



Facultad de Medicina



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

ASOCIACIÓN DE LOS PATRONES DE IRRITABILIDAD, AGRESIÓN Y HOSTILIDAD CON  
PSICOPATOLOGÍA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES HIJOS DE PACIENTES CON TRASTORNOS AFECTIVOS

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE SUBESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA  
ADOLESCENCIA

D. Manuel Alejandro Vargas Soberanis

Tutor Metodológico: Dr. Lino Palacios Cruz

Tutora teórica: Dra. Patricia Zavaleta Ramírez

Julio del 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	2-5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	5
HIPÓTESIS	5
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
MATERIAL Y MÉTODOS	
POBLACIÓN EN ESTUDIO	7-8
TIPO DE ESTUDIO	9
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	9-10
ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS	10-11
VARIABLES	11
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	12-13
IMPLICACIONES ÉTICAS	14
RESULTADOS	14-20
DISCUSIÓN	20-24
CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFÍA	26-29

ANEXO 1. INVENTARIO DE HOSTILIDAD, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

## ABSTRACT

**ANTECEDENTES:** Los hijos de pacientes con trastornos del estado de ánimo, constituyen una población de alto riesgo para el desarrollo de psicopatología, con frecuencia presentan síntomas que no cumplen con los criterios categóricos para una entidad nosológica que afectan en su funcionamiento por lo que la evaluación de síntomas de forma dimensional es de utilidad en el abordaje diagnóstico.

**OBJETIVO:** Evaluar y describir la presencia de irritabilidad, hostilidad y agresión en hijos de pacientes con trastornos del estado de ánimo en comparación con hijos de padres de una población no clínica.

**MÉTODOS:** Se incluyeron los hijos de pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría cuyos padres tuvieran diagnóstico de Trastorno Bipolar o Trastorno depresivo mayor, y un grupo control proveniente de una muestra no clínica. Se aplicó la entrevista MINI International Diagnostic Interview (MINI) a los padres para corroborar el diagnóstico, los hijos fueron evaluados a través del Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS PL) para determinar la presencia de psicopatología en los participantes. La determinación de irritabilidad, hostilidad y agresión se hizo a través del Children's Hostility Inventory.

**RESULTADOS:** Se incluyeron en el estudio 56 participantes, 33 hijos de pacientes con trastornos afectivos y 23 controles. Los hijos de pacientes con trastornos afectivos tuvieron un riesgo mayor de presentar un trastorno del estado de ánimo OR= 4.33 95% CI= 1.06-17.57 y de presentar cualquier tipo de abuso  $p=0.026$ , OR = 4.32 95% CI= 1.29-12.41. los hijos de pacientes con trastornos afectivos, presentaron mayor puntaje en el inventario de hostilidad en comparación con controles en las dimensiones de Agresión autoreporte 9.13 vs 6.83,  $p=0.00$ , Agresión reporte de los padres 9.76 vs 8.04,  $p=0.025$ , Hostilidad reporte de los padres 5.48 vs 3.74  $p=0.009$  e Irritabilidad reporte de los padres 2.7 vs 1.78  $p=0.014$ . El mayor puntaje en el inventario de hostilidad tuvo una correlación negativa con el puntaje en el GAF.

**CONCLUSIÓN:** Los hijos de pacientes con trastornos afectivos síntomas no categóricos como la irritabilidad, hostilidad y agresión, los cuales pueden estar presentes incluso en ausencia de psicopatología, el presentar éstos síntomas, tiene una correlación con un peor funcionamiento actual, por lo que este grupo, constituye una población con necesidad de establecimiento de planes para su evaluación sistemática.

## **ASOCIACIÓN DE LOS PATRONES DE IRRITABILIDAD, AGRESIÓN Y HOSTILIDAD CON PSICOPATOLOGÍA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES HIJOS DE PACIENTES CON TRASTORNOS AFECTIVOS**

En la población general los trastornos del ánimo (TA) ocupan el segundo lugar en la prevalencia psiquiátrica después de los trastornos de ansiedad (1, 2), así mismo, el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y el Trastorno Bipolar (TBP) se encuentran en las primeras 10 causas de discapacidad por cualquier enfermedad en el mundo (3)

Los pacientes con TDM y TBP tienen altas tasas de recurrencia de episodios afectivos que repercuten en su funcionamiento global el cual puede permanecer afectado a pesar de la ausencia temporal de síntomas (4-6), además, éstos trastornos con frecuencia se presentan en comorbilidad con otros problemas de salud mental (7, 8) que incrementan los costos y acceso de servicios para su atención (3, 9). En México, menos de la décima parte de las personas que tienen un problema de salud mental buscan su atención (10) y el tiempo que transcurre entre el inicio de un TA y su tratamiento especializado es mayor a un año, lo cual condiciona un peor pronóstico(11). Debido a que el tratamiento oportuno de los TA es prioritario para la recuperación de los pacientes, es importante establecer protocolos para la evaluación de poblaciones que se encuentran en mayor riesgo de presentar psicopatología como son los hijos de pacientes con TA (12, 13)

Los estudios en familias muestran que la presencia de un padre con psicopatología incrementa el riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico en sus descendientes (14), Birmaher y cols demostraron que los hijos de pacientes con TBP tienen mayor riesgo de presentar trastornos del estado de ánimo, ansiedad y externalizados (12) .

Los hijos de pacientes con TDM presentan mayores tasas de trastornos externalizados y del estado de ánimo en comparación con controles (15).

Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes a lo largo de la vida es alrededor del 40%(11, 16) y con frecuencia se ven afectados por dos o más diagnósticos (17), lo cual puede ser mayor para las poblaciones en riesgo (12), sin embargo, al utilizar criterios categóricos para el diagnóstico en población infantil, se corre el riesgo de no incluir a los individuos que no cumplen con todos los criterios en número o por duración (18, 19) y éstos trastornos no especificados, generan una disfunción similar a la que ocurre en presencia de un trastorno categórico (20), por este motivo algunos grupos de estudio se han enfocado en medir la presencia de síntomas a través de un puntaje como un continuum y determinar la asociación de dichos síntomas con un desenlace en el funcionamiento (18, 21). De ésta forma, la evaluación dimensional ha probado su utilidad en escenarios clínicos y epidemiológicos y en algunos casos puede ser complementaria a la evaluación diagnóstica categórica (22) .

Como ejemplo de lo anterior tenemos la irritabilidad, un síntoma muy frecuente en psiquiatría infantil (19), es común tanto en los trastornos internalizados como externalizados (23, 24) y constituye un estado afectivo que se caracteriza por una excesiva sensibilidad o excitabilidad frente a un sin número de situaciones ante las cuales el paciente reacciona en forma impaciente, la distinción de las características de éste síntoma es importante en el diagnóstico diferencial de diversas entidades nosológicas. Como alteración del estado de ánimo, la irritabilidad engloba otras dos

características como la agresión, y hostilidad, en el caso de la primera, representa actos manifiestos en los que se daña a otra persona, ya sea a través de violencia física o verbal, mientras que la hostilidad implica realizar actos encubiertos para afectar a un tercero, por ejemplo omisiones (25).

Previamente, se ha postulado que la irritabilidad, hostilidad y agresión pueden ser características de rasgo en hijos de pacientes con trastorno bipolar que cuando se encuentran presentes, pueden constituir un factor de riesgo para presentar un trastorno del estado de ánimo (26). Estos tres síntomas pueden representar por sí mismos un motivo de consulta incluso en ausencia de psicopatología, por lo cual es importante evaluar dimensionalmente su impacto sobre el funcionamiento individual en poblaciones de riesgo en presencia o ausencia de trastornos psiquiátricos (27, 28).

La prevalencia de psicopatología en grandes ciudades como la ciudad de México es superior al 40%, alrededor de 1/5 parte de estos casos se consideran severos y constituyen un grupo que requiere de tratamiento (11). Más allá de las altas tasas de psicopatología que se presentan en la población general, los hijos de pacientes con un trastorno del estado de ánimo constituyen un grupo de riesgo en el que la prevalencia y severidad de los distintos trastornos son mayores a las esperadas en la población general (20). Sin embargo, la presencia de síntomas no categóricos en un continuum de enfermedad no son reportados en éstas prevalencias y éstos pueden tener un impacto negativo sobre el funcionamiento aún en ausencia de psicopatología (26) por lo que se considera importante evaluar la frecuencia de trastornos psiquiátricos en hijos de pacientes con trastornos afectivos y su asociación con síntomas no categóricos, así

como el impacto de estos en su funcionamiento global en comparación con controles provenientes de una población no clínica.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Los hijos de pacientes con trastornos del estado de ánimo, presentan más irritabilidad, hostilidad y agresión en comparación con los hijos de participantes provenientes de una población no clínica?

## **JUSTIFICACIÓN**

Los hijos de pacientes con trastornos del estado de ánimo, son un grupo de alto riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos, sin embargo un porcentaje alto de la población pediátrica presenta síntomas inespecíficos que no cumplen categóricamente con criterios diagnósticos de diversos trastornos psiquiátricos, el evaluar de forma dimensional síntomas del estado de ánimo como la irritabilidad y externalizados como la hostilidad y agresión, se permite verificar síntomas y conductas que pueden estar asociadas a algún grado de disfunción que suelen pasar desapercibidos en la evaluación clínica y en la metodología empleada por otros estudios.

## **HIPÓTESIS**

Los hijos de padres con trastornos del estado de ánimo, tendrán puntajes más altos de

irritabilidad, hostilidad y agresión que los hijos de padres provenientes de una población no clínica.

## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar y describir la presencia de irritabilidad, hostilidad y agresión en hijos de pacientes con trastornos del estado de ánimo en comparación con hijos de padres de una población no clínica

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.- Describir y comparar las características demográficas para ambos grupos
- 2.- Establecer las correlaciones del inventario de hostilidad entre el autoreporte y el reporte de los padres.
- 3.- Evaluar y comparar la frecuencia de psicopatología y cualquier tipo de abuso para ambos grupos.
- 4.- Comparar la diferencia de puntajes en el inventario de hostilidad para ambos grupos.
- 5.- Evaluar la correlación de los puntajes en el Inventario de hostilidad con la escala de funcionamiento global (GAF).

6.- Realizar un modelo de regresión lineal general para evaluar la contribución de otras variables confusoras en el puntaje del inventario de hostilidad.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **POBLACIÓN EN ESTUDIO**

***Hijos de pacientes con TBP:*** Fueron seleccionados a través de tres etapas de reclutamiento del servicio de consulta externa de la Clínica de Trastornos del Animo del Instituto Nacional de Psiquiatría, la primera muestra en el 2009, la segunda de agosto a junio del 2010 y la tercera de agosto a noviembre del 2012. Se preguntó directamente a los padres con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I y II si tenían hijos entre 6 y 17 años. Los padres que tuvieron hijos y que aceptaron de forma voluntaria participar en el estudio, se les aplicó la entrevista Mini Neuropsychiatric Interview (MINI) para corroborar el diagnóstico de TBP, posteriormente, se les dio una cita para la evaluación de sus hijos a través del Kiddie Schedule For Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children Present and Lifetime Version (K-SADS PL). El 50% de los participantes reclutados durante las primeras dos etapas contestó una versión electrónica del Children's Hostility Inventory (CHI) la cual fue enviada a los padres e hijos quienes después de contestarla la reenviaron por la misma vía al investigador principal. El 50% restante y el 100% de los participantes reclutados durante la tercera etapa contestaron una forma impresa del instrumento la cual fue aplicada después de

la realización de la entrevista K-SADS-PL.

**Hijos de pacientes con TDM:** Fueron seleccionados a través del servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría de Diciembre del 2010 a Febrero del 2011, los padres que tenían como diagnóstico principal Trastorno Depresivo Mayor con hijos entre 6 y 17 años que aceptaron participar en el protocolo, se les aplicó el mismo día de su entrevista en preconsulta el MINI y se les asignó una cita una semana después para la evaluación de sus hijos con el K-SADS, el mismo día de la entrevista con el K-SADS, se les dio un formato impreso del CHI para su llenado.

**Grupo Control:** Fueron incluidos a través de dos métodos en el periodo de agosto a noviembre del 2012. El primer método de reclutamiento fue a través de invitación por medio de carteles colocados en lugares estratégicos en el Instituto Nacional de Psiquiatría, por medio de los cuales se invitó a los trabajadores que tuvieran hijos en el rango de edad a participar en el protocolo. El segundo método de reclutamiento fue a través de la participación de una escuela primaria y secundaria, dicha escuela proporcionó el número de alumnos por salón y se realizó una selección aleatorizada por medio del número de lista de cada alumno sin conocer su identidad, después de su aleatorización, se enviaron invitaciones a los padres de los niños seleccionados para la participación en el estudio, la tasa de aceptación fue de 50%. A quienes decidieron participar, se les asignó una cita en la cual se realizó la evaluación con K-SADS PL y MINI según el caso, además del llenado del CHI.

## **TIPO DE ESTUDIO**

De acuerdo a Feinstein este estudio será de tipo naturalístico, comparativo, observacional y transversal.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes de la Consulta Externa de la Clínica de Trastornos del Animo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente con hijos biológicos entre 6 y 17 años de edad, que cumplieron criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-IV TR para TBP I y II.
- Pacientes del servicio del servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente con diagnóstico de trastorno depresivo mayor con hijos biológicos entre 6 y 17 años de edad.
- Padres de una muestra no clínica provenientes del Instituto Nacional de Psiquiatría y una escuela Primaria-secundaria con hijos biológicos entre 6 y 17 años de edad
- Aceptar voluntariamente participar en el estudio.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Padres con diagnóstico de trastornos del ánimo secundario a uso de sustancias o causa médica, retraso mental, esquizofrenia o alguna condición médica o psiquiátrica que impidiera la evaluación.

- Padres que en el momento de la evaluación presentaran alguna condición psiquiátrica que les impidiera otorgar el consentimiento informado.
- Niños y adolescentes con retraso mental o condición médica o psiquiátrica que impidiera la realización de la evaluación.
- Hijos adoptivos

## **ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS**

**1.- *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)*.** 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. Brinda la posibilidad de evaluar alteraciones del funcionamiento global por medio del Children's Global Assessment Schedule (C-GAS), proporciona información sobre historia del desarrollo, antecedentes familiares y patológicos del sujeto. 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 (29).

**2.- Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI (Mini International**

**Neuropsychiatric Interview).** Es una entrevista diagnóstica estructurada para los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM –IV y la CIE-10. Está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos) se presenta en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten indicar si cumplen los criterios para determinado trastorno. En 1997 se realizó un estudio de validación comparando los diagnósticos psiquiátricos generados por la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional (CIDI) y por el MINI, encontrando para el trastorno depresivo mayor una kappa de 0.73, sensibilidad de 0.94, especificidad de 0.79, valor predictivo positivo de 0.82 y valor predicativo negativo de 0.93 (30).

**3.- Children’s Hostility Inventory (CHI):** Este inventario consiste en 38 preguntas, las cuales se responden como cierto o falso, y se dividen en irritabilidad, hostilidad y agresión, existe una versión para padres y un autoreporte para el niño, los cuales tienen una adecuada consistencia interna con un valor de  $\alpha$  mayor a .70 (25).

## **VARIABLES**

Variable dependiente (Discreta): Frecuencia irritabilidad, hostilidad y agresión en los hijos de padres con o sin trastornos del ánimo.

Variable independiente (Nominal): Presencia o ausencia de trastornos del ánimo en los

padres.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

***Cálculo de la muestra.*** Con una N de 27 unidades de muestreo por grupo se espero encontrar diferencias significativas de al menos 3 puntos en el inventario de hostilidad (CHI) con significancia de 0.05 y potencia del 50%.

***Análisis de resultados.*** Se utilizaron medidas de tendencia central para la descripción de los datos sociodemográficos y Chi cuadrada para comparar variables categóricas del diagnóstico de los hijos con respecto a cada grupo.

Para el análisis de psicopatología en los niños se crearon variables de interés categóricas : que consistieron en cualquier trastorno del ánimo (Trastorno bipolar tipo 1, 2 o no especificado, distimia y trastorno depresivo mayor), cualquier trastorno ansioso (trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad por separación, trastorno de angustia, trastorno por estrés postraumático, fobia social y fobia específica), cualquier trastorno externalizado (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista y desafiante y trastorno disocial), trastornos de la eliminación (enuresis y encopresis) todos ellos evaluados a lo largo de la vida. La variable cualquier trastorno a lo largo de la vida Incluye todos los trastornos de las categorías anteriores, además del resto que se encuentran en el K-SADS PL que no fueron incluidos en los grupos anteriores, por ejemplo tics, trastornos de la conducta alimentaria y psicosis.

Otras variables de interés creadas fueron:

- Cualquier trastorno sin fobias: Incluye la categoría anterior excepto fobia específica.
- Cualquier abuso: Incluye el abuso psicológico, físico, sexual y abandono a lo largo de la vida.

Se realizaron comparaciones para ambos grupos con la presencia o ausencia de éstas variables. Otras comparaciones de interés se realizaron con el puntaje obtenido en el CHI y las variables categóricas antes descritas utilizando T de student para muestras independientes

Dado que la irritabilidad, hostilidad y agresión son síntomas que se presentan en el curso de diversos trastornos en psiquiatría infantil, además de ocurrir asociados con frecuencia a otras variables sociodemográficas, se decidió realizar comparaciones con t de student para muestras independientes para evaluar la asociación de las siguientes variables con el puntaje del CHI: cualquier trastorno del ánimo, cualquier trastorno de ansiedad, cualquier trastorno externalizado, cualquier trastorno de eliminación, cualquier trastorno a lo largo de la vida, sexo, familia bi o monoparental y presencia o ausencia de cualquier abuso. Las variables que se encontraron asociadas con un valor de  $p < .05$  a un mayor puntaje en el CHI, fueron integradas como covariables a un modelo de regresión lineal general en el que la variable independiente fue el grupo al que pertenecen los participantes e independiente los puntajes en el CHI. En el modelo se incluyeron para cada desenlace en el CHI (puntajes dimensionales de irritabilidad, hostilidad y agresión) sólo las variables que demostraron tener asociación para los puntajes. Para el reporte de los resultados se incluyó el valor de p y el valor de eta parcial cuadrada.

## **IMPLICACIONES ÉTICAS**

En caso de detectar psicopatología en los padres e hijos de ambos grupos se les invitó a recibir atención psiquiátrica en la Clínica de Adolescentes para aquellos jóvenes que tuvieran entre 6 y 17 años de edad, específicamente con un residente de psiquiatría infantil y de la adolescencia que participará en la investigación el cual llevará el seguimiento y dará tratamiento a estos pacientes, asegurando de esta manera que la intervención fue temprana y apropiada.

## **RESULTADOS**

Se incluyeron 56 participantes en el análisis, de los cuales 33 fueron hijos de padres con trastornos del afecto y 23 hijos de controles de una población no clínica. La tasa de aceptación fue mayor a 90% para los hijos de pacientes con trastornos afectivos, mientras que para los hijos de controles en la escuela fue de 50%. En el caso de los participantes que acudieron como controles del Instituto Nacional de Psiquiatría, el 100% aceptó participar cuando se explicaron los objetivos del estudio.

En la tabla 1 se incluyen la descripción de las variables sociodemográficas para ambos grupos. La edad promedio de los hijos de pacientes con trastornos afectivos fue de 11.24 años, el 51.5% fueron mujeres y 66.7% provenían de familias biparentales. No se encontraron diferencias sociodemográficas entre los grupos.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.**

	Hijos padres con TA (n=33)	Controles (n=23)	Prueba	p
<b>Sexo:</b> Femenino	17 (51.5%)	8 (34.8%)	$\chi^2$ 1.536 df 1	.167
<b>Edad</b>	11.24	9.78	t=1.803 df 54	0.77 95% CI= 1.163-3.071
<b>Raza:</b> Mestiza	33 (100%)	23 (100%)	-	-
<b>Familia:</b> Biparental	22 (66.7%)	17 (73.9%)	$\chi^2$ .337 df 1	.768
<b>Informante:</b> Femenino	26 (78.8%)	20 (87%)	X2 .617 df 1	.500

TA: Trastornos del Afecto

La tabla 2 muestra las correlaciones de las puntuaciones entre el reporte de los padres y el autoreporte del CHI, mostrando una correlación baja para la subescala de irritabilidad ( $r=.267$ ), moderada para la subescala de agresión ( $r=.477$ ) y de hostilidad ( $r=.302$ ).

**Tabla 2 Correlaciones entre las puntuaciones del autoreporte y reporte de los padres en el CHI.**

Subescala CHI	Media	DE	Correlación de Pearson	p
<b>Irritabilidad A</b>	2.02	1.38	0.267	0.049
<b>Irritabilidad P</b>	2.32	1.42		
<b>Agresión A</b>	8.16	2.45	.477	.000
<b>Agresión P</b>	9.05	2.95		
<b>Hostilidad A</b>	5	2.35	.302	.025
<b>Hostilidad P</b>	4.77	2.65		

A: autoreporte, P: reportada por el padre.

En relación a la presencia de psicopatología, los trastorno del ánimo como grupo estuvieron presentes en mayor frecuencia en hijos de pacientes con trastornos afectivos en comparación con controles (39.4 vs 13%,  $p= 0.039$ ,  $OR= 4.33$  95%  $CI= 1.06-17.57$ ). Mientras que no hubo diferencias entre los grupos para la frecuencia de cualquier trastorno de ansiedad, cualquier trastorno de la eliminación y cualquier trastorno externalizado (63.6 vs 65.6 % ; 15.2 vs 4.3% ; 63.6% vs 47.8% respectivamente todos con valor de  $p$  mayor a 0.280 ), Los hijos de pacientes con trastornos afectivos presentaron mayor frecuencia de cualquier tipo de abuso de 54.5% vs 21.7% en controles ( $OR = 4.32$  95%  $CI=1.29-12.4$ ,  $p=0.026$ ) (ver tabla 3)

**Tabla 3. Frecuencias de categorías diagnósticas entre hijos de padres con trastornos del afecto vs controles.**

	Hijos padres TA	Controles	Prueba	p	OR
<b>Abuso</b>	18 (54.5%)	5 (21.7)	$\chi^2 6.027$ df 1	.026	4.320 95% CI 1.295-12.410
<b>T Eliminación</b>	5 (15.2%)	1 (4.3%)	$\chi^2 1.654$ df 1	.384	3.929 95% CI .427-36.116
<b>T. Externalizados</b>	21 (63.6%)	11 (47.8%)	$\chi^2 1.383$ df 1	.281	1.909 95% CI .647-5.637
<b>T. Ansiedad</b>	21 (63.6%)	15 (65.2%)	$\chi^2 .015$ df 1	1.000	.933 95% CI .307-2.841
<b>T. ánimo</b>	13 (39.4%)	3 (13%)	$\chi^2 4.611$ df 1	.039	4.33 95% CI 1.069-17.573
<b>Cualquier trastorno</b>	23 (69.7%)	12 (52.2%)	$\chi^2 1.776$ df 1	.263	2.108 95% CI .698-6.364

TA: Trastornos del Afecto

Los puntajes en el CHI fueron mayores en el grupo de hijos de pacientes con trastornos afectivos en comparación con controles en las subescalas de agresión autoreporte (9.13 vs 6.83  $t=3.96$   $p=0.000$ ), agresión reporte de los padres (9.76 vs 8.04  $t= 1.089$

p=0.025), hostilidad reporte de los padres (5.48 vs 3.74 t= 2.31 p=0.009) e irritabilidad reporte de los padres ( 2.7 vs 1.78 t= 2.71 p=0.014). (tabla 4).

Se realizó un análisis de correlaciones entre el GAF actual promedio con las puntuaciones en todas las subescalas del CHI para los niños y adolescentes de ambos grupos, reportando las siguientes correlaciones estadísticamente significativas: Agresión r= -.424, Agresión reporte de los pares r= -.613, Hostilidad reporte de los padres r= -.381, e Irritabilidad reporte de los padres r= -.473, todas con un valor de p menor a 0.001 (ver Tabla 5.).

**Tabla 4. Diferencias en el puntaje del CHI en hijos de padres con TA vs controles.**

Subescala	Grupo	Puntaje	Prueba t	Diferencia medias	p
Agresión A	Hijos padres TA	9,13 DE 2.366	3,968 df 52.128	2,299	0,00
	Control	6,83 DE 1.922			
Hostilidad A	Hijos padres TA	5,09 DE 2.506	0,353 df 50.989	0,224	0,725
	Control	4,87 DE 2.181			
Irritabilidad A	Hijos padres TA	2,19 DE 1.424	1,089 df 49.716	0,405	0,282
	Control	1,78 DE 1.313			
Agresión P	Hijos padres TA	9,76 DE 3.123	1,089 df 53.316	1,714	0,025
	Control	8,04 DE 2.421			
Hostilidad P	Hijos padres TA	5,48 DE 2.751	2,311 df 53.713	1,746	0,009
	Control	3,74 DE 2.050			
Irritabilidad P	Hijos padres TA	2,7 DE 1.447	2,719 df 51.581	0,914	0,014
	Control	1,78 DE 1.242			

A: Autorreporte; P: padres; TA: Trastornos del Afecto.

**Tabla 5. Correlaciones entre el puntaje del CHI y el GAF actual promedio para el total de la muestra de niños y adolescentes.**

<b>Subescala CHI</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	<b>p</b>
<b>Agresión A</b>	-0,424	0.001
<b>Hostilidad A</b>	-0,074	.590
<b>Irritabilidad A</b>	-0,191	.162
<b>Agresión P</b>	-0,613	.000
<b>Hostilidad P</b>	-0,381	.004
<b>Irritabilidad P</b>	-0,473	.000

A. Autoreporte. P: reportado por el padre

Se realizó un análisis para evaluar la presencia de algunas variables consideradas a priori como confusoras asociadas a un mayor puntaje en el inventario de hostilidad. La variable cualquier trastorno del ánimo se asoció a una mayor puntuación en la dimensión de Agresión autoreporte en los niños y adolescentes que tenían algún trastorno de ésta clase en comparación con quienes no lo tenían (11.63 vs 8.03  $t= 3.59$   $p= 0.002$ ). La variable cualquier trastorno de ansiedad se asoció a una mayor puntuación en la subescala de Hostilidad en el reporte de los padres (5.64 vs 3.20  $t= 4.25$   $p=0.000$ ). Los niños y adolescentes con presencia de cualquier trastorno externalizado tuvieron puntuaciones más altas en la subescala de agresión reportada por los padres (10.47 vs 7.17  $t= 5.23$   $p=0.000$ ) al igual que los participantes con trastornos de la eliminación (13 vs 8.58  $t= 5.35$   $p= 0.001$ ). La presencia de cualquier abuso en los participantes, se asoció a una mayor puntuación en el autoreporte de

agresión (9.52 vs 7.19  $t=3.63$   $p=0.001$ ). No existieron otras variables incluidas en las categorías diagnósticas ni sociodemográficas asociadas a un mayor puntaje en el CHI.

Las variables que tuvieron una asociación con mayores puntajes en el CHI se incluyeron en un modelo de regresión lineal general (UNIANOVA) para reevaluar la asociación de cada grupo con los puntajes en la escala. Al controlar para cualquier trastorno del ánimo y cualquier abuso, las mayores puntuaciones en el CHI en hijos de pacientes con trastornos afectivos en la subescala Agresión autoreporte conservaron su significancia en la subescala de  $p = 0.017$ , con un valor de eta parcial cuadrada de .107 (ver Tabla 6).

**Tabla 6. Modelo UNIANOVA en el que se incluye como variable dependiente el Autoreporte de Agresión en el CHI.**

Fuente	Suma de los cuadrados	df	F	Sig.	Eta parcial cuadrada
Modelo corregido*	134,831 <sup>a</sup>	3	12,020	,000	,414
Intercepción	1480,590	1	395,970	,000	,886
Cualquier T. animo	28,040	1	7,499	,008	,128
Cualquier abuso	13,344	1	3,569	,065	,065
Caso control	22,889	1	6,121	,017	,107
Error	190,697	51			
Total	3991,000	55			
Total corregido	325,527	54			

\*Controlado para cualquier trastorno del ánimo, cualquier abuso y grupo control. A.  $R^2 = .414$  ( $r^2$  ajustada = .380)

Al controlar para cualquier trastorno de ansiedad, la asociación de puntajes en el CHI para el reporte de hostilidad de los padres fue de  $p= 0.004$ , eta parcial cuadrada =.144

(Tabla 7). Mientras que al controlar la variable cualquier trastorno del ánimo, cualquier trastorno externalizado y trastornos de la eliminación se perdió la significancia en la asociación del grupo control y el puntaje en el inventario de hostilidad reporte de los padres.  $P = .356$ . eta parcial cuadrada = .017

**Tabla 7 Modelo UNIANOVA en el que se incluye como variable dependiente reporte de los padres de hostilidad en el inventario de hostilidad.**

Source	Suma de los cuadrados	df	F	Sig.	Eta parcial cuadrada
Modelo corregido*	119,638	2	12,368	,000	,318
Intercepción	179,936	1	37,202	,000	,412
Cualquier tx ansiedad	78,333	1	16,196	,000	,234
Caso control	43,161	1	8,924	,004	,144
Error	256,344	53			
Total	1649,000	56			
Total corregido	375,982	55			

\*Controlando para cualquier trastorno de ansiedad y el grupo control.

## DISCUSIÓN

El número de participantes fue mayor en el grupo de hijos de pacientes que en el grupo control con una razón de 1.5 a 1, la edad promedio fue de 11.24 y 9.78 años respectivamente, lo que constituye una edad promedio menor a la observada en menores de edad atendidos en el Instituto Nacional de Psiquiatría. No existieron diferencias sociodemográficas entre la población en estudio lo cual hace la muestra comparable.

Las correlaciones en el inventario de hostilidad se encontraron en el rango de pequeñas a moderadas, lo cual es consistente con investigaciones previas que establecen que usualmente el reporte del observador tiene mayores puntajes cuando se reportan síntomas externalizados, sin embargo, para fines de este estudio (31, 32), hay que considerar que las diferencias que existieron en los reportes de las tres dimensiones del inventario de irritabilidad fueron menores a una unidad a excepción del reporte de agresión, por lo cual, éstas diferencias en el puntaje carecen de significado clínico. Otro aspecto a considerar, es la población en estudio, en este aspecto, cuando alguno de los padres tiene psicopatología puede sobre identificar conductas normales.

La frecuencia de psicopatología en los grupos fue similar, y solo existieron diferencias en las prevalencias en el caso de los trastornos del estado de ánimo. Cabe resaltar, que para todos los grupos, la presentación de trastornos psiquiátricos fue mayor que lo reportado en la población general (11). Aunque la prevalencia de psicopatología tuvo un comportamiento similar para los grupos, esto se puede atribuir a los métodos de reclutamiento, debido a que más de la mitad del grupo control, acudió para valoración a través de una invitación por carteles, éste tipo de invitación pudo influenciar en los resultados a través de un sesgo de selección (11, 33), en el que la población que acudió a valoración fue aquella que presentó algún trastorno. Es importante resaltar la alta frecuencia de trastornos externalizados en el grupo control la cual fue mayor a 47%, lo cual es consistente con reportes en población epidemiológica en los que se establece que este conjunto de trastornos son el motivo de búsqueda de atención más frecuente en nuestra población (11), en el caso del resto de trastornos, la prevalencia

aunque fue mayor, no tiene una diferencia sustancial con la reportada en población general. En el caso de los controles que fueron evaluados en la escuela, la prevalencia de trastornos fue la esperada para ese grupo de edad (11), lo cual es una fortaleza del presente estudio en el que una parte de los controles fue reclutado de forma aleatorizada y con los investigadores ciegos al estado de salud del participante y sus padres, de igual forma, el puntaje en la escala de irritabilidad fue menor comparado con los controles reclutados a través de carteles, aunque, al constituir sólo la mitad del grupo control, este efecto perdió su significancia debido al sesgo de selección antes mencionado. El método de reclutamiento aleatorizado en escuelas constituirá una alternativa para la evaluación de nuevos controles en el curso de futuros protocolos que tengan que ver con el presente estudio.

El grupo de hijos de pacientes con trastornos afectivos tuvo una alta prevalencia de psicopatología, el riesgo de presentar un trastorno del ánimo en este grupo fue de 4.33, también tuvieron un riesgo de presentar cualquier tipo de abuso mayor a 4, estos resultados han sido replicados en otras investigaciones (12, 34) y sugieren que los hijos de pacientes con trastornos afectivos, constituyen un grupo de alto riesgo para el desarrollo de psicopatología y vulnerable a condiciones ambientales negativas que a su vez incrementan el riesgo de que presenten trastornos psiquiátricos (35, 36).

Las puntuaciones en el inventario de hostilidad tuvieron una correlación negativa con el puntaje en el GAF actual promedio, lo cual le da un significado clínico a la presentación sintomática de cualquiera de las tres dimensiones evaluadas por el instrumento, en

este aspecto, las correlaciones entre estas dos variables se encontraron en el rango mediano a grande.

Los puntajes en la escala de irritabilidad fueron mayores en los hijos de pacientes en comparación con controles en las dimensiones de agresión autoreporte, agresión, hostilidad e irritabilidad en el reporte de los padres, las diferencias en el puntaje conservaron su significancia estadística al incluir estas variables en modelos UNIANOVA para controlar variables confusoras, con lo que el tamaño del efecto del pertenecer a un grupo sobre el puntaje en la escala de irritabilidad, en general fue pequeño con valores de eta parcial entre .100 y .200, en este caso, la presencia de psicopatología tuvo tamaños del efecto medianos en el puntaje de la escala de irritabilidad. Estos hallazgos demuestran que el mayor predictor para tener más puntajes en la escala de irritabilidad fue la presencia de psicopatología (26), sin embargo, el pertenecer al grupo de hijos de pacientes también fue un predictor del puntaje en la escala de irritabilidad, por lo tanto los hijos de pacientes presentan mayor irritabilidad, hostilidad y agresión incluso en ausencia de psicopatología, por lo que se puede considerar que éstos síntomas se pueden presentar aislados en grupos de riesgo y constituir un motivo de atención y que la severidad de éstos puede estar incrementada cuando tienen trastornos psiquiátricos.

Los resultados del presente estudio deben ser interpretados en función de las siguientes limitaciones: El tamaño de la muestra no fue suficiente para demostrar diferencias en la prevalencia de psicopatología por grupos, sin embargo, esta no fue una medida primaria de interés, existió un sesgo de selección en al menos la mitad del

grupo control, el grupo de hijos de pacientes con trastornos afectivos es heterogéneo debido a que no se controló para el número de episodios y duración en el trastorno de los padres, los investigadores no fueron ciegos con respecto a la asignación de grupo de cada participante.

Se aceptó la hipótesis del estudio en la que se establece que los hijos de pacientes tendrían mayores puntajes el inventario de hostilidad, lo cual fue posible al obtener el tamaño de la muestra calculado para encontrar diferencias entre los grupos.

La evaluación de los participantes por medio del K-SADS-PL a través de expertos capacitados para su aplicación, se considera una de las fortalezas del estudio debido a que esta entrevista constituye el estándar de oro para la evaluación de población pediátrica.

Las nuevas clasificaciones en psiquiatría comenzarán a utilizar dimensiones en el diagnóstico (37), por lo que la medición de síntomas no categóricos e inespecíficos como el inventario de hostilidad y su asociación con el funcionamiento constituye una de las fortalezas del presente estudio al evidenciar que conductas no incluidas en las clasificaciones actuales tienen una repercusión en el funcionamiento global, a su vez, estos hallazgos constituyen uno de los fundamentos para el uso de trastornos no especificados.

## **CONCLUSIONES:**

Los hijos de pacientes con trastornos afectivos constituyen un grupo de riesgo para el desarrollo de psicopatología con prevalencias de casi el doble que la población general

para cada grupo de trastornos, además experimentan sintomatología no categórica asociada como son la irritabilidad, hostilidad y agresión, las cuales pueden estar presentes incluso en ausencia de psicopatología, el presentar éstos síntomas, tiene una correlación con un peor funcionamiento actual, por lo que este grupo, constituye una población con necesidad de establecimiento de planes para su evaluación sistemática.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
2. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(4):372-80.
3. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. *Mental health atlas 2011*. Updated and revised ed. Geneva: World Health Organization; 2011. 82 p. p.
4. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *Br J Psychiatry*. 2007;191:335-42.
5. Conradi HJ, Ormel J, de Jonge P. Symptom profiles of DSM-IV-defined remission, recovery, relapse, and recurrence of depression: the role of the core symptoms. *Depress Anxiety*. 2012;29(7):638-45.
6. Geller B, Tillman R, Bolhofner K, Zimmerman B. Child bipolar I disorder: prospective continuity with adult bipolar I disorder; characteristics of second and third episodes; predictors of 8-year outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(10):1125-33.
7. Post RM, Kalivas P. Bipolar disorder and substance misuse: pathological and therapeutic implications of their comorbidity and cross-sensitisation. *Br J Psychiatry*. 2013;202(3):172-6.
8. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):543-52.
9. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. *Mental health atlas 2005*. Rev ed. Geneva: World Health Organization; 2005. 540 p. p.
10. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med*. 2005;35(12):1773-83.

11. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. 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(4):386-95.
12. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Monk K, Kalas C, Obreja M, et al. Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS). *Am J Psychiatry*. 2010;167(3):321-30.
13. Goldstein TR, Obreja M, Shamseddeen W, Iyengar S, Axelson DA, Goldstein BI, et al. Risk for suicidal ideation among the offspring of bipolar parents: results from the Bipolar Offspring Study (BIOS). *Arch Suicide Res*. 2011;15(3):207-22.
14. Hirshfeld-Becker DR, Micco JA, Henin A, Petty C, Faraone SV, Mazursky H, et al. Psychopathology in adolescent offspring of parents with panic disorder, major depression, or both: a 10-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2012;169(11):1175-84.
15. Barker ED, Copeland W, Maughan B, Jaffee SR, Uher R. Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. *Br J Psychiatry*. 2012;200(2):124-9.
16. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):980-9.
17. Kessler RC, Avenevoli S, McLaughlin KA, Green JG, Lakoma MD, Petukhova M, et al. Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Psychol Med*. 2012;42(9):1997-2010.
18. Diler RS, Birmaher B, Axelson D, Obreja M, Monk K, Hickey MB, et al. Dimensional psychopathology in offspring of parents with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2011;13(7-8):670-8.
19. National Institute of Mental Health research roundtable on prepubertal bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(8):871-8.
20. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Strober M, Gill MK, Hunt J, et al. Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. *Am J Psychiatry*. 2009;166(7):795-804.
21. Faraone SV, Althoff RR, Hudziak JJ, Monuteaux M, Biederman J. The CBCL predicts DSM bipolar disorder in children: a receiver operating characteristic curve analysis. *Bipolar Disord*. 2005;7(6):518-24.

22. Holtmann M, Bölte S, Goth K, Döpfner M, Plück J, Huss M, et al. Prevalence of the Child Behavior Checklist-pediatric bipolar disorder phenotype in a German general population sample. *Bipolar Disord.* 2007;9(8):895-900.
23. Mick E, Spencer T, Wozniak J, Biederman J. Heterogeneity of irritability in attention-deficit/hyperactivity disorder subjects with and without mood disorders. *Biol Psychiatry.* 2005;58(7):576-82.
24. Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A, Findling RL. Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disord.* 2005;7(6):483-96.
25. A K, A R, D C, T S. Children's Hostility Inventory: A Measurement of Aggression and Hostility in Psychiatric Inpatient Children. *Journal of Clinical Child Psychology [Internet].* 1987; 16(4):[220-28 pp.].
26. Farchione TR, Birmaher B, Axelson D, Kalas C, Monk K, Ehmann M, et al. Aggression, hostility, and irritability in children at risk for bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2007;9(5):496-503.
27. Hunt J, Birmaher B, Leonard H, Strober M, Axelson D, Ryan N, et al. Irritability without elation in a large bipolar youth sample: frequency and clinical description. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(7):730-9.
28. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *Am J Psychiatry.* 2012;169(1):47-54.
29. Ulloa RE, Ortiz S, Higuera F, Nogales I, Fresán A, Apiquian R, et al. [Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime version (K-SADS-PL)]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006;34(1):36-40.
30. Y L, F S, E W, P A, LI B, K S, et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry [Internet].* 1997; 12(1):[224-31 pp.].
31. Lyneham HJ, Abbott MJ, Rapee RM. Interrater reliability of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent version. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(6):731-6.
32. Jensen P, Roper M, Fisher P, Piacentini J, Canino G, Richters J, et al. Test-retest reliability of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.1). Parent, child, and combined algorithms. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(1):61-71.

33. Haslam N. Bias in psychopathology research. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19(6):625-30.
34. Duffy A, Alda M, Crawford L, Milin R, Grof P. The early manifestations of bipolar disorder: a longitudinal prospective study of the offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord*. 2007;9(8):828-38.
35. Carroll BJ. Child abuse and adult major depression: no evidence of protective gene. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(11):1336-7; author reply 7-9.
36. Brown GW, Craig TK, Harris TO, Handley RV, Harvey AL, Serido J. Child-specific and family-wide risk factors using the retrospective Childhood Experience of Care & Abuse (CECA) instrument: a life-course study of adult chronic depression - 3. *J Affect Disord*. 2007;103(1-3):225-36.
37. Paris J. Dimensional diagnosis and DSM-5. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(10):1340.

ANEXO 1. INVENTARIO DE HOSTILIDAD, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN.

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CHI (Autoreporte)

NOMBRE:

Marca el círculo junto a la frase de la opción que mejor TE DESCRIBE.

1. Sólo regreso el golpe de vez en cuando, incluso si me golpean primero.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
2. A veces digo cosas malas de las personas que no me caen bien.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
3. Pienso que las personas suelen decir cosas malas de mí a mis espaldas.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
4. De vez en cuando no puedo controlar mi ganas de lastimar a otros.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
5. Nunca me enoja lo suficiente para lanzar cosas.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
6. Parece que a las otras personas siempre les pasan cosas buenas.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
7. Algunas veces las personas me molestan sólo por estar cerca.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
8. Cuando alguien hace una regla que no me gusta, frecuentemente me gustaría romperla.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
9. A veces siento que más cosas malas me pasan a mí que a otras personas.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
10. Algunas veces tengo malos pensamientos, los cuales me hacen sentir mal conmigo mismo.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
11. No puedo pensar en una buena razón para golpear a alguien.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
12. Cuando alguien es mandón, no hago lo que esa persona pide.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
13. Estoy mucho más enojado que lo que la mayoría de la gente piensa que estoy.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
14. No conozco a alguien a quien realmente odie.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
15. No me ayuda discutir cuando las personas no están de acuerdo conmigo.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
16. Las personas que no hacen su trabajo deben sentirse muy culpables.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
17. Cuando estoy enojado, algunas veces azoto las puertas (doy portazos).	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
18. Siempre puedo esperar a los demás.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
19. Ocasionalmente, cuando estoy enojado con alguien, le dejo de hablar.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
20. Cualquiera que se burle de mí o de mi familia está buscando pelear.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
21. Me enoja mucho que alguien se burle de mí.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
22. Casi cada semana veo a alguien que me cae mal.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
23. Las personas que están siempre molestándote están buscando un golpe.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
24. Frecuentemente me siento como una bomba a punto de explotar.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
25. Cuando alguien me grita, yo también les grito.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
26. Hago muchas cosas que me hacen sentir muy mal después.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
27. Cuando realmente me enoja, soy capaz de golpear a alguien.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
28. Nunca he hecho un berrinche.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
29. Suelo pensar sobre qué razones tendría otra persona para hacer algo bueno por mí.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
30. No podría gritarle a alguien, incluso si lo necesitara (incluso si lo merece).	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
31. Puedo recordar estar tan enojado que tomé el objeto más cercano y lo rompí.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
32. Usualmente digo cosas que realmente no quería decir.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
33. No conozco alguien que realmente quisiera lastimarme.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
34. Solía pensar que la mayoría de la gente dice la verdad, pero ya no lo creo.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
35. Usualmente escondo mis malos pensamientos acerca de los demás.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
36. Cuando hago algo mal, pienso que soy una mala persona.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
37. Si alguien no me trata bien, no dejo que eso me moleste.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F
38. Preferiría estar de acuerdo con alguien que discutir sobre eso.	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> F

**IHN**  
(Formato para Padres)

NOMBRE:

Marca el círculo junto a la frase de la opción que mejor DESCRIBE A SU HIJO.

1. Golpea de vez en cuando, incluso si alguien le llega a golpear primero.	O V	O F
2. Algunas veces dice cosas malas de las personas que no le caen bien.	O V	O F
3. Piensa que las personas suelen decir cosas malas a sus espaldas.	O V	O F
4. De vez en cuando no puede controlar sus deseos de lastimar a otros.	O V	O F
5. Nunca se llega a enojar tanto como para aventar cosas.	O V	O F
6. Piensa que parece que a otras personas siempre les suceden cosas buenas.	O V	O F
7. Algunas veces se molesta sólo por que hay personas a su alrededor.	O V	O F
8. Cuando alguien hace una regla que a mi hijo (a) no le gusta, él/ella frecuentemente desearía romperla.	O V	O F
9. Algunas veces siente como si le ocurrieran mas cosas malas que a otras personas.	O V	O F
10. Algunas veces tiene malos pensamientos los cuales le hacen sentirse mal sobre sí mismo.	O V	O F
11. No puede pensar en una buena razón para golpear a alguien.	O V	O F
12. Cuando alguien es mandón, no hace lo que esa persona le pide.	O V	O F
13. Usualmente se enoja mas de lo que las otras personas se da cuenta.	O V	O F
14. No conoce a alguien a quien realmente odie.	O V	O F
15. No le ayuda discutir cuando las personas no están de acuerdo con él/ella.	O V	O F
16. Piensa que la gente que no hace su trabajo debería sentirse muy culpable.	O V	O F
17. Cuando se enoja, a veces azota las puertas (da portazos).	O V	O F
18. Siempre puede esperar a otros.	O V	O F
19. Ocasionalmente, cuando se enoja con alguien, deja de hablarle.	O V	O F
20. El/ella sentiría que si alguien se está burlando de él/ella o de su familia, está buscando una pelea.	O V	O F
21. Le enoja mucho que alguien se burle de él/ella.	O V	O F
22. Casi cada semana ve a alguien que le desagrada.	O V	O F
23. Piensa que la gente que siempre esta molestando a otros esta buscando un golpe.	O V	O F
24. Suele sentirse como una bomba a punto de explotar.	O V	O F
25. Cuando alguien le grita, él/ella también les grita.	O V	O F
26. Hace muchas cosas que luego lo/la hacen sentir mal.	O V	O F
27. Cuando realmente se enoja, es capaz de golpear a alguien.	O V	O F
28. Nunca ha hecho un berrinche.	O V	O F
29. Suelo pensar sobre qué razones tendría otra persona para hacer algo bueno por él/ella.	O V	O F
30. No podría gritarle a alguien, incluso si lo necesitara (se lo mereciera).	O V	O F
31. Puede recordar haber estado tan enojado que tomó la cosa mas cercana y la rompió.	O V	O F
32. Usualmente dice cosas que no quería decir.	O V	O F
33. No conoce a alguien que realmente quisiera herirlo (la).	O V	O F
34. Solía pensar que la mayoría de las personas decía la verdad, pero ya no lo piensa así.	O V	O F
35. Usualmente esconde sus malos pensamientos acerca de los demás.	O V	O F
36. Cuando hace algo mal, piensa que es una mala persona.	O V	O F
37. Si alguien no lo trata bien, no deja que eso lo/la moleste.	O V	O F
38. Preferiría estar de acuerdo con alguien a discutir sobre eso.	O V	O F

**ANEXOS**

**Carta de Consentimiento Informado (Niños y Adolescentes)**  
**ASOCIACIÓN DE LOS PATRONES DE IRRITABILIDAD, AGRESIÓN Y**  
**HOSTILIDAD CON PSICOPATOLOGÍA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES HIJOS**  
**DE PACIENTES CON TRASTORNOS AFECTIVOS**

**Lugar:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Hola, esta carta es para invitarte a participar en un estudio que se realiza en la Clínica de Adolescentes 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 tu 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 estas de acuerdo en participar por favor pon tu nombre aquí abajo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma testigo 1

\_\_\_\_\_  
Firma testigo

**Carta de Consentimiento Informado (Padres)**  
**ASOCIACIÓN DE LOS PATRONES DE IRRITABILIDAD, AGRESIÓN Y  
HOSTILIDAD CON PSICOPATOLOGÍA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES HIJOS  
DE PACIENTES CON TRASTORNOS AFECTIVOS**

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente lo estamos invitando a que usted y su hijos de 6 a 18 años de edad participen en un estudio de investigación que se lleva a cabo en la clínica de adolescentes 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 más padecimientos psiquiátricos que los hijos de los papás con otros padecimientos psiquiátricos (trastornos de ansiedad). 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. 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 hospital. 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: \_\_\_\_\_

Para cualquier duda o aclaración en cualquier momento del procedimiento usted puede comunicarse con el Dr. Manuel Alejandro Vargas Soberanis, responsable del proyecto, a los teléfonos 56 55 28 11, ext. 509 o encontrarla físicamente en la Clínica de Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, de Lunes a Viernes de 10 a 17 horas. O escribirle al mail [alejandrov\\_s@hotmail.com](mailto:alejandrov_s@hotmail.com) donde a más tardar en un plazo de 24 horas responderé su correo.