 4160-5312 ó encontrarlo físicamente en la Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, de Lunes a Viernes de 10 a 17 horas, o escribirle al mail dr.alfredo.licona@gmail.com donde a más tardar en un plazo de 24 horas responderá su correo.

Anexo III. Cronograma de actividades

Actividad/ Mes y Año	Marzo 2011	Abril 2011	Mayo 2011	Junio 2011	Nov 2011	Dic 2011	Ene 2012	Feb 2012	Marzo 2012
Elaboración del marco teórico	XX								
Entrega de Anteproyecto		XX							
Entrega de Protocolo Definitivo			XX	XX					
Reclutamiento de la Muestra				XX					
Aplicación del K-SADS-PL				XX	XX	XX	XX		
Recopilación de Resultados						XX	XX		
Análisis de Resultados							XX	XX	XX

Anexo IV. Escala Global de Evaluación para Niños

Utilice los niveles intermedios (ejem.j. 35, 58, 62). Evalúe el funcionamiento actual sin tomar en cuenta el tratamiento y pronóstico. Los ejemplos de comportamiento provistos únicamente son ilustrativos y no requieren una evaluación en particular.

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