



Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**Facultad de Medicina**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ**

**Título: Correlación entre Subtipos de Empatía y Emociones  
Prosociales Limitadas en Población Clínica de Adolescentes**

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

PRESENTA:

**Miriam Tatiana Serment Azuara**

Asesor teórico:

**Dr. Andrés Rodríguez Delgado**

Asesor metodológico:

**Dr. Francisco Rafael de la Peña Olvera**

CD.MX., 25 de junio 2019



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.

## RESUMEN EJECUTIVO

**Introducción.** La presencia de Emociones Prosociales Limitadas (EPL), predice un patrón particularmente grave y agresivo de comportamiento en jóvenes con trastornos de conducta y trastorno oposicionista desafiante. Dicho especificador aplica para los niños y adolescentes que exhiben 2 o más de los 4 criterios de EPL (disminución en culpa o remordimiento, disminución en el nivel de empatía, disminución en la preocupación por el desempeño y afecto superficial o empalagoso) en los últimos 12 meses. Algunos estudios han mostrado que la presencia de EPL está asociada a déficit en el aspecto afectivo de la empatía, con disminución o falta de reactividad emocional en respuesta al sufrimiento ajeno. Asimismo al separar los aspectos cognitivos y afectivos de la empatía, se ha observado que existe una posible diferencia en el procesamiento de ambos subtipos en esta población.

**Objetivos.** Determinar la correlación entre la presencia de EPL, (medido a través de la entrevista K-SADS y el Inventario de EPL) y el patrón de empatía (medido mediante la Escala de Empatía Básica). Comparar los datos según el nivel de gravedad de EPL, entre población de sexo masculino y femenino y entre las versiones de autoreporte y versión para padres.

**Método.** Se captaron 49 participantes entre 14 y 18 años, procedentes de la Clínica de Adolescencia del INPRFM que cumplieron criterios para EPL mediante el apartado de EPL de la entrevista K-SADS-PL-5.1 y el Inventario de EPL. Se aplicaron los instrumentos autoaplicables a los participantes y a sus padres previa firma de consentimiento y asentimiento informado.

**Resultados.** Se evaluaron 491 participantes, 29 (59.1 %) hombres y 20 (40.8%) mujeres. Se encontró un patrón de empatía caracterizado por menor funcionamiento afectivo (SA) en comparación con el cognitivo (SC) para los 4 criterios de EPL según la entrevista K-SADS-PL-5.1 tanto en hombres (SA 22%, SC 77%, Razón contraste=3.5) como en mujeres (SA 40%, SC 70% Razón contraste=1.75). Dichos hallazgos correlacionaron parcialmente entre la versión de autoreporte (SA 42%, SC 62%, Razón contraste=1.47) y la versión para padres (SA 50%, SC 50%, Razón de contraste=1). La correlación entre el Inventario de EPL y la Escala de Empatía Básica fue a la inversa y significativa para el puntaje total ( $Rho Spearman=-0.46$  a  $-0.54$ ,  $p < 0.05$ ) en ambos sexos para la versión de autoreporte y para el Factor Indiferente ( $Rho Spearman=-0.34$  a  $-0.42$ ,  $p < 0.05$ ) del Inventario en población masculina. Dicha correlación no fue significativa en el grupo de mayor gravedad de EPL para ningún subtipo de empatía.

**Discusión.** Los hallazgos coinciden con los hallazgos descritos previamente en la literatura en relación al perfil de empatía en presencia de EPL, siendo consistente en las diferencias entre hombres y mujeres, lo cual le otorga validez externa al constructo y permite una mejor comprensión del fenómeno en nuestra población.



## CONTENIDO

<b>1. Antecedentes</b>	<b>5</b>
• Definición y desarrollo de conducta prosocial	5
• Definición de desarrollo de empatía y Teoría de la Mente	6
• Sustrato neuroanatómico de la empatía	7
• Concepto de emociones prosociales limitadas y epidemiología	8
• Correlación entre trastorno de conducta, emociones prosociales limitadas y empatía	9
<b>2. Metodología</b>	<b>11</b>
• Pregunta de investigación	11
• Planteamiento del problema	11
• Justificación	11
• Diseño	12
• Hipótesis	12
• Objetivos	13
• Criterios de inclusión	14
• Criterios de exclusión	14
• Instrumentos de medición	14
• Procedimiento	17
• Análisis Estadístico	17
• Tamaño de la muestra	18
• Tipos de variables	18
• Aspectos éticos	19
• Flujograma	20
<b>3. Resultados</b>	<b>21</b>
<b>4. Discusión</b>	<b>26</b>
<b>5. Conclusiones</b>	<b>29</b>
<b>6. Bibliografía</b>	<b>31</b>
<b>7. Anexos</b>	<b>36</b>
• Consentimiento y asentimiento informado	36
• Escalas de medición	40

## ANTECEDENTES

- Definición y desarrollo de conducta prosocial

La conducta prosocial, entendida como el comportamiento dirigido para el beneficio del prójimo, es una cualidad indispensable para la interacción entre individuos y entre grupos (Eisenberg 2006). Las emociones juegan un rol particularmente importante en el desarrollo de los valores y la motivación para la conducta prosocial. Existen diversas teorías en relación al desarrollo de la conducta prosocial; por ejemplo, según la teoría psicoanalítica, dicha conducta se desarrolla a partir de la internalización de los principios morales aprendidos por los padres en el desarrollo del superyó, y se llevan a cabo como un mecanismo de defensa para lidiar con el conflicto entre las necesidades primitivas del ello y las exigencias del superyó. Por parte de los teóricos conductistas, los niños aprenden de forma primaria mediante mecanismo como el condicionamiento, a través del reforzamiento o castigo de conductas para promover la conducta prosocial (Hartmann 1976). La teoría del aprendizaje social aprendido califica la imitación como el proceso crítico para el desarrollo de la socialización, ya que basándose en la evaluación y observación del comportamiento ajeno, las personas aprenden cuales factores son moralmente relevantes (Bandura 1986). Los teóricos del desarrollo cognitivo, representados en el trabajo de Piaget y Kohlberg (Kohlberg 1969), califican el desarrollo moral como un proceso invariante, universal, jerárquico y secuenciado en etapas. Ambos enfatizan la función de la cognición en el desarrollo de la capacidad moral, en particular la toma de perspectiva ajena, minimizando el efecto de las emociones y la socialización. Finalmente, las teorías actuales toman en cuenta la importancia del desarrollo sociocognitivo, sin embargo no lo califican como un proceso secuencias en etapas, e integran los factores ambientales y emocionales, los cuales juegan un rol importante en el desarrollo y uso de la conducta prosocial. Existe también a partir de los años 90's influencia de la psicología positiva en el desarrollo de la conducta prosocial, el cual hipotetiza que las experiencias positivas, los rasgos personales positivos y las virtudes cívicas pueden promover un comportamiento entre los individuos caracterizado por la responsabilidad, la madurez, el altruismo y la tolerancia (Seligman 2000). La conclusión en base a los hallazgos teóricos y empíricos, es que la conducta prosocial emerge de forma temprana en la vida, y según Hoffman a través de un modelo en niveles, que modela el rol de los niños en el sentido cognitivo y afectivo de

la preocupación por uno mismo, diferenciación entre uno mismo y el prójimo y posteriormente la conducta prosocial (Hoffman 2000).

- Definición de desarrollo de empatía y Teoría de la Mente:

El concepto de teoría de la mente (ToM por sus siglas en inglés) engloba el razonamiento y entendimiento acerca de los estados mentales ajenos, incluyendo las intenciones, percepciones, deseos, creencias, pensamientos, emociones y actitudes así como la comprensión de las causas y su relación con la conducta manifestada por las demás personas (Satlof-Bedrick, 2017). Se divide en dos subtipos: el subtipo cognitivo y el subtipo afectivo. El subtipo cognitivo, conocido también únicamente como teoría de la mente, se define como la comprensión de las entidades cognitivas ajenas, como son los pensamientos, creencias y falsas creencias; siendo esta comprensión de naturaleza representacional, lo cual significa que requiere que el niño, se base en su propia representación del mundo para otorgar significado a los actos de las personas ajenas a él. De forma típica, el aspecto cognitivo de la teoría de la mente se mide mediante los paradigmas de falsa creencia (Bartsch y Wellman 1989) y los de toma de perspectiva cognitiva, como el desarrollado por Baron-Cohen. Se ha visto que el razonamiento de falsa creencia, de forma generalizada, emerge en el desarrollo del niño aproximadamente a los 4 meses de vida (Wellman 2001). Por otro lado, el subtipo afectivo de la Teoría de la Mente, se define como el razonamiento y entendimiento de los estados afectivos ajenos, como son las emociones (Satlof-Bedrick, 2017). Esta habilidad es más difícil de operacionalizar en comparación con el subtipo cognitivo debido a las variaciones en las características de los paradigmas usados para medirla, siendo necesaria la integración de tres habilidades principales: la comprensión e identificación de emociones básicas, la empatía y la toma de perspectiva o razonamiento afectivo (Widen 2013). La comprensión de las emociones básicas es medida mediante paradigmas que requieren que el niño identifique o nombre diferentes emociones observadas mediante expresiones faciales. Existe literatura que sugiere que la diferenciación e identificación de las emociones básicas mediante la expresión facial es la primera habilidad de la comprensión emocional que el niño adquiere en el desarrollo típico, siendo capaz de diferenciarlas aproximadamente en el primer año de vida, desarrollando la habilidad de identificarlas durante el desarrollo de la infancia. La empatía es la respuesta emocional que se presenta ante los afectos ajenos y es típicamente medida mediante índices como la frecuencia cardíaca o la respuesta en la conductancia de la piel, lo cual se realiza

exponiendo al niño a imágenes de personas bajo algún distress o también mediante auto-reporte (Schwenck 2012).

En la literatura, el concepto de “empatía afectiva”, se ha definido como la excitación psicológica (*arousal*) o reactividad emocional ante el malestar ajeno, siendo la “empatía cognitiva” definida como la comprensión de las reacciones propias ante el malestar ajeno y la diferenciación entre uno mismo y el otro, siendo por esta razón mejor reemplazar éste término por “toma de perspectiva afectiva o razonamiento afectivo”, la cual, de forma cotidiana, ha sido medida mediante imágenes que se otorgan a los niños en las que se les solicita que traten de predecir o explicar lo que los personajes estarán sintiendo o preguntando a los niños habilidades específicas para la comprensión de las emociones. Las habilidades básicas de razonamiento afectivo típicamente se desarrollan entre la edad de 4 y 7 años. Es importante diferenciar el concepto de empatía del concepto de “simpatía” y el de “malestar personal”, las cuales también consisten en respuestas emocionales vicarias, sin embargo la primera condiciona emociones de preocupación o lástima por el malestar ajeno, en lugar de presentar una emoción similar a la experimentada por un tercero o aquella que se espere que experimente. El concepto de “malestar personal” el cual normalmente es secundario ante la exposición del malestar ajeno, es una respuesta emocional reactiva que, a diferencia de la empatía, se enfoca en la persona que la siente más que en el prójimo, por lo tanto no puede catalogarse como una respuesta empática (Eisenberg, 2006).

A pesar de la relación entre los subtipos afectivo y cognitivo de la ToM, algunos estudios han encontrado cierta disociación entre ellos, siendo algunos individuos capaces de identificar el estado emocional ajeno sin presentar alguna reacción emocional propia y de forma contraria, experimentar una respuesta emocional al afecto manifestado por otros sin identificar claramente el contexto en el que se presenta dicha emoción. (Joyce 2015)

- Sustrato neuroanatómico de la empatía.

Los circuitos neuronales responsables de la empatía conectan aspectos del comportamiento social, el dolor físico y la habilidad de representarse a uno mismo y al otro; así, el cerebro promueve la comprensión del malestar social o el dolor ajeno, experimentando tal malestar en la medida en que las emociones sean generadas en el mismo (Shirtcliff 2009). Este mecanismo neurobiológico promueve la afiliación social y los comportamientos que buscan reducir la causa del malestar ajeno. En relación a los aspectos ontogénicos de la empatía, sabemos que el sustrato

neurobiológico del vínculo madre-hijo involucra el sistema límbico, el cual ha ido evolucionando para adoptar otras formas de afiliación, incluyendo el vínculo con pares. Posteriormente el sistema límbico se ha identificado como uno de los componentes clave del procesamiento de información social, siendo moduladores de su actividad hormonas como la oxitocina, vasopresina y esteroides periféricos, en particular el cortisol. Este circuito asociado al vínculo es especialmente importante para modular la respuesta al malestar social y para promover conductas cooperativas hacia el prójimo. Se sabe también que los sistemas cerebrales de apego social comparten circuitos de dolor físico para la codificación del dolor o malestar social, sin embargo la empatía no requiere únicamente que uno mismo experimente el malestar o los sentimientos de rechazo, necesitando también el mecanismo neuronal que conecta las emociones personales de malestar con la capacidad de interpretar dichas emociones en los demás. El mecanismo clave que nos permite experimentar las emociones o el malestar de otros proviene de las neuronas espejo, las cuales transmiten información en circunstancias de dolor y malestar propio y ajeno, siendo la ínsula y la corteza cingular anterior las que ayudan a promover la empatía conectando las áreas espejo con señales periféricas e integrando dicha información con el sistema límbico. Algunos hallazgos en estudios realizados en personas con tendencias psicopáticas han demostrado reducción en la activación de la ínsula y la corteza cingular anterior durante la realización de múltiples paradigmas, lo cual sugiere que la circuitería asociada al proceso de empatía es hipoactiva. Se ha hipotetizado que dicho hallazgo es secundario a una reducción general en la respuesta al malestar a nivel periférico, con disminución del incremento esperado en los niveles de cortisol. La hipoactivación puede incluir otras áreas cerebrales relacionadas con la emoción como lo es la amígdala y la interrelación del sistema con áreas prefrontales.

- Concepto de emociones prosociales limitadas y epidemiología:

La presencia de emociones prosociales limitadas (previamente catalogadas bajo el concepto de callo emocional) es predictivo de un patrón particularmente severo, estable y agresivo de comportamiento en jóvenes con trastornos de conducta y trastorno oposicionista desafiante. En la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés) realizado por la Asociación Psiquiátrica Americana, se incluyó el especificador de Emociones Prosociales Limitadas (EPL) al diagnóstico de trastorno de la conducta, asimismo, se incluyó también como especificador de Trastorno de la conducta y Trastorno oposicionista desafiante en la onceava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), de la

Organización Mundial de la Salud. Dicho especificador aplica para los niños y adolescentes que cumplen criterios para estos trastornos y que además exhiben 2 o más de los 4 criterios de EPL (disminución en culpa o remordimiento, disminución en el nivel de empatía, disminución en la preocupación por el desempeño y afecto superficial o empalagoso) en los últimos 12 meses. En un estudio realizado en 2012 por Kahn y colaboradores en Estados Unidos de América, se encontró en una muestra comunitaria, una prevalencia de EPL en aquellos jóvenes con criterios de trastorno de Conducta del 10 al 32%, y del 2 al 7% en aquellos que no cumplieron criterios para dicho trastorno, mientras que en la muestra clínica, del 21 al 50% de los jóvenes con trastorno de Conducta cumplían criterios para EPL, y 14 a 32% los cumplieron para el especificados sin contar con el diagnóstico. (Kahn 2012). Los rangos en la prevalencia del trastorno de conducta (previamente llamado trastorno disocial) varían de acuerdo con la edad, sexo y estrato socioeconómico, entre 1 y 10% en poblaciones abiertas de niños y adolescentes y hasta 28% en muestras clínicas, dichos datos dependiendo de las definiciones operacionales (DSM III-R vs DSM IV), con una relación hombre-mujer de 4:1. (Peña-Olvera F. 2003) En México, la prevalencia del trastorno de conducta según los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica fue del 6.1%. (Medina-Mora ME, 2003)

- Correlación entre trastorno de conducta, emociones prosociales limitadas y empatía.

Algunos estudios han mostrado que la presencia de EPL está asociada a un déficit en el aspecto afectivo de la ToM, con disminución o falta de reactividad emocional en respuesta al sufrimiento ajeno, asociación que permanece significativa posterior al control de variables como el nivel de impulsividad y problemas de conducta. En relación a la ToM cognitiva existen resultados contradictorios. (Muñoz, 2011). Uno de los aspectos más relacionados con la ToM cognitiva consiste en la toma de perspectiva acerca de los estados mentales y emocionales de otros. Dicho aspecto, al ser medido en poblaciones de jóvenes con trastornos de la conducta, no ha arrojado resultados concluyentes, sin embargo, al integrar los resultados con instrumentos que separan los aspectos cognitivos y afectivos de ToM, se ha observado que existe una posible diferencia en el procesamiento de ambos subtipos del constructo en jóvenes con trastorno de la conducta y emociones prosociales limitadas. (Anastassiou-Hadjicharalambous, 2008). Existen clasificaciones de pacientes con trastorno de la conducta en términos de la presencia del número de criterios de EPL que presentan, en un intento de hacer aproximaciones a la conceptualización de psicopatía de la edad adulta. La razón de esta clasificación deriva de la existencia de estudios que revelan

correlatos distintos para pacientes con trastornos de la conducta que presentan un nivel mayor de EPL en comparación con aquellos que presentan un nivel menor o ausencia. Los jóvenes con altos niveles de EPL, quienes se caracterizan por el uso de formas activas de agresión, han mostrado evidencia de déficit en el procesamiento de emociones, como una disminución en la atención hacia estímulos afectivos, una menor inhibición y una disminución en la respuesta afectiva vicaria, además de una menor activación del sistema nervioso autónomo simpático. Todos estos hallazgos sugieren una deficiencia específica en el aspecto afectivo de la ToM. Por el contrario, en pacientes con trastorno de la conducta y un bajo nivel o ausencia de EPL se han observado patrones de agresividad reactiva más que proactiva, con un déficit en el control de los impulsos, así como en el procesamiento de información social, antecedentes de disfunción familiar y déficit en inteligencia verbal, por lo que los déficit de dicho grupo se asocian a la toma de perspectiva del subtipo cognitivo. (Frick, 2000) Por otro lado, se ha observado una diferencia significativa entre las alteraciones en la ToM afectiva y cognitiva entre géneros, ya que tanto hombres como mujeres con niveles altos de EPL demostraron deficiencias predominantes en el aspecto cognitivo en la infancia, sin embargo, los hombres mostraron menores deficiencias de este aspecto en la adolescencia, mientras que las mujeres continuaron manifestando este patrón, siendo los déficits en el subtipo afectivo menos evidentes en mujeres a cualquier edad, por lo que dicha característica no se asoció de forma significativa a aspectos psicopáticos en este género. (Dadds, 2009)

Las distintas conceptualizaciones y métodos de medición de la ToM cognitiva condiciona dificultad en establecer un patrón concluyente en su relación con las EPL, sin embargo, en relación a las diferentes capacidades cognitivas, en distintos estudios se ha observado que los pacientes con trastorno de la conducta y un mayor nivel de EPL muestran menor alteración en habilidades verbales, menor probabilidad de manifestar un sesgo de atribución hostil y mayor flexibilidad en desarrollar soluciones en paradigmas de problemas sociales, en comparación con otros adolescentes con problemas de conducta. Sin embargo dicha evidencia en relación a las habilidades cognitivas no ha sido consistente a los hallazgos de otros estudios. (Frick, 2014). De forma global sabemos que los niños que manifiestan EPL presentan diferencias en relación a los modelos típicos del desarrollo de ToM, ya que dentro de las características del padecimiento, presentan habilidades para mentir, manipular y manifestar agresión proactiva a instrumental, lo cual requiere la habilidad de tomar en cuenta la perspectiva ajena manifestada en el aspecto cognitivo de la ToM; incluso manifestando nulas diferencias en comparación con el resto de los

niños en el paradigma de falsa creencia. Sin embargo, en aspectos de la comprensión emocional y el razonamiento afectivo, se ha encontrado que los niños con EPL manifiestan deficiencias en comparación con el resto en el mismo nivel de desarrollo. Este patrón de adecuado desarrollo cognitivo con déficits en el aspecto afectivo, hasta el momento, únicamente se ha encontrado en asociación con las EPL y puede relacionarse a una comprensión específica del desarrollo de las mismas.

## **METODOLOGÍA**

### **Pregunta de investigación:**

¿La presencia de EPL en pacientes adolescentes de la Clínica de Adolescencia del INPRFM correlacionará con alteraciones en los subtipos afectivo y cognitivo de empatía?

### **Planteamiento del Problema:**

Se ha demostrado que la población clínica adolescente con emociones prosociales limitadas presenta alteraciones en el patrón de empatía, con disminución en el subtipo afectivo y una menor o ninguna alteración en el subtipo cognitivo, por lo que podría catalogarse como marcador en esta condición. No se cuenta hasta el momento con estudios que analicen este patrón en nuestra población y que determinen su impacto para el diagnóstico en este medio.

### **Justificación:**

Diversos estudios realizados en población adolescente masculina y femenina de Europa y Estados Unidos, (Anastassiou-Hadjicharalambous 2008; Muñoz 2011, Kostic 2016, Pardini 2007; Lui 2015), han encontrado que los pacientes adolescentes masculinos con mayor gravedad de EPL presentan

menores niveles en empatía afectiva en comparación con pacientes con menor gravedad y ausencia de EPL. Los hallazgos en relación a la gravedad de EPL y el nivel de empatía cognitiva son ambivalentes, con tendencia a una relación no significativa entre estos dos constructos (Dadds, 2009). Dicho patrón se ha reproducido siendo considerado como un marcador de los pacientes con EPL de sexo masculino; ya que en el sexo femenino se ha observado un patrón de empatía caracterizado por disminución significativa de ambos subtipos (Dadds, 2009; Arango Tobón, 2017). Hasta el momento no se cuenta con estudios en Latinoamérica que reproduzcan los hallazgos en población clínica de ambos sexos y que le otorguen validez al marcador, mediante el diagnóstico de EPL obtenido con instrumento categórico (K-SADS-PL-5.1) y con instrumento dimensional (Inventario de EPL). Analizar esta correlación en nuestra cultura, nos permitiría profundizar en el conocimiento del constructo de EPL y uno de sus componentes principales.

**Diseño:**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo (AFMC, 2015).

**Hipótesis:**

General:

Los sujetos con EPL, presentarán un patrón de funcionamiento en la empatía caracterizado por una disminución del componente afectivo y menor o ninguna alteración del componente cognitivo.

Específicas:

1. Los sujetos con mayor gravedad de EPL (medido mediante el Inventario de EPL) tendrán mayor alteración en el componente afectivo de la empatía (medido mediante el subtipo afectivo de la Escala de Empatía Global).
2. Los sujetos con mayor gravedad de EPL (medido mediante el Inventario de EPL) tendrán menor o ninguna alteración en el componente cognitivo de la empatía (medido mediante el subtipo cognitivo de la Escala de Empatía Global).
3. Los pacientes de género masculino presentarán mayor alteración en el perfil de empatía de forma consistente en presencia de EPL, en comparación con pacientes de género femenino.
4. La información otorgada por los padres correlacionará con mayor alteración en el perfil de empatía de forma consistente en presencia de EPL, en comparación con la otorgada por autorreporte.

**Objetivos:**

General:

Determinar la correlación entre la presencia de EPL, (medido a través de la entrevista K-SADS y el Inventario de EPL) y el patrón de empatía (medido mediante la Escala de Empatía Global).

Específicos:

1. Determinar la correlación entre la gravedad de EPL (medido mediante el Inventario de EPL) con el componente afectivo de la empatía (medido mediante el subtipo afectivo de la Escala de Empatía Global).

2. Determinar la correlación entre la gravedad de EPL (medido mediante el Inventario de EPL) con el componente cognitivo de la empatía (medido mediante el subtipo cognitivo de la Escala de Empatía Global).
3. Determinar si existen diferencias en la correlación entre el patrón de empatía y la presencia de EPL entre población femenina y masculina.
4. Determinar si existen diferencias en la correlación entre el patrón de empatía y la presencia de EPL entre informantes (padres versus autorreporte).

**Criterios de inclusión:**

1. Población masculina y femenina que tengan entre 13 y 18 años que sean pacientes de la clínica de adolescencia del INPRFM.
2. Que cumplan criterios según K-SADS PL y según Inventario de EPL para emociones prosociales limitadas.
3. Que acepten de forma voluntaria la participación en el protocolo mediante firma de consentimiento y asentimiento informado.

**Criterios de exclusión:**

1. Pacientes que cursen con trastornos afectivos con síntomas psicóticos, trastornos psicóticos primarios, secundarios a uso de sustancias o trastorno psicótico no especificado al momento de la evaluación.
2. Pacientes que presenten problemas para la lectura o comprensión del contenido de los instrumentos de medición.
3. Pacientes que no completen en su totalidad las evaluaciones.

4. Pacientes o familiares responsables que no acepten de forma voluntaria la participación en el protocolo.

**Instrumentos de medición:**

- A. Escala de empatía básica (EEB): Consiste en una escala de autoreporte, desarrollada por Jolliffe y Farrington en 2006, la cual se desarrolló basada en la definición de empatía de Cohen y Strayer en 1996, por lo que permite medir tanto el componente afectivo como el cognitivo de la ToM. En el aspecto cognitivo, los ítems enfatizan la comprensión de las emociones ajenas y su aproximación permite diferenciar esta capacidad de la habilidad en la toma de perspectiva. En el aspecto afectivo, los ítems enfatizan la congruencia emocional, permitiendo distinguir la respuesta asociada al proceso empático como es la simpatía. Finalmente las respuestas empáticas son medidas en un contexto de reacciones emocionales primarias tanto positivas como negativas. Esta escala tiene la ventaja que permite la evaluación multi-informe ya que permite tomar en cuenta la perspectiva de los padres (Sánchez-Pérez 2014). Comprende un total de 20 ítems que miden tanto el componente afectivo como cognitivo, las respuestas se registran en una escala tipo Likert de 5 puntos que comprende desde 1 (Completamente en desacuerdo) hasta 5 (Complemente de acuerdo). Los puntajes de la subescala afectiva (ítems 1, 2, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 17 y 18) y cognitiva (ítems 3, 6, 9, 10, 12, 14, 16, 19 y 20) se calculan dividiendo el puntaje total entre el valor de los ítems que corresponden a cada subescala. En la validación de la escala al español la correlación entre los ítems de la subescala cognitiva de la versión autorreporte fue de  $r= 0.26-0.52$  y para la subescala afectiva de  $r= 0.12-0.49$ . En la versión autoaplicable el coeficiente alpha de Cronbach fue de 0.70 para la subescala

cognitiva y de 0.66 para la escala afectiva. En la versión para padres, el coeficiente alpha de Cronbach fue de 0.76 para la subescala cognitiva y de 0.74 para la subescala afectiva (Villadangos 2016).

- B. Inventario de emociones prosociales limitadas (IEPL): Desarrollado por Kimonis en 2008, consiste en un cuestionario de 24 items, la mitad de los cuales están redactados en forma positiva y la mitad restante de forma negativa. El análisis factorial reveló una estructura de tres factores que se traslapan: 1) respuesta empática limitada, 2) falta de preocupación o cuidado acerca del desempeño y en las relaciones interpersonales y 3) expresión emocional alterada o disminuida. Debido a dicho análisis el inventario cuenta actualmente con 11 items en la subescala de empatía limitada, 8 items en la subescala de preocupación y cuidado limitados y 5 items en la subescala de alteración en la manifestación emocional. En estudios recientes de validez y confiabilidad, el alpha de Cronbach mostró aceptable consistencia interna para el inventario de forma total (0.83) así como en la subescala de preocupación limitada (0.80), la subescala de empatía limitada (0.75) y la subescala de alteración en manifestación emocional (0.71). (Cardinale, 2017).
- C. Entrevista K-SADS-PL-5.1 apartado de Emociones Prosociales Limitadas: La entrevista semiestructurada K-SADS PL (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime versión), se diseñó con finalidad clínica y de investigación en concordancia con los criterios diagnósticos del manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales en su cuarta edición (DSM IV). Existen hasta la fecha numerosos estudios de validez y confiabilidad, y recientemente, en concordancia con la quinta edición del DSM, se realizaron cambios consistentes en incluir y modificar algunos diagnósticos y condiciones que no se consideran propiamente categorías diagnósticas como es la condición de las Conductas autolesivas no suicidas y la condición de las Emociones

Prosociales Limitadas. Estructuralmente la entrevista consiste en preguntas dirigidas al niño y adolescente así como a los padres u otros informantes, siendo posible determinar episodios actuales (definidos como aquellos que han ocurrido en los últimos 6 meses) y previos de los distintos trastornos mentales. En el estudio de validación y confiabilidad de las nuevas condiciones incluidas y modificadas en la versión al español, se encontró un coeficiente de correlación Kappa interevaluador de 0.29 (IC 0.03-0.55) para EPL, lo cual se considera como una correlación baja, presentando en el análisis factorial una correlación de 0.99 con el factor de conducta disruptiva (Peña-Olvera 2018).

**Procedimiento:**

Se seleccionarán pacientes de la clínica de Adolescencia del INPRFM que tengan entre 13 y 18 años y que cuenten con el diagnóstico de EPL obtenido mediante el apartado de la entrevista K-SADS PL 5.1 y el inventario de EPL. Previa firma de consentimiento y asentimiento informado, se aplicará la Escala de Empatía Básica adaptada al español para población adolescente en la versión autoaplicable y la versión para padres. Para el análisis se separarán los datos según la población masculina y femenina y según la gravedad de EPL (puntaje del Inventario de EPL), tomándose como mayor gravedad un mayor puntaje en el Inventario de EPL. Finalmente, se analizarán las diferencias obtenidas según la hipótesis con los hallazgos descritos previamente en la literatura.

**Análisis estadístico:**

Para el análisis de las variables sociodemográficas se utilizará estadística descriptiva. La descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se realizará con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (DE) para las variables continuas.

Para el objetivo general, se utilizarán tablas de contingencia y proporciones para analizar la relación de la variable dependiente (presencia de EPL según K-SADS-PL 5.1) y la variable independiente (puntaje de la subescala cognitiva y afectiva de la Escala de Empatía Básica).

Para los objetivos específicos se utilizará el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la correlación entre la variable dependiente (gravedad de EPL según el puntaje del Inventario de EPL) y la variable independiente (puntaje de las subescalas afectiva y cognitiva de la Escala de Empatía Global). Posteriormente se completará el análisis separando a la población en género femenino y masculino y separando los informantes de las escalas en autorreporte y respuesta de padres y/o tutores.

#### **Tamaño de la muestra:**

Debido a que la correlación entre las EPL y la empatía cognitiva descrita en la literatura es de 0.37 y la correlación con la empatía afectiva es de 0.23, se obtiene un promedio de correlación con ambos subtipos del constructo de 0.30 (Lui, 2015).

El tamaño de muestra para detectar una correlación de Pearson de  $r=0.30$ , con confiabilidad del 95% y potencia del 80% es de 84 participantes. (Cohen, 1977).

#### **Tipos de variables:**

Socio-demográficas:

<b>Variable</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Medición</b>
<b>Edad</b>	Dimensional	Edad cronológica en años
<b>Sexo</b>	Catagórica dicotómica	Hombre/Mujer

<b>Escolaridad</b>	Dimensional	Años escolares cursados
<b>Años reprobados</b>	Nominal	Número de años repetidos

Clínicas:

<b>K-SADS (EPL)</b>	Categoría dicotómica	Con/Sin EPL
<b>Inventario de EPL</b>	Dimensional	Puntaje obtenido
• <b>Factor insensible</b>	Dimensional	Puntaje obtenido
• <b>Factor indiferente</b>	Dimensional	Puntaje obtenido
• <b>Factor sin emociones</b>	Dimensional	Puntaje obtenido
<b>Escala de Empatía Básica</b>	Dimensional	Puntaje obtenido
• <b>Subescala afectiva</b>	Dimensional	Puntaje obtenido
• <b>Subescala cognitiva</b>	Dimensional	Puntaje obtenido

#### **Aspectos éticos:**

Se trata de un estudio con riesgo mínimo, que acorde con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud incluye: estudios prospectivos que emplean procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva, electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml, en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común con amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean medicamentos de investigación no registrados por la Secretaría de Salud. Para el presente estudio,

se realizaron mediciones clínicas en un punto del tiempo a través de la aplicación de diversas escalas, posterior a la realización del diagnóstico de de Emociones Prosociales Limitadas mediante la entrevista K-SADS. La posibilidad de complicaciones relacionadas con este procedimiento es mínima. El paciente y su familiar responsable contará con los números telefónicos para contactar al investigador y se le informará sobre el horario de atención del servicio de APC de nuestra institución para la atención de cualquier eventualidad. Antes del ingreso a este proyecto de investigación, el paciente y su familiar responsable discutirá con el investigador clínico el documento de consentimiento informado, el cual a su vez, una vez firmado, se le hará entrega de una copia.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz con el número de registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20170316.

**Flujograma:**

1. Captación de pacientes de la clínica de Adolescencia del INPRFM que cuenten con diagnóstico de EPL obtenido mediante el apartado específico de la entrevista K-SADS PL y mediante el inventario de EPL.
2. Invitación al estudio de investigación, explicación de objetivos y riesgos. Firma de consentimiento y asentimiento informado.
3. Aplicación Escala de empatía básica versión autoaplicable y versión para padres.
4. Registro de resultados en base de datos.
5. Realización de análisis estadístico.
6. Registro de resultados y desarrollo de discusión.

## RESULTADOS

En un lapso de aproximadamente 10 semanas, se reclutaron 49 participantes que cumplieron los criterios de inclusión, todos entre 13 y 18 años de edad, con una media de 15.36 años, siendo en su mayoría del sexo masculino (59.10%). El promedio de escolaridad fue de 10.22 años, lo cual corresponde con primer año de preparatoria, 9 participantes reportaron haber reprobado un año y un participante reportó haber reprobado dos años (**Tabla 1**).

Según el apartado de EPL de la entrevista diagnóstica KSADS-PL-5.1, 41 participantes (83.6%) cumplieron el criterio de “falta de culpa o remordimiento”, 40 participantes (81.6%) cumplieron el criterio “falta de empatía”, 43 participantes (87.7%) cumplieron con el criterio de “falta de preocupación por el desempeño” y 39 participantes (79.5%) cumplieron con el criterio de “afecto superficial o empalagoso”. Dichos criterios se obtuvieron según el sumario clínico de la entrevista diagnóstica, el cual se obtuvo cuando uno o ambos informantes (adolescente y padre, madre o tutor responsable) respondieran afirmativamente al criterio. Las tasas de concordancia inter-informante se reportan en la tabla de datos descriptivos (**Tabla 1**). Asimismo, los resultados del Inventario de Emociones Prosociales Limitadas (**Tabla 2**) y de la Escala de Empatía Global (**Tabla 3**) se reportan en la misma tabla y de forma específica en las tablas correspondientes.

**Tabla 1. Datos sociodemográficos y descriptivos**

N=49	Sexo (%)	Edad (DE)	Escolaridad (DE)	Años repetidos (%)
hombres	29 (59.10)	15.03 (1.37)	9.7 (1.61)	7 (24.13)
mujeres	20 (40.80)	15.85 (1.87)	10.9 (2.12)	4 (20)
<b>KSADS-PL-5.1</b>				
N=49	LRG (%)	CLE (%)	UAP (%)	SDA (%)
Total	41 (83.6)	40 (81.6)	43 (87.7)	39 (79.5)
hombres	25 (86.2)	23 (79.3)	28 (96.5)	23 (79.3)
mujeres	16 (80)	17 (85)	15(75)	16 (80)
$\kappa$ Cohen Interinformante				
Total	0.48	0.32	0.30	0.56

hombres	0.66	0.51	0.08	0.58
mujeres	0.40	0.06	0.38	0.54
<b>IEPL Auto</b> N=49				
	<b>Total</b> <b>M (DE)</b> <b>mediana</b>	<b>F1 Indiferente</b> <b>M (DE)</b> <b>mediana</b>	<b>F2 Insensible</b> <b>M (DE)</b> <b>mediana</b>	<b>F3 Sin emociones</b> <b>M (DE)</b> <b>mediana</b>
hombres	58.08 (11.09) 59	26 (5.16) 25	19.8 (4.94) 20	12.9 (2.98) 13
mujeres	58.6 (12.9) 56	26.65 (6.18) 27	18.3 (6.01) 17.5	13.7 (3.7) 12
<b>IEPL Padres</b> N=49				
hombres	63.41 (8.33) 60	27.68 (4.28) 27	22.37 (4.65) 23	13.34 (2.62) 14
mujeres	55.45 (8.09) 55.5	25.4 (5.97) 24.5	18.4 (4.04) 18	11.65 (2.27) 11
<b>EEB Auto</b> N=49				
	<b>Total</b> <b>M (DE)</b> <b>mediana</b>	<b>Afectiva</b> <b>M (DE)</b> <b>mediana</b>	<b>Cognitiva</b> <b>M (DE)</b> <b>mediana</b>	
hombres	3.02 (0.63) 2.9	2.69 (0.76) 2.54	3.42 (0.71) 3.44	
mujeres	3.21 (0.59) 3.3	3.02 (0.76) 3	3.45 (0.61) 3.5	
<b>EEB Padres</b> N=49				
hombres	3.18 (0.59) 3.1	3.09 (0.75) 3	3.29 (0.57) 3.3	
mujeres	3.64 (0.49) 3.6	3.57 (0.60) 3.5	3.72 (0.49) 3.6	

**Tabla 2. Datos descriptivos de Inventario de EPL**

<b>IEPL Auto</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Asimetría</b>	<b><math>\alpha</math> Cronbach</b>
Total	58.75	11.75	1.07	0.87
F1 Indiferente	26.26	5.54	0.98	0.71
F2 Insensible	19.22	5.40	0.55	0.87
F3 Sin emociones	13.26	3.28	0.33	0.70
<b>IEPL Padres</b>				
Total	60.16	9.06	0.26	0.79
F1 Indiferente	26.75	5.11	0.21	0.72
F2 Insensible	20.75	4.79	-0.14	0.82
F3 Sin emociones	12.65	0.95	0.02	0.49

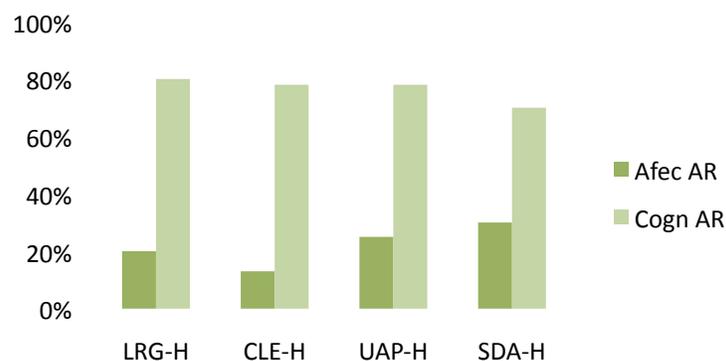
**Tabla 3. Datos descriptivos de la Escala de Empatía Básica**

<b>EEB Auto</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Curtois</b>	<b>Asimetría</b>	<b><math>\alpha</math> Cronbach</b>
Total	3.10	0.62	-0.55	0.26	0.86
Sub. Afectiva	2.82	0.77	-0.77	0.40	0.85
Sub Cognitiva	3.43	0.67	0.24	-0.37	0.78
<b>EEB Padres</b>					
Total	3.37	0.59	0.58	-0.31	0.87
Sub Afectiva	3.29	0.73	0.49	-0.46	0.83
Sub Cognitiva	3.46	0.58	0.48	-0.10	0.77

En relación al objetivo principal, la mediana de calificación de la Escala de Empatía Global en los participantes de sexo masculino en la versión de autoreporte fue de 2.9 (subescala afectiva 2.54 y subescala cognitiva 3.44), mientras que en las participantes de sexo femenino en la versión de autoreporte fue de 3.3 (subescala afectiva 3 y subescala cognitiva 3.5). En la versión para los padres, la mediana de los participantes del sexo masculino fue de 3.1 (subescala afectiva 3 y subescala cognitiva 3.3), y de las participantes del sexo femenino fue de 3.6 (subescala afectiva 3.5 y subescala cognitiva 3.6). En base a la mediana de cada subescala, se dicotomizaron los resultados para favorecer el análisis de su relación con cada criterio del apartado de EPL de la entrevista KSADS-PL-5.1.

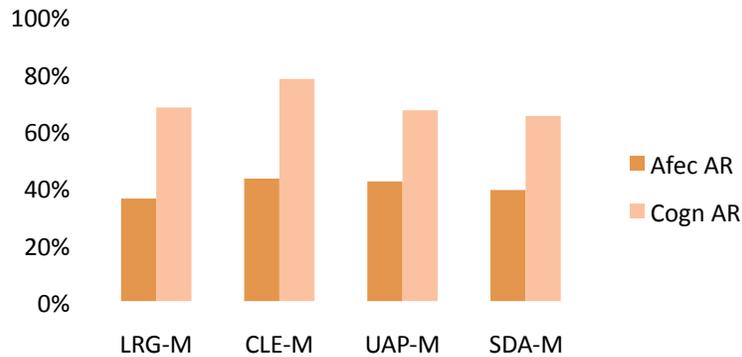
En la versión de autoreporte en los participantes de sexo masculino, el 22% de los participantes reportó estar sobre la mediana en la subescala afectiva y 77% sobre la subescala cognitiva. Las subdivisiones de las proporciones según criterios específicos del K-SADS-PL-5.1 se muestran en la **gráfica 1**. En la versión de autoreporte de las participantes de sexo femenino, el 40% de las participantes reportó estar sobre la mediana de la subescala afectiva y el 70% sobre la mediana de la subescala cognitiva. Las subdivisiones de las proporciones según los 4 criterios se muestran en la **gráfica 2**.

**Gráfica 1. Proporción de los subtipos de empatía (versión autoreporte) según los 4 criterios de EPL en participantes de sexo masculino**



Gráfica 1. LRG-H=Falta de culpa o remordimiento hombres, CLE-H= Falta de empatía hombres, UAP-H=Falta de preocupación por el desempeño, SDA-H=Afecto superficial o empalagoso. Afect AR= Empatía afectiva autoreporte, Cogn AR= Empatía cognitiva autoreporte

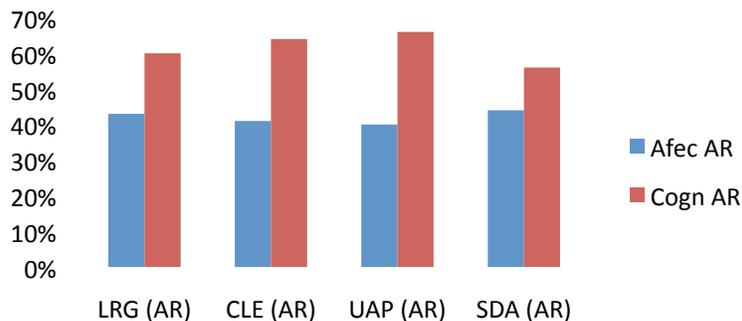
**Gráfica 2. Proporción de los subtipos de empatía (versión autoreporte) según los 4 criterios de EPL en participantes de sexo femenino**



Gráfica 2. LRG-M=Falta de culpa o remordimiento mujeres, CLE-M= Falta de empatía mujeres, UAP-M=Falta de preocupación por el desempeño mujeres, SDA-M=Afecto superficial o empalagoso mujeres. Afect AR= Empatía afectiva autoreporte, Cogn AR= Empatía cognitiva autoreporte.

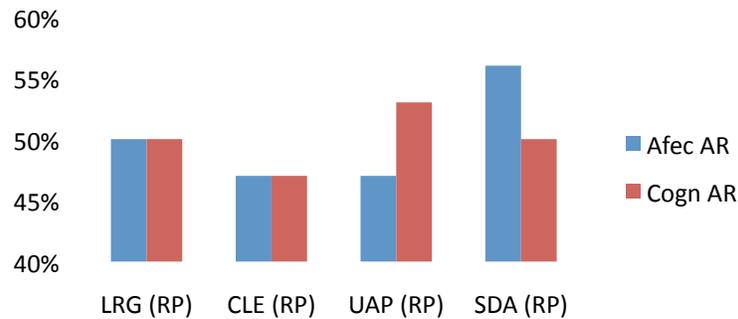
En la versión de autoreporte del total de adolescentes, el 42% reportó estar sobre la mediana en el subtipo afectivo de empatía y el 62% estar sobre la mediana en el subtipo cognitivo, con una razón aritmética cognitivo/afectiva entre 1.27 y 1.65 entre los 4 criterios de EPL. (LRG=1.39, CLE=1.56, UAP=1.65 y SDA=1.27) (Gráfica 3). En la versión de los padres, el 50% reportó que sus hijos se encuentran sobre la mediana en el subtipo afectivo y el 50% sobre la mediana en el subtipo cognitivo, con una razón aritmética entre ambos subtipos entre 0.89 y 1.27 entre los 4 criterios de EPL (LRG=1, CLE=1, UAP=1.27, SDA=0.89) (Gráfica 4).

**Gráfica 3. Proporción de los subtipos de empatía según los 4 criterios de EPL en el total de participantes en la versión de autoreporte.**



Gráfica 3. LRG (AR)=Falta de culpa o remordimiento autoreporte, CLE (AR)= Falta de empatía autoreporte, UAP (AR)=Falta de preocupación por el desempeño autoreporte, SDA (AR)=Afecto superficial o empalagoso autoreporte.

**Gráfica 4. Proporción de los subtipos de empatía según los 4 criterios de EPL en el total de participantes en la versión del reporte de padres.**



Gráfica 4. LRG-M=Falta de culpa o remordimiento padres, CLE-M= Falta de empatía padres, UAP-M=Falta de preocupación por el desempeño padres, SDA-M=Afecto superficial o empalagoso padres.

En relación al segundo objetivo, tomando en cuenta el Inventario de EPL como el instrumento para la evaluación de la presencia y gravedad de EPL, el análisis de correlación mediante el coeficiente Rho de Spearman demostró una correlación a la inversa estadísticamente significativa entre el puntaje total del IEPL en la versión de autoreporte con el puntaje total de la EEB, así como en subtipo afectivo y cognitivo, tanto en población masculina como femenina. En el análisis de correlación de los factores de la escala, el factor “insensible” del IEPL, específicamente en población de sexo masculino, tuvo una correlación a la inversa significativa con el puntaje total de la EEB, con el subtipo afectivo en la versión de los padres y con el subtipo cognitivo en la versión de autoreporte. El factor “sin emociones”, también presentó correlación a la inversa estadísticamente significativa únicamente en población de sexo masculino con el puntaje total de la EEB y con el subtipo afectivo en la versión de autoreporte (**Tabla 4**). En base a la mediana del puntaje del IEPL se separó a la población en dos grupos de mayor y menor gravedad, siendo la correlación a la inversa del grupo de menor gravedad (con puntaje total debajo de la mediana) significativa tanto con el puntaje total de la EEB como con el subtipo afectivo y cognitivo en ambas

versiones. El grupo de mayor gravedad (con puntaje total sobre la mediana) solo presentó una tendencia en la correlación a la inversa con el subtipo cognitivo en la versión de autoreporte (Tabla 5).

**Tabla 4. Correlación entre resultados de IEPL y EEB.**

	N	EEB total				EEB subtipo afectivo				EEB subtipo cognitivo			
		hijos		padres		hijos		padres		hijos		padres	
EPL total		CC	p	CC	p	CC	p	CC	p	CC	p	CC	p
hombres	29	-0.54	<b>0.002*</b>	-0.40	<b>0.030*</b>	-0.47	<b>0.009*</b>	-0.37	<b>0.045*</b>	-0.47	<b>0.009*</b>	-0.11	0.53
mujeres	20	-0.54	<b>0.012*</b>	-0.31	0.172	-0.46	<b>0.037*</b>	-0.32	0.161	-0.49	<b>0.026*</b>	-0.32	0.158
EPL F1													
hombres	29	-0.31	0.097	-0.27	0.14	-0.28	0.137	-0.27	0.143	-0.29	0.119	-0.31	0.874
mujeres	20	-0.41	0.070	-0.12	0.605	-0.40	0.074	-0.07	0.750	-0.31	0.180	-0.18	0.424
EPL F2													
hombres	29	-0.42	<b>0.020*</b>	-0.47	<b>0.009*</b>	-0.34	0.066	-0.43	<b>0.019*</b>	-0.42	<b>0.022*</b>	-0.21	0.270
mujeres	20	-0.37	0.107	-0.31	0.175	-0.31	0.182	-0.43	0.054	-0.31	0.181	-0.19	0.412
EPL F3													
hombres	29	-0.44	<b>0.016*</b>	-0.08	0.665	-0.45	<b>0.013*</b>	-0.08	0.664	-0.30	0.103	0.039	0.840
mujeres	20	-0.28	0.219	-0.07	0.757	-0.17	0.462	-0.09	0.706	-0.34	0.132	-0.41	0.863

**Tabla 5. Correlación entre resultados de IEPL y EEB por gravedad de EPL**

	N	Rango	EEB total				EEB subtipo afectivo				EEB subtipo cognitivo			
			hijos		padres		hijos		padres		hijos		padres	
			CC	p	CC	p	CC	p	CC	p	CC	p	CC	p
Grupo 1	29	H=38-58 P=40-60	-0.54	<b>0.002*</b>	-0.42	<b>0.021*</b>	-0.47	<b>0.009*</b>	-0.38	<b>0.040*</b>	-0.42	<b>0.023*</b>	-0.40	<b>0.031*</b>
Grupo 2	20	H=59-94 P=61-85	-0.17	0.465	-0.22	0.35	-0.02	0.934	-0.30	0.201	-0.45	0.051	0.09	0.697

Grupo 1= Participantes con resultado de IEPL debajo de la mediana. Grupo 2= Participantes con resultado de IEPL sobre la mediana. CC= Coeficiente de Correlación (*Rho de Spearman*).

## DISCUSIÓN.

Los resultados de forma global sugieren que tanto en hombres como en mujeres se encuentra afectado el perfil de empatía en presencia de EPL, tanto en el análisis con el instrumento categórico (K-SADS-PL-5.1) como con el instrumento dimensional (Inventario de EPL). La alteración en el perfil de empatía con mayor afectación en el subtipo afectivo en comparación con el cognitivo, fue consistente en ambos sexos en la versión de autoreporte, sin embargo ligeramente menor en población de sexo femenino, quienes puntuaron más alto en el subtipo afectivo, con una diferencia menor en la relación entre ambos subtipos en comparación con los participantes de sexo masculino. Este hallazgo es consistente con lo descrito previamente en la literatura, en donde

tanto hombres como mujeres con Trastorno de Conducta han presentado déficit en aspectos afectivos y cognitivos de empatía como toma de perspectiva afectiva y malestar personal; lo cual se ha atribuido a una disminución en la respuesta emocional así como un déficit en la identificación de emociones a través de rasgos faciales en esta población (Arango Tobón, 2018). Los hallazgos en el subtipo afectivo se han encontrado de forma consistente más afectados que los del subtipo cognitivo, esto en poblaciones predominantemente de sexo masculino (Arango Tobón, 2014). Estos hallazgos son consistentes en diversas poblaciones, en donde las adolescentes de sexo femenino con Trastorno de Conducta reportan mayor nivel de malestar emocional en comparación con adolescentes de sexo masculino, especialmente con emociones disfuncionales negativas y depresión, así como menor nivel de emociones positivas (Sipos, 2017).

Además de las diferencias entre sexos de los participantes, se observaron diferencias sustanciales entre la versión de autoreporte y versión de los padres en la proporción de empatía afectiva y cognitiva en cada uno de los criterios de EPL del K-SADS-PL-5.1. Los participantes adolescentes reportaron mayor nivel de empatía cognitiva de forma global en comparación con el reporte de los padres, siendo la diferencia de proporción de 12% mayor en el nivel de empatía cognitiva reportada por los adolescentes así como 8% menor en el nivel de empatía afectiva en comparación con el reporte de padres. Previamente se habían descrito discrepancias en la evaluación de empatía entre padres e hijos. En un estudio en participantes con Trastorno del Espectro Autista se encontró que los adolescentes reportaban menores rasgos del trastorno y mejor nivel de empatía de forma global en comparación con el reporte de sus padres acerca de ellos (Johnson, 2009). Por otro lado, en la versión de autoreporte para la evaluación de empatía, se han descrito posibles sesgos asociados a la subjetividad del constructo y del instrumento, que pueden condicionar problemas especialmente en niños menores, quienes aún se encuentran en desarrollo de las capacidades cognitivas y verbales que puede generar dificultad en el reporte de

estados emocionales internos y ajenos. Los hallazgos más frecuentes reportan baja concordancia entre los reportes de padres e hijos, con tendencia a una mayor calificación en el factor de empatía y toma de perspectiva afectiva por parte de los padres (Cliffordson, 2001). En el estudio de validación de la Escala de Empatía Básica al español, realizado en población general de 6 a 12 años, los padres tendieron a sobre-calificar ambos subtipos de empatía tanto en niños como en niñas de forma estadísticamente significativa (Sánchez-Pérez, 2014). Las diferencias encontradas en este estudio, especialmente en relación al aspecto cognitivo de la empatía, pueden deberse probablemente a las características y edad de los participantes, quienes pueden tratar de demostrar al contestar la escala un funcionamiento superior al que realmente demuestran en la vida cotidiana y que es observado por los padres. Llama la atención que la diferencia en la proporción del subtipo afectivo y cognitivo de empatía es evidente en relación con los criterios de EPL en el autoreporte pero no lo es en el reporte de padres, quienes reportaron un perfil similar del subtipo afectivo y cognitivo en sus hijos, además de un mejor funcionamiento afectivo en comparación con el cognitivo en aquellos que cumplieron el criterio de afecto superficial o deficiente (SFA por sus siglas en inglés), lo cual es un hallazgo contradictorio. Este hallazgo podría deberse a una limitación en la entrevista K-SADS-PL-5.1 para evaluar adecuadamente el criterio en las preguntas dirigidas a los padres, o también debido a que la presencia de un afecto disregulado o empalagoso podría interpretarse como un adecuado funcionamiento en la empatía afectiva al calificarlo en la EEB, de forma que un constructo que mediante un instrumento podría calificarse como síntoma, con otro instrumento podría clasificarse como una “cualidad”. No se descarta que esta contradicción pueda ir asociada a las propias limitaciones en los padres para la lectura del afecto en el hijo, ya que como sabemos, el constructo de EPL tiene un componente hereditario significativo, además de que los déficits en empatía afectiva tienen un correlato neurobiológico establecido (Hyde, 2016).

En el análisis de correlación, las respuestas de los adolescentes y de los padres mostraron correlación a la inversa significativa con el puntaje total de la EEB, tanto en el puntaje total del IEPL como en el Factor 2 (Indiferente), lo cual es congruente, ya que dicho factor de la escala es el característico de la falta de empatía. Dichos hallazgos así como la correspondencia entre las versiones de padres y adolescentes fueron más consistentes en población masculina que femenina. En contraste con hallazgos previos, en este estudio la presencia de mayor gravedad de EPL no correlacionó de forma significativa con afectación del subtipo afectivo de empatía (Anastassiou-Hadjicharalambous, 2008; Dadds, 2012), sin embargo, concuerda con hallazgos que describen que a mayor gravedad de EPL, menor afectación del subtipo cognitivo de empatía en comparación con menor gravedad de EPL (Dadds, 2009).

Dentro de las fortalezas del estudio se encuentran el contar con el diagnóstico de EPL mediante dos instrumentos, uno categórico (K-SADS.PL-5.1) y uno dimensional (Inventario de EPL) y evaluar la correlación de ambos con los subtipos afectivo y cognitivo de empatía. Otra fortaleza es la aplicación de la versión de autoreporte y de la versión para padres tanto del IEPL como de la EEB, lo cual permite analizar la consistencia y las discrepancias interinformante y contar con una evaluación más objetiva del constructo. Dentro de las limitaciones se encuentran el no contar con un grupo control para la comparación de los resultados, además de que el tamaño de la muestra es insuficiente para lograr una potencia estadística adecuada. Otra limitación del estudio es que los participantes fueron seleccionados del ambiente clínico en un hospital psiquiátrico de tercer nivel, lo cual limita la generalización de los resultados a poblaciones no clínicas.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados del estudio permiten una mejor comprensión en población mexicana del constructo de Emociones Prosociales Limitadas y su correlación con el constructo de empatía y los subtipos afectivo y cognitivo de esta. Otorga validez externa al fenómeno, permitiendo la generalización a nuestra población de aspectos y características encontrados en otras poblaciones. Además se concluye que tanto el uso del instrumento categórico como el dimensional para la evaluación de EPL traducen los déficits en empatía afectiva y cognitiva, los cuales disminuyen conforme incrementa la gravedad de EPL. Por otro lado, el estudio también realza la importancia del multi-informe para un análisis más objetivo de los distintos fenómenos y de sus componentes afectivo, cognitivo y conductual en población adolescente. Es importante en el futuro reproducir los hallazgos en comparación con un grupo control en población clínica, así como evaluar el comportamiento de las EPL y del constructo de empatía en población general.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AFMC Primer on Population Health, 2015. The Association of Faculties of Medicine of Canada. Public Health Educators Network resource.
2. Anastassiou-Hadjicharalambous Xenia, David Warden (2008) Cognitive and affective perspective-taking in conduct-disordered children high and low on callous-unemotional traits, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*; 2:16 doi:10.1186/1753-2000-2-16.
3. Arango Tobón, O. E., Montoya Zuluaga, P. A., Puerta Lopera, I. C., & Sánchez Duque, J. W. (2014). Teoría de la mente y empatía como predictores de conductas disociales en la adolescencia. *Escritos de Psicología (Internet)*, 7(1), 20-30.
4. Arango Tobón, Olber E. et al. (2017). Empathic skills and theory of mind in female adolescents with conduct disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2017; doi:10.1590/1516-4446-2016-2092.
5. Arango Tobón, O. E., Rosa, O. L., Restrepo Tamayo, V., & Puerta Lopera, I. C. (2018). Empathic skills and theory of mind in female adolescents with conduct disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(1), 78-82.
6. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
7. Bartsch, K., & Wellman, H. (1989). Young children's attribution of action to beliefs and desires. *Child development*, 946-964.
8. Cardinale Elise M., Abigail A. Marsh. (2017). The Reliability and Validity of the Inventory of Callous Unemotional Traits: A Meta-Analytic Review. SAGE, sagepub.com / journals Permissions.nav. DOI: 10.1177/1073191117747392.

9. Cliffordson, C. (2001). Parents' judgments and students' self-judgments of empathy: the structure of empathy and agreement of judgments based on the interpersonal reactivity index (IRI). *Eur. J. Psychol. Assess.* 17, 36–47. doi: 10.1027//1015-5759.17.1.36.
10. Cohen J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Revised Edition. Academic Press.
11. Dadds Mark R., David J. Hawes, Aaron D.J. Frost, Shane Vassallo, Paul Bunn, Kirsten Hunter, Sabine Merz. (2009). Learning to 'talk the talk': the relationship of psychopathic traits to deficits in empathy across childhood, *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Volume 50, Issue 5, May 2009, Pages 599-606.
12. Dadds, M. R., Cauchi, A. J., Wimaiaweera, S., Hawes, D. I., & Brennan, I. (2012). Outcomes, moderators, and mediators of empathic-emotion recognition training for complex conduct problems in childhood. *Psychiatry Research*, 199, 201-207. doi:10.1016/j.psychres.2012.04.033
13. Díaz Pértegas S., Fernández S. Pita (2002). Determinación del tamaño muestral para calcular la significación del coeficiente de correlación lineal. *Atención primaria en la red*. [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)
14. Eisenberg, 2006. *Handbook of Child Psychology, Volume 3 Social, Emotional and Personality Development*. Sixth Edition.
15. Frick, Paul J. Barry, Christopher T. Bodin, S. Doug. (2000). Applying the concept of psychopathy to children: Implications for the assessment of antisocial youth. In C. B. Gacono (Ed.), *The LEA series in personality and clinical psychology. The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide*; pp. 3-24.
16. Frick Paul J., James V. Ray, Laura C. Thornton, Rachel E. Kahn (2014), *Can Callous-Unemotional Traits Enhance the Understanding, Diagnosis and Treatment of Serious*

Conduct Problems in Children and Adolescents? A Comprehensive Review Psychological Bulletin, 140 (1); 1-57

17. Hartmann, D. P., Gelfand, D. M., Smith, C. L., Paul, S. C., Cromer, C. C., Page, B. C., et al (1976). Factors affecting the acquisition and elimination of children's donation behavior. *Journal of Experimental Child Psychology*, 21; 328–338.
18. Hyde, L. W., Waller, R., Trentacosta, C. J., Shaw, D. S., Neiderhiser, J. M., Ganiban, J. M., & Leve, L. D. (2016). Heritable and nonheritable pathways to early callous-unemotional behaviors. *American Journal of Psychiatry*, 173(9), 903-910.
19. Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press.
20. Johnson, S. A., Filliter, J. H., & Murphy, R. R. (2009). Discrepancies between self-and parent-perceptions of autistic traits and empathy in high functioning children and adolescents on the autism spectrum. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(12), 1706-1714.
21. Joyce H.L., Christopher T. Barry, Donald F. Sacco (2015). Callous-unemotional traits and empathy deficits: Mediating effects of affective perspective-taking and facial emotion recognition, *Cognition and emotion*; <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2015.1047327>
22. Kahn Rachel E. et al, (2012). The effects of including a Callous Unemotional Specifier for the Diagnosis for Conduct Disorder; *J Child Psychol Psychiatry* 53(3): 271-282.
23. Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 325–480). New York: Rand McNally.

24. Kostic Jelena S, et al. (2016). Evaluating empathy in adolescents with conduct disorders. *Vojnosanitetski pregled. Military-medical and pharmaceutical review*. DOI: 10.2298/VSP150121031K.
25. Medina-Mora ME, Borges G, Muñoz CL, Benjet C, Jaimes JB, Bautista CF, et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*; 26: 16.
26. Muñoz Luna C., Pamela Qualter, Gemma Padgett. (2011). Empathy and Bullying: Exploring the Influence of Callous-Unemotional Traits; *Child Psychiatry Hum Dev*, 42;183–196.
27. Pardini, Dustin A. et al. (2007). The Development of Callous-Unemotional Traits and Antisocial Behavior in Children: Are There Shared and/or Unique Predictors? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36 (3); 319–333.
28. Peña-Olvera F. (2003) Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública Mex*; 45(S-1);S124-31.
29. Peña-Olvera F. et al. (2018), Validity and reliability of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Spanish version. *BMC Psychiatry*, 18:193.
30. Sánchez-Pérez Noelia et al. (2014). Assessing children's empathy through a Spanish adaptation of the Basic Empathy Scale: parent's and child's report forms. *Frontiers in Psychology* 5: 1418.
31. Satlof-Bedrick Emma (2017). Cognitive and affective Theory of Mind in children with Callous-Unemotional traits. University of Pittsburgh Dietrich School of Arts and Sciences.
32. Schwenck, C., Mergenthaler, J., Keller, K., Zech, J., Salehi, S., Taurines, R., Warnke, A. (2012). Empathy in children with autism and conduct disorder: Group-specific profiles and developmental aspects. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(6), 651-659.

33. Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
34. Shirtcliff Elizabeth A. et al. (2009). Neurobiology of Empathy and Callousness: Implications for the Development of Antisocial Behavior, *Behav. Sci. Law* 27:137-171.
35. Şipoş, R., & Predescu, E. (2017). The Relationship between Emotional Distress and Cognitive Coping Strategies in Adolescents with Conduct Disorder (CD). In *Psychopathy- New Updates on an Old Phenomenon*. IntechOpen.
36. Villadangos Manuel et al, (2016). Characteristics of Empathy in young people measured by the Spanish validation of the Basic Empathy Scale. *Psicothema* 28:3 323-329.
37. Wellman, H. M., Cross, D., & Watson, J. (2001). Meta-analysis of theory-of-mind development: the truth about false belief. *Child development*, 72(3), 655-684.
38. Widen, S. C. (2013). Children's interpretation of facial expressions: The long path from valence-based to specific discrete categories. *Emotion Review*, 5(1), 72-77.

## ANEXOS.



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PADRE O MADRE.

#### **“Correlación entre el constructo de Empatía y las Emociones Prosociales Limitadas en población clínica adolescente del INPRFM”.**

Código para el estudio: \_\_\_\_\_.

**Yo como madre, padre o tutor, acepto que he tenido una plática con el/la investigador (a) principal del estudio, quien me invitó a participar junto con mi hijo (a) con el objetivo de mejorar el conocimiento global de los Trastornos de Conducta. Se que mi participación es libre, voluntaria, informada y tengo derecho a suspenderla en cualquier momento, sin que esto genere consecuencias en la atención médica psiquiátrica que recibe mi hijo(a).**

La información que se me otorgó acerca del estudio consiste en:

#### Objetivos del estudio:

Analizar el nivel de **empatía**, la cual consiste en la capacidad para **comprender las emociones** (llamado subtipo **afectivo**) y los **pensamientos de los demás** (llamado subtipo **cognitivo**), que presentan los participantes adolescentes entre 13 a 18 años que cuentan con diagnóstico de Trastorno de Conducta, Trastorno Oposicionista Desafiante y un **marcador de gravedad** de estos trastornos, el cual es llamado como **“Emociones Prosociales Limitadas”** en los jóvenes que vienen a consulta a la Clínica de Adolescencia del INPRFM.

La participación consiste en 3 pasos:

1. Responder **4 preguntas** realizadas por el investigador(a) principal al padre/madre o tutor y al adolescente que **se responden cada una como “sí” o “no”**.
2. Posteriormente responder un **primer cuestionario dirigido al adolescente y a su padre/madre o tutor, el cual tiene 20 preguntas** que se responden con una “X” en la mejor opción de una escala del 1 al 5, en donde 1 significa **“Completamente en desacuerdo”** y 5 **“Completamente de acuerdo”**.
3. **Finalmente, responder un segundo cuestionario, también dirigido a padre/madre o tutor y al adolescente, el cual tiene 24 preguntas**, que se responden con una “X” en la mejor opción de una escala del 1 al 4, en donde 1 significa **“Totalmente en desacuerdo”** y 4 **“Totalmente de acuerdo”**.

El tiempo de aplicación de los 3 pasos en total es aproximadamente de **10 a 15 minutos por cada uno de los participantes**.

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

No existe dentro del estudio, algún paso que exponga al adolescente o al padre/madre o tutor a algún tipo de riesgo físico y/o mental.

En caso de presentar alguna molestia, la cual puede consistir en molestia emocional leve asociada a responder los cuestionarios, el investigador(a) principal otorgará contención y apoyo verbal. **Únicamente en caso de ser necesario y después de comentarlo con su médico tratante, se dará la sugerencia de acudir al servicio de Atención Psiquiátrica Continua para recibir atención u orientación oportuna. El costo de dicha valoración, en caso de requerirse, correrá por parte del padre/madre o tutor.**

Beneficios:

Los beneficios directos para los participantes serán contar con la posibilidad de recibir **orientación y apoyo** para el manejo de los problemas de conducta y al déficit en empatía, así como recomendaciones para **estrategias de tratamiento específicas** enfocadas en estos problemas.

La información brindada por los participantes ayudará al grupo de investigadores a mejorar la comprensión de los Trastornos de Conducta y el marcador de “Emociones Prosociales Limitadas” en población mexicana, lo cual se espera que facilite la búsqueda de intervenciones específicas en nuestra población.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos en el estudio serán completamente **confidenciales**, lo cual quiere decir que, a excepción del equipo de investigadores, nadie tendrá acceso a ellos. No se utilizará el nombre de ningún participante o familiar en documentos distintos al expediente clínico ni en bases de datos, las cuales se guardarán en la computadora de la Institución bajo contraseña. Se otorgará un “código” (un número diferente al número de registro hospitalario) para identificar los datos y los nombres no aparecerán en ningún reporte o publicación. Los datos guardados permanecerán en resguardo bajo contraseña en la computadora de la institución para consultarse, el caso de ser necesario, un tiempo máximo de 5 años a partir del primer registro y después se eliminarán completamente.

En caso de dudas o si requiere información adicional, se puede comunicar con la Dra. Miriam Tatiana Serment Azuara (al teléfono 41605312), en la clínica de Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan, primer piso de edificio de subespecialidades de 08:00 a 17:00 horas.

*He leído la carta de consentimiento informado y comprendo el objetivo y procedimiento del estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas de forma que me ha permitido comprender. Entiendo que mi participación es voluntaria y en el caso de que no desee participar, no se afectará la calidad de la atención médica para mi hijo o hija. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación y que es mi derecho tomar la decisión de suspender mi participación y la de mi hijo/hija en cualquier momento. Entiendo que contaré con una copia del documento de consentimiento en caso de que presente dudas en el futuro las cuales se podrán resolver en cualquier momento por parte del responsable del estudio.*

Fecha, nombre y firma del participante	Fecha, nombre y firma del padre o tutor
Fecha, nombre y firma del investigador	Fecha, nombre y firma del investigador responsable
Fecha, nombre y firma del testigo 1	Fecha, nombre y firma del testigo 2

CARTA DE ASENTIMIENTO PARA EL/LA ADOLESCENTE PARTICIPANTE.

**“Correlación entre el constructo de Empatía y las Emociones Prosociales Limitadas en población clínica adolescente del INPRFM”.**

Código para el estudio: \_\_\_\_\_

**Yo como paciente de la clínica de Adolescencia, acepto que he tenido una plática con el/la investigador (a) principal del estudio, quien me invitó a participar junto con mi padre/madre o tutor con el objetivo de mejorar el conocimiento global de los Trastornos de Conducta. Se que mi participación es libre, voluntaria, informada y tengo derecho a suspenderla en cualquier momento, sin que esto genere consecuencias en la atención médica psiquiátrica que recibo.**

La información que se me otorgó acerca del estudio consiste en:

Objetivos del estudio:

Analizar el nivel de **empatía**, la cual consiste en la capacidad para **comprender las emociones** (llamado subtipo **afectivo**) y los **pensamientos de los demás** (llamado subtipo **cognitivo**), que presentan los participantes adolescentes entre 13 a 18 años que tienen diagnóstico de Trastorno de Conducta, Trastorno Oposicionista Desafiante y un **marcador de gravedad** de estos trastornos, el cual es llamado como **“Emociones Prosociales Limitadas”** en los jóvenes que vienen a consulta a la Clínica de Adolescencia del INPRFM.

La participación consiste en 3 pasos:

1. Responder **4 preguntas** realizadas por el investigador(a) principal al padre/madre o tutor y al adolescente que **se responden cada una como “sí” o “no”**.
2. Posteriormente responder un **primer cuestionario dirigido al adolescente y a su padre/madre o tutor, el cual tiene 20 preguntas** que se responden con una “X” en la mejor opción de una escala del 1 al 5, en donde 1 significa **“Completamente en desacuerdo”** y 5 **“Completamente de acuerdo”**.
3. **Finalmente, responder un segundo cuestionario, también dirigido al adolescente y a su padre/madre o tutor, el cual tiene 24 preguntas**, que se responden con una “X” en la mejor opción de una escala del 1 al 4, en donde 1 significa **“Totalmente en desacuerdo”** y 4 **“Totalmente de acuerdo”**.

El tiempo de aplicación de los 3 pasos en total es aproximadamente de **10 a 15 minutos por cada uno de los participantes**.

Riesgos y/o molestias del procedimiento:

No existe dentro del estudio, algún paso que exponga al adolescente o al padre/madre o tutor a algún tipo de riesgo físico y/o mental.

En caso de presentar alguna molestia, la cual puede consistir en molestia emocional leve asociada a responder los cuestionarios, el investigador(a) principal otorgará contención y apoyo verbal. **Únicamente en**

**caso de ser necesario y después de comentarlo con su médico tratante, se dará la sugerencia de acudir al servicio de Atención Psiquiátrica Continua para recibir atención u orientación oportuna. El costo de dicha valoración, en caso de requerirse, correrá por parte del padre/madre o tutor.**

Beneficios:

Los beneficios directos para los participantes serán contar con la posibilidad de recibir **orientación y apoyo** para el manejo de los problemas de conducta y al déficit en empatía, así como recomendaciones para **estrategias de tratamiento específicas** enfocadas en estos problemas.

La información brindada por los participantes ayudará al grupo de investigadores a mejorar la comprensión de los Trastornos de Conducta y el marcador de “Emociones Prosociales Limitadas” en población mexicana, lo cual se espera que facilite la búsqueda de intervenciones específicas en nuestra población.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos en el estudio serán completamente **confidenciales**, lo cual quiere decir que, a excepción del equipo de investigadores, nadie tendrá acceso a ellos. No se utilizará el nombre de ningún participante o familiar en documentos distintos al expediente clínico ni en bases de datos, las cuales se guardarán en la computadora de la Institución bajo contraseña. Se otorgará un “código” (un número diferente al número de registro hospitalario) para identificar los datos y los nombres no aparecerán en ningún reporte o publicación. Los datos guardados permanecerán en resguardo bajo contraseña en la computadora de la institución para consultarse, el caso de ser necesario, un tiempo máximo de 5 años a partir del primer registro y después se eliminarán completamente.

En caso de dudas o si requiere información adicional, se puede comunicar con la Dra. Miriam Tatiana Serment Azuara (al teléfono 41605312), en la clínica de Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan, primer piso de edificio de subespecialidades de 08:00 a 17:00 horas.

*He leído la carta de consentimiento informado y comprendo el objetivo y procedimiento del estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas de forma que me ha permitido comprender. Entiendo que mi participación es voluntaria y en el caso de que no desee participar, no se afectará la calidad de la atención médica para mi hijo o hija. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación y que es mi derecho tomar la decisión de suspender mi participación y la de mi hijo/hija en cualquier momento. Entiendo que contaré con una copia del documento de consentimiento en caso de que presente dudas en el futuro las cuales se podrán resolver en cualquier momento por parte del responsable del estudio.*

Fecha, nombre y firma del participante	Fecha, nombre y firma del padre o tutor
Fecha, nombre y firma del investigador	Fecha, nombre y firma del investigador responsable
Fecha, nombre y firma del testigo 1	Fecha, nombre y firma del testigo 2

## Apartado del Especificador de Emociones Prosociales Limitadas (EPL) del K-SADS-PL-5.1

Versión para las Tesis de Subespecialidad en Psiquiatría Infantil y de Adolescentes de  
Miriam Serment y Ma. Rosa Palacios, 2018-2019

Se debe preguntar en un contexto amplio sobre las cuatro características de las EPL teniendo en cuenta tanto el episodio actual (EA) últimos seis meses, como en el pasado (EMSP) para padres, niño o adolescente y sumario.

El especificador exige la presencia de al menos 2 de las siguientes características persistentemente durante los últimos 12 meses en múltiples relaciones y escenarios.

**(0= sin información, 1= no 2 = si)**

Criterios	Padres EA	Padres EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
<b>Falta de remordimiento o culpa</b>	<b>0 1 2</b>	<b>0 1 2</b>	<b>0 1 2</b>	<b>0 1 2</b>	<b>0 1 2</b>	<b>0 1 2</b>
<p><b>Padres:</b> <i>¿Su hijo(a) reconoce sus errores? ¿Acepta su culpa? ¿Sólo acepta su culpa ante el castigo? ¿Muestra interés en las consecuencias negativas de sus actos?</i></p> <p><b>Niño o Adolescente:</b> <i>¿Reconoces tu culpa cuando haces algo malo? ¿Te sientes arrepentido? ¿Aceptas tus responsabilidades cuando haces algo mal?</i></p>						
<b>Falta de empatía (Callo Emocional)</b>	<b>0 1 2</b>	<b>0 1 2</b>	<b>0 1 2</b>	<b>0 1 2</b>	<b>0 1 2</b>	<b>0 1 2</b>
<p><b>Padres:</b> <i>¿Su hijo(a) ayuda libremente cuando se requiere o es necesario pedirselo? ¿Colabora con trabajos en la casa cuando se pide su ayuda? ¿Se conmueve su hijo(a) cuando ve escenas tristes en las películas? ¿Necesita ser contenido cuando ve a otro niño que está sufriendo? ¿Su hijo(a) se preocupa frente a la angustia que le pueden producir a ustedes sus conductas como que no llegue a casa?</i></p> <p><b>Niño o Adolescente:</b> <i>¿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?</i></p>						

<p><b>Bajo interés en su desempeño en la escuela, trabajo y otras actividades importantes.</b></p> <p><b>Padres:</b>  <i>¿Su hijo(a) es de los chicos que flojean todo el año y al final se esfuerza y trata de ponerse al día? ¿Aunque tenga habilidades en una actividad le interesa poco esforzarse?</i></p> <p><b>Niño o Adolescente:</b>  <i>¿Te interesa tener buenas calificaciones? ¿Te esfuerzas en tus actividades deportivas o en tus trabajos de la escuela?</i></p>	Padres EA 0 1 2	Padres EMSP 0 1 2	Niño EA 0 1 2	Niño EMSP 0 1 2	Sumario EA 0 1 2	Sumario EMSP 0 1 2
<p><b>Afecto superficial o deficiente. (Poca resonancia y simulación del afecto)</b></p> <p><b>Padres:</b>  <i>¿Su hijo(a) es encimoso o explosivo a la hora de expresar sus sentimientos? ¿Su hijo(a) expresa sus emociones según le conviene para obtener ganancia o para no mostrar lo que realmente siente? ¿Busca manipular con sus emociones?</i></p> <p><b>Niño o Adolescente:</b>  <i>¿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?</i></p> <p><b>NOTA:</b> Sus despliegues emocionales generalmente dejan a los observadores cuidadosos con la impresión de que está actuando y que poco del significado real de sus emociones está debajo de la superficie. Sus estados afectivos son dramáticos, de breve duración y superficiales más que profundamente sentidos y maduros.</p>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

\_\_ Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de los **reactivos 1 al 5**, complete la sección actual de Trastorno de Conducta Disocial del Suplemento #4, Trastornos de la Conducta Disruptiva y del Control de los Impulsos, después de finalizar el tamizaje inicial.

\_\_ Si recibió un puntaje de 3 en la evaluación del pasado de los **reactivos 1 al 5**, complete la sección del pasado de Trastorno de Conducta Disocial del Suplemento #4, Trastornos de la Conducta Disruptiva y del Control de los Impulsos, después de finalizar el tamizaje inicial.

\_\_ Sin evidencia de Trastorno de Conducta Disocial.

**ESCALA DE EMOCIONES PROSOCIALES LIMITADAS  
AUTO-APLICABLE**

Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

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

PREGUNTA	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
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 alguien 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 frio 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.				
17.Evito lastimar los sentimientos de los demás				
18.Cuando hago algo mal vivo sin arrepentimiento.				
19.Soy muy expresivo y emocional.				
20.Me disgusta dedicarle tiempo a las cosas para que queden bien.				
21.Me importan 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.				

Versión: Clínica de Adolescentes, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, 2018

## ESCALA DE EMOCIONES PROSOCIALES LIMITADAS

### VERSIÓN PARA PADRES

Iniciales del menor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Lea con detenimiento cada uno de los enunciados que se muestran a continuación y marque con una "X" la respuesta que mejor represente **lo que considera que siente su hijo** cuando se relaciona con la familia, la escuela y los amigos.

PREGUNTA	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mi hijo/hija expresa abiertamente sus sentimientos.				
2. Lo que mi hijo/hija conoce como bueno o malo es diferente a lo que otras personas piensan.				
3. A mi hijo/hija le importa que tan bueno es en la escuela o en el trabajo.				
4. Mi hijo/hija puede lastimar a alguien para conseguir lo que quiere.				
5. Mi hijo/hija se siente mal o culpable cuando hace algo mal.				
6. Mi hijo/hija oculta sus emociones a los demás.				
7. A mi hijo/hija le importa poco llegar a tiempo.				
8. A mi hijo/hija le interesan o preocupan los sentimientos de otras personas.				
9. A mi hijo/hija le importa poco si se mete en problemas.				
10. Mi hijo/hija impide que sus sentimientos lo controlen.				
11. A mi hijo/hija le importa poco tener que hacer las cosas bien.				
12. Mi hijo/hija se comporta emocionalmente frío e indiferente hacia los demás.				
13. Mi hijo/hija admite con facilidad sus errores.				
14. Es fácil para mí o los demás saber cómo se siente mi hijo/hija.				
15. Mi hijo/hija siempre intenta lo mejor de sí.				
16. Mi hijo/hija se disculpa con las personas a las que lastima.				
17. Mi hijo/hija evita lastimar los sentimientos de los demás				

18.Cuando mi hijo/hija hace algo mal vive sin arrepentimiento.				
19.Mi hijo/hija es muy expresivo y emocional.				
20.A mi hijo/hija le disgusta dedicarle tiempo a las cosas para que queden bien.				
21.A mi hijo/hija le importan poco los sentimientos de los demás.				
22.Mi hijo/hija esconde sus emociones con las demás personas.				
23.Mi hijo/hija trabaja mucho en todo lo que hace.				
24.Mi hijo/hija hace cosas para hacer sentir bien a los demás.				

Versión: Clínica de Adolescentes, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, 2018

**ESCALA DE EMPATÍA BÁSICA  
VERSIÓN ADOLESCENTES**

Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

A continuación, hay una lista con frases, por favor lee cuidadosamente cada una y califica en qué medida estás de acuerdo o desacuerdo, marcando con una "X" la respuesta que **más se parezca a lo que sientes**. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

	1. Completamente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Completamente de acuerdo
1. Las emociones de mis amigos me afectan mucho.					
2. Tras estar con un amigo que está triste por algo, normalmente me siento triste.					
3. Comprendo la alegría de mis amigos cuando algo les sale bien.					
4. Me dan miedo algunos personajes de películas de terror.					
5. Me contagio fácilmente de los sentimientos de otra gente.					
6. Me es difícil darme cuenta cuando mis amigos están asustados.					
7. Me pone triste ver a otra gente llorar.					
8. Los sentimientos de otra gente me dan igual.					
9. Cuando alguien está deprimido normalmente entiendo cómo se siente.					
10. Normalmente comprendo por qué se asustan mis amigos.					
11. Muchas veces me pongo triste cuando veo cosas tristes en la tele o en el cine.					
12. Me suelo dar cuenta de cómo se siente la gente incluso antes de que me lo digan.					
13. Ver a una persona muy enfadada afecta mis sentimientos.					
14. Normalmente comprendo por qué se alegran mis amigos.					
15. Suelo sentir miedo cuando mis amigos tienen miedo.					
16. Noto rápidamente cuando un amigo está enfadado.					
17. Normalmente me dejo llevar por los sentimientos de mis amigos.					
18. Las desgracias de mis amigos me dejan indiferente.					
19. Normalmente me doy cuenta de los sentimientos de mis amigos.					
20. Me cuesta darme cuenta cuando mis amigos están contentos.					

Versión: Clínica de Adolescentes, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, 2019

**ESCALA DE EMPATÍA BÁSICA  
VERSIÓN PADRES**

Iniciales del menor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Instrucciones: A continuación, hay una lista con frases, por favor lea cuidadosamente cada una y califique en qué medida está de acuerdo o desacuerdo, marcando con una "X" la respuesta **que más se parezca a lo que su hijo(a) siente**. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

	1. Completamente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Neutral	4. De acuerdo	5. Completamente de acuerdo
1.Las emociones de sus amigos le afectan mucho.					
2.Tras estar con un amigo que está triste por algo, normalmente se siente triste.					
3.Comprende la alegría de sus amigos cuando algo les sale bien.					
4.Le dan miedo algunos personajes de películas de terror.					
5.Se contagia fácilmente de los sentimientos de otra gente.					
6.Le es difícil darse cuenta cuando sus amigos están asustados.					
7.Le pone triste ver a otra gente llorar.					
8.Los sentimientos de otra gente le dan igual					
9.Cuando alguien está deprimido normalmente entiende cómo se siente.					
10.Normalmente comprende por qué se asustan sus amigos.					
11.Muchas veces se pone triste cuando ve cosas tristes en la tele o en el cine.					
12.Suele darse cuenta de cómo se siente la gente incluso antes de que se lo digan.					
13.Ver a una persona muy enfadada afecta sus sentimientos.					
14.Normalmente comprende por qué se alegran sus amigos.					
15.Suele sentir miedo cuando sus amigos tienen miedo.					
16.Nota rápidamente cuando un amigo está enfadado.					
17.Normalmente se deja llevar por los sentimientos de sus amigos.					
18.Las desgracias de sus amigos lo dejan indiferente.					
19.Normalmente se da cuenta de los sentimientos de sus amigos.					
20.Le cuesta darse cuenta cuando sus amigos están contentos.					

Versión: Clínica de Adolescentes, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, 2019