



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**Facultad de Medicina**

**IRRITABILIDAD CRÓNICA Y EMOCIONES  
PROSOCIALES LIMITADAS COMO ESPECIFICADORES  
TRANSDIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS  
PSIQUIÁTRICOS EN LOS ADOLESCENTES**

**TESIS**

Que para obtener el título de

**Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia**

**PRESENTA**

Aymara Gatica Hernández

**ASESOR TEÓRICO**

Dr. Andrés Rodríguez Delgado

**ASESOR METODOLÓGICO**

Dr. Francisco Rafael de la Peña Olvera

**Facultad de Medicina**



Ciudad de México, 2018



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.

## AGREDECIMIENTOS

A mis hijos Luis Manuel y Alexander por permitirme continuar con esta etapa de preparación y aprendizaje, a mi esposo por su comprensión y apoyo invaluable.

## ÍNDICE

<u>MARCO TEÓRICO</u> .....	4
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u> .....	14
<u>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</u> .....	15
<u>JUSTIFICACIÓN</u> .....	16
<u>HIPÓTESIS</u> .....	17
<u>OBJETIVOS</u> .....	17
<u>METODOLOGÍA</u> .....	18
• Diseño del estudio .....	
• Población: proceso de selección .....	
• Duración .....	
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación .....	
• Tamaño de la muestra .....	
• Variables .....	
• Instrumentos de evaluación .....	
• Procedimientos .....	
• Plan de Análisis Estadístico .....	
<u>IMPLICACIONES ÉTICAS</u> .....	27
<u>RESULTADOS</u> .....	34
<u>DISCUSIÓN</u> .....	38
<u>CONCLUSIÓN</u> .....	41
<u>REFERENCIAS</u> .....	42
<u>ANEXOS</u> .....	46

## MARCO TEÓRICO

### DEFINICIÓN Y CONCEPTO DE LA IRRITABILIDAD CRÓNICA PARA EL DSM Y LA CIE

El constructo de irritabilidad ha sido blanco de muchos estudios y recientemente se han podido integrar esta dimensión con mayor claridad en diferentes entidades nosológicas, partiendo desde la perspectiva de DSM-5 de incluirla incluso como síntoma cardinal del Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (DMDD por sus siglas en inglés), hasta compartir comunalidad con otras entidades del espectro afectivo, ansioso y conductual; sin embargo estudios longitudinales finalmente han puesto de relieve la necesidad de cambios en la clasificación diagnóstica de los trastornos conductuales y emocionales en niños en la recientemente publicada CIE-11 (Leibenluft & Stoddard, 2013) siguiendo esta misma línea, y demostrando que la irritabilidad crónica no solo puede englobarse en el limitado diagnóstico de DMDD (como se ha propuesto previamente en el DSM-5) y que este mismo ha demostrado poca estabilidad en el tiempo (Evans et al., 2017) se ha apostado por incluirla como un especificador sobre todo del trastorno oposicionista desafiante como lo soportan más de una veintena de estudios y en donde se ha demostrado que los 8 síntomas de este trastorno reflejan al menos dos dimensiones diferentes en una única categoría diagnóstica, por lo que se recomienda que la CIE-11 incluya un subtipo con irritabilidad e ira crónica y otro sin la presencia de la misma en el ODD.

## CONCEPTO GENERAL DE LA IRRITABILIDAD

El concepto de irritabilidad fue puesto en práctica en 1957 en una serie de estudios de validación de una evaluación general de la agresión con el Inventario de Hostilidad de (Buss & Durkee, 1957). La validación del rasgo irritable y la construcción del inventario de irritabilidad fue el resultado de un análisis factorial en donde se incluyeron a 1000 participantes (G. V. Caprara et al., 1985), desde entonces, el "estado de ánimo irritable" fue incluido en el glosario médico para aclarar el significado de esta con fines de investigación clínica, por lo que varias escalas de irritabilidad fueron creadas y validadas.

La mayoría de las definiciones de Irritabilidad la catalogan como la reactividad excesiva a los estímulos emocionales negativos, generalmente es descrita como un rasgo, específicamente como una dimensión de la personalidad caracterizada por una tendencia a enfadarse y reaccionar ante ligeras provocaciones y desacuerdos (G. V. Caprara et al., 1985) y en la cual se describen principalmente dos componentes: Un componente afectivo que implica la presencia de la Ira, y un componente conductual que es la Agresión. En este contexto, la Ira se define como una emoción de valencia negativa desde la que emergen sentimientos subjetivos que varían de intensidad, desde una ligera irritación o molestia, hasta una intensa furia o rabia y a diferencia de otras emociones de valencia negativa (tristeza y miedo) en donde prevalece un enfoque o comportamiento de evitación, la ira tiene relación con la motivación, es decir, que su presencia se asocia con un mayor esfuerzo hacia objetivos que han sido bloqueados y generan frustración. Por otra parte, el comportamiento agresivo ocurre con frecuencia en el contexto

de la ira, en esta caso, la agresión es un comportamiento destinado a dañar a otro, ya sea reactiva o proactiva, la primera se refiere a una "agresión emocional" o "agresión hostil" y se presenta generalmente tras un evento frustrante o una amenaza percibida, sus manifestaciones típicas incluyen enojos, rabietas y comportamiento hostil; La agresión proactiva, también conocida como agresión instrumental (Gian Vittorio Caprara, Paciello, Gerbino, & Cugini, 2007; Gian Vittorio Caprara et al., 2007) está diseñadas para alcanzar un objetivo en el contexto de la dominancia social, las manifestaciones típicas incluyen: la intimidación, la dominación, los actos coercitivos. Cabe mencionar que existe discrepancia al tratar de definir los términos entre irritabilidad y la agresión, aunque esta última está considerada como parte del constructo, la irritabilidad, no es lo mismo que la agresión, y es importante la separación de ambas por dos razones: la primera, porque el reconocimiento de la agresión podría prevenir su manifestación, la segunda por que la irritabilidad se puede presentar independientemente de los actos agresivos (Vidal-Ribas, Brotman, Valdivieso, Leibenluft, & Stringaris, 2016).

Aunque la correlación de la agresión reactiva y proactiva en individuos es alta ( $r = 0.70$ ) (Vitaro, Brendgen, Larose, & Trembaly, 2005)) las dos parecen tener predicciones longitudinales diferentes, por ejemplo, se ha relacionado que la agresión proactiva a los 10 años predice delincuencia 3 años más tarde (Vitaro, Brendgen y Tremblay, 2002), mientras que la agresión reactiva en la adolescencia, predice ansiedad en la vida adulta (Fite, Raine, Stouthamer-Loeber, Loeber, & Pardini, 2010)

EI CONCEPTO DE LA IRRITABILIDAD CRONICA COMO ESPECIFICADOR  
TRANSDIAGNOSTICO

Se ha visto implicado el constructo de la irritabilidad como parte de la sintomatología de varias entidades diagnósticas entre las cuales destacan los trastornos afectivos, específicamente el recién diagnóstico incluido en el DSM-5 Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo, el Trastorno Bipolar, que incluso ha sido tema de análisis en cuanto a la presentación y frecuencia de la irritabilidad, y por supuesto como parte cardinal de los trastornos de conducta, el hecho de que se comparta esta característica en diferentes entidades nosológicas, nos hace pensar que la irritabilidad bien podría fungir como un especificador, ya que éstos, nos ofrecen la oportunidad de definir un subgrupo más homogéneo de individuos que sufren el trastorno y comparten esta característica, lo cual nos permitirá ofrecer pautas de tratamiento y pronóstico.

EMOCIONES PROSOCIALES LIMITADAS COMO ESPECIFICADOR DE LOS  
TRASTORNOS DE CONDUCTA DISRUPTIVA

Se ha estudiado que dos de los tres diagnóstico categóricos que forman parte de los Trastornos de Conducta Disruptiva (TDC) (Burke et al., 2014) pueden presentar el especificador de Emociones Prosociales Limitadas (EPL), es decir, el trastorno oposicionista y desafiante (ODD) y el Trastorno Disocial (TD), no así el Trastorno Explosivo Intermitente (TEI). El DSM-5 delimita este especificador con la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: remordimiento y culpa limitada, empatía limitada, afecto deficiente o superficial y bajo interés por el desempeño escolar y/o laboral.

Como se ha descrito anteriormente las EPL coexisten frecuentemente con los TD y se ha visto que esta comorbilidad incrementa la cronicidad de la misma conducta antisocial (Frick, O'Brien, Wootton, & McBurnett, s. f.)

### IRRITABILIDAD Y TRASTORNOS DE CONDUCTA DISRUPTIVA

Se sabe que una de las trayectorias de la irritabilidad se manifiesta como un componente del Trastorno Oposicionista y Desafiante (ODD, por sus siglas en inglés), y aunque ODD es un precursor de una amplia gama de psicopatología en los adultos, estudios longitudinales indican que el ODD en la infancia es más fuerte predictor de trastornos emocionales que el comportamiento antisocial en la edad adulta, (Nock, Kazdin, Hiripi, & Kessler, 2007) , en este sentido (Stringaris & Goodman, 2009) sugirieron que este diagnóstico abarca tres dimensiones: Irritable (estallidos de mal genio, enfadado, molesto fácilmente), Testarudo (argumentativo, molesto, culpa a los demás) y perjudicial (vengativo, rencoroso), estas dimensiones, con un seguimiento de más de tres años, estuvieron altamente correlacionadas pero tenían trayectorias longitudinales específicas: el dominio irritable predijo la depresión y la ansiedad generalizada, la dimensión testaruda predijo TDAH y la dimensión perjudicial, trastornos de conducta.

Por lo anterior existe poca evidencia que correlacione la dimensión de la irritabilidad con el comportamiento antisocial ya que los estudios de seguimiento han demostrado que la irritabilidad, sobre todo, estaría implicada en la posterior presentación de trastornos internalizados, sin embargo, si existe en la literatura diferentes estudios que correlacionan el constructo agresividad, que como ya se mencionó al inicio de este estudio, forma parte

del componente comportamental de la irritabilidad, con el comportamiento perturbador, sobre todo trastorno de conducta, sin embargo, hasta la fecha no hay evidencia de como esta dimensión estaría involucrada no solamente en el trastorno de comportamiento antisocial, sino también en aquel especificador de recién introducción en el DSM-5 que son las Emociones Prosociales Limitadas (EPL), constructo también conocido como "callo emocional", la evidencia señala que existen factores etiológicos diferentes para aquellos con altos niveles de EPL de los que puntúan bajo (Viding, Fontaine, & McCrory, 2012) dado que la irritabilidad crónica se ha validado como constructo y se ha correlacionado con amplias manifestaciones de psicopatología observándose una mayor disfunción y peor pronóstico, sería interesante correlacionar este constructo ahora desde el lado de las EPL.

#### PSICOPATOLOGÍA PARENTAL ASOCIADA A LA IRRITABILIDAD CRÓNICA

Se ha visto que la irritabilidad crónica en el niño puede no desvincularse fácilmente con su entorno de cuidado, se ha visto relacionada cierta patología parental que incluye: depresión materna, baja capacidad de respuesta a la angustia del niño y/o paternidad hostil (Davidov & Grusec, 2006), Se ha encontrado, que, sobre todo, los síntomas maternos depresivos pre y postnatales, son un fuerte factor de riesgo para síntomas depresivos en su descendencia durante la adolescencia, y en esta misma línea se han definido tres vías de desarrollo de tales síntomas, la primera vía comprende síntomas de irritabilidad en la infancia, la segunda vía síntomas de depresión y ansiedad y la tercera vía, problemas de conducta, además, los síntomas depresivos maternos pre y postnatales, están asociados a un temperamento difícil del

niño en la infancia temprana (Judd, Schettler, Coryell, Akiskal, & Fiedorowicz, 2013), Otros estudios indican que hubo significancia estadística en síntomas ansiosos parentales cuando se evaluó la irritabilidad crónica a los 3 años, no así a la edad de 6 años. (Dougherty et al., 2013)

#### PSICOPATOLOGÍA PARENTAL ASOCIADA A EPL

En el estudio de Fantí et al. (2016), se encontró que el estrés parental y el involucramiento maternal están asociados con el tipo de trayectoria de las EPL. Estudios demuestran que la exposición a un pobre parentaje incrementa el riesgo de agresión y ser diagnosticado con TC (Reid, et al., 2002). Una revisión sistemática evaluando el impacto del parentaje en las EPL (Waller et al., 2013) demostró que un parentaje estricto y negativo se asocia con niveles elevados de EPL, mientras que un estilo de parentaje cariñoso se asocia con niveles bajos de EPL. También se ha encontrado que intervenciones enfocadas en el parentaje parecen ser efectivas en reducir los niveles de EPL (Waller et al., 2013). Asimismo, la presencia de psicopatología parental se ha asociado con la presencia de EPL (Vizard et al., 2007; Barker et al., 2011). En el estudio de Loney et al. (2007) se encontró una correlación intergeneracional de modesta magnitud ( $r=0.22$ ) entre psicopatología materna y EPL en el hijo. Asimismo, como ya se mencionó anteriormente, la presencia de conducta antisocial grave (en especial en la madre) y psicopatía en los padres son indicativos de heredabilidad (Frick et al., 2012; Hyde et al., 2016).

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASOCIADAS A LA IRRITABILIDAD CRÓNICA Y

### EPL

#### EPIDEMIOLOGÍA

En nuestro medio, ningún estudio hasta donde sabemos ha estimado la prevalencia de la irritabilidad crónica utilizando el especificador de EPL. Se ha estimado que la irritabilidad clínicamente significativa ocurre comúnmente en niños y adolescentes en el 3% de la población general ( Althoff, Verhulst, Rettew, Hudziak, & van der Ende, 2010; Brotman et al., 2006)) incluso se han observado diferencias en cuanto a la agresión proactiva y reactiva con respecto al género, observándose que esta última es más común en niños que en niñas, ya que estas tienden hacia formas más encubiertas de agresión (dañando las relaciones o la reputación de otros) ( Côté, Vaillancourt, Barker, Nagin, & Tremblay, 2007; Crick, 1995). Para la mayoría de los jóvenes, la irritabilidad mantiene un curso estable mediante la adolescencia, con niveles más altos de predecir agresividad, ansiedad generalizada y depresión en la vida adulta, cuando se evaluaron 500 jóvenes de 12 a 20 años de edad, Caprara, Paclello, Gerbino y Cugini (2007) encontraron que los niveles altos de clasificación de la irritabilidad auto reportada era estable para la mayoría de los jóvenes, a excepción del 23% de los participantes que obtuvieron niveles moderados de irritabilidad y que disminuyeron a lo largo de la adolescencia, y en donde más niñas que niños (34.9% frente a 28.1%) puntuaron altos niveles de irritabilidad estable en el tiempo, lo cual se asoció la agresión física, la agresión verbal y la violencia.

## INSTRUMENTOS PARA LA MEDICIÓN DE LA IRRITABILIDAD CRÓNICA

Una máxima importancia en la investigación es que la capacidad de medir una variable es un requisito previo para el estudio de la misma. El constructo de la irritabilidad ha sido validado a través de la aplicación del análisis factorial y también ha sido confirmado mediante el análisis de clases latentes, (Vidal-Ribas, Brotman, 2016), además, la fiabilidad se ha evaluado de diferentes maneras mostrando una consistencia interna alta (alfa de Cronbach de 0.75) Hay relativamente pocas escalas que se han validado para la medición de la irritabilidad (tabla 1/ insertar). Investigaciones recientes en niños y adolescentes han utilizado reactivos contenidos en entrevistas diagnósticas, por ejemplo, del K-SADS-PL (siglas en inglés de Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children), para determinar la presencia de irritabilidad. Sin embargo, dichas entrevistas cuentan con muy pocos reactivos que hablen sobre irritabilidad, Recientemente Stringaris y colaboradores (2012), desarrollaron el Índice de Reactividad Afectiva (ARI, por las siglas en inglés de Affective Reactive Index) en donde la irritabilidad es conceptualizada y operacionalizada de forma breve y sencilla, como una tendencia a ser molestado o presentar labilidad emocional, ira y/o rabietas. Mediante esta escala, es posible valorar la irritabilidad durante los últimos 6 meses, lo cual es considerado como una característica de cronicidad. Específicamente, la escala ARI fue diseñada para examinar en jóvenes y sus padres 3 aspectos de irritabilidad: a) umbral para reaccionar con enojo, b) frecuencia de afecto/conducta de enojo y c) duración de estos. De esta manera, está diseñada para determinar el estado de ánimo irritable, en lugar

de las posibles consecuencias de esta como podrían ser la hostilidad o actos agresivos, ya que estos pueden o no ocurrir en presencia de irritabilidad. Así mismo, la escala está diseñada para obtener información comparable de los jóvenes (a través de un auto-reporte) y de los padres (mediante el reporte de padres), así como para ser: a) breve, b) simple y c) adecuada para su uso como instrumento de tamizaje en la práctica clínica y estudios epidemiológicos. Actualmente la escala ha sido probada y validada utilizando poblaciones clínicas y epidemiológicas en 3 diferentes países, en México, recientemente se acaba de validar esta escala en adolescentes con psicopatología, estudio llevado a cabo en el INPRFM a cargo del Dr. Andrés Rodríguez en Tutoría con el Dr. Francisco de la Peña.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la perspectiva de la irritabilidad como constructo, han surgido algunos ensayos que tratan de tomar como referencia esta dimensión para tratar de explicar la coocurrencia con diferentes entidades diagnósticas. Como se ha mencionado en la literatura, estos ensayos han sido sobre todo dirigidos a evaluar la estabilidad longitudinal del dominio en trastornos internalizados y externalizados, así como también, numerosos de esos ensayos se han centrado en tratar de dilucidar los circuitos neurobiológicos y neuroanatómicos implicados en su desarrollo, se ha propuesto además, la participación de genes e influencias ambientales implicados en el desarrollo de la psicopatología, sin embargo, hasta el momento, no existe evidencia empírica que respalde la irritabilidad crónica como especificador de los trastorno psiquiátricos en los adolescentes , en menos aún existe evidencia del desenlace de la trayectoria de la irritabilidad crónica en niños y adolescentes con el especificador de emociones prosociales limitadas, se ha visto, que en este último caso, existen factores genéticos y ambientales incluyendo la crianza y las adversidades psicosociales que se comparten para el desarrollo de la irritabilidad, por lo que es altamente probable que exista una relación entre algunos de los subtipos de las EPL con la IC.

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre la Irritabilidad crónica y las Emociones Prosociales Limitadas en los Trastornos Psiquiátricos en los Adolescentes?

## JUSTIFICACIÓN

En la discusión de la fenotipificación de la irritabilidad, también es importante tener en cuenta que este constructo está presente a través una serie de diagnósticos categóricos, esto complica su estudio como una entidad psicopatológica distinta, porque la irritabilidad que ocurre en diferentes trastornos mentales podría tener diferentes mecanismos etiológicos y por lo tanto diferentes enfoques de tratamiento. Por lo anterior, el estudio de la irritabilidad como especificador , encaja bien en el marco de los criterios de diagnósticos del DSM -5, ya que como se ha comentado previamente, lo anterior nos da la pauta para establecer a la irritabilidad como un síntoma transdiagnóstico que a su vez comparta la comunalidad con otras entidades nosológicas, este caso para el presente estudio, enfocados en los trastornos de conducta disruptivo, planteándonos a su vez la hipótesis de la presencia de Emociones Prosociales Limitadas que compartan dos o más de sus subcategorías y con lo anterior poder determinar pautas de tratamiento y pronóstico ya que como se ha visto en estudios previos, la irritabilidad severa en la infancia se asocia con diferentes resultados posibles en la trayectoria del ciclo vital (menores ingresos financieros y nivel de estudios, así como una peor salud en la vida adulta, deterioro funcional e incremento de conductas suicidas en la edad adulta) (Vidal-Ribas, Brotman, 2016).

## HIPÓTESIS

H1: Los sujetos adolescentes con EPL y la IC se asociarán con trastornos externalizados

H2: Los sujetos adolescentes con IC presentaran dos o más características de las EPL

H3: Los sujetos adolescentes con presencia de IC y algunas de las características de las EPL puntuaran con mayor gravedad en los diagnósticos internalizados y externalizados.

## OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la presencia de la irritabilidad crónica (IC) y las emociones prosociales limitadas (EPL) en los adolescentes con trastornos psiquiátricos

Objetivos Especificos

- Determinar las características clínicas y demográficas de una muestra clínica de adolescentes con IC y EPL
- Determinar asociación de EPL e IC con los diagnósticos internalizados y externalizados en una muestra clínica de adolescentes
- Determinar la correlación entre IC y cada una de las 4 características de las EPL en adolescentes con trastornos psiquiátricos
- Determinar la gravedad de los diagnósticos internalizados y externalizados de una muestra clínica de adolescentes con IC y EPL

## DISEÑO DEL ESTUDIO

Según Alvan Feinstein (1985) se trata de un estudio: analítico, observacional, homodémico, transversal y comparativo

## POBLACIÓN: PROCESO DE SELECCIÓN

Se obtendrá la muestra de investigación de una población de pacientes adolescentes (de 12-17 años) en tratamiento ambulatorio perteneciente a la Clínica de la Adolescencia en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) en Ciudad de México. Se considerarán candidatos para la investigación aquellos sujetos que acudieron por primera vez a la institución a través del servicio de Preconsulta o Atención Psiquiátrica Continua, que fueron evaluados por historia clínica y que cuenten con la Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C) aplicada por un clínico experto con más de 10 años de experiencia de donde se tendrá el acceso a los diagnósticos categóricos.

## DURACIÓN DEL ESTUDIO:

12 meses.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

### *Criterios de Inclusión:*

1. Edad entre 12 y 17 años 11 meses.
2. Género: Masculino o Femenino.
3. Todos los sujetos adolescentes que ingrese a la clínica de adolescencia y que cuenten con la Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C)

4. Aquellos padres y adolescentes que acepten participar en el estudio con previa aceptación de su participación en la investigación mediante la firma del consentimiento informado (padres) y asentimiento informado (adolescentes).
5. Capacidad para leer y escribir sin problemas.

Criterios de Exclusión:

1. Sujetos que no aceptaron participar en el estudio.
2. Aquellos con sintomatología psiquiátrica que requiera hospitalización después de la evaluación por BPRS-C.
3. Aquellos con diagnóstico clínico de discapacidad intelectual, síndromes genéticos y enfermedades neurológicas identificadas según expediente el clínico o según el juicio del investigador que pudieran afectar la correcta recolección de datos.

Criterios de Eliminación:

1. Sujetos que durante la aplicación del estudio decidieron suspender su participación.
2. Sujetos que contestaron de forma incompleta o no pudieron entender los procedimientos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Considerando un nivel confianza de 1.96, 6% de atributo deseado, y un error de estimación del 5%, se obtuvo un tamaño de muestra de 87.

El Cálculo del tamaño de la muestra se obtendrá por diferencia de porcentaje

n= Tamaño de la muestra

Z: 1.96

E: 5%

p: 6%

q: 94%

$$n = \frac{z^2 pq}{E^2} \quad n = 87 \text{ pacientes}$$

## VARIABLES

En este proyecto se utilizó como variable independiente los Trastornos Psiquiátricos en los adolescentes. A continuación, se presenta una tabla en la que se enlistan las variables contenidas en el estudio, determinando su tipo y el instrumento de evaluación que se aplicó para medir cada una de ellas.

Tabla 1. Variables del estudio

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
<b>Variables Sociodemográficas</b>			
Edad	De razón	Años	Concentrado de datos demográficos
Sexo	Nominal	Masculino/Femenino	Concentrado de datos demográficos
Escolaridad	Dimensional	Años de educación	Concentrado de datos demográficos
<b>Variables Clínicas</b>			
Diagnósticos Psiquiátricos	Catagórica	Diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con DSM	Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C)
Irritabilidad Crónica	Dicotómica	Presencia/ Ausencia	Índice de reactividad afectiva (ARI)
Irritabilidad crónica	Dimensional	0-14	Índice de reactividad afectiva (ARI)
Emociones Prosociales Limitadas	Dicotómica	Presencia/Ausencia	K-SADS-PL
Emociones Prosociales Limitadas	Dimensional	0-72	Inventario de Emociones Prosociales Limitadas (ICU)
Severidad	Dimensional	0-89	Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C)

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Escala de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes (Brief Psychiatric Rating Scale for Children): BPRS-C 29 – Versión Mexicana Modificada

Esta escala puede utilizarse como un instrumento de medición en estudios de investigación, como instrumento diagnóstico, para evaluar la evolución de los síntomas (tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados), en pruebas psicofarmacológicas y en la práctica clínica general.

La versión original de la BPRS-C consta de 21 reactivos y su uso está limitado a personal entrenado en la detección de la psicopatología infantil y del adolescente. El instrumento explora siete dimensiones sindromáticas, y para evaluar cada una se incluyen tres reactivos por dimensión. El formato original emplea números de 0 a 6 para distinguir la severidad de los síntomas, que van desde el no existente hasta el extremadamente grave, de acuerdo con los parámetros que aporta el DSM-5 para establecer la magnitud del trastorno.

En la versión mexicana, los 29 reactivos se agrupan en seis dimensiones que explican el 49.3% de la varianza: I. Conducta, II. Depresión, III. Ansiedad, IV. Manía, V. Psicosis, VI. Misceláneos. La confiabilidad ínter evaluador y test-retest es de  $r=0.824$  y  $r=0.661$  respectivamente.

Este instrumento actualmente es utilizado por médicos psiquiatras de niños y adolescentes, certificados y con al menos 5 años de experiencia.

Escala de reactividad afectiva (ARI, Por sus siglas en inglés Affective Reactive Index)

La escala ARI, diseñada por Stringaris et al. (2012) y recomendada por el DSM-5 como la escala de elección en la medición transversal de síntomas de irritabilidad. Dicha escala cuenta con una versión para el paciente y una versión para el padre o tutor. ARI, es una escala breve que consta de 6 reactivos que evalúan la intensidad de la irritabilidad crónica e incluye un reactivo al respecto de deterioro en el funcionamiento. Los participantes responden sobre 3 puntos en una escala tipo Likert (0 = no es cierto, 1 = algo cierto, 2 = totalmente cierto) al respecto de los últimos 6 meses. La versión

para el paciente (adolescente) y del padre son similares, cambiando la redacción de las preguntas, por ejemplo: "tu conducta o sentimientos" para el caso de la versión del paciente y, "la conducta o sentimientos de su hijo" para el caso del reporte de los padres. La escala ha sido validada en la población mexicana por el Dr. Andrés Rodríguez del INPRFM en tutoría con el Dr. Francisco de la Peña (resultados no publicados); los resultados muestran que la escala ARI es un instrumento con adecuada validez y confiabilidad para el estudio de irritabilidad crónica en adolescentes mexicanos con psicopatología, con alfa de Cronbach para el caso de la versión de sujetos del 0.918 y para la versión de padre/tutor del 0.904, y Utilizando los datos obtenidos de ambas versiones del ARI y a través de la obtención del coeficiente kappa ( $K$ ) se estudió la confiabilidad interinformante de la escala , a excepción del reactivo 3 ("Permanezco enojado mucho tiempo"), el cual mostró una tendencia hacia la significancia estadística ( $K= 0.150$ ,  $p=0.059$ ), el resto de los reactivos mostraron una correlación estadísticamente significativa entre ambas versiones .

Estudios en población mexicana han mostrado que utilizando un punto de corte de 3.5 para la versión de sujeto presenta una sensibilidad de 88% y especificidad de 75% para la detección IC y de igual manera, un punto de corte de 3.5 para la versión del padre presenta una sensibilidad de 84% y especificidad de 50% para la detección, por lo que en el presente estudio se utilizará el punto de corte de 4 para el análisis dicotómico de la IC. La escala ARI puntúa de 0 a 14, por lo que un número más elevado nos indicaría mayor IC.

K-SADS-PL-5: Entrevista para el diagnóstico temprano de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Versión DSM-5 en español

Actualmente se encuentra en proceso de validación dicha escala al español en población mexicana por De la Peña, et al. Para esta investigación se utilizará únicamente el apartado de Emociones Prosociales Limitadas que se encuentra en el suplemento de Trastornos de Conducta Disruptiva y Control de impulsos. Dicho apartado valora a través del entrevistador las 4 características de las EPL: remordimiento o culpa limitada, empatía limitada, bajo interés en el desempeño en la escuela, trabajo y otras actividades importantes, y afecto superficial o deficiente. Cada característica se evalúa como ausente, subumbral (menos de 2 características) y umbral (2 o más características). Además, evalúa su presencia en la actualidad y en el pasado, y la duración del síntoma.

Inventario de Emociones Prosociales Limitadas (Versión en español de México: De la Peña et al., no publicada)

El nombre original de este instrumento es *The Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU)* y fue creado por Paul J. Frick (2003) y validado por Kimonis et al. (2008). La validación inicial del instrumento fue realizada en sujetos con edades entre 12 y 20 años. El instrumento consta de 24 ítems y cada uno se califica en escala tipo Likert que se puntúa de 0 a 3; por lo tanto, el puntaje mínimo es de 0 y el máximo es de 72. El inventario está diseñado para que a mayor puntaje se detecte mayor grado de EPL; de esta manera doce de los ítems se puntúan de manera positiva (2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 18, 20, 21 y 22) y doce de manera reversa (1, 3, 5, 8, 13, 14, 15, 16, 17,

19, 23 y 24). A la fecha no existe punto de corte consensuados, pero en algunos estudios se considera que un puntaje  $\geq 32$  se relaciona con altos grados de EPL y un puntaje  $< 32$  con bajos grados de EPL (Herpers et al., 2016; Jones et al., 2010; Schwenck et al., 2012). En esta investigación se analizaron los puntajes de manera dimensional. El inventario aún no ha sido validado al español en población mexicana adolescente, por lo tanto, este proyecto estuvo de la mano del proyecto de tesis del Dr. Javán Segovia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente quien también colaboró bajo la tutoría del Dr. Francisco de la Peña Olvera para la validación del instrumento. Los ítems se agrupan en los siguientes 4 factores:

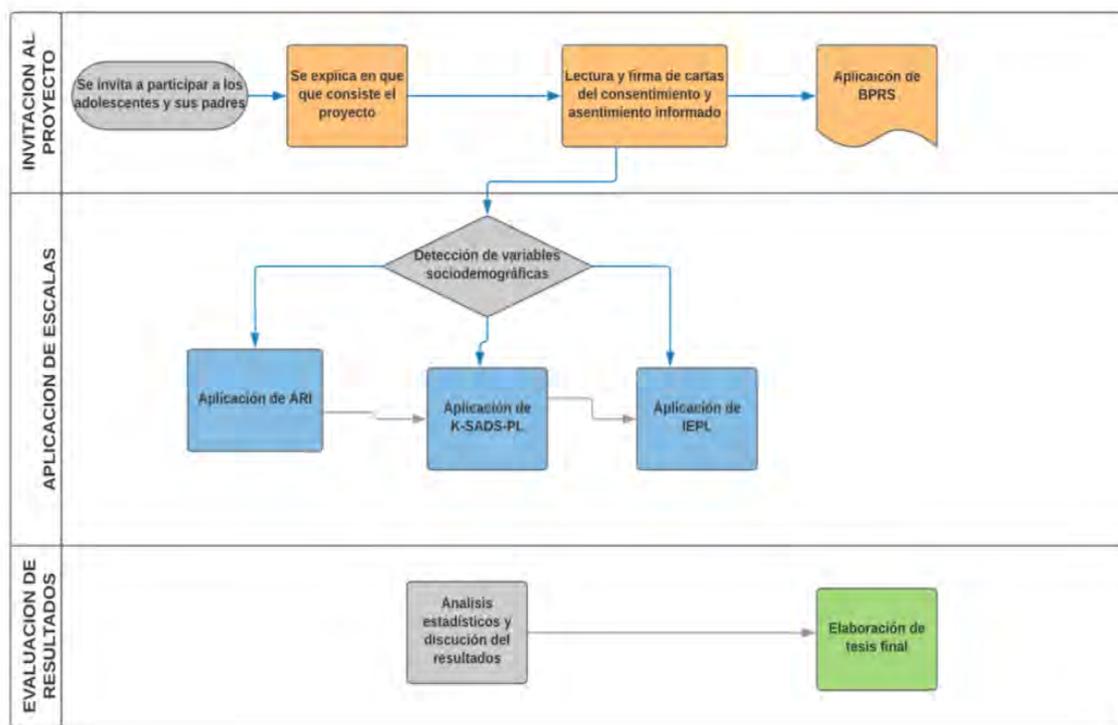
FACTORES		Ítems
1	Interés Limitado por el Desempeño	3, 7, 11, 15, 20 y 23
2	Culpa Limitada	5, 2, 9, 13, 16 y 18
3	Expresión Emocional Limitada	6, 1, 10, 14, 19 y 22
4	Empatía Limitada	8, 4, 12, 17, 21 y 24

#### PROCEDIMIENTOS Y DIAGRAMA DE FLUJO

Se invitará a todos los sujetos adolescentes que ingresen a la clínica de adolescencia y que cumplan con los criterios de inclusión a participar en el estudio, posterior a la aceptación verbal se dará paso a la lectura y firma de cartas de asentimiento y consentimiento informado. Se llenará el formato de identificación y concentrado de datos demográficos y se procederá a aplicar la escala de ARI (versión para padre y sujeto) así como el inventario de EPL (versión padre y sujeto), una vez terminado este procedimiento, se

continuará con la entrevista del apartado para EPL del K-SADS-PL por el clínico, se obtendrá de manera verbal la presencia o ausencia de psicopatología en alguno de los dos padres, se procederá posteriormente a la aplicación de la escala WHODAS 2.0 al adolescente, una vez contestadas las escalas se procederá a la calificación de las mismas y a la obtención del diagnóstico categórico posterior a la realización de BPRS-C por experto de más de 10 años en su aplicación (diferente a los investigadores). Finalmente se llevará a cabo la recopilación de los resultados en la base de datos, se procederá al análisis estadístico y se reportarán los resultados.

**TABLA 2. PROCEDIMIENTO Y DIAGRAMA DE FLUJO**



## PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizarán frecuencias y porcentajes para variables categóricas; medias y desviación estándar para variables continuas en la descripción de características clínicas y demográficas. Se realizará un análisis dimensional y dicotómico para las variables dependientes (IC y EPL) ya que los instrumentos a analizar permiten ambas medidas. Para la comparación de las diferencias clínicas entre sujetos se utilizarán Chi cuadrada, así como los contrastes categóricos y t de Student para contrastes continuos.

## IMPLICACIONES ÉTICAS

El estudio se realizará de acuerdo con los principios generales estipulados en declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2008). A todos los sujetos y familiares se les solicitará consentimiento y asentimiento informado, mismo en el que se brinda la explicación del estudio, ante dos testigos y el médico responsable, se otorgará una copia al paciente y se anexará otra al expediente. El no participar en el proyecto no excluye al paciente de recibir la atención médica necesaria y si se retira del mismo, no afectará esa decisión su tratamiento en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Los datos generados en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos (Diario Oficial de la Federación 1983) y no se les dará otro uso, salvo autorización escrita y expresa de los pacientes y de los comités antes mencionados, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedan a participar, durante la investigación se omitirán en las bases de datos los nombres de los pacientes ya que se asignará un código secuencial para el análisis estadístico. El presente estudio cuenta con la aprobación del **comité de ética y de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"**.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL PADRE O MADRE (se designa con rojo los cambios del Consentimiento Informado del Proyecto Original)**

**Título de la Investigación:**

“Irritabilidad Crónica y Emociones Prosociales Limitadas como especificadores trasndiagnósticos de los Trastornos Psiquiátricos en Adolescentes”

*En este estudio el investigador responsable es la Dra. Aymara Gatica Hernández. Antes de aceptar participar en este estudio es importante que usted y su hijo comprendan muy bien el diseño de la investigación, su justificación, sus objetivos y sus procedimientos.*

*A continuación, se da una explicación al respecto.*

**Justificación:**

Los diagnósticos psiquiátricos en el niño y el adolescente pueden deberse a muchas causas, algunas de estas son heredadas y otras se deben a problemas dentro de la química cerebral y del crecimiento cerebral y algunas de ella pueden estar influenciadas por el medio ambiente que le rodea, incluyendo el entorno familiar y su dinámica. **Cuando algún niño o adolescente tiene Irritabilidad Crónica (entendiéndose como un estado persistentemente irritable, la mayor parte del día, casi todos los días con una duración mayor a 6 meses) y Emociones Prosociales Limitadas (empatía y culpa limitada, bajo interés por las responsabilidades y afecto superficial) puede llegar a tener diferentes vías en el crecimiento psicológico y presentar síntomas psiquiátricos.** Con este estudio se intenta definir un subgrupo más homogéneo de individuos que comparten estas características, lo cual, servirá como base para posteriores investigaciones pretendiendo en un futuro llegar a establecer un manejo integral para las enfermedades mentales en los niños y adolescentes.

**Objetivos:**

**Determinar cómo se asocia la Irritabilidad Crónica y las Emociones Prosociales Limitadas en los Trastornos Psiquiátricos de los Adolescentes.**

**Procedimiento:**

Los participantes del estudio será un grupo de padres y sus hijos adolescentes pertenecientes a la Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría.

La participación del padre o la madre consistirá en:

- 1) **Contestar tres escalas en las cuales se les preguntara a cerca de Emociones Prosociales Limitadas e Irritabilidad Crónica de sus hijos**
- 2) **Contestar un breve cuestionario en donde se preguntarán características clínicas y sociodemográficas del padre y/o madre y del adolescente**
- 3) Aceptar la participación de su hijo(a) adolescente (\*), solo y únicamente, posterior al asentimiento del adolescente de participar en el estudio. Aceptar este punto involucra acompañar a su hijo en todo procedimiento

(\*) Aceptar la participación del sujeto adolescente (hijo/a) involucra:

- 1) La realización de una breve entrevista clínica de parte del investigador con el adolescente.
- 2) Que el sujeto adolescente conteste cuatro escalas en las cuales se preguntará sobre: Presencia de Irritabilidad Crónica, Emociones Prosociales Limitadas y su severidad

**Riesgos y/o molestias del procedimiento:**

Es posible que algunas de las preguntas los hagan sentir incómodos o sean cansadas. En este caso, tendrán la opción de detener la evaluación en cuanto lo necesiten. La duración de la evaluación será de aproximadamente 30 minutos.

**Confidencialidad:**

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

**Beneficios:**

Profesionales de la salud mental les realizarán la valoración totalmente gratis. De esta manera, si se identifican síntomas o condiciones médicas que puedan ser manejadas, se le dará información, recomendaciones y, dentro de lo posible, se le facilitarán las vías para poder recibir la atención. Es cierto que no recibirán ninguna compensación de tipo económica ni en especie por su participación en el estudio, **sin embargo, se podrá obtener mayor información de su hijo que usted podrá proporcionar al médico tratante para favorecer la atención que ya se les ha dado.** Asimismo, otro beneficio potencial al cual contribuiremos es a mejorar las condiciones clínicas de personas con padecimientos mentales de tipo psiquiátrico.

**Con la información que nos proporcionen nos ayudarán a conocer si estas características están presentes en los trastornos psiquiátricos de los adolescentes,** para así poder tener más herramientas con las cuales podamos proveer intervenciones más específicas y de mayor impacto.

**Contacto:**

Si tienen alguna pregunta, pueden contactar al investigador responsable: **Dra. Aymara Gatica Hernández al teléfono: 41605312.**

**Consentimiento y Firmas:**

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

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

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

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

*Nombre y Firma del Participante (hijo adolescente)*

---

*Nombre y Firma del Padre*

---

*Nombre y Firma del Investigador Principal*

---

*Nombre y Firma de Testigo 1*

---

*Nombre y Firma de Testigo 2*

---

## **CARTA DE ASENTIMIENTO PARA EL ADOLESCENTE**

### **Título de la Investigación:**

**“Irritabilidad Crónica y Emociones Prosociales Limitadas como especificadores trasndiagnósticos de los Trastornos Psiquiátricos en Adolescentes”**

*En este estudio el investigador responsable es la Dra. Aymara Gatica Hernández. Antes de aceptar participar en este estudio es importante que comprendas muy bien el diseño de la investigación, su justificación, sus objetivos y sus procedimientos.*

*A continuación, se da una explicación al respecto.*

### **Justificación:**

Los diagnósticos psiquiátricos en el niño y el adolescente pueden deberse a muchas causas, algunas de estas son heredadas y otras se deben a problemas dentro de la química cerebral y del crecimiento cerebral y algunas de ellas pueden estar influenciadas por el medio ambiente que le rodea, incluyendo el entorno familiar y su dinámica. **Cuando algún niño o adolescente tiene Irritabilidad Crónica (entendiéndose como un estado persistentemente irritable, la mayor parte del día, casi todos los días con una duración mayor a 6 meses) y Emociones Prosociales Limitadas (empatía y culpa limitada, bajo interés por las responsabilidades y afecto superficial) puede llegar a tener diferentes vías en el crecimiento psicológico y presentar síntomas psiquiátricos.** Con este estudio se intenta definir un subgrupo más homogéneo de individuos que comparten estas características, lo cual, servirá como base para posteriores investigaciones pretendiendo en un futuro llegar a establecer un manejo integral para las enfermedades mentales en los niños y adolescentes.

### **Objetivos:**

**Determinar cómo se asocia la Irritabilidad Crónica y las Emociones Prosociales Limitadas en los Trastornos Psiquiátricos de los Adolescentes**

### **Procedimiento:**

Se incluirán a los participantes como parte de un grupo de padres y sus hijos adolescentes pertenecientes a la Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Tu participación involucra:

- 1) La realización de una breve entrevista clínica de parte del investigador contigo.
- 2) **Que contestes cuatro escalas en las cuales se preguntará sobre: Presencia de Irritabilidad Crónica, Emociones Prosociales Limitadas y su severidad**

### **Riesgos y/o molestias del procedimiento:**

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

### **Confidencialidad:**

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

### **Beneficios:**

Profesionales de la salud mental te realizarán la valoración totalmente gratis. De esta manera, si se identifican síntomas o condiciones médicas que puedan ser manejadas, se les dará información, recomendaciones y, dentro de lo posible, se les facilitarán las vías para poder recibir la atención. Es cierto que no recibirás ninguna compensación de tipo económica ni en especie por tu participación en el estudio, **sin embargo, se podrá obtener mayor información de ti que desees proporcionar al médico tratante para favorecer la atención que ya se te ha brindado.**

Asimismo, otro beneficio potencial al cual contribuiremos es a mejorar las condiciones clínicas de personas con padecimientos mentales de tipo psiquiátrico.

**Con la información que nos proporciones nos ayudarás a conocer si estas características están presentes en los trastornos psiquiátricos de los adolescentes,** para así poder tener más herramientas con las cuales podamos proveer intervenciones más específicas y de mayor impacto.

### **Contacto:**

Si tienes alguna pregunta, puedes contactar al investigador responsable: **Dra. Aymara Gatica Hernández al teléfono: 41605312.**

### **Consentimiento y Firmas:**

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

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

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

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

*Nombre y Firma del Participante (adolescente)*

---

*Nombre y Firma del Padre*

---

*Nombre y Firma del Investigador Principal*

---

*Nombre y Firma de Testigo 1*

---

*Nombre y Firma de Testigo 2*

---

## RESULTADOS

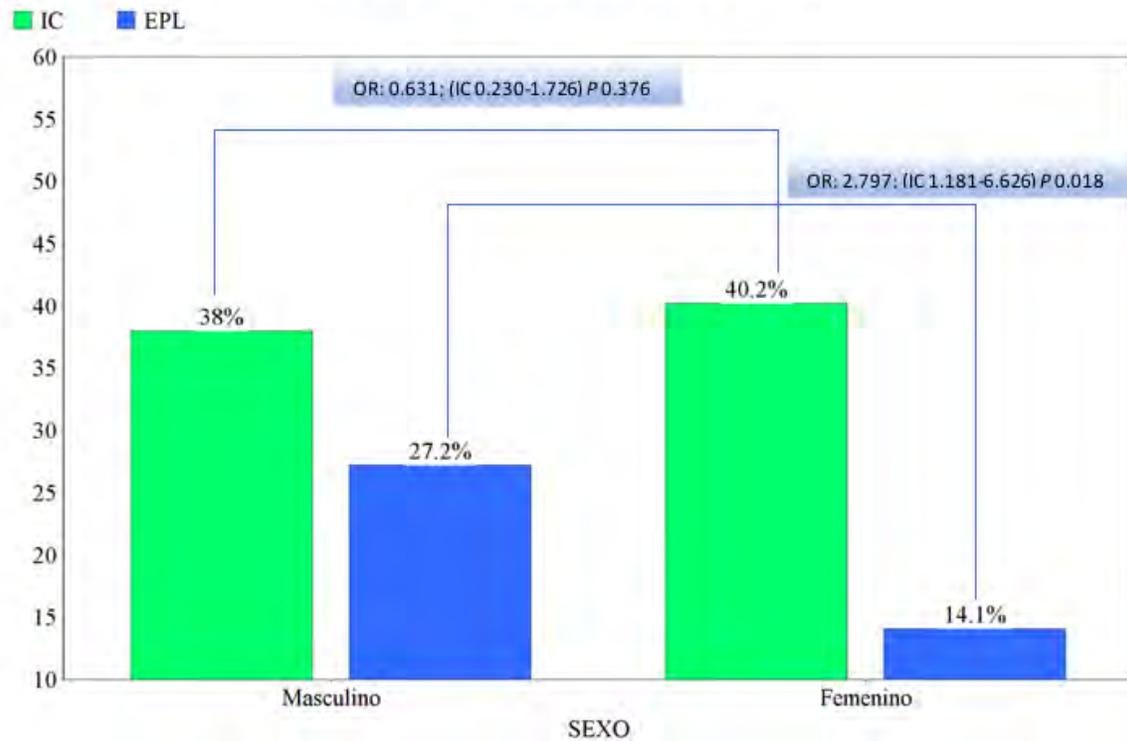
*Características sociodemográficas:* Se obtuvo un total de la muestra de 92 pacientes (47 hombres y 45 mujeres) con una edad promedio de 15.35 años (DE 1.378), se encontró que mas de la mitad de la muestra estuvo conformada por un núcleo familiar biparental. La escolaridad en años tuvo una media de 13 para el padre y 13 para la madre; el 84.8% de los padres tenían un empleo fijo al momento de la recolección de los datos y el 67.4% de las madres también lo tenían. Ver tabla 1

El 78.3% de la muestra cumplió criterios para IC siendo mas frecuente en el genero femenino con un 40.2% sin presentar una significancia estadística (OR: 0.631; IC 0.230-1.726;  $P$  0.376). En el caso de EPL se encontró presente en el 41.3% del total de la muestra con una mayor proporción hacia el sexo masculino que el femenino (27.2% vs 14.1%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (OR: 3; IC 1.181-6.626;  $p$  0.018). Ver grafico 1

**Tabla 1. Características sociodemográficas**

<i>Categoría</i>		<b>Media</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Edad (años)</i>		15.3 (DE 1.378)		
<i>Sexo</i>	Masculino		47	51.1
	Femenino		45	48.9
<i>Tipo de familia</i>	Biparental		53	57.6
	Monoparental		39	42.4
<i>Escolaridad de los padres (años)</i>	Padre	12.60 (DE 5.44)		
	Madre	13.20 (DE 4.149)		
<i>Empleo</i>	Empleado		78	84.8
	Desempleado		7	7.6
	Se desconoce		7	7.6

Gráfico 1. Diferencias por sexo para IC y EPL



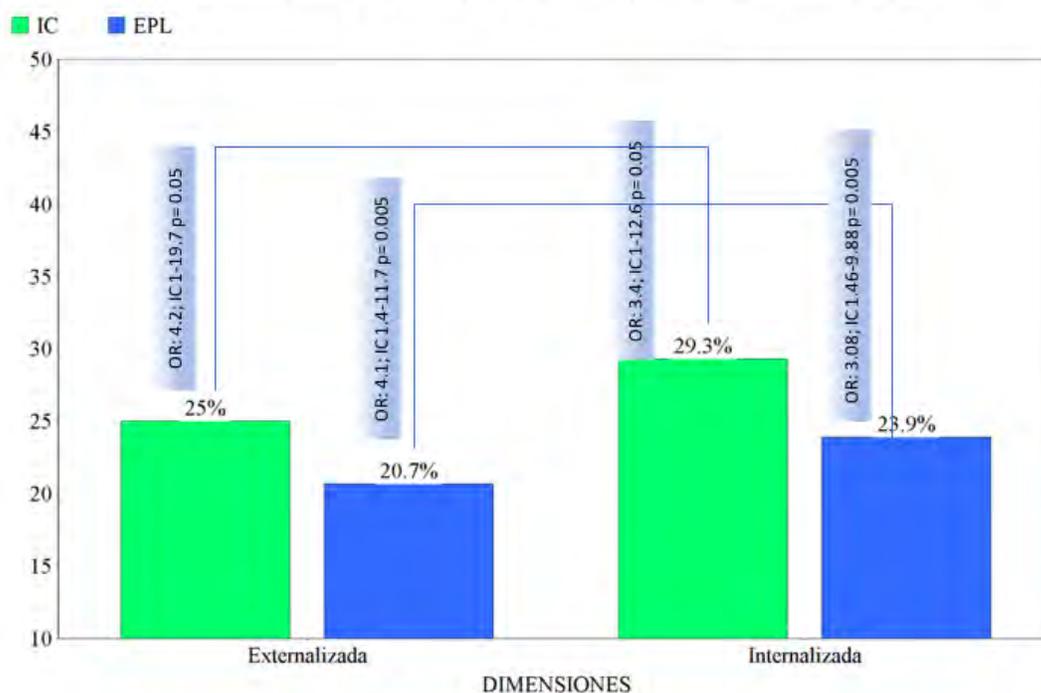
*Asociación de la IC y EPL con la dimensión internalizada y externalizada:*

La IC se encontró en el 78.3% (n= 72) del total de la muestra, el porcentaje de asociación con la dimensión externalizada fue del 25% (n=23) de los pacientes que cumplieron para la dimensión externalizada encontrándose una diferencia estadísticamente significativa (OR: 4.2; IC 1-19.7 p= 0.05). En cuanto a la dimensión internalizada, el porcentaje de asociación con IC fue de 29.3%(n=27) con una significancia estadística (OR: 3.4; IC 1-12.6 p= 0.05).

Las EPL se encontraron en el 52.2. % (n= 48) del total de la muestra, el porcentaje de asociación con la dimensión externalizada fue del 20.7% (n=19) de los pacientes que cumplieron para la dimensión externalizada encontrándose una diferencia estadísticamente significativa (OR: 4.1; IC 1.4-11.7 p= 0.005). En cuanto a la dimensión internalizada, el porcentaje de asociación con IC fue de 23.9%(n=22) con una significancia estadística (OR: 3.08; IC 1.46-9.88 p= 0.005). Ver gráfico 2

En cuanto a la asociación con el ítem 5 del BPRS con la dimensión externalizada, se obtuvo que el 2.2% cumplió con ese criterio, en cuanto a la dimensión internalizada solo el 3.3% lo obtuvo sin presentar diferencias estadísticamente significativas en ambas dimensiones (OR: 1.3; IC 0.23-7.98 p 0.66 y OR: 2.185; IC 0.41-11.53 p 0.387 respectivamente).

Gráfico 2. Asociación de IC y EPL con la dimensión Internalizada y Externalizada



En cuanto al Ítem 29 del BPRS con la dimensión externalizada, se obtuvo que el 8.7 % cumplió con ese criterio con respecto al 7.6% que lo tuvo ausente observándose una diferencia significativa (OR: 4.0; IC 1.27-12.7 p 0.013), en cuanto a la dimensión internalizada el 4.3% presentó positivo el ítem respecto al 12% que no lo presentó no mostrando diferencias significativas (OR: 0.713; IC 0.207-2.4 p 0.592).

*Correlación de los componentes de EPL con IC:* los resultados de correlación de cada uno de los componentes de las EPL y la IC se observan en la Tabla 3, no hubo correlación significativa entre alguno de los componentes y la IC, se observó una relación positiva clínicamente positiva con respecto a los

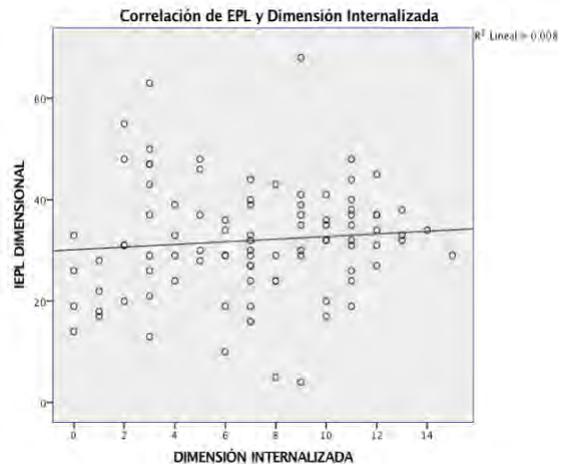
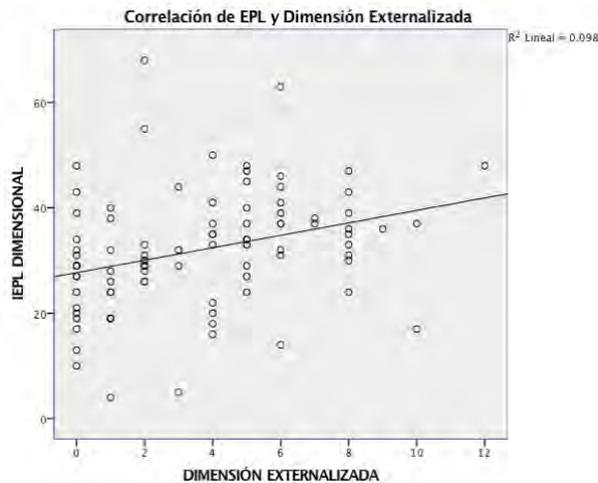
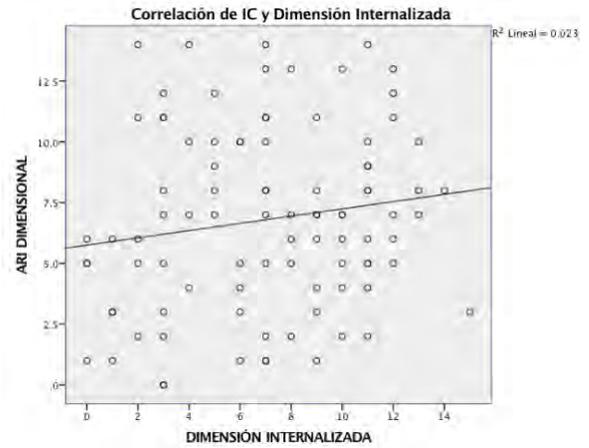
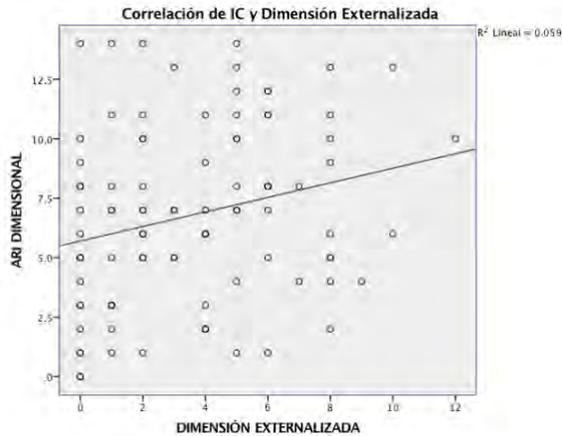
componente empatía y culpa de las EPL (r Pearson 0.505 p 0.01) empatía y afecto (0.406 p 0.01) culpa y afecto (0.480 p 0.01) culpa e interés (0.271 p 0.01) y afecto e interés (0.289 p 0.01)

**Tabla 3. Correlación de los componentes con EPL con IC**

		Diagnóstico ARI	Empatía	Culpa	Afecto	Interés
Diagnóstico ARI	Correlación de Pearson	1	.007	.131	.033	-.063
	Sig. (bilateral)		.948	.214	.755	.548
Empatía	Correlación de Pearson	.007	1	.505*	.406**	.204
	Sig. (bilateral)	.948		.000	.000	.051
Culpa	Correlación de Pearson	.131	.505**	1	.480**	.271**
	Sig. (bilateral)	.214	.000		.000	.009
Afecto	Correlación de Pearson	.033	.406**	.480**	1	.289**
	Sig. (bilateral)	.755	.000	.000		.005
Interés	Correlación de Pearson	-.063	.204	.271**	.289**	1
	Sig. (bilateral)	.548	.051	.009	.005	

*Gravedad de las dimensiones con IC y EPL:* hubo una correlación significativa entre IC y la dimensión externalizada (r spearman 0.259 p 0.05) y una correlación significativa de EPL con la dimensión externalizada (r spearman 0.393 p 0.05), así como una correlación positiva entre el total del puntaje del BPRS con la dimensión internalizada y externalizada (0.574 p0.01 y 0.649 p 0.01 respectivamente). Ver diagramas 1-4

## Diagramas 1-4



## DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como finalidad investigar la asociación de la IC y las EPL como especificadores transdiagnósticos de los trastornos psiquiátricos en los adolescentes en una muestra de 92 sujetos que ingresaron a la clínica de adolescencia del INPRFM. En cuanto a las características sociodemográficas se observó que la mayor parte de los usuarios estaban conformados por una

familia biparental con una media de 13 años de escolaridad, lo cuál en nuestro sistema educativo comprende la educación media; los padres también contaban con un empleo fijo al momento de la evaluación, estos resultados van acorde con el perfil sociodemográfico de la población que se atiende en el instituto.

En cuanto al constructo de la IC y las EPL, se encontró que el primero estaba presente en la mayor parte de la muestra clínica y que esta pertenecía al genero femenino, mientras que las EPL se observaron en mayor proporción en el genero masculino con una diferencia estadísticamente significativa, lo anterior va acorde con los estudios previos en donde se ha visto que las EPL se observan más en el genero masculino, (Viding, Fontaine, & McCrory, 2012). En cuanto a la IC , esta se ha estudiado bajo las definiciones operacionales de diferentes constructos (SMD, DMSS, componente irritable de ODD) (Althoff et al., 2016; Gian Vittorio Caprara et al., 2007; Krieger, Leibenluft, Stringaris, & Polanczyk, 2013; Meyers, DeSerisy, & Roy, 2017; Rowe, Costello, Angold, Copeland, & Maughan, 2010; Stringaris & Taylor, 2015; Toohey & DiGiuseppe, 2017, 2017; Wakschlag et al., 2015) los cuales comparten la desregulación emocional como síntoma, por lo cual, las tasas de proporción para la IC varían desde el 0.1% al 5.3% (Wakschlag et al., 2015) en muestras comunitarias, no hay estudios que analicen el especificador irritabilidad crónica en muestras clínicas, ya que generalmente este constructo se ha construido *post hot* en los diferentes estudios con muestras comunitarias; como era de esperarse y por las características de la muestra, las tasa de proporción de la IC y las EPL son mas altas de lo que se muestra en la literatura. En cuanto a la edad, se ha encontrado la presencia de las EPL sobre todo a la edad de los 15 a los 16 años en ambos géneros (Essau et al., 2006), en nuestros estudio se encontró una prevalencia de edad de 15 a 16 años para ambos constructos, cabe mencionar que es un estudio realizado en adolescentes y que la media de edad fue de 15 años, por lo cual fue posible captar la mayoría de pacientes que cumplían con estos criterios.

La IC se asoció tanto para la dimensión internalizada como la externalizada, lo anterior va acorde con los estudios publicados en la literatura en donde se ha

observado que la irritabilidad crónica tiende a asociarse la adultez temprana a síntomas internalizados de tipo depresivos y ansiosos, (Althoff et al., 2016; Evans et al., 2017; Judd et al., 2013; Leibenluft & Stoddard, 2013; Stringaris, 2011). A diferencia de la mayoría de los estudios publicados en la literatura encontramos que las EPL se asociaron también con ambas dimensiones, cabe mencionar que en los estudios existentes, esta fuerte asociación se ha realizado utilizando medidas de evaluación diferentes a las de nuestro estudio (Blair, Leibenluft, & Pine, 2014; Essau et al., 2006; Evans et al., 2017; Kahn, Frick, Youngstrom, Findling, & Youngstrom, 2012) en esos estudios se ha utilizado el inventario de callo emocional (ICU, por sus siglas en inglés) de Frick, nosotros utilizamos el Inventario de Emociones Prosociales Limitadas en proceso de validación para adolescentes mexicanos del Dr. De la Peña et, al. la cual parece ser sensible en detectar la dimensión internalizada ya que la asociación que encontramos también fue significativa. Como un dato de interés, cuando se asocio el ítem 5 del BPRS, que corresponde a la evaluación del Trastorno Disruptivo de la Regulación Emocional (DMDD, por sus siglas en inglés) cuyo síntoma cardinal es la irritabilidad crónica, encontramos que solo un pequeño porcentaje presentó este ítem positivo, sin embargo, no hubo asociación significativa para ninguna de las dimensiones internalizadas y externalizadas, lo anterior, es similar a los múltiples estudios longitudinales que se han realizado al investigar la validez diagnóstica de este constructo (Althoff et al., 2016; Meyers et al., 2017; Mikita & Stringaris, 2013) lo cual pareciera solo reflejar la comunalidad diagnóstica que presenta la IC con otras categorías de estas dimensiones; por el contrario, cuando se evalúa el ítem 29 del BPRS el cual valora la presencia de EPL, se encuentra una fuerte asociación con la dimensión externalizada lo cual también ya se ha observado en previos estudios (Longman, Hawes, & Kohlhoff, 2016; Rowe et al., 2010; Urben et al., 2017; Viding, Fontaine, & McCrory, 2012) lo cual ha llevado a integrar este constructo como especificador de los trastornos de conducta disruptiva no solo en el DSM si no también en la reciente CIE-11. A diferencia de lo que habíamos hipotetizado, no se encontró ninguna correlación de los componentes de las EPL con la IC, lo cual nos indica que estamos ante

constructos distintos que comparten categorías diagnósticas, es interesante observar, sin embargo, que los componentes de culpa limitada y baja empatía de las EPL, se correlacionan de una manera robusta entre sí, lo cual no abre áreas de oportunidad a seguir investigando este constructo en el sentido que estos dos componentes podrían ser los síntomas cardinales de las EPL. En cuanto a la gravedad de las dimensiones, se observó que solo la dimensión externalizada se correlacionaba positivamente tanto con las IC y las EPL, es decir, la presencia de la dimensión externalizada no indica mayor severidad de los constructos, lo mismo se observó al evaluar el puntaje total del BPRS el cual se correlacionó de manera positiva con ambas dimensiones, lo cual es esperado ya que a mayor puntaje de BPRS mayor severidad de estas dimensiones.

#### CONCLUSION

El estudio nos demuestra la importancia de observar a la IC y a las EPL como constructos distintos que comparten comunalidad diagnóstica ya que los síntomas nucleares se pueden observar tanto en la dimensión internalizada como la externalizada. Los nuevos enfoques en la investigación científica permiten centrar la atención a síntomas aislados para incluirlos en dominios y tener una visión dimensional de la psicopatología, en la clínica, el pretender realizar el mismo enfoque diagnóstico, nos permitiría, en este caso, incluir a la IC y las EPL como especificadores trasdiagnósticos de los trastornos psiquiátricos en los adolescentes, lo cual, tendría implicaciones pronósticas y terapéuticas del padecimiento principal, así mismo marcaría las pautas psicosociales o farmacológicas oportunas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Althoff, R. R., Crehan, E. T., He, J.-P., Burstein, M., Hudziak, J. J., & Merikangas, K. R. (2016). Disruptive Mood Dysregulation Disorder at Ages 13–18: Results from the National Comorbidity Survey—Adolescent Supplement. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *26*(2), 107-113. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0038>

Blair, R. J. R., Leibenluft, E., & Pine, D. S. (2014). Conduct Disorder and Callous–Unemotional Traits in Youth. *New England Journal of Medicine*, *371*(23), 2207-2216. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1315612>

Brotman, M. A., Kircanski, K., & Leibenluft, E. (2017). Irritability in Children and Adolescents. *Annual Review of Clinical Psychology*, *13*(1), 317-341. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-044941>

Burke, J. D., Boylan, K., Rowe, R., Duku, E., Stepp, S. D., Hipwell, A. E., & Waldman, I. D. (2014). Identifying the irritability dimension of ODD: Application of a modified bifactor model across five large community samples of children. *Journal of Abnormal Psychology*, *123*(4), 841-851. <https://doi.org/10.1037/a0037898>

Bushman, B., M. Cooper, H., & M. Lemke, K. (1991). Meta-Analysis of Factor Analyses: An Illustration Using the Buss-Durkee Hostility Inventory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *17*, 344-349. <https://doi.org/10.1177/0146167291173015>

Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, *21*(4), 343-349. <https://doi.org/10.1037/h0046900>

**Caprara, G. V., Cinanni, V., D’Imperio, G., Passerini, S., Renzi, P., & Travaglia, G.** (1985). Indicators of impulsive aggression: Present status of research on irritability and emotional susceptibility scales. *Personality and Individual Differences*, *6*(6), 665-674. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(85\)90077-7](https://doi.org/10.1016/0191-8869(85)90077-7)

Caprara, Gian Vittorio, Paciello, M., Gerbino, M., & Cugini, C. (2007). Individual differences conducive to aggression and violence: trajectories and correlates of irritability and hostile rumination through adolescence. *Aggressive Behavior*, *33*(4), 359-374. <https://doi.org/10.1002/ab.20192>

Davidov, M., & Grusec, J. E. (2006). Untangling the Links of Parental Responsiveness to Distress and Warmth to Child Outcomes. *Child Development*, *77*(1), 44-58. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00855.x>

Dougherty, L. R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Stringaris, A., Leibenluft, E., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2013). Preschool Irritability: Longitudinal Associations With Psychiatric Disorders at Age 6 and Parental Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(12), 1304-1313. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.007>

Essau, C. A., Sasagawa, S., & Frick, P. J. (2006). Callous-Unemotional Traits in a Community Sample of Adolescents. *Assessment, 13*(4), 454-469. <https://doi.org/10.1177/1073191106287354>

Evans, S. C., Burke, J. D., Roberts, M. C., Fite, P. J., Lochman, J. E., de la Peña, F. R., & Reed, G. M. (2017). Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11. *Clinical Psychology Review, 53*, 29-45. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.004>

Fite, P. J., Raine, A., Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., & Pardini, D. A. (2010). Reactive and Proactive Aggression in Adolescent Males: Examining Differential Outcomes 10 Years Later in Early Adulthood. *Criminal Justice and Behavior, 37*(2), 141-157. <https://doi.org/10.1177/0093854809353051>

**Frick, P. J., O'Brien, B. S., Wootton, J. M., & McBurnett, K. (s. f.).** Psychopathy and Conduct Problems in Children, 8.

Judd, L. L., Schettler, P. J., Coryell, W., Akiskal, H. S., & Fiedorowicz, J. G. (2013). Overt Irritability/Anger in Unipolar Major Depressive Episodes: Past and Current Characteristics and Implications for Long-term Course. *JAMA Psychiatry, 70*(11), 1171. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1957>

Kahn, R. E., Frick, P. J., Youngstrom, E., Findling, R. L., & Youngstrom, J. K. (2012). The effects of including a callous-unemotional specifier for the diagnosis of conduct disorder: Callous-unemotional specifier. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(3), 271-282. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02463.x>

Krieger, F. V., Leibenluft, E., Stringaris, A., & Polanczyk, G. V. (2013). Irritability in children and adolescents: past concepts, current debates, and future opportunities. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 35*(suppl 1), S32-S39. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-S107>

Leibenluft, E., & Stoddard, J. (2013). The developmental psychopathology of irritability. *Development and Psychopathology, 25*(4pt2), 1473-1487. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000722>

Longman, T., Hawes, D. J., & Kohlhoff, J. (2016). Callous–Unemotional Traits as Markers for Conduct Problem Severity in Early Childhood: A Meta-analysis.

*Child Psychiatry & Human Development*, 47(2), 326-334.  
<https://doi.org/10.1007/s10578-015-0564-9>

Meyers, E., DeSerisy, M., & Roy, A. K. (2017). Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD): An RDoC perspective. *Journal of Affective Disorders*, 216, 117-122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.007>

Mikita, N., & Stringaris, A. (2013). Mood dysregulation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(S1), 11-16. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0355-9>

Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 703-713. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01733.x>

Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W. E., & Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 726-738. <https://doi.org/10.1037/a0020798>

Stringaris, A. (2011). Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(2), 61-66. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0150-4>

Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 216-223. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01989.x>

Stringaris, A., & Taylor, E. (2015). *Disruptive Mood: Irritability in Children and Adolescents*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199674541.001.0001>

Toohey, M. J., & DiGiuseppe, R. (2017). Defining and measuring irritability: Construct clarification and differentiation. *Clinical Psychology Review*, 53, 93-108. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.009>

Urban, S., Stéphan, P., Habersaat, S., Francescotti, E., Fegert, J. M., Schmeck, K., ... Schmid, M. (2017). Examination of the importance of age of onset, callous-unemotional traits and anger dysregulation in youths with antisocial behaviors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(1), 87-97. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0878-6>

Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., Valdivieso, I., Leibenluft, E., & Stringaris, A.

(2016). The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(7), 556-570. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.014>

Viding, E., Fontaine, N. M., & McCrory, E. J. (2012). Antisocial behaviour in children with and without callous-unemotional traits. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(5), 195-200. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110223>

Vitaro, F., Brendgen, M., Larose, S., & Trembaly, R. E. (2005). Kindergarten Disruptive Behaviors, Protective Factors, and Educational Achievement by Early Adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 97(4), 617-629. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.97.4.617>

Wakschlag, L. S., Estabrook, R., Petitclerc, A., Henry, D., Burns, J. L., **Perlman, S. B.**, ... **Briggs-Gowan, M. L.** (2015). Clinical Implications of a Dimensional Approach: The Normal:Abnormal Spectrum of Early Irritability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(8), 626-634. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.05.016>

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	FECHA
Protocolo de Investigación	Enero 2018
Aprobación por Comité de Tesis y Comité de Ética de Investigación	Febrero 2018
Fase de Investigación	Marzo 2018
Análisis estadístico	Abril 2018
Resultados	Abril 2018
Correcciones finales	Mayo 2018
Entrega de tesis terminada	Junio 2018
Entrega de tesis impresa	Junio 2018

IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE (INPRFM): \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD (EN AÑOS): \_\_\_\_\_ TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS  
ACTUALES:

---

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES (EN AÑOS)

PADRE: \_\_\_\_\_

MADRE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES:

PADRE: \_\_\_\_\_

MADRE: \_\_\_\_\_

¿ESTAN JUNTOS?: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN DE LOS PADRES:

PADRE: \_\_\_\_\_

MADRE: \_\_\_\_\_

TELEFONO CELULAR (OPCOPNAL): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS DE LA BPRS-CA (los contesta el investigador)

1. Falta de cooperación: 0 1 2 3
2. Hostil: 0 1 2 3
3. Manipulador: 0 1 2 3
4. Explosivo Intermitente: 0 1 2 3
5. Conductas Disruptivas (DMDD): 0 1 2 3
6. Deprimido: 0 1 2 3
7. Sentimientos de Inferioridad: 0 1 2 3
8. Autolesiones no suicidas: 0 1 2 3
9. Conducta suicida: 0 1 2 3
10. Hipertimia 0 1 2 3
11. Fantasías Peculiares 0 1 2 3
12. Ideas delirantes 0 1 2 3
13. Alucinaciones 0 1 2 3
14. Hiperactividad 0 1 2 3
15. Distraibilidad 0 1 2 3
16. Discurso o lenguaje acelerado 0 1 2 3
17. Lenguaje poco productivo 0 1 2 3
18. Retraimiento emocional 0 1 2 3
19. Afecto aplanado 0 1 2 3
20. Tensión 0 1 2 3
21. Ansiedad 0 1 2 3
22. Alteraciones del dormir 0 1 2 3
23. Desorientación 0 1 2 3
24. Alteraciones del habla 0 1 2 3
25. Estereotipias 0 1 2 3
26. Problemas de eliminación 0 1 2 3
27. Consumo de sustancias psicoactivas 0 1 2 3
28. Abuso 0 1 2 3
29. Emociones Prosociales Limitadas 0 1 2 3

K-SADS-PL-5: EPL

**6. Especificador:  
Emociones Prosociales Limitadas  
(EPL) (Callo Emocional)**

Nota:

Al ser un especificador nuevo en el DSM-5, se ha incluido en el tamizaje para interrogarlo en todos los pacientes y evaluar su presentación trans-diagnóstica.

Presenta al menos 2 de las siguientes características persistentemente durante los últimos 12 meses en múltiples relaciones y escenarios. **Marque con un X los síntomas que se encuentran presentes.**

P	N	S	
0	0	0	Sin información
1	1	1	Ausente
2	2	2	Subumbral: Se presenta una característica de EPL
3	3	3	Umbral: Se presentan dos o más características de EPL

**1. Remordimiento o culpa limitada**

**Niño o Adolescente:**

¿Reconoces tu culpa cuando haces algo malo? ¿Te sientes arrepentido?

**Papás:** ¿Su hijo reconoce sus errores?

Duración del síntoma: \_\_\_\_\_

**2. Empatía limitada**

**Niño o Adolescente:**

¿Eres capaz de ponerte en los zapatos del otro? ¿Eres sensible al dolor ajeno?

¿Qué te pasa cuando ves a un niño o adulto golpear a otro niño o a un animal? ¿Qué haces cuando ves a otro niño o adolescente triste o enojado?

**Papás:** ¿Su hijo ayuda libremente cuando se requiere o es necesario pedirselo? ¿Colabora con trabajos en la casa cuando se pide su ayuda? ¿Se commueve su hijo cuando ve escenas tristes en las películas? ¿Necesita ser contenido cuando ve a otro niño que está sufriendo? ¿Su hijo se preocupa frente a la angustia que le pueden producir a ustedes sus conductas como que no llegue a casa?

Pasado: P ( ) N ( ) S ( )

Duración del síntoma: \_\_\_\_\_

**3. Bajo interés en su desempeño en la escuela, trabajo y otras actividades importantes.**

**Niño o Adolescente:**

¿Te interesa tener buenas calificaciones? ¿Te esfuerzas en tus actividades deportivas o en tus trabajos de la escuela?

**Papás:** ¿Su hijo es de los chicos que flojean todo el año y al final se esfuerzan y tratan de ponerse al día? ¿Aunque tenga habilidades le interesa poco esforzarse?

**4. Afecto superficial o deficiente.**

**Niño o Adolescente:**

¿Eres encimoso o explosivo con tus emociones hacia los demás? ¿Se te dificulta expresar tus emociones? ¿Eres cariñoso con los demás solo cuando quieres conseguir algo a cambio?

**Papás:** ¿Su hijo es encimoso o explosivo a la hora de expresar sus sentimientos? ¿Su hijo expresa sus emociones según le conviene para obtener ganancia o para no mostrar lo que realmente siente?

## Inventario de Emociones Prosociales Limitadas (Callo Emocional)

Lee con detenimiento cada uno de los enunciados que se muestran a continuación y marca la respuesta que mejor represente lo que sientes cuando te relacionas con tu familia, la escuela y amigos

<b>PREGUNTA</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
1) Expreso abiertamente mis sentimientos.				
2) Lo que yo conozco como bueno o malo es diferente a lo que otras personas piensan.				
3) Me importa que tan bueno soy en la escuela o en el trabajo.				
4) Puedo lastimar a quien sea para conseguir lo que quiero.				
5) Me siento mal o culpable cuando hago algo mal.				
6) Oculto mis emociones a los demás				
7) Me importa poco llegar a tiempo.				
8) Me interesa o preocupan los sentimientos de otras personas.				
9) Me importa poco si me meto en problemas.				
10) Impido que mis sentimientos me controlen.				
11) Me importa poco tener que hacer las cosas bien.				
12) Me comporto emocionalmente frío e indiferente hacia los demás.				
13) Con facilidad admito mis errores.				
14) Los demás saben fácilmente cómo me siento.				
15) Siempre intento lo mejor de mí.				

16) Me disculpo con las personas a las que lastimo.				
	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
17) Evito lastimar los sentimientos de los demás				
18) Cuando hago mal vivo sin arrepentimiento.				
19) Soy muy expresivo y emocional				
20) Me disgusta dedicarles tiempo a las cosas para que queden bien.				
21) Me importa poco los sentimientos de los demás.				
22) Escondo mis emociones con las demás personas.				
23) Trabajo mucho en todo lo que hago.				
24) Hago cosas para hacer sentir bien a los demás.				

ARI-P

Nombre:

Edad:

Para cada ítem, por favor, marque en el casillero que corresponda: No es cierto, A veces cierto, Cierto. En los *últimos seis meses*, comparando con otros de la misma edad, ¿cuál describe mejor el comportamiento/sentimientos de su hijo/a? Por favor, intente responder todas las preguntas.

	No es cierto	A veces cierto	Cierto
Los demás lo/la irritan fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fierde la paciencia frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permanece enojado/a mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está enojado/a la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se enoja frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fierde la paciencia fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general su <i>irritabilidad</i> le causa problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA

VERSIÓN SUJETO/PACIENTE

ARI-S

Nombre:

Edad:

Para cada ítem, por favor, marca en el casillero que corresponda: No es cierto, A veces cierto, Cierto En los *últimos seis meses*, comparando con otros de la misma edad, ¿cuál describe mejor tu comportamiento/sentimientos? Por favor, intenta responder todas las preguntas.

	No es cierto	A veces cierto	Cierto
Los demás me irritan fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierdo la paciencia frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permanezco enojado mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy enojado la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me enoja frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierdo la paciencia fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general mi <i>irritabilidad</i> me causa problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUCHAS GRACIAS POR TU AYUDA

