



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD.**

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ.

“Variables clínicas, sociodemográficas y relacionadas con adversidad psicosocial asociadas a la presencia de Emociones Prosociales Limitadas en pacientes adolescentes de un hospital psiquiátrico en la Ciudad de México”

Tesis para optar por el grado de maestría en ciencias médicas

PRESENTA:
Miriam Tatiana Serment Azuara

Handwritten signature of Miriam Tatiana Serment Azuara in black ink.

TUTOR PRINCIPAL:
Dra. Ana Fresán Orellana
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Handwritten signature of Dra. Ana Fresán Orellana in purple ink.

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
Dr. Francisco R. de la Peña Olvera
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Dr. Julio Flores Lázaro
Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro

RESPONSABLE DE ENTIDAD ACADÉMICA
Dr. Héctor Senties Castellá
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Handwritten signature of Dr. Héctor Senties Castellá in black ink.

Ciudad de México, Mayo, 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Miriam Serment A

Miriam Tatiana Serment Azuara
Aspirante a grado de maestría en Ciencias Médicas



Dra. Ana Fresán Orellana
Tutor principal

Héctor Senties Castellá

Dr. Héctor Senties Castellá
Responsable de la Entidad Académica
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| ABREVIATURAS. | 2 |
| RESUMEN EJECUTIVO. | 3 |
| 1. ANTECEDENTES. | 4 |
| 1.1 Concepto de EPL y Epidemiología. | 4 |
| 1.2 Trastorno de Conducta con EPL y comorbilidad psiquiátrica. | 6 |
| 1.3 EPL e Impulsividad. | 7 |
| 1.4 EPL y alteraciones en el perfil de Empatía. | 9 |
| 1.5 EPL y Funciones Ejecutivas. | 11 |
| 1.6 EPL y Factores de Adversidad Familiar y Psicosocial. | 12 |
| 2. JUSTIFICACIÓN. | 13 |
| 3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 13 |
| 4. OBJETIVOS. | 14 |
| 5. HIPÓTESIS. | 14 |
| 6. METODOLOGÍA | 15 |
| 6.1 Tipo de estudio. | 15 |
| 6.2 Población. | 15 |
| 6.2.1 Tamaño de la muestra. | 15 |
| 6.2.2 Criterios de selección. | 16 |
| Criterios de inclusión. | 16 |
| Criterios de exclusión. | 16 |
| Criterios de eliminación. | 17 |
| 6.3 Instrumentos de medición. | 17 |
| 2.7.1 Inventario de EPL. | 17 |
| 2.7.2 Escala de Empatía Básica. | 18 |
| 2.7.3 BPRS (<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>). | 18 |
| 2.7.4 BRIEF (<i>Behavior Rating Inventory of Executive Function</i>). | 19 |
| 2.7.5 Escala de Impulsividad de Plutchik. | 19 |
| 2.7.6 Formato de Adversidad Psicosocial CEDA-Social. | 19 |
| 2.7.7 Apartado de EPL de K-SADS PL 5. | 20 |
| 6.4 Definición de las variables de estudio. | 20 |
| 6.5 Procedimiento. | 23 |
| 6.6 Diagrama de Flujo. | 25 |
| 7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO. | 27 |
| 8. CONSIDERACIONES ÉTICAS. | 27 |
| 9. RESULTADOS. | 28 |
| 9.1 Características demográficas y clínicas de la muestra. | 28 |
| 9.2 Evaluación de la gravedad de EPL, empatía e impulsividad. | 32 |
| 9.3 Funciones Ejecutivas y Adversidad Psicosocial. | 33 |
| 10. DISCUSIÓN. | 35 |
| 11. CONCLUSIONES. | 42 |
| 12. LIMITACIONES. | 43 |
| 13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. | 44 |
| 14. ANEXOS. | 55 |
| 9.1 Carta de aprobación Comité de Ética en Investigación. | 55 |
| 9.2 Carta de aprobación enmienda para cambio de procedimiento de captación | 56 |
| 9.3 Documento de Consentimiento informado. | 57 |
| 9.4 Documento de Asentimiento Informado. | 59 |

ABREVIATURAS

| | |
|------------------|---|
| APSD | <i>The Antisocial Process Screening Device</i> |
| BPRS | <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> |
| BRIEF | <i>Behavior Rating Inventory of Executive Function</i> |
| CIE 11 | Clasificación Internacional de Enfermedades, 11va edición. |
| DENT | Duración de enfermedad no tratada |
| DMDD | Trastorno de Desregulación disruptiva del estado de ánimo |
| DSM 5 | Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta edición. |
| EEB | Escala de Empatía Básica |
| EPL | Emociones Prosociales Limitadas |
| IEPL | Inventario de Emociones Prosociales Limitadas |
| INPRFM | Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz |
| K-SADSPL5 | <i>Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version.</i> |
| PCL-R | <i>The Psychopathy Checklist Revised</i> |
| TC | Trastorno de Conducta |
| TDAH | Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad |
| TOD | Trastorno Oposicionista Desafiante |

RESUMEN EJECUTIVO

INTRODUCCIÓN. Las emociones prosociales limitadas (EPL) constituyen un especificador del Trastorno de Conducta y el Trastorno Oposicionista Desafiante que aplica para los niños y adolescentes que presentan 2 o más de los siguientes criterios: 1. Falta de culpa, 2. Falta de empatía, 3. Falta de preocupación por el desempeño y 4. Afecto superficial o empalagoso. Se asocian a un perfil cognitivo, conductual, de comorbilidad psiquiátrica y de exposición ambiental específicos que justifica su estudio en nuestro medio. El objetivo del presente estudio fue estudiar las variables sociodemográficas, clínicas (el perfil de empatía, la comorbilidad psiquiátrica, las alteraciones subjetivas en el perfil de funciones ejecutivas, la impulsividad) y la exposición a adversidad psicosocial en un grupo de pacientes adolescentes con EPL de un hospital psiquiátrico de tercer nivel y compararlas con un grupo sin el especificador.

MÉTODO. La muestra estuvo constituida por 32 adolescentes de sexo femenino y masculino, entre 13 y 18 años pacientes de la clínica de Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz que contaban con entrevista de confirmación diagnóstica. Se excluyeron aquellos con diagnóstico de trastorno psicótico, que no comprendieron el contenido de las escalas o que mostraron signos de agitación. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética institucional.

RESULTADOS. Se dividió a la muestra en dos grupos: con EPL (n=12) y sin EPL (n=20). El grupo con EPL presentó mayor proporción de hombres ($\chi^2=4.5$, 1 gl, $p=0.03$), así como mayor número de diagnósticos psiquiátricos ($U= 54.0$, $p=0.009$) y mayor prevalencia de Trastornos externalizados (Trastorno Oposicionista Desafiante: $\chi^2=6.0$, $p=0.01$, Trastorno de Conducta: $\chi^2=9.8$, $p=0.002$, Trastorno Explosivo Intermitente: $\chi^2=4.4$, $p=0.03$, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: $\chi^2=2.7$, $p=0.09$). Además, este grupo presentó también mayor impulsividad ($U=64$, $p=0.02$) y mayor percepción subjetiva de disfunción ejecutiva ($U=41$, $p=0.001$). No hubo diferencias entre grupos en el perfil de empatía ni en la exposición a adversidad psicosocial.

CONCLUSIONES. A pesar de limitaciones en el procedimiento de captura debido a la contingencia por COVID-19, algunos resultados son similares a hallazgos de estudios globales de adolescentes con EPL. Será necesario a futuro profundizar en la exposición a adversidades psicosociales específicas en nuestro medio, aplicar instrumentos psicométricos objetivos y delimitar la trayectoria de las variables y su asociación con las EPL desde la perspectiva del desarrollo.

1. ANTECEDENTES.

El comportamiento agresivo y la conducta antisocial en niños y adolescentes ha sido objeto de investigación en la última década con el objetivo de tener un mayor entendimiento del fenómeno y poder encontrar formas de tratamiento y prevención; ya que las tasas de niños y adolescentes que solicitan atención en servicios de salud mental debido a estos problemas son significativas. La prevalencia descrita de los Trastornos de conducta disruptiva en población general va de aproximadamente 2% a 3.5% (1) con una relación hombre-mujer de 2:1 (2); mientras que, de forma independiente, la prevalencia estimada del Trastorno de Conducta (TC) es de 2.5% y del Trastorno Opositor Desafiante (TOD), de 2.9% (3). De acuerdo con los datos obtenidos en población mexicana, los rangos en prevalencia del TC varían entre 1 y 10% en poblaciones abiertas de niños y adolescentes de acuerdo con la edad, sexo y estrato socioeconómico, incrementando hasta 28% a 50% en muestras clínicas; con una relación hombre-mujer de 4:1 (4). Según los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en 2003, la prevalencia del TC fue del 6.1% (5).

El TC es un trastorno altamente heterogéneo con más de 32,000 perfiles sintomáticos diferentes que, potencialmente, pueden dar lugar al diagnóstico (6), así como agrupamientos o clúster de síntomas que tienen diferentes trayectorias y etiologías (7). Los criterios diagnósticos incluyen especificadores basados en la edad de inicio de los síntomas (inicio en la infancia o inicio en la adolescencia) y la presencia o ausencia de Emociones Prosociales Limitadas (EPL), los cuales se han catalogado en la investigación como los síntomas de la dimensión afectiva de psicopatía o el callo emocional (8).

1. 1. Concepto de Emociones Prosociales Limitadas y Epidemiología

La presencia de EPL se relaciona con un patrón particularmente grave y persistente de comportamiento agresivo en jóvenes con TC y TOD.

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 (9), se incluyó el especificador de EPL al diagnóstico de TC, incluyéndose posteriormente como especificador tanto de TC como de TOD en la décimo primera edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), de la Organización Mundial de la Salud (10). 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 disminución en la regulación del afecto) en los últimos 12 meses. Su prevalencia en aquellos jóvenes con criterios de TC en población general es del 10 al 32%, mientras que en población clínica del 21 al 50% (11).

El concepto de EPL surgió en un intento de aproximación al concepto de psicopatía aplicado a la población de niños y adolescentes. Los criterios que lo conceptualizan surgieron en base a uno de los instrumentos que mide el constructo de psicopatía en adultos (*Psychopathy Checklist Revised*) (12), el cual mide de forma individual los aspectos afectivos (falta de culpa y empatía, pobreza emocional), interpersonales (grandiosidad y manipulación) y conductuales (impulsividad e irresponsabilidad) del constructo. La aplicación de este Instrumento en población infantil y adolescente demostró que el componente afectivo (callo emocional) es el más útil para diferenciar al subtipo con problemas de conducta más serios y mayor componente de agresividad en esta población (13).

Otro hallazgo importante en población adulta con rasgos psicopáticos es la presencia de grupos que comparten correlaciones con otros factores biológicos, emocionales, cognitivos y sociales específicos, lo cual sugirió que las causas de la conducta antisocial que manifiestan pueden diferir en la etiología de adultos con conducta antisocial sin psicopatía (14). De forma similar, los niños y adolescentes con problemas de conducta serios que cumplen criterios para EPL muestran características emocionales y cognitivas distintas a aquellos con problemas de conducta sin EPL. De forma específica los niños y adolescentes con EPL

manifiestan de manera más frecuente insensibilidad al castigo tanto en paradigmas de investigación (15) como en situaciones sociales (16). Además, manifiestan desviación de valores y objetivos en contextos sociales, con una visión más aceptable de la agresión como medio para obtener privilegios, culpar a otros por sus problemas de conducta y priorizando la dominación y venganza en conflictos sociales (17,18).

1.2. Trastorno de Conducta con EPL y Comorbilidad Psiquiátrica.

Se ha visto que la prevalencia de trastornos mentales es particularmente alta en las personas involucradas en conductas criminales durante la juventud, reportándose hasta 4 veces mayor en población de 10 a 18 años, en comparación con población general; tasas que continúan siendo mayores incluso al excluir el Trastorno por uso de sustancias y el TC (19).

A pesar de que numerosos estudios han reportado una fuerte asociación entre la conducta criminal y la presencia de psicopatología, la mayoría son de diseño transversal, limitando la posibilidad de establecer causalidad entre estos factores. Ante esta limitación, algunos estudios prospectivos han mostrado que la hiperactividad, los problemas de conducta y el uso temprano de sustancias en la adolescencia son condiciones predictoras de conducta delictiva y criminal en la vida adulta (20, 21). En un estudio prospectivo de cohorte realizado en una muestra comunitaria en Estados Unidos de América se evidenció que casi la mitad de los adultos jóvenes entre 18 y 25 años con conducta criminal tenían antecedente de algún trastorno mental, en comparación con uno de cada tres hombres y una de cada cuatro mujeres en la población general. El riesgo del antecedente de psicopatología en la infancia para conducta criminal en la vida adulta permaneció significativo en el análisis que excluyó el TC, concluyendo que el porcentaje de varianza atribuido al antecedente de psicopatología para la conducta criminal era de 20.6% para la población femenina y 15.3% para la masculina (22).

Por otro lado, en otro estudio de cohorte realizado en Reino Unido (23), se encontró que los participantes con problemas de conducta de inicio en la infancia y presentación persistente presentaban mayor tasa de psicopatología, con diagnósticos como TC, TOD, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), ansiedad y depresión, además de una menor conducta prosocial en el seguimiento a 13 años. Esto en comparación con participantes con desarrollo de problemas de conducta de inicio en y limitado a la infancia y participantes con inicio de problemas de conducta en la adolescencia. Además, se observó que en población femenina que inició con problemas de conducta en la adolescencia, la comorbilidad con problemas emocionales llegó a equiparar a la población de inicio en la infancia y presentación persistente, lo cual correlaciona con lo descrito por Moffit y Caspi en 2001, quienes describieron que la población femenina con problemas de conducta presentaba mayor comorbilidad con depresión al llegar a la adolescencia (24). Los niños con diagnóstico de TC tienen 15 veces más riesgo de presentar además TOD y 10 veces más riesgo de TDAH (25), lo cual dificulta el esclarecimiento de cuales problemas y desenlaces se asocian específicamente a cada padecimiento.

1. 3. EPL e Impulsividad.

La impulsividad es un constructo amplio que incluye características cognitivas y conductuales que se puede manifestar en múltiples contextos. De larga evolución, se ha visto como un elemento crítico de la conducta disruptiva en niños y adolescentes, asociándose a trastornos como el TC y como componente del TDAH, además de que se ha correlacionado con agresividad y comportamiento violento (26). De la misma forma, se ha visto que los déficits a nivel neuropsicológico y cognitivo en etapas tempranas de la vida contribuyen a un estilo de comportamiento impulsivo en una interacción cerebro-ambiente que posteriormente afecta en la madurez social y facilita la respuesta agresiva (27).

El concepto clásico de psicopatía la cataloga como una forma específica de trastorno de personalidad, que se caracteriza en la presentación adulta, por al menos tres dimensiones de síntomas mayores: un estilo interpersonal arrogante y

despectivo, una experiencia afectiva deficiente y un estilo de conducta impulsivo e irresponsable (28). Estas tres dimensiones se operacionalizan en el instrumento desarrollado por Hare en 1991: *The Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) (29), del cual surge posteriormente una versión para su aplicación en niños y adolescentes: *The Antisocial Process Screening Device* (APSD) (30). El análisis factorial inicial de este instrumento en la versión de padres y maestros resultó en una solución de dos factores, el primero “Callo emocional” de 6 reactivos y el segundo “Impulsividad/Problemas de conducta” de 10 reactivos (31). Estudios posteriores encontraron que el modelo de tres factores encajaba mejor para las características psicopáticas en la población infantil, con los factores de “subescala narcisista” de 7 reactivos, “subescala impulsiva” de 5 reactivos y “subescala de callo emocional” de 6 reactivos (32).

Sin embargo, estudios más recientes han encontrado que el componente afectivo (subescala de callo emocional) ha sido el más útil para diferenciar entre los niños y adolescentes con problemas serios de conducta y mayor agresividad, ya que los factores narcisista e impulsivo, en una muestra de adolescentes recluidos, no mostraron diferencia entre los subtipos de agresores no violentos, agresores violentos y agresores sexuales violentos, siendo la subescala de callo emocional la más afectada en el último grupo (33). En otras palabras, el factor narcisista y el factor impulsivo están presentes en la mayoría de los jóvenes antisociales, sin embargo, el factor de callo emocional distingue de forma más específica en este grupo, a aquellos jóvenes con mayor nivel de agresividad y problemas graves de conducta. De este factor derivan posteriormente los criterios de las EPL (34). Específicamente en relación con la impulsividad, los hallazgos indican que algunos jóvenes con problemas de conducta que son impulsivos pueden mostrar mayores niveles de reactividad a estímulos emocionales, lo cual se opone al patrón característico del callo emocional o EPL. Estos hallazgos condicionan la hipótesis que los jóvenes con problemas de conducta antisocial que puntúan alto en las medidas de impulsividad mostrarán altos niveles de reactividad a estímulos emocionales en ausencia de EPL y una menor respuesta al estímulo emocional en presencia de EPL (35).

1. 4. EPL y alteraciones en el perfil de Empatía.

La empatía es considerada, junto con la culpa, uno de los constructos de la conciencia. Se define como una respuesta emocional compartida que resulta de la percepción y comprensión del estado emocional del prójimo (36). De forma natural comienza a desarrollarse en el segundo o tercer año de vida y tiende a manifestarse durante la infancia temprana (37). Sus componentes afectivo y cognitivo se han estudiado de forma consistente conceptualizándose de forma independiente, siendo la primera la reacción emocional generada o el afecto compartido de observar al prójimo experimentando cualquier reacción emocional, y la segunda, la comprensión y entendimiento de esta en el contexto en el que se presenta (38, 13). A pesar de su comprensión distinta, ambos subgrupos se encuentran interrelacionados en la manifestación conductual de contagio emocional en la infancia, la cual fomenta de forma temprana la toma de perspectiva que se manifiesta como la capacidad de reconocer y comprender las emociones ajenas y que puede promover la experiencia afectiva compartida (39, 40).

El concepto de teoría de la mente 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 (41). Este subtipo cognitivo del constructo de empatía también se divide a su vez, en dos subtipos afectivo y cognitivo. El subtipo cognitivo se define como la comprensión de las entidades cognitivas ajenas, como son los pensamientos, creencias y falsas creencias. Por otro lado, el subtipo afectivo, se define como el razonamiento y entendimiento de los estados afectivos ajenos, como las emociones.

A pesar de la relación entre los subtipos afectivo y cognitivo de la empatía 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 (42). Algunos estudios han mostrado que la presencia de

EPL está asociada a un déficit en el aspecto afectivo de la empatía, con disminución o falta de reactividad emocional en respuesta al sufrimiento ajeno. En relación con el aspecto cognitivo de la empatía existen resultados contradictorios (17, 43, 44, 45, 46, 47). Dicho aspecto, al ser medido en poblaciones de jóvenes con trastornos de la conducta, no ha arrojado resultados concluyentes, observándose que existe una posible diferencia en el procesamiento de ambos subtipos del constructo en jóvenes que cuenta con el especificador de EPL (48). Existen estudios que revelan correlatos distintos para pacientes con TC que presentan un nivel mayor de EPL en comparación con aquellos que presentan un nivel menor o ausencia de EPL. Los jóvenes con altos niveles de EPL, 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 (49, 50, 51, 52) Todos estos hallazgos sugieren una deficiencia prioritaria en el aspecto afectivo de la empatía. 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 y déficit en inteligencia verbal, por lo que los déficits de dicho grupo se asocian a deficiencias en la toma de perspectiva del subtipo cognitivo (53, 54, 55). En un estudio que analizó el perfil de empatía en niños y adolescentes con tendencias psicopáticas, se observó que puntuaron menos en los instrumentos que midieron el malestar emocional de víctimas en escenarios hipotéticos de agresión instrumental deliberada, con menor reacción emocional de miedo tanto propio como ajeno en dichos escenarios. El mismo estudio demostró que la toma de perspectiva cognitiva sobre las emociones ajenas se encontraba sin alteraciones en esta población (46). La empatía afectiva se ha demostrado que correlaciona negativamente con agresión proactiva, la cual es propia del perfil de EPL y se caracteriza por ser instrumental, organizada, ejercida “a sangre fría” y motivada por una anticipación de la recompensa, más que con la agresión reactiva, la cual puede ser resultado de problemas en el desarrollo de la regulación emocional y se ha asociado con problemas de conducta (56, 57). Por otro lado, se ha

observado una diferencia entre las alteraciones en la empatía afectiva y cognitiva entre sexos, ya que tanto hombres como mujeres con niveles altos de EPL demostraron deficiencias predominantes en el aspecto cognitivo al medirse en la infancia. Sin embargo, los hombres manifestaron mejoría en este aspecto al llegar a la adolescencia, mientras que las mujeres continuaron manifestando disminución persistente de este subtipo, siendo los déficits en el subtipo afectivo menos evidentes en mujeres a cualquier edad, por lo que dicha característica no se asoció a aspectos psicopáticos en ellas (45).

1. 5. EPL y Funciones Ejecutivas.

Acerca de las características cognitivas relacionadas con el funcionamiento ejecutivo, diversos estudios han encontrado diferencias entre los niños y adolescentes con TC sin EPL y aquellos que presentan TC con EPL e incluso EPL sin problemas de conducta. De forma particular, el perfil cognitivo de cada subgrupo ha mostrado características consistentes que otorgan mayor claridad acerca de la trayectoria de los múltiples déficits y su asociación con los síntomas clínicos (58).

Los hallazgos más documentados en el grupo de TC y EPL hasta el momento reportan déficit en la respuesta a la recompensa e insensibilidad a las consecuencias y a la amenaza; además de alteraciones en áreas ejecutivas involucradas en el control de aspectos afectivos y motivacionales (16, 55, 59).

Estudios de neuroimagen funcional que han evaluado la respuesta de la amígdala a diversos paradigmas de respuesta a la amenaza, han identificado que el grupo de TC con EPL muestra menor respuesta, mientras que aquellos con TC sin EPL muestran una elevación atípica en la respuesta del circuito, lo cual se asocia a sesgo de atribución hostil e incremento en el riesgo de ansiedad y agresividad en respuesta a la frustración o a la amenaza (60).

De forma similar, pacientes con TC han mostrado dificultades en paradigmas de toma de decisiones que requieren capacidad de cambio y flexibilidad. Dichas alteraciones se asocian a la dificultad para la evaluación de la recompensa y las

consecuencias que, a su vez, se han asociado a la activación de áreas del estriado y corteza prefrontal ventromedial para representar el valor de una acción y la influencia en la predicción del error (61, 62). Los adolescentes con TC, independientemente de la presencia de EPL han mostrado dificultades en la toma de decisiones, atención selectiva y orientación en base a recompensas a futuro, a diferencia de aquellos con EPL pero sin TC, quienes han mostrado menor alteración en la toma de decisiones riesgosas, menor impulsividad, mayor autoregulación y mejor funcionamiento ejecutivo (54, 58).

Un estudio reciente que utilizó la escala BRIEF (*Behavior Rating Inventory of Executive Function*) para medición de funciones ejecutivas, describió mayor alteración en adolescentes de 12 a 17 años con mayor gravedad de TC y EPL tanto en el índice de regulación conductual como en el índice metacognitivo en comparación con el grupo con EPL sin TC (63). A diferencia de aquellos pacientes con TC sin EPL, los niños y adolescentes con EPL han mostrado mayor insensibilidad al castigo (59, 64), menor respuesta a ensayos de castigo gradual e infraestimación de la posibilidad de castigo, así como mayor desviación de valores y metas en situaciones sociales (17).

1. 6. EPL y Factores de Adversidad Familiar y Psicosocial.

En este aspecto existen múltiples reportes históricos y recientes que asocian fuertemente el antecedente de exposición a factores de adversidad con problemas de conducta y callo emocional. Desde la década de los cincuenta, John Bowlby encontró asociación entre lo que describió como “apego inseguro” y el comportamiento criminal en la juventud; llegando a nombrar el término “*affectionless psychopaths*” (psicópatas sin afecto) para caracterizar a las personas que establecen relaciones superficiales poco profundas y honestas en el transcurso de su vida, ejemplificando la negligencia al cuidado al que fueron expuestos en los primeros años de vida (65). Otro tipo de experiencias adversas que se han descrito asociadas al desarrollo de conducta criminal son aquellas que condicionan separación o pérdida en la infancia, disciplina parental inconsistente, alcoholismo parental, supervisión ineficiente, abuso físico, sexual, emocional y abandono (66).

También se ha reportado que el pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, así como ausencia de supervisión parental efectiva, la presencia de disciplina parental errática, cruel o pasiva, un estilo autoritario y punitivo de crianza, conflictos parentales y violencia interparental (67) se asocian al desarrollo de callo emocional. Otros estudios han encontrado relación de TC con EPL con antecedentes paternos de problemas en el control de los impulsos, conducta antisocial y con problemas de regulación emocional. En algunos estudios se ha descrito que el factor de la parentalidad y el desarrollo de EPL es bidireccional, ya que, también los niños y adolescentes con EPL pueden inducir modificaciones negativas en la conducta parental (68).

2. JUSTIFICACIÓN

Debido a la implicación que tiene el especificador de Emociones Prosociales Limitadas en el pronóstico y evolución de los pacientes con Trastornos de la Conducta Disruptiva, es importante identificar aquellos factores que puedan asociarse a su presentación, entre ellos, las alteraciones en el perfil de empatía, la presencia de comorbilidad psiquiátrica, las alteraciones subjetivas en el perfil de funciones ejecutivas, el nivel de impulsividad y el antecedente de adversidad psicosocial. El análisis de dichos factores permitirá una mejor comprensión del fenómeno y facilitará el establecimiento de canales de investigación con fines pronósticos y de intervenciones enfocadas a la prevención y terapéuticas en esta población.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las variables demográficas, clínicas (empatía, impulsividad, apreciación subjetiva de funciones ejecutivas, comorbilidad psiquiátrica) y de adversidad psicosocial asociadas a la presencia de emociones prosociales limitadas en una muestra clínica adolescente de un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México?

4. OBJETIVOS

4.1 General:

Identificar las variables demográficas, clínicas (empatía, impulsividad, apreciación subjetiva de las escalas del índice metacognitivo y de regulación conductual de las funciones ejecutivas, comorbilidad psiquiátrica) y de adversidad psicosocial asociadas con la presencia de emociones prosociales limitadas en una muestra clínica adolescente de un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México.

4.2 Específicos:

- Comparar las características demográficas y clínicas del estudio entre pacientes adolescentes con y sin el especificador de EPL.
- Comparar la presencia de las variables de adversidad psicosocial entre pacientes adolescentes con y sin el especificador de EPL

5. HIPÓTESIS

5.1 General:

Los pacientes con EPL mostrarán mayores alteraciones cognitivas y afectivas en las variables clínicas, así como mayor exposición a adversidad psicosocial en comparación con los pacientes sin EPL.

5.2 Específicas:

- La presencia de EPL será más frecuente en los pacientes del sexo masculino.
- Los pacientes con EPL presentarán menor empatía afectiva, mayor impulsividad, mayor comorbilidad psiquiátrica y menor funcionamiento en la apreciación subjetiva de funciones ejecutivas tanto en el índice metacognitivo como en el índice de regulación conductual, en comparación con los pacientes sin EPL.
- Los pacientes con EPL reportarán mayor número de adversidades psicosociales en comparación con los pacientes sin EPL.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

De acuerdo con la definición propuesta por Argimón en 2013 (69) la siguiente investigación es un estudio:

Analítico: Ya que su finalidad es evaluar una presunta relación o asociación entre la presencia de EPL con las variables clínicas y asociadas con adversidad psicosocial, tomando en cuenta un grupo comparativo.

Transversal: Ya que los datos de cada sujeto serán obtenidos y evaluados en un momento del tiempo, con una medición simultánea de las variables.

Observacional: Ya que el agente o factor de estudio (presencia de EPL) no se controla por parte del investigador, el cual se limitará a observar, medir y analizar el comportamiento de las variables.

Comparativo: Ya que implica el análisis de las diferencias y características de dos grupos.

6.2 Población:

6.2.1 Tamaño de muestra

Los adolescentes se reclutaron de la Clínica de Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Considerando un análisis de *potencia a priori* y asumiendo varianzas iguales con hipótesis de investigación de tipo bilateral (70), se obtuvo el siguiente cálculo de muestra mediante el programa G*Power 3.1.9.2:

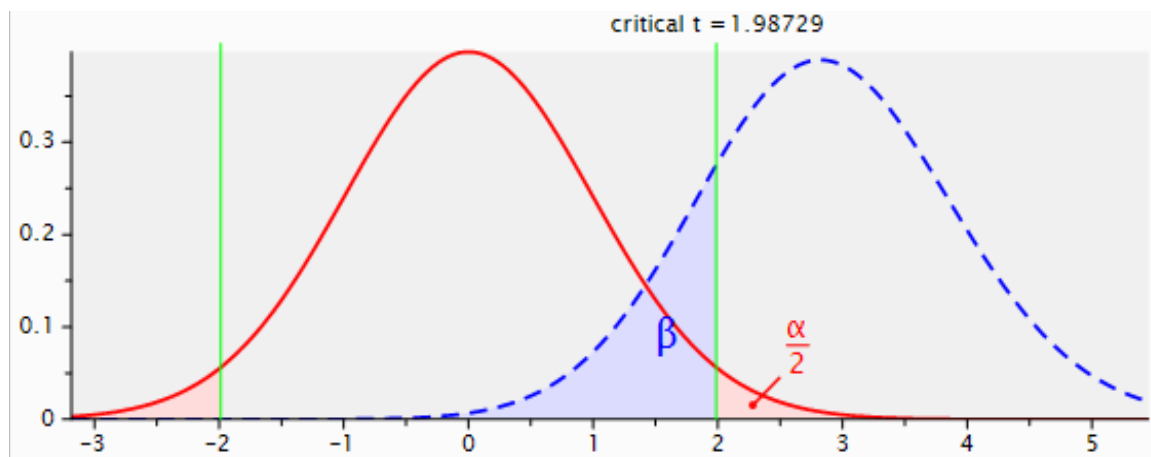
Potencia estadística ($1 - \beta$ prob err): 0.80

Proporción N2 / N1: 1

Valor alfa: 0.05

Tamaño del efecto (d): 0.6

Muestra total: 90 sujetos, 45 sujetos estimados para cada grupo.



6.2.2 Criterios de Selección:

- Criterios de inclusión:

Adolescentes de 13 a 18 años de ambos sexos.

Que fueran atendidos en la Clínica de Adolescencia del INPRFM.

Que contaran con la evaluación de la entrevista BPRS de confirmación diagnóstica realizada por médico experto.

Que aceptaran participar mediante firma de asentimiento y consentimiento informado.

- Criterios de exclusión:

Pacientes que contaran con diagnóstico de trastorno psicótico primario o secundario a causa médica o a consumo de sustancias.

Pacientes que no comprendieran el contenido de las escalas al momento de la evaluación.

Pacientes que se encontraran agitados o agresivos al momento de la evaluación

- Criterios de eliminación:

Pacientes que no completaran las escalas de evaluación en su totalidad.

Pacientes que retiraran su asentimiento o padres que retiraran su consentimiento informado para su participación en el estudio.

6.3 Instrumentos de medición.

6.3.1 Inventario de emociones prosociales limitadas:

Desarrollado por Kimonis en 2008, consiste en un cuestionario de 24 reactivos 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 o subescalas: 1) insensible: respuesta empática limitada, 2) indiferente: falta de preocupación o cuidado acerca del desempeño y en las relaciones interpersonales y 3) sin emociones: expresión emocional alterada o disminuida. Debido a dicho análisis el inventario cuenta actualmente con 11 reactivos en la subescala de empatía limitada, 8 reactivos en la subescala de preocupación y cuidado limitados y 5 reactivos en la subescala de alteración en la manifestación emocional. El puntaje mínimo consiste en 0 y el máximo de 72. El Inventario está diseñado para que un mayor puntaje correlacione con mayor gravedad de EPL. En estudios recientes de validez y confiabilidad, el alfa de Cronbach mostró aceptable consistencia interna para el inventario de forma total ($\alpha=0.83$) así como en la subescala indiferente ($\alpha=0.80$), la subescala insensible ($\alpha=0.75$) y la subescala sin emociones ($\alpha=0.71$) (71). En la validación al español, la cual se realizó en una muestra de 163 sujetos entre 13 y 17 años, el alfa de Cronbach para la versión de autoreporte fue de 0.86 y para la

versión de reporte de padres de 0.87 (72).

6.3.2 Escala de Empatía Básica:

Consiste en una escala desarrollada por Jolliffe y Farrington en 2006, la cual permite medir tanto el componente afectivo como el cognitivo de la empatía. Comprende un total de 20 reactivos, las respuestas se registran en una escala tipo Likert de 5 puntos que comprende desde 1 (Completamente en desacuerdo) hasta 5 (Complemente de acuerdo). Cuenta con versión autoaplicable y para padres. En la validación al español de la versión autoreporte, la cual se realizó en 2016 con 752 sujetos de entre 14 y 25 años de edad, se reportó una adecuada consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.96 para la subescala cognitiva y de 0.92 para la subescala afectiva (73). En otro estudio de validación realizado en niños de 6 a 12 años, la versión para padres mostró un valor alfa de Cronbach de 0.76 para la subescala cognitiva y de 0.74 para la afectiva (74).

6.3.3 BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale por sus siglas en inglés):

Entrevista semiestructurada aplicada por un clínico entrenado de 29 reactivos, según la adaptación de la clínica de Adolescencia del INPRFM, que permiten valorar de forma concisa el perfil de síntomas tanto conductuales como emocionales en niños y adolescentes y establecer diagnósticos en los dominios internalizado, externalizado y del neurodesarrollo. Los reactivos del 1 al 5 consisten en la descripción de los problemas de conducta, los reactivos del 6 al 10 valoran síntomas del estado de ánimo, los reactivos del 11 al 13 valoran alteraciones en el contenido del pensamiento, los reactivos 14 al 16 valoran excitabilidad psicomotora, los reactivos 17 al 19 valoran síntomas de retiro, los reactivos 20 al 22 síntomas ansiosos, los reactivos 23 al 26 analizan síntomas de organicidad, el reactivo 27 valora consumo de sustancias y el reactivo 28 antecedente de exposición a violencia. Existe una versión actualizada en donde el último reactivo consiste en analizar la presencia y gravedad del especificador de EPL según los criterios de DSM-5 (75). La confiabilidad interevaluador y test-retest fue de $r=0.824$ y $r=0.661$ respectivamente (76).

6.3.4 Inventario de Evaluación Subjetiva del Funcionamiento Ejecutivo (*Behavior Rating Inventory of Executive Function BRIEF*) versión adolescente y versión observador:

Evalúa la percepción del desempeño ejecutivo a través de dos cuestionarios, uno para padres y otro autoaplicable para niños y adolescentes entre 5 y 18 años. Ambas versiones constan de 86 reactivos. Consta de 8 escalas clínicas que son: 1. inhibición, 2. cambio, 3. control emocional, 4. iniciativa, 5. memoria de trabajo, 6. planificación/organización, 7. automonitoreo y 8. organización de materiales. La suma de las primeras 4 escalas conforma el índice de regulación conductual y la suma de las últimas 4 el índice metacognitivo. Si el sujeto responde de manera negativa inusual se integra la escala de negatividad y si responde de forma inconsistente, la escala de inconsistencia, las cuales permiten descartar la información en caso de ser carente de validez (77). En la validación al español de la versión para padres se encontró una adecuada consistencia interna entre reactivos y entre factores, con valores alfa de Cronbach de 0.89 para el índice metacognitivo, 0.91 para el índice de regulación conductual y 0.92 global (78).

6.3.5 Escala de impulsividad de Plutchik:

Cuestionario de 15 reactivos tipo Likert con 4 posibles respuestas (nunca, a veces, a menudo, casi siempre), puntuadas respectivamente de 0 a 3. El valor final de la escala se obtiene sumando la puntuación de cada reactivo, por tanto, estará entre 0 y 45. Se integra por 4 factores consistentes en autoconcepto, emociones e impulsos primarios, planificación y concentración. En la validación al español con una muestra de 1,035 sujetos procedentes de 3 países de habla hispana se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.73 (79).

6.3.6 Formato de adversidad psicosocial (CEDA-Social):

Consiste en 16 preguntas que se llenan en su mayoría con respuesta si/no y que reporta: nivel socioeconómico, familia extensa, disfunción familiar, padres separados, pleitos o discusiones familiares, agresividad física familiar,

hacinamiento, psicopatología en madre y padre, nivel educativo de madre y padre, historia de problemas legales, historia de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias y edad de la madre al nacimiento (80).

6.3.7 Apartado de EPL de la entrevista K-SADSPL 5:

La entrevista semiestructurada K-SADS PL (*Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version*), 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 EPL. 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 inter-evaluador de 0.29 (IC 0.03-0.55) para EPL, lo cual se considera como una correlación baja y se atribuyó a la novedad de la condición y a la forma de redacción de las preguntas, presentando en el análisis factorial una correlación de 0.99 con el factor de conducta disruptiva (81)

6.4 Definición de las variables del estudio:

| Variables | Tipo de variables | Unidad de Medición |
|------------------------|--------------------|--------------------------|
| Variables demográficas | | |
| Sexo | Nominal dicotómica | Hombre (H), Mujer (M). |
| Edad | Ordinal | Edad cronológica en años |
| Escolaridad | Intervalar | Años de estudio |
| Años repetidos | Nominal dicotómica | Si/no |
| | Intervalar | Número de años |

| | | |
|---|--------------------|--|
| Edad materna/paterna | Intervalar | Edad cronológica en años |
| Ocupación materna/paterna | Nominal | 0=Desempleado 1=Hogar 2=Estudiante 3=Empleo remunerado |
| Nivel socioeconómico | Nominal | Nivel asignado por trabajo social INPRFM. 1-2= nivel bajo 3-4= nivel medio 5-6= nivel alto |
| Variables Clínicas | | |
| Edad de inicio del PA | Intervalar | Edad cronológica en años |
| Tiempo de evolución | Intervalar | Semanas |
| DENT | Intervalar | Semanas |
| Tratamiento farmacológico | Nominal dicotómica | Si/No (Antidepresivos, estimulantes, antipsicóticos, anticonvulsivos, otros) |
| Tratamiento farmacológico - Tiempo de uso | Intervalar | Tiempo de uso en semanas |
| Presencia de EPL 1. Falta de empatía 2. Falta de culpa 3. Falta de preocupación por el desempeño 4. Afecto superficial o empalagoso | Nominal dicotómica | Si/No la presencia de dos o más criterios en los últimos 6 meses según K-SADSPL 5.1 y pregunta 29 de BPRS. Si/No Criterio específico Si/No Criterio específico Si/No Criterio específico Si/No Criterio específico |
| Gravedad de EPL | Intervalar | Inventario de EPL. Puntaje total del Inventario |
| Factor 1 (respuesta empática limitada) | Intervalar | Inventario de EPL Puntaje de los reactivos correspondientes (2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 18, 20 y 21) |
| Factor 2 (despreocupación por el desempeño y las relaciones interpersonales) | Intervalar | Inventario de EPL Puntaje de los reactivos correspondientes (3, 5, 13, 15, 16, 17, 23 y 24) |
| Factor 3 (respuesta afectiva alterada) | Intervalar | Inventario de EPL |

| | | |
|--|------------|---|
| | | Puntaje de los reactivos correspondientes (1, 6, 14, 19 y 22) |
| Nivel de empatía | Intervalar | Puntaje total de la Escala de Empatía Básica. |
| Empatía cognitiva | Intervalar | Puntaje total de la Subescala cognitiva. |
| Empatía afectiva | Intervalar | Puntaje total de la Subescala afectiva. |
| Comorbilidad | Ordinal | Número de diagnósticos según BPRS: si/no T. Oposicionista Desafiante si/no T Conducta si/no T. Explosivo Intermitente si/no T. Desregulación disruptiva del estado de ánimo (DMDD) si/no T. Depresivo Mayor si/no Conductas autolesivas no suicidas si/no Trastorno bipolar si/no T. por déficit de atención con hiperactividad si/no T Tics si/no T Tourette si/no T Pánico si/no T. Ansiedad Generalizada si/no T. Ansiedad por Separación si/no T. Ansiedad Social si/no Fobia específica si/no T. Estrés postraumático si/no T. Estrés Agudo si/no T. Obsesivo compulsivo si/no Enuresis si/no Encopresis si/no Exploración sustancias si/no Uso problemático o abuso de sustancias |
| Apreciación Subjetiva de Funciones Ejecutivas | Intervalar | Puntaje total del Inventario de apreciación Subjetiva de Funciones Ejecutivas BRIEF. |
| Apreciación Subjetiva de Funciones Ejecutivas, índice de regulación conductual | Intervalar | Índice de regulación conductual de la Escala BRIEF. |

| | | |
|---|------------|---|
| Apreciación Subjetiva de Funciones Ejecutivas, índice metacognitivo | | Puntaje total de las escalas que conforman el índice de regulación conductual: Inhibición, cambio, control emocional, monitorización/iniciativa. |
| | Intervalar | Índice metacognitivo de la Escala BRIEF. Puntaje total de las escalas que conforman el índice metacognitivo. Memoria de trabajo, planificación y organización, organización de materiales y automonitoreo/finalización de tareas. |
| Impulsividad | Intervalar | Escala de Impulsividad de Plutchik. |
| Adversidad Psicosocial | Nominal | Presencia o ausencia de cada uno de los 16 componentes de la escala: si/no familia extensa, si/no disfunción familiar, si/no padres separados, si/no pleitos o discusiones familiares, si/no agresividad física familiar, si/no hacinamiento, si/no psicopatología en madre y/o padre, si/no nivel de escolaridad básico de los padres si/no historia de problemas legales, si/no historia de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, si/no edad menor a 20 años de los padres al nacimiento del/la participante. |

6.5 Procedimiento

6.5.1 Previo a contingencia por COVID-19:

Los pacientes fueron captados en la consulta externa de la clínica de Adolescencia del INPRFM. Aquellos pacientes que contaron con la evaluación de la entrevista de BPRS realizada por el médico experto de la clínica fueron potenciales candidatos, a quienes el investigador a cargo explicó el objetivo y las características del estudio. Aquellos que aceptaron participar, firmaron asentimiento y consentimiento informado. Posteriormente, se les aplicaron las siguientes escalas: Escala de Empatía Básica (autoreporte y reporte de padres), Inventario de EPL (autoreporte y reporte de padres), Escala de apreciación subjetiva de funciones ejecutivas BRIEF (autoreporte y reporte de padres) y Escala de Impulsividad de Plutchik (autoreporte). Además, se aplicó tanto al padre/tutor como al participante, el apartado de EPL de la entrevista K-SADSPL 5 para confirmación categórica del especificador y se aplicó también el reporte de datos sociodemográficos y la CEDA-Social para evaluación de adversidad psicosocial. De forma inmediata se analizó el resultado de la entrevista BPRS de confirmación diagnóstica del participante en el expediente clínico. Con base al resultado de la entrevista K-SADSPL 5 se dividió a la población en dos grupos, aquellos que contaron con el especificador de EPL (que cumplieron dos o más de los cuatro criterios en los últimos 6 meses) y aquellos que no contaron con el especificador. El tiempo calculado de aplicación consistió en 50 a 60 minutos por participante y su padre/tutor, desglosado de la siguiente manera:

Inventario de EPL: 5-10 minutos.

Escala de Empatía Básica: 5-10 minutos.

Escala de Impulsividad de Plutchik: 5 minutos.

Inventario de Evaluación Subjetiva de Funcionamiento Ejecutivo (BRIEF): 15-20 minutos.

Apartado de EPL de K-SADSPL 5: 5 minutos.

Reporte de Datos Sociodemográficos y CEDA-Social: 10 minutos.

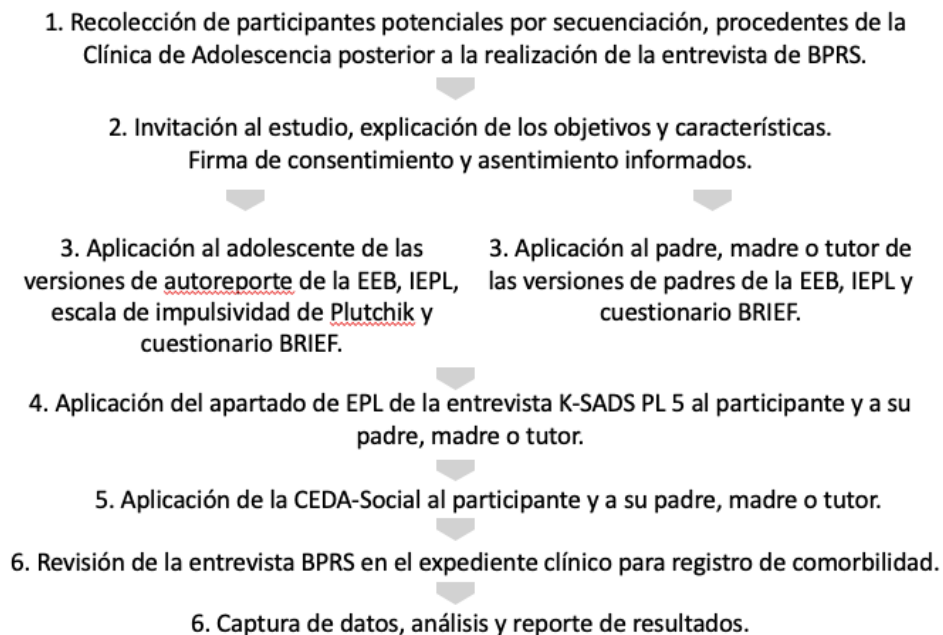
6.5.2 En contingencia por COVID-19:

Los potenciales participantes fueron aquellos pacientes atendidos en la consulta externa presencial o a distancia de la Clínica de Adolescentes a quienes el médico tratante invitó al estudio y proporcionó los datos de contacto de la investigadora mediante tarjetas o verbalmente. Aquellos pacientes que contactaron a la investigadora por medio de llamada telefónica, mensaje de texto o correo electrónico fueron invitados a participar en el estudio, explicándoseles los objetivos del mismo y otorgando su consentimiento por escrito, en mensaje de texto o en mensaje de voz. Una vez otorgado el consentimiento se les hizo envío de un enlace al cual acceder de forma digital para la resolución a distancia de los instrumentos adaptados con dicho fin.

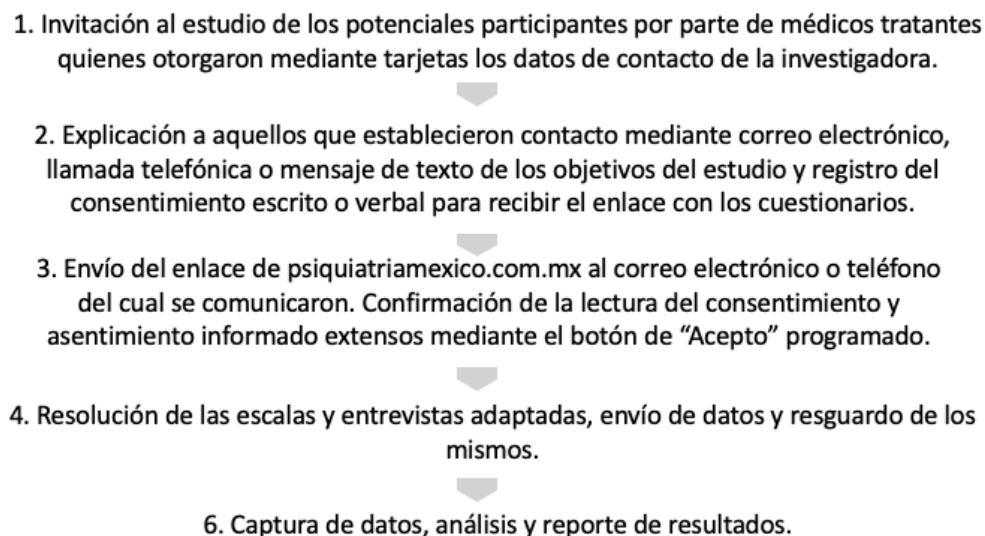
Al mismo correo electrónico o teléfono por el cual se estableció el contacto, se les envió la liga de *psiquiatriamexico.com.mx* en la cual, en la parte inicial, se desplegó el documento formal de consentimiento y asentimiento informado, en el que se explicó de forma más extensa, los objetivos del estudio, el riesgo y los beneficios de la participación, el manejo de datos y los datos de contacto del equipo de investigación. Los participantes adultos tuvieron que oprimir en el botón de "Acepto" entre las opciones para desplegar el párrafo de asentimiento del participante adolescente, quien también tuvo que oprimir en otro botón de "Acepto" entre las opciones, para que se mostrara el enlace que les permitió acceder a los cuestionarios. Todas las escalas y entrevistas se adaptaron para responderse en un solo momento. El tiempo calculado de aplicación fue de 60 a 90 minutos por participante.

6.6 Diagrama de flujo

Fase previa a contingencia



En contingencia por COVID- 19



7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (DE) para las variables continuas. Como pruebas de hipótesis en la comparación de los pacientes con y sin EPL se utilizó la prueba de Chi cuadrada para el contraste de variables categóricas y la prueba U de Mann Whitney para el contraste de las variables continuas (se presentan los resultados con la media, desviación estándar, D.E. y la mediana o los rangos promedios). El nivel de significancia estadística se fijó en una $p \leq 0.05$. Todos los análisis fueron realizados con el programa estadístico SPSS V. 21.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

EL riesgo del estudio fue igual al mínimo. La posibilidad de complicaciones relacionadas con este procedimiento fue mínima. El paciente y su familiar responsable contaron con los números telefónicos para contactar al investigador y se le informó sobre el horario de atención del servicio de Atención Psiquiátrica Continua de nuestra institución para la atención de cualquier eventualidad. Antes del ingreso a este proyecto de investigación, el paciente y su familiar responsable tuvieron oportunidad de discutir con el investigador clínico el documento de consentimiento y asentimiento informado, del cual, a su vez, una vez firmado se les hizo entrega de una copia.

Con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud, Título segundo: De los aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos:

Art. 16. Se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación.

Art. 17. Riesgo del estudio igual al mínimo. Posibilidad de complicaciones mínima.

Art 19. Se informó el horario de atención de APC para cualquier eventualidad.

Art 21, 22. Previo al estudio se discutió con el paciente y sus padres el documento de consentimiento informado, el cual, en la captura presencial, requirió firma de ambos, de dos testigos y del investigador y se entregó de 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. La enmienda con la modificación del procedimiento de captura debido a contingencia se aprobó el día 27 de octubre de 2020, donde se autorizó la realización de evaluaciones por vía remota de aquellos participantes que estuvieran interesados en participar en el estudio y contactaran a la investigadora principal.

9. RESULTADOS.

Debido a las condiciones establecidas por el Gobierno Federal secundario a la pandemia por COVID-19 no se logró el cumplimiento del reclutamiento del número pacientes esperado para la tesis. En el período comprendido de finales de marzo del 2020 al 18 de enero del 2021, se limitó o incluso, se prohibió el acceso a los estudiantes de posgrado el acceso al servicio de la Consulta Externa donde se realizaba el reclutamiento de sujetos. De esta forma, se presentan los resultados del total de sujetos que pudieron ser reclutados para la realización del presente estudio y poder finalizar la realización de la Maestría en Ciencias Médicas.

Del 20 de octubre de 2019 al 18 de enero del 2021 capturaron 42 pacientes, de los cuales 6 se excluyeron debido a no completar las escalas en su totalidad y 4 debido a no contar con los diagnósticos obtenidos en la entrevista del BPRS registrados en el expediente clínico. Es importante mencionar que ningún paciente de la muestra se obtuvo mediante la estrategia de captura a distancia.

9.1 Características demográficas y clínicas de la muestra

De los 32 participantes reclutados, la mayoría fueron mujeres (71.9%, n=23) y el 28.1% (n=9) restante hombres con una edad promedio de 16.59 años (DE=1.29) y una media de escolaridad de 10.5 años (D.E.= 1.6), equivalente al primer año de

estudios de bachillerato. La mayoría de los participantes (81.3%, n=26) no contaban con años escolares repetidos o perdidos, y, de aquellos que habían recurrido algún año escolar, 4 participantes (12.5%) habían recurrido un año, 1 participante recurrió dos años (3.1%) y uno más recurrió dos años (3.1%). El nivel socioeconómico se redistribuyó en tres niveles basados en aquellos asignados por Trabajo Social (nivel bajo= niveles 1 y 2, nivel medio= niveles 3 y 4, nivel alto= niveles 5 y 6).

Los datos con las características generales sociodemográficas restantes de la muestra se muestran en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra total.

| N=32 | | | |
|------------------------------|-----------|--------------|---------|
| Variable | | n | % |
| Sexo | masculino | 9 | 28.1 |
| | femenino | 23 | 71.9 |
| Ocupación madre | empleo | 22 | 68.8 |
| | hogar | 9 | 28.1 |
| | desempleo | 1 | 3.1 |
| Ocupación padre ^a | empleo | 27 | 84.4 |
| | desempleo | 3 | 9.4 |
| Nivel socioeconómico | bajo | 10 | 31.2 |
| | medio | 19 | 68.7 |
| | alto | 3 | 9.4 |
| Años escolares repetidos | | 6 | 18.8 |
| | | Media (D.E.) | Mediana |
| Edad | | 16.5 (1.2) | 17.0 |
| Escolaridad | | 10.5 (1.6) | 11.0 |
| Edad madre | | 47.1 (7.2) | 46.0 |
| Edad padre ^a | | 48.4 (8.0) | 48.0 |

^aBasado en n=30.

En cuanto a las características clínicas, los participantes reportaron que la edad de inicio del padecimiento fue a los 12.7 años (D.E.= 2.6) con un tiempo de evolución promedio de 203.8 semanas (D.E.=127.8), equivalente a 3 años. El 87.5 % (n=28) se encontraban bajo tratamiento farmacológico al momento del estudio. Las principales características clínicas restantes se muestran en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Características clínicas de la muestra total.

| N=32 Variable | n | % |
|--|-------------------------|-------------------------------------|
| Con tratamiento farmacológico | 28 | 87.5 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos^b • Estimulantes^b • Antipsicóticos^b • Anticonvulsivos^b • Otros^b | 25 12 3 1 6 | 89.3 42.9 10.7 3.6 21.4 |
| | Media (D.E.) | Mediana |
| Edad inicio padecimiento | 12.7 (2.6) | 12.5 |
| Evolución del padecimiento (semanas) | 203.8 (127.8) | 156.0 |
| DENT (semanas) | 144.3 (130.0) | 104.0 |
| Duración del tratamiento farmacológico (semanas) ^b | 67.0 (38.2) | 52.0 |
| Número total de adversidades | 3.6 (2.1) | 4.0 |
| Número total de diagnósticos psiquiátricos | 4.0 (1.4) | 4.0 |

^bBasado en n=28. DENT= Duración de la enfermedad no tratada

Dentro de los criterios específicos del apartado de la entrevista K-SADS-PL 5 para el establecimiento del diagnóstico de EPL, el criterio más prevalente entre los pacientes incluidos fue el criterio 4, el cual corresponde a afecto superficial o empalagoso (37.5%, n=12) al igual que el criterio 3 que corresponde a falta de preocupación por el desempeño, (37.5%, n=12), seguido del criterio 2 el cual corresponde a falta de empatía (28.1%, n=9) y finalmente el criterio 1 que corresponde a falta de culpa o remordimiento (21.9%, n=9). Según el resultado categórico del K-SADS-PL 5 se dividió a la muestra entre aquellos con EPL (37.5%, n=12) y sin EPL (62.5%, n=20). Al comparar los criterios específicos entre ambos grupos, el criterio más frecuentemente reportado en el grupo con EPL fue el 4 (83.3%, n=10) seguido del criterio 3 (75.0%, n=9), el criterio 2 (58.3%, n=7) y el criterio 1 (50.0%, n=6).

Al comparar las principales características demográficas y clínicas entre pacientes con y sin EPL se observó diferencia en la variable del sexo, siendo mayor la presencia de EPL en los hombres que en las mujeres ($p=0.03$) así como en la variable de número total de diagnósticos psiquiátricos, siendo mayor la presencia de EPL en los adolescentes con más diagnósticos psiquiátricos ($p=0.009$). Las demás variables sociodemográficas y clínicas evaluadas fueron similares entre ambos grupos (ver **Tabla 3**).

Tabla 3. Características demográficas y clínicas entre pacientes con y sin EPL.

| Demográficos | Sin EPL n=20 | | Con EPL n=12 | | Estadística |
|---|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------------------|
| | n | % | n | % | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 3 | 15.0 | 6 | 50.0 | $\chi^2=4.5$, 1 gl, p=0.03 |
| Femenino | 17 | 85.0 | 6 | 50.0 | |
| Ocupación madre | | | | | |
| Desempleo | 1 | 5.0 | - | - | $\chi^2=0.7$, 2 gl, p=0.67 |
| Hogar | 5 | 25.0 | 4 | 33.3 | |
| Empleo | 14 | 70.0 | 8 | 66.7 | |
| Ocupación padre ^a | | | | | |
| Desempleo | 2 | 10.5 | 1 | 9.1 | $\chi^2=0.01$, 1 gl, p=0.90 |
| Empleo | 17 | 89.5 | 10 | 90.9 | |
| Nivel socioeconómico | | | | | |
| Bajo | 13 | 65.0 | 9 | 75.0 | $\chi^2=0.3$, 1 gl, p=0.55 |
| Medio/Alto | 7 | 35.0 | 3 | 25.0 | |
| Años escolares repetidos | | | | | |
| No | 17 | 85.0 | 9 | 75.0 | $\chi^2=0.4$, 1 gl, p=0.48 |
| Si | 3 | 15.0 | 3 | 25.0 | |
| Con tratamiento farmacológico | 18 | 90.0 | 10 | 83.3 | $\chi^2=0.3$, 1 gl, p=0.58 |
| • Antidepresivos ^b | 15 | 83.3 | 10 | 100.0 | $\chi^2=1.8$, 1 gl, p=0.17 |
| • Estimulantes ^b | 7 | 38.9 | 5 | 50.0 | $\chi^2=0.3$, 1 gl, p=0.56 |
| • Antipsicóticos ^b | 2 | 11.1 | 1 | 10.0 | $\chi^2=0.08$, 1 gl, p=0.92 |
| • Anticonvulsivos ^b | - | - | 1 | 10.0 | $\chi^2=1.8$, 1 gl, p=0.17 |
| • Otros ^b | 5 | 27.8 | 1 | 10.0 | $\chi^2=1.2$, 1 gl, p=0.27 |
| | Media (D.E) | Rango promedio | Media (D.E) | Rango promedio | Estadística |
| Edad | 16.6 (1.3) | 16.6 | 16.5 (1.2) | 16.2 | U=117.5, p=0.92 |
| Escolaridad | 10.8 (1.8) | 18.1 | 10.1 (1.3) | 13.7 | U=86.5, p=0.19 |
| Edad Madre (años) | 47.9 (8.3) | 16.5 | 47.3 (5.1) | 16.4 | U=119.0, p=0.98 |
| Edad Padre ^a (años) | 49.0 (9.1) | 16.1 | 47.3 (6.0) | 14.3 | U=92.0, p=0.61 |
| Edad inicio padecimiento (años) | 13.1 (2.5) | 17.7 | 12.1 (2.7) | 14.4 | U=95.5, p=0.34 |
| Evolución (semanas) | 185.5 (112.5) | 15.3 | 234.4 (150.1) | 18.5 | U=96.0, p=0.36 |
| DENT (semanas) | 126.8 (111.2) | 15.4 | 173.5 (157.4) | 18.2 | U=98.5, p=0.40 |
| Duración del tx. farmacológico(sem) | 63.8 (44.6) | 13.1 | 72.8 (23.8) | 17.0 | U=65.0, p=0.24 |
| Número total de adversidades | 3.4 (2.3) | 15.8 | 4.0 (1.9) | 17.5 | U=107.0, p=0.6 |
| Número total de diagnósticos psiquiátricos | 3.5 (1.4) | 13.2 | 4.8 (0.9) | 22.0 | U= 54.0, p=0.009 |

χ^2 = Chi cuadrada, U= U de Mann Whitney, gl= grados de libertad, DENT= Duración de la enfermedad no tratada. ^aBasado en n=30; ^bBasado en n=28.

De forma adicional a las variables clínicas evaluados, se determinó la presencia de trastornos mentales de la muestra mediante la entrevista BPRS. En la **Tabla 4** se muestra la distribución de los principales diagnósticos evaluados, así como la comparación entre pacientes con y sin EPL.

Un mayor número de pacientes con EPL reportaron los diagnósticos de trastorno oposicionista desafiante, trastorno de conducta, trastorno explosivo intermitente y, una tendencia a la significancia con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Aun cuando no se presentaron diferencias entre grupos en los diagnósticos restantes, es importante resaltar que la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada fueron los diagnósticos más frecuentes de los pacientes incluidos en el estudio.

Tabla 4. Datos clínicos de comorbilidad totales y comparativos entre grupos con y sin EPL.

| | Todos n=32 | | Sin EPL n=20 | | Con EPL n=12 | | Estadística |
|---|---------------|------|-----------------|------|-----------------|------|------------------------------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| BPRS | | | | | | | |
| T. Oposicionista desafiante | 15 | 46.9 | 6 | 30.0 | 9 | 75.0 | $X^2= 6.0, 1 \text{ gl}, p=0.01$ |
| T. Conducta | 5 | 15.6 | - | - | 5 | 41.7 | $X^2= 9.8, 1 \text{ gl}, p= 0.002$ |
| T. Explosivo Intermitente | 7 | 21.9 | 2 | 10.0 | 5 | 41.7 | $X^2= 4.4, 1 \text{ gl}, p= 0.03$ |
| T. Depresivo Mayor | 27 | 84.4 | 17 | 85.0 | 10 | 83.3 | $X^2= 0.01, 1 \text{ gl}, p=0.90$ |
| Conductas autolesivas no suicidas | 1 | 3.1 | - | - | 1 | 8.3 | $X^2= 1.7, 1 \text{ gl}, p=0.19$ |
| T. por déficit de atención con hiperactividad | 18 | 56.3 | 9 | 45.0 | 9 | 75.0 | $X^2= 2.7, 1 \text{ gl}, p= 0.09$ |
| T. Pánico | 9 | 28.1 | 6 | 30.0 | 3 | 25.0 | $X^2= 0.09, 1 \text{ gl}, p=0.76$ |
| T. Ansiedad Generalizada | 19 | 59.4 | 13 | 65.0 | 6 | 50.0 | $X^2= 0.7, 1 \text{ gl}, p=0.40$ |
| T. Ansiedad Social | 8 | 25.0 | 7 | 35.0 | 1 | 8.3 | $X^2= 2.8, 1 \text{ gl}, p= 0.09$ |
| Fobia Específica | 6 | 18.8 | 3 | 15.0 | 3 | 25.0 | $X^2= 0.4, 1 \text{ gl}, p=0.48$ |
| T. Estrés postraumático | 2 | 6.3 | 1 | 5.0 | 1 | 8.3 | $X^2= 0.1, 1 \text{ gl}, p=0.70$ |
| T. Obsesivo Compulsivo | 1 | 3.1 | 1 | 5.0 | - | - | $X^2= 0.6, 1 \text{ gl}, p=0.43$ |
| T. por Uso de Sustancias | 9 | 28.1 | 5 | 25.0 | 4 | 33.3 | $X^2= 0.2, 1 \text{ gl}, p=0.61$ |

X^2 = Chi cuadrada, gl= grados de libertad.

9.2 Evaluación de la gravedad de las EPL, empatía e impulsividad

Tanto la empatía como la gravedad de las EPL fueron evaluados en el paciente como en sus padres, mientras que la impulsividad fue solo evaluada en los

pacientes. Los pacientes con EPL reportan mayores puntajes en la versión de autoreporte y la versión para padres del EPL, así como una tendencia a reportar mayores puntajes en ambas versiones en los Factores 1 (respuesta empática limitada) y 2 (despreocupación por el desempeño y las relaciones interpersonales). De la misma forma, los pacientes con EPL reportaron una mayor impulsividad en contraste con los pacientes sin EPL. No se observaron diferencias en cuanto a la evaluación de la empatía (ver **Tabla 5**).

Tabla 5. Datos clínicos de nivel de empatía, gravedad de EPL e impulsividad totales y comparativos entre grupos con y sin EPL

| | Todos n=32 | | Sin EPL n=20 | | Con EPL n=12 | | Estadística |
|---------------------------------|-----------------|---------|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|-----------------|
| | Media (D.E.) | Mediana | Media (D.E.) | Rangos promedio | Media (D.E.) | Rangos promedio | |
| Escala de Empatía Básica | | | | | | | |
| Autoreporte Total | 3.3 (0.4) | 3.3 | 3.4 (0.4) | 17.3 | 3.2 (0.5) | 15.0 | U=102.5, p=0.50 |
| Autoreporte Sub afectiva | 3.0 (0.6) | 3.0 | 3.1 (0.6) | 17.1 | 2.9 (0.6) | 15.4 | U=107.0, p=0.63 |
| Autoreporte Sub cognitiva | 3.6 (0.5) | 3.6 | 3.7 (0.5) | 17.7 | 3.5 (0.5) | 14.5 | U=96.0, p=0.36 |
| Reporte padres Total | 3.5 (0.4) | 3.4 | 3.5 (0.4) | 15.5 | 3.5 (0.5) | 18.3 | U=100.5, p=0.45 |
| Reporte padres Sub afectiva | 3.4 (0.6) | 3.3 | 3.3 (0.6) | 15.5 | 3.5 (0.6) | 18.1 | U=97.5, p=0.38 |
| Reporte padres Sub cognitiva | 3.6 (0.5) | 3.7 | 3.6 (0.5) | 16.5 | 3.6 (0.4) | 16.5 | U=120.0, p=1.00 |
| Inventario de EPL | | | | | | | |
| Autoreporte Total | 26.1 (8.2) | 26.0 | 24.0 (6.7) | 14.1 | 29.6 (9.4) | 20.3 | U=73.5, p=0.07 |
| Autoreporte F1 | 10.6 (3.9) | 10.0 | 9.5 (3.9) | 13.6 | 12.5(3.5) | 21.2 | U=63.0, p=0.02 |
| Autoreporte F2 | 7.2 (3.9) | 7.0 | 6.1 (2.7) | 14.2 | 9.1 (4.9) | 20.2 | U=75.0, p=0.08 |
| Autoreporte F3 | 8.2 (2.8) | 8.0 | 8.4 (2.5) | 17.4 | 8.0 (3.4) | 14.9 | U=101.0, p=0.47 |
| Reporte padres Total | 27.3 (7.2) | 27.0 | 25.1 (5.0) | 13.9 | 31.0 (8.9) | 20.7 | U=69.0, p=0.04 |
| Reporte padres F1 | 10.6 (3.5) | 10.5 | 9.7 (3.0) | 14.2 | 12.1 (3.8) | 20.2 | U=75.5, p=0.08 |
| Reporte padres F2 | 8.8 (4.1) | 9.0 | 7.7 (3.2) | 14.1 | 10.6 (4.9) | 20.4 | U=73.0, p=0.07 |
| Reporte padres F3 | 7.8 (2.3) | 8.0 | 7.6 (1.8) | 16.3 | 8.2 (3.0) | 16.7 | U=116.5, p=0.89 |
| Impulsividad Plutchik | | | | | | | |
| Autoreporte Total | 20.8 (8.4) | 21.0 | 18.5 (8.0) | 13.7 | 24.6 (7.9) | 21.1 | U=64.0, p=0.02 |

U= U de Mann Whitney, F1= Factor 1 del Inventario de EPL (respuesta empática disminuida), F2= Factor 2 del Inventario de EPL (preocupación disminuida por el desempeño y las relaciones sociales), F3= Factor 3 del Inventario de EPL (respuesta afectiva alterada).

9.3 Funciones ejecutivas y Adversidad psicosocial

En cuanto a la percepción subjetiva de las funciones ejecutivas evaluadas mediante la versión de padres del cuestionario BRIEF, los padres de los pacientes con EPL

mostraron puntuaciones mayores, lo cual es equivalente a un peor desempeño el cual fue significativo, en contraste con lo reportado por los padres de pacientes sin EPL (ver **Tabla 6**). Debido a las diferencias entre grupos, en un análisis posterior se comparó el desempeño en el BRIEF por subescalas, las cuales también mostraron diferencias en el desempeño que fueron significativas en comparación con el grupo sin EPL. Ambos grupos reportaron una frecuencia similar de adversidades psicosociales, con excepción del consumo de tabaco, el cual fue ligeramente mayor en el grupo de pacientes con EPL (ver **Tabla 7**).

Tabla 6. Funciones ejecutivas entre grupos con y sin EPL

| | Todos n=32 | | Sin EPL n=20 | | Con EPL n=12 | | Estadística |
|---------------------------------|------------------|---------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|-----------------|
| | Media (D.E.) | Mediana | Media (D.E.) | Rangos promedio | Media (D.E.) | Rangos promedio | |
| Funciones ejecutivas | | | | | | | |
| BRIEF – Total | 60.6 (11.2) | 61.6 | 56.6 (12.0) | 12.5 | 67.4 (5.5) | 23.0 | U=41.0, p=0.001 |
| BRIEF -Regulación conductual | 60.4 (12.1) | 61.7 | 56.5 (12.0) | 13.2 | 66.9 (9.5) | 21.8 | U=55.5, p=0.01 |
| BRIEF -Metacognición | 60.0 (10.8) | 61.7 | 56.4 (12.0) | 12.7 | 65.9 (3.9) | 22.7 | U=45.5, p=0.003 |
| -Sub inhibición | 57.13 (13.85) | 53.27 | 53.61 (13.88) | 13.65 | 63.0 (12.16) | 21.25 | U=63.0, p=0.026 |
| -Sub cambio | 63.07 (11.77) | 63.09 | 59.91 (10.54) | 13.90 | 68.33 (12.25) | 20.83 | U=68.0, p=0.044 |
| -Sub control emocional | 57.85 (11.69) | 56.13 | 54.21 (11.09) | 13.50 | 63.91 (10.43) | 21.50 | U=60.0, p=0.019 |
| -Sub iniciativa | 57.50 (11.33) | 58.67 | 54.63 (12.79) | 13.70 | 62.26 (6.31) | 21.17 | U=64.0, p=0.029 |
| -Sub memoria trabajo | 61.42 (12.57) | 61.06 | 57.61 (13.43) | 13.65 | 67.77 (7.96) | 21.25 | U=63.0, p=0.026 |
| -Sub planeación/organización | 60.06 (11.59) | 61.91 | 56.72 (12.75) | 13.63 | 65.61 (6.64) | 21.29 | U=62.5, p=0.024 |
| -Sub automonitoreo | 55.69 (10.72) | 55.19 | 52.61 (11.54) | 13.55 | 60.83 (6.91) | 21.42 | U=61.0, p=0.021 |
| -Sub organización de materiales | 55.64 (9.09) | 55.61 | 53.02 (9.02) | 13.90 | 60.01 (7.68) | 20.83 | U=68.0, p=0.044 |

U= U de Mann Whitney.

Tabla 7. Adversidad psicosocial entre grupos con y sin EPL.

| | Todos n=32 | | Sin EPL n=20 | | Con EPL n=12 | | Estadística |
|-----------------------------------|-----------------|---------|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------|
| | Media (D.E.) | Mediana | Media (D.E.) | Rangos promedio | Media (D.E.) | Rangos promedio | |
| CEDA-Social | | | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Disfunción familiar | 16 | 50 | 8 | 40 | 8 | 66.7 | $\chi^2=2.1$, 1 gl, p=0.14 |
| Padres separados | 19 | 59.4 | 12 | 60 | 7 | 58.3 | $\chi^2=0.009$, 1 gl, p=0.92 |
| Discusiones entre los padres | 8 | 25 | 4 | 20 | 4 | 33.3 | $\chi^2=0.7$, 1 gl, p=0.39 |
| Peleas físicas entre los padres | 1 | 3.1 | 1 | 5.0 | - | - | $\chi^2=0.6$, 1 gl, p=0.43 |
| Hacinamiento | 2 | 6.3 | 2 | 10 | - | - | $\chi^2=1.2$, 1 gl, p=0.25 |
| Psicopatología de la madre | 6 | 18.8 | 3 | 15.0 | 3 | 25.0 | $\chi^2=0.4$, 1 gl, p=0.48 |
| Psicopatología del padre | 2 | 6.3 | 1 | 5.0 | 1 | 8.3 | $\chi^2=0.1$, 1 gl, p=0.70 |
| Escolaridad básica madre | 13 | 40.6 | 9 | 45 | 4 | 33.3 | $\chi^2=0.4$, 1 gl, p=0.51 |
| Escolaridad básica padre | 14 | 43.8 | 8 | 40 | 6 | 50 | $\chi^2=0.3$, 1 gl, p=0.58 |
| Antecedentes legales padres | 5 | 15.6 | 3 | 15.0 | 2 | 16.7 | $\chi^2=0.01$, 1 gl, p=0.90 |
| Consumo de alcohol padres | 13 | 40.6 | 7 | 35.0 | 6 | 50.0 | $\chi^2=0.7$, 1 gl, p=0.40 |
| Consumo de tabaco padres | 12 | 37.5 | 5 | 25.0 | 7 | 58.3 | $\chi^2=3.5$, 1 gl, p=0.06 |
| Consumo de sustancias padres | 1 | 3.1 | 1 | 5.0 | - | - | $\chi^2=0.6$, 1 gl, p=0.43 |
| Edad al nacimiento <20 años madre | 2 | 6.3 | 2 | 10.0 | - | - | $\chi^2=1.2$, 1 gl, p=0.25 |
| Edad al nacimiento <20 años padre | 3 | 9.4 | 3 | 15.0 | - | - | $\chi^2=1.9$, 1 gl, p=0.15 |

χ^2 = Chi cuadrada, gl= grados de libertad.

10. DISCUSIÓN

Los objetivos del presente estudio se centraron en describir variables demográficas, variables clínicas centradas en el perfil de empatía, el nivel de impulsividad, la comorbilidad psiquiátrica y el perfil ejecutivo subjetivo, así como la presencia de adversidad psicosocial en pacientes adolescentes con el especificador de EPL de un hospital psiquiátrico en la Ciudad de México y comparar dichas variables con pacientes adolescentes sin el especificador. Dentro de las variables demográficas,

aquella que resultó más relevante fue la baja proporción de hombres en el grupo de pacientes sin el especificador de EPL (15%) y cómo esta se incrementa en el grupo con el especificador de EPL (50%).

Se ha documentado que la relación de EPL con el sexo masculino pudiera deberse a que la mayoría de los estudios que han analizado variables asociadas al comportamiento antisocial y agresivo se han realizado en población masculina debido a las mayores tasas de conducta criminal, delincuencia o conducta agresiva en este sexo (82). Estos hallazgos fueron considerados en el proceso de validación diagnóstica del TC de forma que, algunos criterios diagnósticos comprenden conductas más comúnmente observadas en hombres, por ejemplo, la agresión física (83, 84), lo cual introduce un sesgo diagnóstico y cuestiona la sensibilidad de los criterios a la población femenina.

Otros grupos han propuesto que las diferencias observadas tanto en la prevalencia del TC como de las EPL entre ambos sexos representan diferencias reales basadas en experiencias socioculturales y de desarrollo biológico y genético (85, 86). Algunas de las hipótesis que tratan de fundamentar estas diferencias sostienen que existen correlatos neuroanatómicos relacionados con EPL, consistentes en el volumen de la ínsula anterior, así como disminución en la respuesta de la amígdala a expresiones de miedo, que son específicos para población masculina (87, 88). Estos resultados son debatibles en el sentido de que no hay suficiente evidencia longitudinal que resuelva si las diferencias neuroanatómicas descritas son explicadas por las diferencias en el desarrollo y maduración cerebral entre sexos o propias de la condición psicopatológica (87, 89).

En los estudios de adolescentes con población mixta, similares al actual, las mujeres normalmente han puntuado más bajo en la gravedad de EPL, mostrando menor comportamiento antisocial y prevalencia de TC, así como un mayor puntaje en sintomatología internalizada (90). Dista de los objetivos del actual estudio comparar las características entre población masculina y femenina, además de que, debido a la escasa cantidad de participantes de sexo masculino, los resultados carecerían de validez, sin embargo, la tendencia actual en el estudio de las EPL sugiere la

realización de estudios en población mixta para delimitar más adecuadamente el perfil de comportamiento agresivo tanto en hombres como en mujeres y mejorar la sensibilidad de los criterios diagnósticos.

En relación con la evaluación dimensional de la gravedad de las EPL, hubo concordancia entre los pacientes con EPL y los puntajes del IEPL. Las diferencias con aquellos participantes sin EPL fueron relevantes en el puntaje global del autoreporte y el reporte de padres, así como para los factores 1 (insensible o con disminución de la respuesta empática) y 2 (indiferente o con falta de preocupación por el desempeño y las relaciones interpersonales) del Inventario. No hubo diferencias en el factor 3 (sin emociones o con respuesta emocional alterada o disminuida), el cual está compuesto únicamente por 5 de los 24 reactivos de la escala. Diversos estudios han cuestionado y revalidado la utilidad y consistencia del IEPL, incluso en estudios de meta-análisis, concluyéndose que este factor es el que menor correlaciona con los dos primeros de forma independiente, así como el que manifiesta menor asociación con otros instrumentos utilizados para medir psicopatía, y casi nula asociación con instrumentos que evaluaron síntomas conductuales y psicológicos de la dimensión externalizada y de las EPL (91). Algunos de los motivos analizados que pudieran ser relevantes en el estudio actual es que la redacción de los reactivos que evalúan dicho factor pudiera estar más asociados a la manifestación externa de las emociones que al análisis del contenido emocional en sí, por ejemplo el reactivo 1 el cual enuncia: *Expreso abiertamente mis sentimientos*, o el reactivo 6 que enuncia: *Oculto mis emociones a los demás*, pudiera interpretarse por los participantes como situaciones asociadas a estados de aislamiento, anhedonia o timidez propias de la de la dimensión internalizada, más que la hiporreactividad emocional específica de las EPL.

En cuanto a la comorbilidad relacionada con la presencia de EPL, los resultados del actual estudio son similares a hallazgos previos, particularmente con los trastornos de la dimensión externalizada, TDAH y en el número total de diagnósticos (22, 23). Algunas características llamativas de la muestra es que todos los pacientes con diagnóstico de TC presentaron el especificador de EPL, lo cual evita que los

resultados puedan extrapolarse a otros pacientes con TC sin EPL. La comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor y el TC se había descrito previamente en un estudio longitudinal que evaluó a los participantes desde los 8 hasta los 15 años. Los resultados mostraron, al final del seguimiento, que la comorbilidad heterotípica con Trastorno Depresivo entre aquellos participantes que iniciaron únicamente con TC, fue equivalente a la comorbilidad de aquellos que iniciaron el seguimiento con ambos diagnósticos, lo cual les permite concluir que el TC en la infancia puede predecir la presencia de Trastorno depresivo en la adolescencia, si bien no a la inversa (92). Aunque la metodología transversal del estudio actual no nos permite conocer la trayectoria de los diagnósticos, está claro que la comorbilidad en la adolescencia entre el TC y el Trastorno Depresivo es un fenómeno frecuente, tal como se muestra en los resultados.

En relación con los síntomas ansiosos, se han descrito dos variantes de pacientes con EPL, aquellos que presentan comorbilidad con altos niveles de ansiedad, en los cuales se ha visto una mayor asociación con exposición a factores de adversidad, eventos traumáticos y conductas de riesgo, así como conducta suicida y conductas sexuales de riesgo; y aquellos con EPL y bajos niveles de ansiedad, los cuales se han asociado con una mayor influencia genética en el desarrollo de los déficit cognitivos y de procesamiento emocional (93, 94). Estos resultados han llegado a considerar a la ansiedad como un factor mediador en la manifestación de impulsividad y desregulación emocional (95) y un probable indicador de exposición a eventos negativos de la vida (96) en los pacientes con EPL. Nuestros hallazgos muestran similitud en la prevalencia entre grupos de la mayoría de los trastornos ansiosos, a excepción del Trastorno de ansiedad social. Considerando que se trata de una muestra clínica, en la que se espera que exista alta prevalencia de síntomas o trastornos del espectro ansioso, este hallazgo probablemente colocaría al grupo de EPL en aquél con mayor nivel de ansiedad, manifestaciones conductuales más heterogéneas, mayor exposición a conductas de riesgo, así como mayor hostilidad, agresión reactiva e impulsividad. A pesar de que esta conclusión es deductiva concuerda con algunos de los resultados de los otros instrumentos, la población clínica de la cual proviene la muestra y la predominancia femenina en la cual se ha

observado esta asociación (94).

En relación con las EPL y el perfil de empatía, acorde con nuestra hipótesis esperábamos encontrar disminución en el puntaje de empatía afectiva en el grupo con EPL en comparación con los adolescentes sin EPL. Dicho hallazgo fue documentado en la misma población, en un estudio previo con una muestra de 49 participantes con EPL, en el cual se observó que la mayoría de los participantes de sexo masculino puntuaron debajo de la mediana en el subtipo afectivo de la EEB y sobre la mediana en el subtipo cognitivo, tanto en la versión de autoreporte como en la versión de reporte de padres (97). De forma consistente, múltiples estudios han encontrado asociación entre las EPL y alteraciones en empatía afectiva, con resultados que demuestran que niños y adolescentes con callo emocional tienen dificultades en el reconocimiento de expresiones faciales de miedo y tristeza (98) así como menor puntaje en cuestionarios que indagan de forma aproximada la preocupación por el malestar o las emociones ajenas (16, 45). A pesar de la evidencia que avala alteraciones en el perfil de empatía en adolescentes con EPL, nuestros resultados no muestran diferencias en la comparación con adolescentes sin EPL. Dichos resultados pudieran deberse a la poca cantidad de participantes, así como al hecho de que la muestra proviene de población clínica con otras condiciones psicopatológicas que se han asociado también con alteraciones en la empatía afectiva y cognitiva. Se ha descrito, por ejemplo, que la presencia de baja autoestima correlaciona de forma negativa con empatía afectiva (99), que el TDAH, muestra patrones contradictorios con algunos reportes que mencionan menor empatía situacional (100) y otro que reportan mayor empatía afectiva (101). También se ha visto que los síntomas depresivos, se asocian a mayor empatía afectiva y cognitiva (102) y que el TC sin EPL, presenta también problemas en la identificación de las emociones y empatía afectiva, (103). Por otro lado, la mayor impulsividad del grupo con EPL observada en esta muestra puede condicionar, como se ha descrito previamente, que el grupo estudiado pertenezca a aquél con mayor reactividad emocional y un patrón conductual con mayor agresión reactiva y que las deficiencias en empatía afectiva sean menos marcadas (35).

Mucho se ha descrito acerca del perfil cognitivo de las EPL, identificándose de forma particular las características de insensibilidad al castigo o las consecuencias, insensibilidad a la recompensa, alteración en la toma de decisiones y mayor desviación en los valores o metas apreciadas en el contexto social (90). Sin embargo, como se mencionó en los antecedentes, los estudios recientes se han enfocado en analizar un perfil cognitivo de los pacientes con EPL que difiere en algunas características de aquel encontrado en los pacientes con Trastornos de la Conducta Disruptiva (54, 104). Las diferencias entre grupos con y sin EPL en el instrumento utilizado para evaluar la apreciación subjetiva de las funciones ejecutivas (BRIEF) en el actual estudio fueron significativas tanto en el puntaje global de la escala como en el índice metacognitivo y el índice de regulación conductual, así como en cada una de las 8 subescalas que integran el cuestionario. Es importante analizar si estas diferencias pudieran explicarse por el hecho de que, en el grupo de los pacientes con EPL hay una mayor proporción de pacientes con Trastornos de la Conducta Disruptiva así como TDAH, ya que existe evidencia de que estos pacientes también han manifestado alteraciones en la percepción subjetiva de funciones ejecutivas con el mismo instrumento (63, 105). En este aspecto, es importante considerar que, a pesar de los resultados, no se puede concluir únicamente en base al BRIEF que el grupo con TC y EPL de esta muestra presenta alteraciones en el perfil ejecutivo, ya que este instrumento consiste en una aproximación con limitaciones propias. En primer lugar, el hecho de que es un cuestionario de reporte de padres y no una evaluación psicométrica más objetiva. Se ha descrito que la percepción de los padres acerca del funcionamiento ejecutivo de los hijos puede ser discordante según sea evaluada por el padre o por la madre, así como también, estar influida por deficiencias en la evaluación de aspectos cognitivos como la inatención que son más internos en comparación con otros aspectos más objetivos como la hiperactividad (106, 107). Otros aspectos para considerar pueden ser el estrés parental, lo cual influye en la evaluación del comportamiento externalizado y los problemas en el desempeño académico y social de los hijos, así como la propia sintomatología afectiva y posibles alteraciones en el desempeño ejecutivo de los padres (108, 109). A pesar de las limitaciones del

instrumento, la percepción del funcionamiento ejecutivo por parte de los padres en este estudio delimita de forma relevante al grupo de pacientes con EPL, en quienes sería interesante evaluar las deficiencias observadas con instrumentos psicométricos objetivos para consolidar los hallazgos y describir el perfil ejecutivo de forma más específica.

Los resultados en relación con la exposición a adversidad psicosocial tampoco muestran diferencias entre los grupos con y sin EPL, lo cual contradice la evidencia que sostiene de forma consistente que la exposición a distintos factores de adversidad durante el desarrollo impacta en la manifestación de síntomas de conducta disruptiva y el desarrollo de callo emocional (104, 110). Algunos de las adversidades descritas que fueron indagadas con la CEDA-Social consisten en la exposición a pobreza, registrado de forma indirecta mediante el nivel socioeconómico y el hacinamiento, exposición a violencia intrafamiliar, exposición a consumo de sustancias y psicopatología en los padres. Sin embargo, existen otros factores descritos que pudieran ser más específicos del grupo con EPL más allá de los factores generales de adversidad que, por tratarse de una muestra clínica, pudieran ser comunes en adolescentes con psicopatología de cualquier tipo. Algunos de los factores de adversidad más específicos que se han descrito van desde el consumo prenatal de tabaco, alcohol, drogas o exposición a estrés durante el embarazo, lo cual se ha asociado a problemas en el desarrollo cerebral de áreas asociadas con el automonitoreo y la regulación emocional y conductual (111, 112) hasta aspectos asociados con el estilo de crianza como disciplina coercitiva, inconsistente y punitiva (110) poca calidez y vinculación materna así como falta de reciprocidad emocional entre los padres y los hijos (113). Dichos factores necesitarían evaluarse más profundamente en estudios futuros para disecar aspectos de exposición ambiental propios de los pacientes con TC y EPL que los diferencien de otros adolescentes con psicopatología.

Un aspecto importante a considerar al evaluar población adolescente es que, la expectativa de desempeño ejecutivo, incluyendo aspectos como el automonitoreo, la inhibición de la conducta y la capacidad de mentalización propia del componente

cognitivo de la empatía, requieren adaptarse a la etapa de ciclo vital y neurodesarrollo de los participantes, ya que la inmadurez de la corteza prefrontal asociada a la reorganización sináptica en la pubertad, así como la influencia de los cambios hormonales, pueden condicionar alteraciones en el desempeño de estas variables que bajo una perspectiva dimensional y en la ausencia de otros indicadores, no constituyen una entidad psicopatológica (89).

Relacionado con esto, la tendencia actual en la investigación de las EPL se enfoca en delimitar, desde la perspectiva de los criterios de dominio (RDoC por sus siglas en inglés) y mediante diseños longitudinales, aspectos neuroanatómicos, neurofuncionales, genéticos, de desempeño cognitivo y conductuales relacionados con las EPL, así como la respectiva trayectoria de los mismos durante el desarrollo que permitan darle validez al constructo como un fenómeno del neurodesarrollo. Dicha perspectiva permitiría determinar aspectos susceptibles de respuesta a intervenciones psicosociales y tratamiento multidisciplinario, así como los períodos críticos en los cuales las intervenciones pudieran ser más efectivas (110). Existen diversos ensayos que tratan de aplicar estrategias enfocadas en programas de entrenamiento conductual para padres, estrategias cognitivo conductuales de identificación y manejo de emociones, entrenamiento en aprendizaje social y enfocados en la empatía, así como terapia multisistémica con resultados positivos a corto y mediano plazo tanto en el manejo de la conducta disruptiva, como de las complicaciones como pueden ser el uso de sustancias, la conducta criminal, conducta suicida y conductas de riesgo (114, 44, 115, 116). Dichos esfuerzos es necesario replicarlos en nuestra población con la intención de conocer mejor el fenómeno e intervenir en una condición psicopatológica estigmatizada que hasta hace poco tiempo se consideraba intratable y con un pronóstico sombrío de inestabilidad y conducta antisocial persistente en la vida adulta.

11. CONCLUSIONES

El especificador de EPL, aplicado actualmente al TC y TOD, presenta características neuroanatómicas y neurofuncionales, de respuesta emocional, cognitivas y de exposición ambiental específicas que lo catalogan como un

constructo estable, cuya trayectoria longitudinal lo coloca en la mira de estudios que lo analizan desde la perspectiva del neurodesarrollo y susceptible a diversas intervenciones que pueden impactar en la manifestación conductual y en el funcionamiento global. A pesar de las limitaciones en el procedimiento de captación que se presentaron en el estudio actual secundarias a la contingencia por COVID-19, algunos resultados fueron reproducibles y otorgan validez y consistencia al constructo de las EPL en nuestra población. Otros aspectos, en particular el estudio de las funciones ejecutivas y el asociado a la exposición a adversidad psicosocial, requieren profundización para poder identificar aquellas variables específicas y particulares de nuestra población que otorguen susceptibilidad a esta condición psicopatológica, así como los periodos críticos en los cuales las intervenciones preventivas pudieran ser efectivas. La investigación dirigida a este aspecto puede otorgar claridad e impactar en el pronóstico de una condición compleja con repercusiones sociales importantes en una población vulnerable como son los niños y adolescentes.

12. LIMITACIONES

Algunas de las limitaciones del estudio consistieron en el tamaño limitado de muestra que resta potencia a los resultados, la discrepancia entre la prevalencia de población masculina y femenina que limita la generalización de los resultados a ambos sexos, y otras relacionadas con aspectos propios de los instrumentos de medición, específicamente los utilizados para describir el funcionamiento ejecutivo y la adversidad psicosocial. Otras limitaciones significativas que influyen en la generalización de los resultados incluyen la población estudiada, la cual consiste en población clínica que acude a un hospital psiquiátrico de tercer nivel en la zona metropolitana. El acceso a este tipo de atención especializada en salud mental se encuentra limitado para la gran mayoría de los adolescentes en otras zonas del país o provenientes de zonas rurales, por lo que los resultados no son extrapolables a otro tipo de poblaciones clínicas, así como tampoco a población comunitaria. Aspectos metodológicos de la evaluación transversal de este estudio no permiten establecer relaciones causales entre las diferencias relevantes entre grupos ni

establecer conclusiones en base a la trayectoria de la sintomatología de las EPL y su interacción con las otras variables a través del desarrollo. Dentro de las fortalezas pudiera considerarse la presencia de un grupo comparativo y en el uso de un instrumento categórico y uno dimensional para el estudio de las EPL.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Akobirshoev, I., Parish, S., Mitra, M., & Dembo, R. (2019). Impact of medical home on health care of children with and without special health care needs: Update from the 2016 National Survey of Children's Health. *Maternal and child health journal*, 23(11), 1500-1507.
2. Perou, R., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J., Pastor, P., Ghandour, R. M., Gfroerer, J. C., & Huang, L. N. (2013). Mental health surveillance among children—United States, 2005–2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report Supplements*, CDC 62(2), 1-35.
3. de Graaf, R., Ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(2), 203-213.
4. de la Peña-Olvera, F. R. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *salud pública de méxico*, 45(S1), 124-131.
5. Velásquez, J. A. V., Icaza, M. E. M. M., Valdés, M. H., Bautista, C. M. F., Buenabad, N. G. A., & Lozano, P. B. (2005). La encuesta de Estudiantes del Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad del México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28(1), 38-51.
6. Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E. V. A., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, 36(5), 699.
7. Barker, E. D., Séguin, J. R., White, H. R., Bates, M. E., Lacourse, E., Carbonneau, R., & Tremblay, R. E. (2007). Developmental trajectories of male physical violence and theft: relations to neurocognitive performance. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 592-599.
8. Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 4, 217-246.

9. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
10. Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's International Classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 457.
11. 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. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(3), 271-282.
12. Hare, R. D. (2003). The psychopathy checklist–Revised. *Toronto, ON*, 412.
13. Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (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.
14. Hicks, B. M., & Patrick, C. J. (2006). Psychopathy and negative emotionality: analyses of suppressor effects reveal distinct relations with emotional distress, fearfulness, and anger-hostility. *Journal of abnormal psychology*, 115(2), 276.
15. Frick, P. J., Cornell, A. H., Barry, C. T., Bodin, S. D., & Dane, H. E. (2003). Callous-unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. *Journal of abnormal child psychology*, 31(4), 457-470.
16. Pardini, D. A., Lochman, J. E., & Frick, P. J. (2003). Callous/unemotional traits and social-cognitive processes in adjudicated youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 364-371.
17. Chabrol, H., van Leeuwen, N., Rodgers, R. F., & Gibbs, J. C. (2011). Relations between self-serving cognitive distortions, psychopathic traits, and antisocial behavior in a non-clinical sample of adolescents. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 887-892.
18. Pardini, D. (2011). Perceptions of social conflicts among incarcerated adolescents with callous-unemotional traits: 'You're going to pay. It's going to hurt, but I don't care.'. *Journal of child psychology and psychiatry*, 52(3), 248-255.
19. Abram, K. M., Teplin, L. A., McClelland, G. M., & Dulcan, M. K. (2003). Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of general psychiatry*, 60(11), 1097-1108.

20. Lynam, D. R., Caspi, A., Moffit, T. E., Wikström, P. O., Loeber, R., & Novak, S. (2000). The interaction between impulsivity and neighborhood context on offending: the effects of impulsivity are stronger in poorer neighborhoods. *Journal of abnormal psychology, 109*(4), 563-574.
21. Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical psychology review, 10*(1), 1-41.
22. Copeland, W. E., Miller-Johnson, S., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Childhood psychiatric disorders and young adult crime: A prospective, population-based study. *American Journal of psychiatry, 164*(11), 1668-1675.
23. Barker, E. D., Oliver, B. R., & Maughan, B. (2010). Co-occurring problems of early onset persistent, childhood limited, and adolescent onset conduct problem youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(11), 1217-1226.
24. Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and psychopathology, 13*(2), 355-375.
25. Copeland, W., Shanahan, L., Erkanli, A., Costello, E. J., & Angold, A. (2013). Indirect comorbidity in childhood and adolescence. *Frontiers in psychiatry, 4*, (144), 1-8.
26. Plutchik, R., & Van Praag, H. M. (1995). *The nature of impulsivity: Definitions, ontology, genetics, and relations to aggression*. In E. Hollander & D. J. Stein (Eds.), *Impulsivity and aggression* (p. 7–24). John Wiley & Sons.
27. Séguin, J. R., Pihl, R. O., Harden, P. W., Tremblay, R. E., & Boulerice, B. (1995). Cognitive and neuropsychological characteristics of physically aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(4), 614–624.
28. Johnstone, L., & Cooke, D. J. (2004). Psychopathic-like traits in childhood: Conceptual and measurement concerns. *Behavioral Sciences & the Law, 22*(1), 103-125.
29. Hare, R. D. (1991). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist*. Toronto: Multi-Health Systems.
30. Frick, P., & Hare, R. D. (2001). *The Antisocial Process Screening Device*. Toronto: Multi Health Systems.
31. Frick, P. J., O'Brien, B. S., Wootton, J. M., & McBurnett, K. (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of abnormal psychology, 103*(4), 700-707.

32. Frick, P. J., Bodin, S. D., & Barry, C. T. (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: Further development of the Psychopathy Screening Device. *Psychological Assessment*, 12(4), 382–393.
33. Caputo, A. A., Frick, P. J., & Brodsky, S. L. (1999). Family violence and juvenile sex offending: The potential mediating role of psychopathic traits and negative attitudes toward women. *Criminal justice and behavior*, 26(3), 338-356.
34. Frick, P. J., Wall, T. D., Barry, C. T., & Bodin, S. D. (2016). *Applying the concept of psychopathy to children: Implications for the assessment of antisocial youth*. In C. B. Gacono (Ed.), *Personality and clinical psychology series. The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide* (p. 99–114). Routledge/Taylor & Francis Group.
35. Loney, B. R., Frick, P. J., Clements, C. B., Ellis, M. L., & Kerlin, K. (2003). Callous-unemotional traits, impulsivity, and emotional processing in adolescents with antisocial behavior problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(1), 66-80.
36. Eisenberg, N., Eggum, N. D., & Edwards, A. (2010). *Empathy-related responding and moral development*. In W. F. Arsenio & E. A. Lemerise (Eds.), *Emotions, aggression, and morality in children: Bridging development and psychopathology* (p. 115–135). American Psychological Association.
37. Eisenberg, N., & Fabes, R.A. (1998). Prosocial development. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology, vol. 3: Social, emotional, and personality development* (5th edn, pp. 701–778). New York: John Wiley.
38. Blair, J., Mitchell, D., & Blair, K. (2005). *The psychopath: Emotion and the brain*. Blackwell Publishing.
39. Belacchi, C., & Farina, E. (2012). Feeling and thinking of others: Affective and cognitive empathy and emotion comprehension in prosocial/hostile preschoolers. *Aggressive behavior*, 38(2), 150-165.
40. Hinnant, J. B., & O'Brien, M. (2007). Cognitive and emotional control and perspective taking and their relations to empathy in 5-year-old children. *The Journal of Genetic Psychology*, 168(3), 301-322.
41. Satlof-Bedrick, E. (2017). *Cognitive and Affective Theory of Mind in Children with Callous-Unemotional Traits* (Doctoral dissertation, University of Pittsburgh).

42. Lui, J. H., Barry, C. T., & Sacco, D. F. (2016). Callous-unemotional traits and empathy deficits: Mediating effects of affective perspective-taking and facial emotion recognition. *Cognition and emotion*, 30(6), 1049-1062.
43. Muñoz, L. C., Qualter, P., & Padgett, G. (2011). Empathy and bullying: Exploring the influence of callous-unemotional traits. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(2), 183-196.
44. Dadds, M. R., Cauchi, A. J., Wimalaweera, S., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2012). Outcomes, moderators, and mediators of empathic-emotion recognition training for complex conduct problems in childhood. *Psychiatry research*, 199(3), 201-207.
45. Dadds, M. R., Hawes, D. J., Frost, A. D., Vassallo, S., Bunn, P., Hunter, K., & Merz, S. (2009). Learning to 'talk the talk': The relationship of psychopathic traits to deficits in empathy across childhood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 50(5), 599-606.
46. Jones, A. P., Happé, F. G., Gilbert, F., Burnett, S., & Viding, E. (2010). Feeling, caring, knowing: different types of empathy deficit in boys with psychopathic tendencies and autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(11), 1188-1197.
47. Kimonis, E. R., Frick, P. J., Fazekas, H., & Loney, B. R. (2006). Psychopathy, aggression, and the processing of emotional stimuli in non-referred girls and boys. *Behavioral sciences & the law*, 24(1), 21-37.
48. Anastassiou-Hadjicharalambous, X., & Warden, D. (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(1), 1-11.
49. Marsh, A. A., & Blair, R. J. R. (2008). Deficits in facial affect recognition among antisocial populations: a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(3), 454-465.
50. Dawel, A., O'Kearney, R., McKone, E., & Palermo, R. (2012). Not just fear and sadness: Meta-analytic evidence of pervasive emotion recognition deficits for facial and vocal expressions in psychopathy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(10), 2288-2304.
51. Blair, R. J. R. (1999). Responsiveness to distress cues in the child with psychopathic tendencies. *Personality and individual differences*, 27(1), 135-145.
52. de Wied, M., van Boxtel, A., Matthys, W., & Meeus, W. (2012). Verbal, facial and autonomic responses to empathy-eliciting film clips by disruptive male adolescents with high versus low callous-unemotional traits. *Journal of abnormal child psychology*, 40(2), 211-223.

53. Frick, P. J., Barry, C. T., & Bodin, S. D. (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* (p. 3–24). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
54. Fanti, K. A., Kimonis, E. R., Hadjicharalambous, M. Z., & Steinberg, L. (2016). Do neurocognitive deficits in decision making differentiate conduct disorder subtypes?. *European child & adolescent psychiatry*, 25(9), 989-996.
55. Fairchild, G., van Goozen, S. H., Stollery, S. J., Aitken, M. R., Savage, J., Moore, S. C., & Goodyer, I. M. (2009). Decision making and executive function in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder and control subjects. *Biological psychiatry*, 66(2), 162-168.
56. Euler, F., Steinlin, C., & Stadler, C. (2017). Distinct profiles of reactive and proactive aggression in adolescents: Associations with cognitive and affective empathy. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11(1), 1-14.
57. Kokkinos, C. M., Kirpitsi, E., Voulgaridou, I., & Markos, A. (2020). Reactive and proactive aggression subgroups in early adolescents and the interplay among callous-unemotional traits, moral disengagement, empathy and functions of aggression. *Current Psychology*, 1-14.
58. Wall, T. D., Frick, P. J., Fanti, K. A., Kimonis, E. R., & Lordos, A. (2016). Factors differentiating callous-unemotional children with and without conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(8), 976-983.
59. Frick, P. J., Kimonis, E. R., Dandreaux, D. M., & Farell, J. M. (2003). The 4 year stability of psychopathic traits in non-referred youth. *Behavioral sciences & the law*, 21(6), 713-736.
60. Crowe, S. L., & Blair, R. J. R. (2008). The development of antisocial behavior: What can we learn from functional neuroimaging studies?. *Development and psychopathology*, 20(4), 1145-1159.
61. White, S. F., Pope, K., Sinclair, S., Fowler, K. A., Brislin, S. J., Williams, W. C., ... & Blair, R. J. R. (2013). Disrupted expected value and prediction error signaling in youths with disruptive behavior disorders during a passive avoidance task. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 315-323.
62. Finger, E. C., Marsh, A. A., Mitchell, D. G., Reid, M. E., Sims, C., Budhani, S., ... & Blair, J. R. (2008). Abnormal ventromedial prefrontal cortex function in children with psychopathic traits during reversal learning. *Archives of general psychiatry*, 65(5), 586-594.
63. Platje, E., Huijbregts, S. C., van Goozen, S. H., Popma, A., Cima, M., & Swaab, H. J. (2018). Executive functioning, reward/punishment sensitivity, and conduct problems in boys with callous-

unemotional traits. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 62(13), 4008-4023.

64. Blair, R. J. R., Colledge, E., Murray, L., & Mitchell, D. G. V. (2001). A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies. *Journal of abnormal child psychology*, 29(6), 491-498.

65. Bowlby, J. Attachment and loss. Volume 1. Attachment. London: The Tavistock Institute of Human Relations, 1969. *Attachement et perte*, 1.

66. Marshall, L. A., & Cooke, D. J. (1999). The childhood experiences of psychopaths: A retrospective study of familial and societal factors. *Journal of Personality Disorders*, 13(3), 211-225.

67. Murray, J., & Farrington, D. P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633-642.

68. Lorber, M. F. (2012). The role of maternal emotion regulation in overreactive and lax discipline. *Journal of family psychology*, 26(4), 642-647.

69. Argimon, J. (2013). Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4ta. Ed. Barcelona, España: Elsevier.

70. Friedman, H. (1982). Simplified determinations of statistical power, magnitude of effect and research sample sizes. *Educational and Psychological Measurement*, 42(2), 521-526.

71. Cardinale, E. M., & Marsh, A. A. (2020). The reliability and validity of the Inventory of Callous Unemotional Traits: A meta-analytic review. *Assessment*, 27(1), 57-71.

72. Segovia J. (2018). Validez y confiabilidad de la Escala de emociones prosociales limitadas en una población de adolescentes mexicanos (Tesis de especialidad en psiquiatría). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.

73. Villadangos, M., Errasti, J., Amigo, I., Jolliffe, D., & García-Cueto, E. (2016). Characteristics of empathy in young people measured by the Spanish validation of the Basic Empathy Scale. *Psicothema*, 28(3), 323-329.

74. Sánchez-Pérez, N., Fuentes, L. J., Jolliffe, D., & González-Salinas, C. (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, 1438.

75. Shafer, A., Dazzi, F., & Ventura, J. (2017). Factor structure of the Brief Psychiatric Rating Scale–Expanded (BPRS-E) in a large hospitalized sample. *Journal of psychiatric research*, 93, 79-86.
76. Gatica, A. (2018). Irritabilidad crónica y emociones prosociales limitadas como especificadores transdiagnósticos de los trastornos psiquiátricos en los adolescentes. (Tesis para grado de subespecialidad en paidopsiquiatría). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.
77. Guy, S. C., Gioia, G. A., & Isquith, P. K. (2006). Behavior Rating Inventory of Executive Function–Self-Report version. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 24(4); 394-403.
78. Fernández, T. G., González-Pienda, J. A., Pérez, C. R., Alvarez Garcia, D., & Alvarez Perez, L. (2014). Psychometric characteristics of the BRIEF scale for the assessment of executive functions in Spanish clinical population. *Psicothema*, 47-54.
79. Alcázar-Córcoles, M. Á., Verdejo, A. J., & Bouso-Sáiz, J. C. (2015). Propiedades psicométricas de la escala de impulsividad de Plutchik en una muestra de jóvenes hispanohablantes. *Actas españolas de psiquiatría*, 43(5), 161-169.
80. Palacios-Cruz, L., Arias-Caballero, A., Ulloa, R. E., González-Reyna, N., Mayer-Villa, P., Feria, M., ... & Benjet, C. (2014). Adversidad psicosocial, psicopatología y funcionamiento en hermanos adolescentes en alto riesgo (HAR) con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud mental*, 37(6), 467-476.
81. Francisco, R., Villavicencio, L. R., Palacio, J. D., Félix, F. J., Larraguibel, M., Viola, L., ... & Ulloa, R. E. (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(1), 1-7.
82. Loeber, R., Capaldi, D. M., & Costello, E. (2013). Gender and the development of aggression, disruptive behavior, and delinquency from childhood to early adulthood. In *Disruptive behavior disorders* (pp. 137-160). Springer, New York, NY.
83. Moffitt, T. E., in alphabetical order, Arseneault, L., Jaffee, S. R., Kim-Cohen, J., Koenen, K. C., ... & Viding, E. (2008). Research review: DSM-V conduct disorder: Research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 3-33.
84. Holliday, S. B., Ewing, B. A., Storholm, E. D., Parast, L., & D'Amico, E. J. (2017). Gender differences in the association between conduct disorder and risky sexual behavior. *Journal of adolescence*, 56, 75-83.

85. Euler, F., Jenkel, N., Stadler, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., Kölch, M., & Schmid, M. (2015). Variants of girls and boys with conduct disorder: Anxiety symptoms and callous-unemotional traits. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*(4), 773-785.
86. Keenan, K., Hipwell, A., Chung, T., Stepp, S., Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., & McTigue, K. (2010). The Pittsburgh Girls Study: overview and initial findings. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *39*(4), 506-521.
87. Raschle, N. M., Menks, W. M., Fehlbaum, L. V., Steppan, M., Smaragdi, A., Gonzalez-Madruga, K., ... & Stadler, C. (2018). Callous-unemotional traits and brain structure: Sex-specific effects in anterior insula of typically-developing youths. *NeuroImage: Clinical*, *17*, 856-864.
88. Viding, E., Sebastian, C. L., Dadds, M. R., Lockwood, P. L., Cecil, C. A., De Brito, S. A., & McCrory, E. J. (2012). Amygdala response to preattentive masked fear in children with conduct problems: the role of callous-unemotional traits. *American journal of psychiatry*, *169*(10), 1109-1116.
89. Blakemore, S. J., & Choudhury, S. (2006). Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. *Journal of child psychology and psychiatry*, *47*(3-4), 296-312.
90. Frick, P. J., & Nigg, J. T. (2012). Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annual review of clinical psychology*, *8*, 77-107.
91. Cardinale, E. M., & Marsh, A. A. (2020). The reliability and validity of the Inventory of Callous Unemotional Traits: A meta-analytic review. *Assessment*, *27*(1), 57-71.
92. McDonough-Caplan, H., Klein, D. N., & Beauchaine, T. P. (2018). Comorbidity and continuity of depression and conduct problems from elementary school to adolescence. *Journal of abnormal psychology*, *127*(3), 326.
93. Cecil, C. A., McCrory, E. J., Barker, E. D., Guiney, J., & Viding, E. (2018). Characterising youth with callous–unemotional traits and concurrent anxiety: evidence for a high-risk clinical group. *European child & adolescent psychiatry*, *27*(7), 885-898.
94. Fanti, K. A., Demetriou, C. A., & Kimonis, E. R. (2013). Variants of callous-unemotional conduct problems in a community sample of adolescents. *Journal of youth and adolescence*, *42*(7), 964-979.
95. Rosan, A., Frick, P. J., Gottlieb, K. A., & Fasicaru, L. (2015). Callous-unemotional traits and anxiety in a sample of detained adolescents in Romania. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, *15*(1), 79-95.

96. Sharf, A., Kimonis, E. R., & Howard, A. (2014). Negative life events and posttraumatic stress disorder among incarcerated boys with callous-unemotional traits. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3), 401-414.
97. Serment M, de la Peña FR, Rodriguez-Delgado A. (2020). Correlation between Limited Prosocial Emotions and Empathy in Adolescents Clinical Population. *RPN*. 000595.
98. Blair, R. J. R. (2008). Fine cuts of empathy and the amygdala: dissociable deficits in psychopathy and autism. *Quarterly journal of experimental psychology*, 61(1), 157-170.
99. Green, L. M., Missotten, L., Tone, E. B., & Luyckx, K. (2018). Empathy, depressive symptoms, and self-esteem in adolescence: The moderating role of the mother–adolescent relationship. *Journal of Child and Family Studies*, 27(12), 3964-3974.
100. Braaten, E. B., & Rosén, L. A. (2000). Self-regulation of affect in attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: Differences in empathic responding. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(2), 313-321.
101. Gambin, M., & Sharp, C. (2016). The differential relations between empathy and internalizing and externalizing symptoms in inpatient adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(6), 966-974.
102. Calandri, E., Graziano, F., Testa, S., Cattelino, E., & Begotti, T. (2019). Empathy and depression among early adolescents: The moderating role of parental support. *Frontiers in psychology*, 10, 1447.
103. Martin-Key, N., Brown, T., & Fairchild, G. (2017). Empathic accuracy in male adolescents with conduct disorder and higher versus lower levels of callous-unemotional traits. *Journal of abnormal child psychology*, 45(7), 1385-1397.
104. 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.
105. Palacios-Cruz, L., Galicia, F., Arias-Caballero, A., Godínez, E. C., Vásquez-Medina, J., Mayer-Villa, P., ... & Lara-Muñoz, M. C. (2019). Comparison of clinical and cognitive characteristics of a Mexican adult clinical population with and without ADHD. *Salud Mental*, 41(6), 297-305.
106. Caye, A., Machado, J. D., & Rohde, L. A. (2017). Evaluating parental disagreement in ADHD diagnosis: Can we rely on a single report from home?. *Journal of Attention Disorders*, 21(7), 561-566.

107. Büniger, A., Urfer-Maurer, N., & Grob, A. (2021). Multimethod assessment of attention, executive functions, and motor skills in children with and without ADHD: Children's performance and parents' perceptions. *Journal of attention disorders*, 25(4), 596-606.
108. Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., & Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 44(3), 561-574.
109. Colomer, C., Wiener, J., & Varma, A. (2020). Do adolescents with ADHD have a self-perception bias for their ADHD symptoms and impairment?. *Canadian Journal of School Psychology*, 35(4), 238-251.
110. Fairchild, G., Hawes, D. J., Frick, P. J., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Franke, B., ... & De Brito, S. A. (2019). Conduct disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-25.
111. Ruisch, I. H., Dietrich, A., Glennon, J. C., Buitelaar, J. K., & Hoekstra, P. J. (2018). Maternal substance use during pregnancy and offspring conduct problems: a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 84, 325-336.
112. MacKinnon, N., Kingsbury, M., Mahedy, L., Evans, J., & Colman, I. (2018). The association between prenatal stress and externalizing symptoms in childhood: Evidence from the avon longitudinal study of parents and children. *Biological psychiatry*, 83(2), 100-108.
113. Pardini, D. A., Waller, R., & Hawes, S. W. (2015). 13 Familial Influences on the Development of Serious Conduct Problems and Delinquency. In *The development of criminal and antisocial behavior* (pp. 201-220). Springer, Cham.
114. Garland, A. F., Hawley, K. M., Brookman-Frazee, L., & Hurlburt, M. S. (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 505-514.
115. Kaminski, J. W., & Claussen, A. H. (2017). Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviors in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(4), 477-499.
116. Fonagy, P., Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., ... & Goodyer, I. M. (2018). Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): a pragmatic, randomised controlled, superiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 119-133.

14. ANEXOS



Fecha y Número de Aprobación:
Ciudad de México a 7° de Julio de 2019.
CEI/C034/2019

Dra. Miriam Tatiana Serment Azuara
Investigador Principal
Presente

Por este medio, me permito informarle que el proyecto titulado: "Variables clínicas sociodemográficas y relacionadas con adversidad psicosocial asociadas a emociones prosociales limitadas en pacientes adolescentes de un hospital psiquiátrico en la Ciudad de México", el cual se llevará a cabo en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México, ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.

Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato del Comité de Ética en Investigación en seres humanos y consentimiento informado. Número de Registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20170316

Atentamente,

Dra. Liliana Mondragón Barrios
Presidente del Comité de Ética en Investigación

ANEXOS

La presente aprobación no exime de la dictaminación del proyecto del Comité de Investigación.
C.c.p. Dra. Mónica Flores Ramos, Directora de Enseñanza y Presidente del Comité de Tesis.-Presente.
Dr. Jorge J. González Olivera, Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente
C.P. Alejandra Tafolla Valdovinos, Responsable de la Unidad Contable de Recursos de Terceros.-Presente.



011449





Ciudad de México a 19 de octubre de 2020.
Ref.: CEI/M/151 /2020

Dra. Miriam Tatiana Serment Azuara
Investigadora Principal
Presente

Por este medio, me permito hacer de su conocimiento que el Comité revisó y autorizó la enmienda emitida al proyecto titulado: "Variables clínicas, sociodemográficas y relacionadas con adversidad psicosocial asociadas a emociones prosociales limitadas en pacientes adolescentes de un hospital psiquiátrico en la Ciudad de México", esta enmienda implica modificaciones para adaptar el protocolo a la situación que estamos viviendo por la contingencia epidemiológica actual, que han condicionado de manera indefinida las políticas de atención ambulatoria en la consulta externa de la Clínica de la Adolescencia, de donde provienen los participantes del estudio. El implemento de dichas políticas condicionó que hasta la fecha se cuentan únicamente con 25 participantes de una muestra calculada total de 172 sujetos, las modificaciones propuestas implican modificaciones a la forma de invitar a los participantes al estudio, adaptación del proceso del Consentimiento informado, así como la forma de entregar los beneficios del estudio, pero no representa modificaciones a los objetivos que el comité aprobó el 23 de julio de 2019, con número de aprobación CEI/C/034/2019.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,

Dra. Liliana Mondragón Barrios
Presidente del Comité de Ética en Investigación
C.c.p. Dr. Héctor Senties Castellá, Coordinador de Maestrías y Doctorado en Ciencias Médicas, sede Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Mufiz.-Presente
Dra. Ana Fresan Orellana.-Tutor principal.-Presente

Catz. México Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, C.P. 14370, Alcaldía Tlalpán, Ciudad de México
Tel: (55) 4960-5050 www.inprf.gob.mx



2020
LEONORA VICARIO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PADRE O MADRE.

“Variables Clínicas, Sociodemográficas y relacionadas con Adversidad Psicosocial asociadas a Emociones Prosociales Limitadas en Pacientes Adolescentes de un Hospital Psiquiátrico en la Ciudad de México”.

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. Sé 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 y los pensamientos de los demás) el nivel de impulsividad, (característica relacionada con realizar acciones sin pensar en las consecuencias), la apreciación de funciones ejecutivas, (funciones mentales que permiten planear y organizar actividades así como medir reacciones y evaluar consecuencias), el nivel de comorbilidad (que consiste en el número y tipo de diagnósticos psiquiátricos) y la exposición a adversidad psicosocial (comprendidas como dificultades en la familia, casa, escuela y ambiente en general) que presentan los participantes adolescentes entre 13 a 18 años que acuden a consulta a la Clínica de Adolescencia del INPRFM.

Esta evaluación se hará con la finalidad de comparar entre los pacientes que cumplen con diagnóstico de Trastorno de Conducta y Trastorno Oposicionista Desafiante y que además presentan un marcador de gravedad de estos trastornos llamado “Emociones Prosociales Limitadas” con aquellos pacientes que tienen otros diagnósticos y que no cumplen con este marcador y analizar si existen diferencias entre ellos.

La participación consiste primero en los siguientes pasos que le corresponden tanto al adolescente como a su padre/madre o tutor:

1. Responder el cuestionario 1, el cual consta de 20 preguntas que se responden con una “X” en la mejor opción de una escala del 1 al 5, en donde 1 significa “*Totalmente en desacuerdo*” y 5 “*Totalmente de acuerdo*”.
2. Responder el cuestionario 2, el cual consta de 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*”.
3. Responder el cuestionario 3, el cual consta de 80 preguntas para el adolescente y 84 para la madre/padre o tutor que se responden en una “X” en la mejor opción de tres, (*casi nunca, algunas veces, casi siempre*).

Posteriormente, en un cuarto paso, el adolescente responderá el cuestionario 4, dirigido únicamente a él, que cual consta de 15 preguntas que se responden con una “X” en la mejor opción de una escala del 1 al 4 en donde 1 significa “*Nunca*” y 4 “*Muy frecuentemente*”, mientras que el padre/madre o tutor responderá ante el investigador un formato con 16 preguntas que se responden “si” o “no” o con respuestas numéricas.

El tiempo de aplicación de los 4 pasos en total es aproximadamente de 40 a 50 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 **posibles** beneficios directos para los participantes serán contar con una evaluación integral de múltiples aspectos mentales y de comportamiento, así como orientación y apoyo para el manejo de los problemas de conducta y algún otro que fuera evidente a través los cuestionarios. También podrá recibir recomendaciones de estrategias de tratamiento específicas enfocadas en estos problemas.

La información brindada por los participantes ayudará al grupo de investigadores a mejorar la comprensión del 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.

“Variables Clínicas, Sociodemográficas y relacionadas con Adversidad Psicosocial asociadas a Emociones Prosociales Limitadas en Pacientes Adolescentes de un Hospital Psiquiátrico en la Ciudad de México”.

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 y los pensamientos de los demás) el nivel de impulsividad, (característica relacionada con realizar acciones sin pensar en las consecuencias), la apreciación de funciones ejecutivas, (funciones mentales que permiten planear y organizar actividades así como medir reacciones y evaluar consecuencias), el nivel de comorbilidad (que consiste en el número y tipo de diagnósticos psiquiátricos) y la exposición a adversidad psicosocial (comprendidas como dificultades en la familia, casa, escuela y ambiente en general) que presentan los participantes adolescentes entre 13 a 18 años que acuden a consulta a la Clínica de Adolescencia del INPRFM.

Esta evaluación se hará con la finalidad de comparar entre los pacientes que cumplen con diagnóstico de Trastorno de Conducta y Trastorno Oposicionista Desafiante y que además presentan un marcador de gravedad de estos trastornos llamado “Emociones Prosociales Limitadas” con aquellos pacientes que tienen otros diagnósticos y que no cumplen con este marcador y analizar si existen diferencias entre ellos.

La participación consiste primero en los siguientes pasos que le corresponden tanto al adolescente como a su padre/madre o tutor:

1. Responder el cuestionario 1, el cual consta de 20 preguntas que se responden con una “X” en la mejor opción de una escala del 1 al 5, en donde 1 significa “*Totalmente en desacuerdo*” y 5 “*Totalmente de acuerdo*”.
2. Responder el cuestionario 2, el cual consta de 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*”.
3. Responder el cuestionario 3, el cual consta de 80 preguntas para el adolescente y 84 para la madre/padre o tutor que se responden en una “X” en la mejor opción de tres, (*casi nunca, algunas veces, casi siempre*).

Posteriormente, en un cuarto paso, el adolescente responderá el cuestionario 4, dirigido únicamente a él, que cual consta de 15 preguntas que se responden con una “X” en la mejor opción de una escala del 1 al 4 en donde 1 significa “*Nunca*” y 4 “*Muy frecuentemente*”, mientras que el padre/madre o tutor responderá ante el investigador un formato con 16 preguntas que se responden “si” o “no” o con respuestas numéricas.

El tiempo de aplicación de los 4 pasos en total es aproximadamente de 40 a 50 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 **posibles** beneficios directos para los participantes serán contar con una evaluación integral de múltiples aspectos mentales y de comportamiento, así como orientación y apoyo para el manejo de los problemas de conducta y algún otro que fuera evidente a través los cuestionarios. También podrá recibir recomendaciones de estrategias de tratamiento específicas enfocadas en estos problemas.

La información brindada por los participantes ayudará al grupo de investigadores a mejorar la comprensión del 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 **asentimiento** 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 |

