



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente  
Muñiz**

**“Emociones prosociales limitadas como especificador de gravedad, comorbilidad y  
disfunción: Estudio comparativo en adolescentes con psicopatología”**

## **TESIS**

QUE PARA OBTENER EL:  
**TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:  
**Héctor Alfonso Taboada Liceaga**

Asesores principales:  
Dr. Francisco Rafael de la Peña Olvera  
Dra. Miriam Feria Aranda

Ciudad de México, 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.

# Contenido

Introducción .....	3
Marco teórico .....	4
Planteamiento del problema .....	7
Justificación .....	7
Pregunta de investigación .....	8
Objetivo: .....	8
Objetivos secundarios: .....	8
Metodología: .....	9
Flujograma .....	14
Variables .....	15
Cronograma de actividades .....	16
CONSIDERACIONES ÉTICAS:.....	17
Resultados .....	18
Discusión.....	24
Conclusiones.....	26
Limitaciones y fortalezas .....	27
Agradecimientos.....	28
Bibliografía.....	29
Anexos .....	31

## Introducción

El término emociones prosociales limitadas (EPL) es un especificador que abarca lo que anteriormente se designaba como “callo emocional” (Scheepers, 2011). Dicho especificador fue propuesto originalmente en 2010 como un subtipo de trastorno de la conducta, (Frick & Moffit, 2010) ya que es considerado por algunos autores como parte de los signos y síntomas de la psicopatía infantil y se identifica por algunos autores como la representación grave de la conducta antisocial (Frick & Ellis, 1999). Para poder asignar este especificador, el individuo ha de haber presentado durante por los menos doce meses, y en diferentes situaciones y relaciones, dos de las siguientes características/componentes: falta de remordimiento o culpabilidad (FRC), insensible carente de empatía (ICE), despreocupado por su rendimiento (DPR), y afecto superficial o deficiente (ASD). Las EPL se integraron como especificador para el trastorno de la conducta (TC, conocido anteriormente como trastorno disocial) en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013); y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décimo primera edición (CIE-11) por parte de la Organización Mundial de la Salud se incorporó como un especificador para el TC y para el trastorno oposicionista desafiante (TOD) (OMS, 2018). Sin embargo, diversos estudios muestran que este especificador también puede encontrarse presente en otros trastornos psiquiátricos, tanto del espectro de los trastornos de la conducta disruptiva (TCD) como el trastorno explosivo intermitente (TEI), así como en trastornos psiquiátricos internalizados (Herpers 2016; De la Peña, 2017). En un estudio realizado por De La Peña y cols (De la Peña, 2021) se reportó que dentro de los pacientes que presentaban el especificador de EPL, la gran mayoría manifestaba ICE y ASD, motivo por el cual las llamaron “características principales”, y FRC-DPR las denominaron “características secundarias”. Hasta ahora existe escasa información que describa la relación entre cada una de estas características de manera individual y su impacto en la gravedad de los síntomas y en el funcionamiento global.

## **Marco teórico**

### **Callo emocional**

El constructo de “callo emocional”, propuesto inicialmente por Frick y colaboradores, hacía alusión a ciertos rasgos individuales que implicaban una serie de conductas caracterizadas por poca o nula culpa posterior a realizar acciones negativas, poca empatía, disminución en la capacidad para sentir miedo, así como pobre capacidad para reconocer el miedo o malestar en otros, disminución en la reactividad a eventos desafiantes, enfoque considerablemente mayor hacia la recompensa, e insensibilidad (o poca reactividad) al castigo o la reprobación (Frick, 2008). En el 2010, se propuso dicho constructo como un subtipo de trastorno de la conducta, (Frick & Moffitt, 2010) ya que es considerado por algunos autores como parte de los signos y síntomas de la psicopatía infantil y se identifica por otros autores como la representación grave de la conducta antisocial (Frick & Ellis, 1999). El TC es considerado el diagnóstico más grave dentro del espectro de los trastornos de la conducta disruptiva. Se caracteriza por un comportamiento agresivo, constante transgresión de las normas sociales, violación de los derechos de los demás (maltrato o daño a personas y/o animales), conductas delictivas (como robo o destrucción de propiedad ajena) y empleo de la manipulación o las mentiras para alcanzar un objetivo.

### **Introducción del término Emociones Prosociales Limitadas**

En la versión más reciente del DSM-5, el TC no experimentó cambios en sus criterios diagnósticos; sin embargo, fue propuesto introducir el constructo de callo emocional como especificador. No obstante, por motivos relacionados con la disminución del estigma, dicho constructo pasó a denominarse “Emociones Prosociales Limitadas” (EPL). De esta manera nace el término de EPL como especificador (presente o no) en el TC, con la finalidad de identificar a un subgrupo de pacientes con TC particularmente grave, y con características neurobiológicas, cognitivas, emocionales y psicosociales diferentes del resto. El especificador de EPL se caracteriza por:

1. Falta de culpa o remordimiento posterior a cometer errores (FCR)
2. Insensible carente de empatía (ICE), indiferente a los sentimientos ajenos
3. Despreocupación por su rendimiento (DPR). Falta de interés acerca de un pobre desempeño académico, laboral o en cualquier otra actividad relevante, y

4. Afecto superficial o deficiente (ASD), no expresa sentimientos o emociones con otras personas salvo de forma superficial y empalagosa, donde las demostraciones de afecto no concuerdan con las acciones y pueden ser utilizadas para manipular o intimidar a otros.

En el TC el especificador se aplica cuando se cumplen 2 o más de las características mencionadas previamente en diferentes contextos y situaciones durante por lo menos 12 meses.

La relevancia de determinar la presencia de EPL se debe a que dicho especificador no solo predice un peor pronóstico a futuro (independientemente de otros trastornos comórbidos), sino que además sugiere que el paciente requerirá un tratamiento diferente al de un individuo con TC sin presencia de EPL (Rowe, 2005; Moran, 2008). Lo anterior es debido a que los individuos con conducta antisocial y presencia de EPL han demostrado tener un perfil cognitivo distinto a otros sin dicho especificador, incluyendo poca sensibilidad a los castigos o reprensiones, expectativas positivas posteriores a comportamientos desaprobatorios o agresivos, y poca empatía (Frick, 1996).

Se ha propuesto que estas diferencias pudieran tener base en alteraciones neurobiológicas, principalmente hiperactividad de la amígdala (con las consecuentes alteraciones en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y las consecuencias a causa de la disfunción de éste durante el neurodesarrollo); no obstante, estudios epidemiológicos han reportado que las conductas antisociales con características de EPL tienen diferentes factores de riesgo a aquellas que carecen de ellas. Además, se ha reportado mediante estudios en gemelos una heredabilidad compartida entre las EPL y el TD. Por ejemplo, en un estudio realizado por Viding y cols (2012) se reportó una heredabilidad del 50% para conducta antisocial, la cual se eleva hasta un 75% cuando se acompaña de EPL.

### **EPL en otros diagnósticos**

Diversos estudios han evaluado la presencia de EPL en otros trastornos del espectro del control de los impulsos y de la conducta disruptiva (TCD), reportando que existe una prevalencia del 32 a 46% de jóvenes en la comunidad con TCD que presentan características de las EPL (Rowe, 2010; Kahn, 2011). Es importante mencionar que también se ha reportado que existe un porcentaje entre el 2.9 al 7% de pacientes sin diagnóstico de TC que también presentaron características de EPL (Rowe et al., 2010), subgrupo que ha

sido poco estudiado. Recientemente se ha reportado que las EPL guardan relación tanto con el TC como el TOD y el TEI, por lo que se ha sugerido que dicho especificador también podría ser útil en individuos con estos últimos diagnósticos (Scholte, 2007). Por lo anterior, se ha propuesto incluir al especificador de EPL para el diagnóstico de TOD dentro de las propuestas para la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en su versión 11 (CIE-11), (WHO Beta Draft ICD-11).

Más aún, existe evidencia reciente que sugiere la presencia de EPL en otros trastornos psiquiátricos internalizados (por ejemplo, en trastorno depresivo mayor o trastornos del espectro de la ansiedad), independientemente de si existe o no comorbilidad con los trastornos de la conducta disruptiva. En un estudio realizado por De la Peña y cols (De la Peña, 2021), se encontró que en una quinta parte de 74 adolescentes se encontraba el especificador de EPL, y que la presencia de este especificador en comparación con aquellos que no lo presentaban, los individuos con EPL mostraron mayor comorbilidad con ansiedad social, TC, y TEI. En este mismo estudio, se encontró que cuando los individuos cumplían con el especificador de EPL, la gran mayoría manifestaba ICE y ASD, motivo por el cual las llamaron “características principales”, y FRC-DPR las denominaron “características secundarias”. Hasta ahora existe escasa información que describa la relación entre cada una de estas características de manera individual y su impacto en la gravedad de los síntomas y en el funcionamiento global. No obstante, la presencia de EPL en trastornos no necesariamente del espectro de la conducta disruptiva sugiere que pudiera tratarse de un especificador transdiagnóstico, si se abordase desde un enfoque dimensional.

## **Planteamiento del problema**

Las EPL de forma tradicional se han asociado con mayor agresividad y continuidad en los TCD; actualmente es un especificador controversial ya que por un lado, la APA mediante el DSM-5 lo ha incluido para el TC, y por el otro lado la WHO mediante la CIE-11 lo ha incluido para el TOD y el TC. Además, diversos investigadores han demostrado la presencia de las EPL en pacientes sin TCD por lo que pareciera un especificador potencial para cualquier diagnóstico. No existe evidencia científica disponible en torno a la asociación de las EPL y cada uno de sus cuatro componentes, con cualquier diagnóstico psiquiátrico en adolescentes vinculados con la gravedad global de la psicopatología, mayor comorbilidad y peor funcionamiento global.

## **Justificación**

Estudios longitudinales demuestran que sujetos con características de EPL se encuentran en mayor riesgo de desarrollar un trastorno de conducta antisocial en la etapa adulta (y con ello conductas delictivas), por lo que pueden ser objeto de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Más aún, diversos estudios demuestran que dicho especificador no está presente únicamente en el TC o trastornos externalizados. Hasta ahora, existe escasa información que describa el impacto de los elementos de las EPL de manera individual en la psicopatología del individuo quien las presenta, por lo que es necesario estudiar la relación entre cada una de estas características con la gravedad de la sintomatología, comorbilidades y el funcionamiento global. Teniendo en consideración que las EPL pueden ser un especificador para cualquier diagnóstico psiquiátrico en adolescentes y que no existe evidencia científica a nivel mundial sobre cómo participa en conjunto y cada uno de los cuatro componentes que lo integran y su asociación a mayor gravedad, comorbilidad y peor funcionamiento, se justifica la presente investigación.

## **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la asociación del especificador de EPL con la gravedad, la comorbilidad y el funcionamiento en pacientes con y sin este especificador? y ¿Cuál es la asociación de cada uno de los cuatro elementos del especificador de EPL con la gravedad, la comorbilidad y el funcionamiento en pacientes con y sin este especificador?

**Hipótesis Ha:** Los adolescentes con EPL presentarán mayor severidad de los síntomas, mayores comorbilidades, y menor funcionamiento global que aquellos adolescentes sin EPL; en especial aquellos con los elementos ICE y ASD de las EPL

**Hipótesis Ho:** Los adolescentes con EPL no presentarán mayor severidad de los síntomas, mayores comorbilidades, y menor funcionamiento global que aquellos adolescentes sin EPL; en especial aquellos con los elementos ICE y ASD de las EPL

## **Objetivo:**

Determinar la asociación entre la presencia del especificador EPL con la comorbilidad de los padecimientos, la gravedad, y el funcionamiento global del participante.

## **Objetivos secundarios:**

1. Determinar la asociación entre cada característica de las EPL y las comorbilidades internalizadas, externalizadas y del neurodesarrollo.
2. Determinar la asociación entre cada característica de las EPL y la gravedad global de la sintomatología.
3. Determinar la asociación entre cada característica de las EPL y el funcionamiento del paciente.

## **Metodología:**

### **Sujetos:**

Previo consentimiento y asentimiento informado, participaron todos los pacientes de la clínica de adolescentes hombre y mujeres que cuentan con y sin el especificador de EPL y que fueron captados durante 6 meses consecutivos entre 2020 y 2021.

### **Tamaño de la muestra:**

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

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

N= Tamaño de la muestra Z: 1.96; E: 5%, p:&%; q: 94%

$$n = \frac{z^2 pq}{E^2}$$

### **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes hombres y mujeres, mayores de 13 años y menores de 18 años usuarios del servicio de consulta externa de la Clínica de la Adolescencia del INPRFM, que ya contaran con la realización de la entrevista clínica semiestructurada Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS, por sus siglas en inglés), Impresión Clínica Global (CGI) y Escala de funcionamiento global (GAF), calificadas por el médico adscrito a la clínica en la primera cita subsecuente.
2. Que aceptaron la participación a través de la firma del consentimiento/asentimiento informado (y del padre o tutor responsable).
3. Participaron todos los pacientes con psicopatología en general.

### **Criterios de exclusión:**

1. Pacientes que no supieran leer y escribir por fines de escalas de auto llenado.
2. Pacientes en estado psicótico.
3. Pacientes con ideación suicida.

**Criterios de eliminación:**

1. Pacientes que decidieron abandonar el estudio.
2. Cuestionarios con llenado incompleto o entrevistas incompletas.

## Entrevistas y Escalas

1. La Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes (BPRS-C, por las siglas en inglés de Brief Psychiatric Rating Scale Child) versión mexicana, la cual fue utilizada para apoyo del diagnóstico clínico por el especialista certificado. Se trata de una entrevista semiestructurada desarrollada en la Clínica de la Adolescencia del INPRFM, compuesta por 29 ítems, los cuales evalúan trastornos de la eliminación, hipertimia, uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, falta de emociones prosociales, además de evaluar abuso psicológico y sexual. La confiabilidad inter evaluador y test- retest es de  $r=0.824$  y  $r=0.661$ , respectivamente. Dicha entrevista tiene una duración promedio de 30 minutos, siendo necesario el entrenamiento para su aplicación. (De la Peña, 2003)
2. EPL del K-SADS-PL-5.1, el cual fue utilizado para la confirmación clínica diagnóstica de EPL. Se trata de un instrumento diagnóstico semiestructurado que evalúa diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5. Ofrece ventajas como la disminución de la variabilidad en la recolección de la información y permite que los pacientes y sus padres participen en una evaluación integral de las emociones y la conducta del paciente. Utilizando dicha entrevista es posible codificar el número y la duración de episodios previos, evaluar alteraciones del funcionamiento relacionadas con diagnósticos específicos y valorar el funcionamiento global del entrevistado por medio de C-GAS (por las siglas en inglés de Children's Global Assessment Scale). También proporciona información de la historia del desarrollo, antecedentes familiares y patológicos del sujeto. Dicha entrevista presenta una fiabilidad interevaluador excelente para la mayor parte de los diagnósticos y por ello funciona como "estándar de oro". Para este estudio se adaptó una versión especial del K-SADS-PL-5 que comprende únicamente el tamizaje y suplemento de los Trastornos de la Conducta Disruptiva y del Control de los Impulsos y que incluye el especificador de Emociones Prosociales Limitadas y los diagnósticos de TOD, TEI y TD. (de la Peña, 2017)
3. Clinical Global Impression (CGI), fue utilizada para la evaluación de la gravedad global. Diseñada por W, Guy (1976). Consta de dos subescalas:1) Gravedad del cuadro clínico (GGI). Utiliza un único ítem en una escala de Likert de 8 valores desde

0 (no evaluado), hasta 7 (extremadamente enfermo). 2) Mejoría debida a intervenciones terapéuticas. También utiliza un único ítem en una escala de Likert de 8 valores desde 0 (no evaluado) hasta 7 (mucho peor) o de 5 valores.

4. Unemotional Callous Inventory (UCI), (versión padre y versión adolescente) el cual fue utilizado para el autoreporte de EPL. El nombre original de este instrumento es *The Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU)* y fue creado por Paul J. Frick (2003) y validado por Kimonis et al. (2008). La validación inicial del instrumento fue realizada en sujetos con edades entre 12 y 20 años. El instrumento consta de 24 ítems y cada uno se califica en escala tipo Likert que se puntúa de 0 a 3; por lo tanto, el puntaje mínimo es de 0 y el máximo es de 72. El inventario está diseñado para que a mayor puntaje se detecte mayor grado de EPL; de esta manera doce de los ítems se puntúan de manera positiva (2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 18, 20, 21 y 22) y doce de manera reversa (1, 3, 5, 8, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23 y 24). A la fecha no existe punto de corte consensuado, pero en algunos estudios se considera que un puntaje  $\geq 32$  se relaciona con altos grados de EPL y un puntaje  $< 32$  con bajos grados de EPL (Herpers et al., 2016; Jones et al., 2010; Schwenck et al., 2012). En esta investigación se analizaron los puntajes de manera dimensional. El inventario aún no ha sido validado al español en población mexicana adolescente, por lo tanto, este proyecto estuvo de la mano del proyecto de tesis del Dr. Javán Segovia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente quien también colaboró bajo la tutoría del Dr. Francisco de la Peña Olvera para la validación del instrumento. Los ítems se agrupan en los siguientes 4 factores:

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

La consistencia interna de esta herramienta oscila de aceptable (Dureza,  $\alpha=.73$ , Insensibilidad,  $\alpha=.72$ ) a muy buena (Desinterés,  $\alpha=.88$ )

5. Escala de funcionamiento global (GAF, por su siglas en inglés) para evaluar el funcionamiento del participante. Fue integrada en el eje V del DSM-IV. Es una escala

descriptiva que proporciona una puntuación única sobre la actividad del paciente. A mayor puntuación, mejor nivel de actividad. Consta de una única puntuación entre 1 (expectativa manifiesta de muerte) y 100 (actividad satisfactoria en una gama amplia de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de su vida, es valorado/a por lo demás a causa de sus abundantes cualidades positivas).

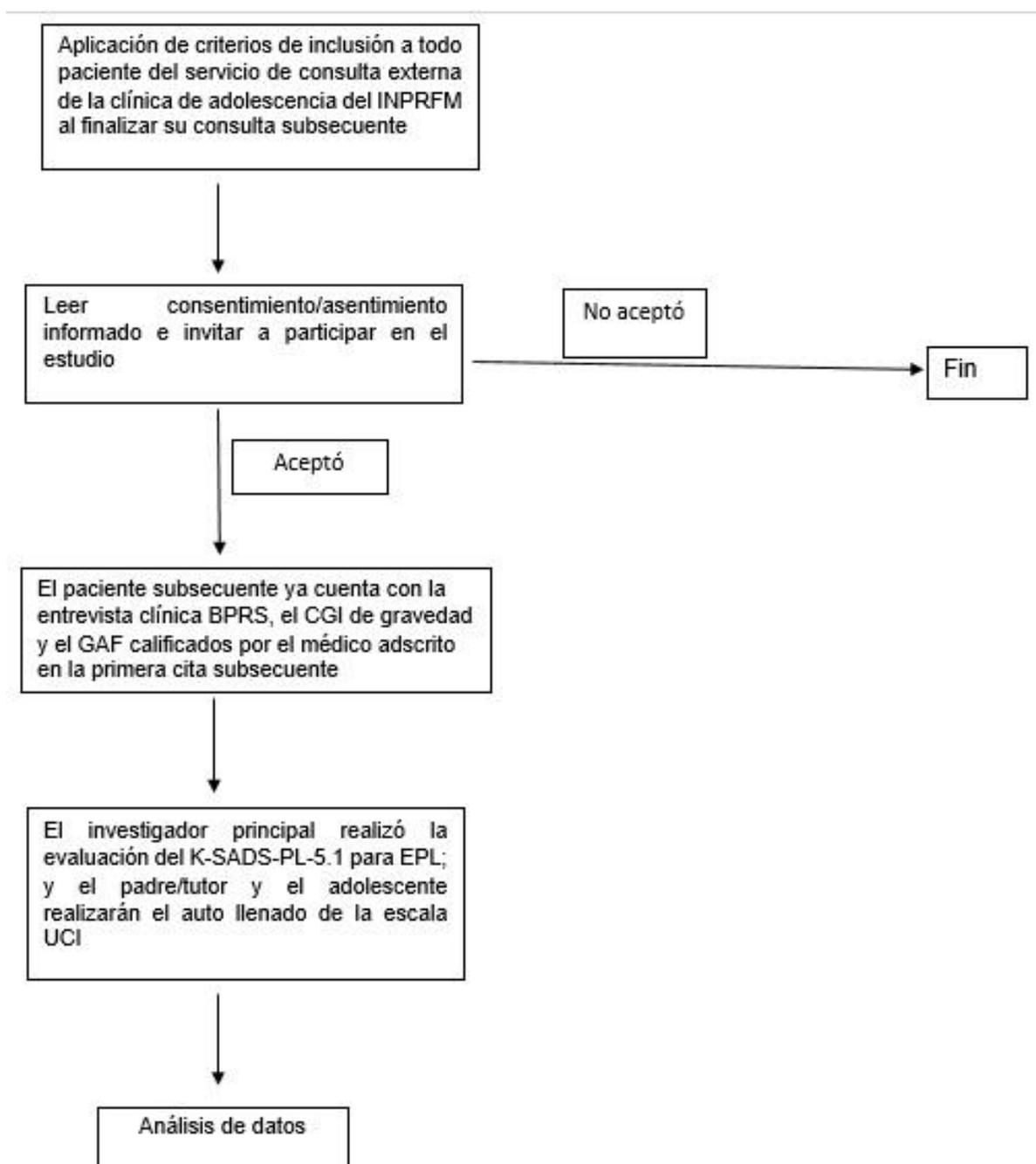
## **Procedimiento**

1. Previo cumplimiento de criterios de inclusión y explicación del protocolo, los padres/tutores y adolescentes fueron invitados a participar de manera presencial, al término de su consulta subsecuente en la Clínica de Adolescentes del INPRFM
2. Los pacientes que aceptaron participar firmaron el consentimiento y asentimiento informado. Estos pacientes subsecuentes ya contaban con la entrevista clínica BPRS y las escalas CGI y GAF realizadas por el médico adscrito en la primera cita subsecuente, posterior a la realización de la historia clínica
3. El investigador principal realizó la evaluación del K-SADS-PL-5.1 para EPL de manera presencial, según la disposición del paciente y del padre/tutor. En caso de existir dudas diagnósticas respecto a la presencia de EPL, principalmente por discrepancias respecto a lo reportado por el padre/tutor con lo reportado por el adolescente, se realizó asesoría de manera virtual con el tutor metodológico y se reinterrogó nuevamente al padre/tutor juntamente con el adolescente para establecer un diagnóstico más fidedigno.
4. El padre/tutor y el adolescente realizaron el auto llenado de la escala ICU
5. Se integró la información recabada en una base de datos a la que solamente el investigador principal y tutores tuvieron acceso.

## **Análisis Estadístico**

Las variables clínicas y sociodemográficas fueron expresadas en medidas de tendencia central. Se establecieron las asociaciones entre la presencia del EPL y la gravedad y funcionamiento mediante X<sup>2</sup> o T Students según fuesen datos categóricos o dimensionales. Se estableció la razón de momios entre cada una de las características de EPL y la gravedad global, específica y el funcionamiento.

## Flujograma



## Variables

Variables	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Dimensional	Formato de datos clínicos demográficos
Sexo	Categórica	Formato de datos clínicos demográficos
Escolaridad	Dimensional	Formato de datos clínicos demográficos
EPL diagnóstico	Categórico	BPRS
EPL confirmatorio	Categórica	K-SADS-5.1
EPL autoevaluado (EPL-AE)	Dimensional	UCI (Unemotional Callous Inventory) versión padre y versión adolescente
EPL-AE 1.Falta culpa/remordimiento	Dimensional	UCI (Unemotional Callous Inventory) versión padre y versión adolescente
Insensibilidad	Dimensional	UCI (Unemotional Callous Inventory) versión padre y versión adolescente
Desinterés	Dimensional	UCI (Unemotional Callous Inventory) versión padre y versión adolescente
Afecto deficiente	Dimensional	UCI (Unemotional Callours Inventory) versión padre y versión adolescente
Funcionamiento Global	Dimensional	GAF
Comorbilidad	Dimensional	BPRS
Gravedad de la Psicopatología	Dimensional	CGI

## Cronograma de actividades

Actividades	Primer semestre del segundo año de psiquiatría	Primer semestre del tercer año de psiquiatría	Segundo semestre del tercer año de psiquiatría	Primer semestre del cuarto año de psiquiatría
Elaboración del anteproyecto y aprobación por los comités de tesis y ética				
Captación de participantes				
Concentración de datos				
Análisis de resultados				
Elaboración de informa final y entrega de tesis				

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

A cada uno de los pacientes se le ofreció participar voluntariamente con una previa explicación verbal de los procedimientos, objetivos, duración y las posibles ventajas del estudio. Obteniendo posteriormente el consentimiento/asentimiento informado por escrito de cada uno de ellos y del padre/tutor. La descripción del estudio incluyó la información sobre la confidencialidad del mismo, la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento si así se deseara y, el hecho de que la atención médica no cambiaría de aceptar o no participar en la investigación. Asimismo, se trata de un estudio de riesgo mínimo en el que se incluyó la evaluación médico-psiquiátrica y una revaloración tiempo después. Por lo anterior, se considera que el hecho de participar en dicho estudio no representa perjuicio alguno para el paciente, y que por el contrario, los resultados de dichos estudios complementan la evaluación clínica del paciente, lo que ayuda en el tratamiento de cada uno de ellos.

Dentro de la investigación se respetó la confidencialidad mediante la identificación de la información dada por cada uno de los sujetos mediante la asignación de un número de folio determinado.

## Resultados

Se obtuvo una muestra total de 50 participantes que completaron satisfactoriamente la entrevista del suplemento de EPL del K-SADS-PL 5.1 y el ICU en sus versiones tanto auto aplicable para el adolescente como padre/tutor. Del total de la muestra, 66% fueron mujeres (n=33) y 34% (n=17) hombres. La edad promedio fue de 16.14 años ( $\pm 1.23$ ), 24% (n=12) cursaban la educación secundaria, 54% (n=27) la preparatoria, y 22% (n=11) no estudiaban al momento de la evaluación. El sexo y edad de los participantes no tuvo significancia estadística en torno a la comorbilidad, gravedad clínica, y disfunción global del participante.

### Asociación del especificador EPL con la comorbilidad

La presencia del especificador EPL fue establecida mediante tres evaluaciones: BPRS, K-SADS-PL e ICU, este último en las versiones padres y adolescentes. Se realizó la asociación del EPL y se estableció su OR para cada uno de los diagnósticos de la conducta disruptiva (TOD, TC y TEI), siendo estos 3 diagnósticos los más estadísticamente significativos. Los detalles se muestran en la tabla 1. Debe mencionarse que los únicos diagnósticos fuera de los TCD en los que se encontró una asociación significativa con la presencia de EPL fueron Autolesiones no suicidas (NSSI, por sus siglas en inglés;  $p=0.021$ , OR 4.74) cuando éste se estableció mediante el K-SADS-PL; y distimia ( $p=0.037$ , OR 3.7), cuando el especificador se estableció mediante UCI-A.

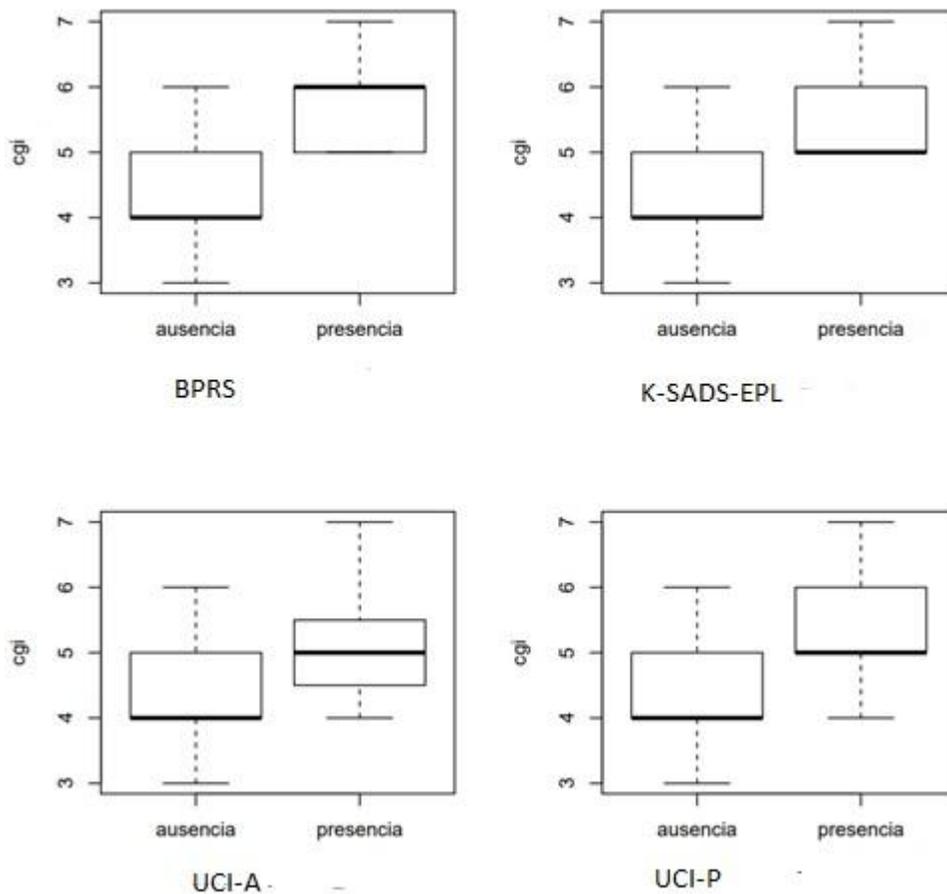
Tabla 1: Comorbilidad. Número de trastornos (BPRS) con EPL vs número de trastornos sin EPL								
Diagnóstico (BPRS)	Instrumento EPL	EPL ausente sin diagnóstico	EPL ausente con diagnóstico	EPL presente sin diagnóstico	EPL presente con diagnóstico	P	OR	IC
TOD (N=22)	BPRS	28	15	0	7	0.002	Inf	Inf
TC (N=8)	BPRS	42	1	0	7	0.000	Inf	Inf
TEI (N=9)	BPRS	39	4	2	5	0.001	21.555	2.6 -- 296.56
TOD (N=22)	K-SADS	24	9	4	13	0.002	8.234	1.91 -- 44.44
TC (N=8)	K-SADS	32	1	10	7	0.001	20.811	2.26 -- 1033.13
TEI (N=9)	K-SADS	31	2	10	7	0.004	10.237	1.61 -- 116.63
TOD (N=22)	UCI-P	20	9	8	13	0.044	3.512	0.96 -- 13.91
TC (N=8)	UCI-P	27	2	15	6	0.056	5.214	0.8 -- 59.12
TEI (N=9)	UCI-P	27	2	14	7	0.025	6.483	1.05 -- 72.23
TOD (N=22)	UCI-A	19	12	9	10	0.389	1.73	0.48 -- 6.514
TC (N=8)	UCI-A	29	2	13	6	0.041	6.418	0.98 -- 73.16
TEI (N=9)	UCI-A	28	3	13	6	0.067	4.172	0.75 -- 29.9

EPL: Emociones prosociales limitadas, BPRS: Escala breve de apreciación psiquiátrica, K-SADS: Kiddie Schedule for affective disorders and schizophrenia version 5, UCI-P: Inventario de callo emocional versión para padres, UCI-A: Inventario de callo emocional versión autoaplicable, TOD: trastorno oposicionista desafiante, TC: trastorno de conducta, TEI: trastorno explosivo intermitente

## Asociación del especificador EPL con la gravedad clínica global

En cuanto a la gravedad global de la sintomatología, obtenida mediante la escala CGI, en relación con la presencia o ausencia del especificador EPL, el CGI de gravedad fue consistentemente más grave en aquellos pacientes con EPL, independientemente del instrumento utilizado para determinar su presencia: BPRS ( $p=0.001$ ,  $t=8.7$ ); K-SADS-PL ( $p=0.001$ ,  $t=38.58$ ); UCI-A ( $p=0.03$ ,  $t=40.84$ ); UCI-P ( $p=0.001$ ,  $t=43.68$ ) como se muestra a continuación (gráfica 1):

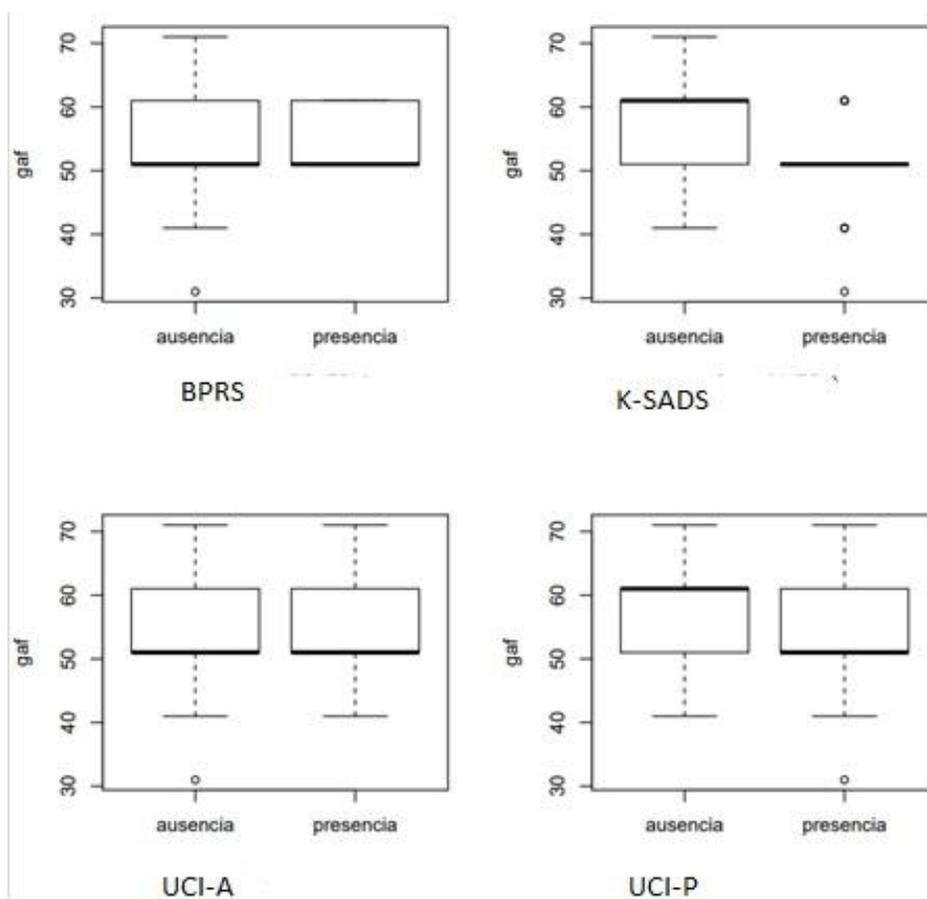
Gráfica 1: Asociación del especificador EPL con la escala CGI de gravedad



## Asociación del especificador EPL con el funcionamiento global

En cuanto al funcionamiento global del paciente, obtenido por la escala GAF en relación con la presencia o ausencia del especificador EPL según el instrumento utilizado, este fue significativamente menor en aquellos pacientes con EPL cuando se utilizó el instrumento K-SADS-EPL ( $p=0.01$ ,  $t=34.8$ ) y el UCI-P ( $p=0.05$ ,  $t=40.84$ ) para determinar su presencia, mas no cuando se utilizó la BPRS ( $p=0.90$ ,  $t=13.76$ ) o UCI-A ( $p=0.84$ ,  $t=46.10$ ), como se muestra a continuación (gráfica 2):

Gráfica 2: Asociación del especificador EPL con la escala GAF de funcionamiento global



## Asociación entre cada característica de las EPL con la comorbilidad

La evaluación de cada una de las características de las EPL (ICE, FCR, DPR, ASD) se realizó mediante el instrumento K-SADS-PL. La asociación entre cada una de estas características de manera individual con los diagnósticos psiquiátricos con significancia estadística (TOD, TC, TEI, NSSI), utilizando  $\chi^2$ , se muestran en la tabla 2. Como puede observarse, la característica ICE nunca se presenta sin el especificador EPL completo, mientras que la característica DPR es la única que puede presentarse de manera individual en los diagnósticos de TOD y TEI.

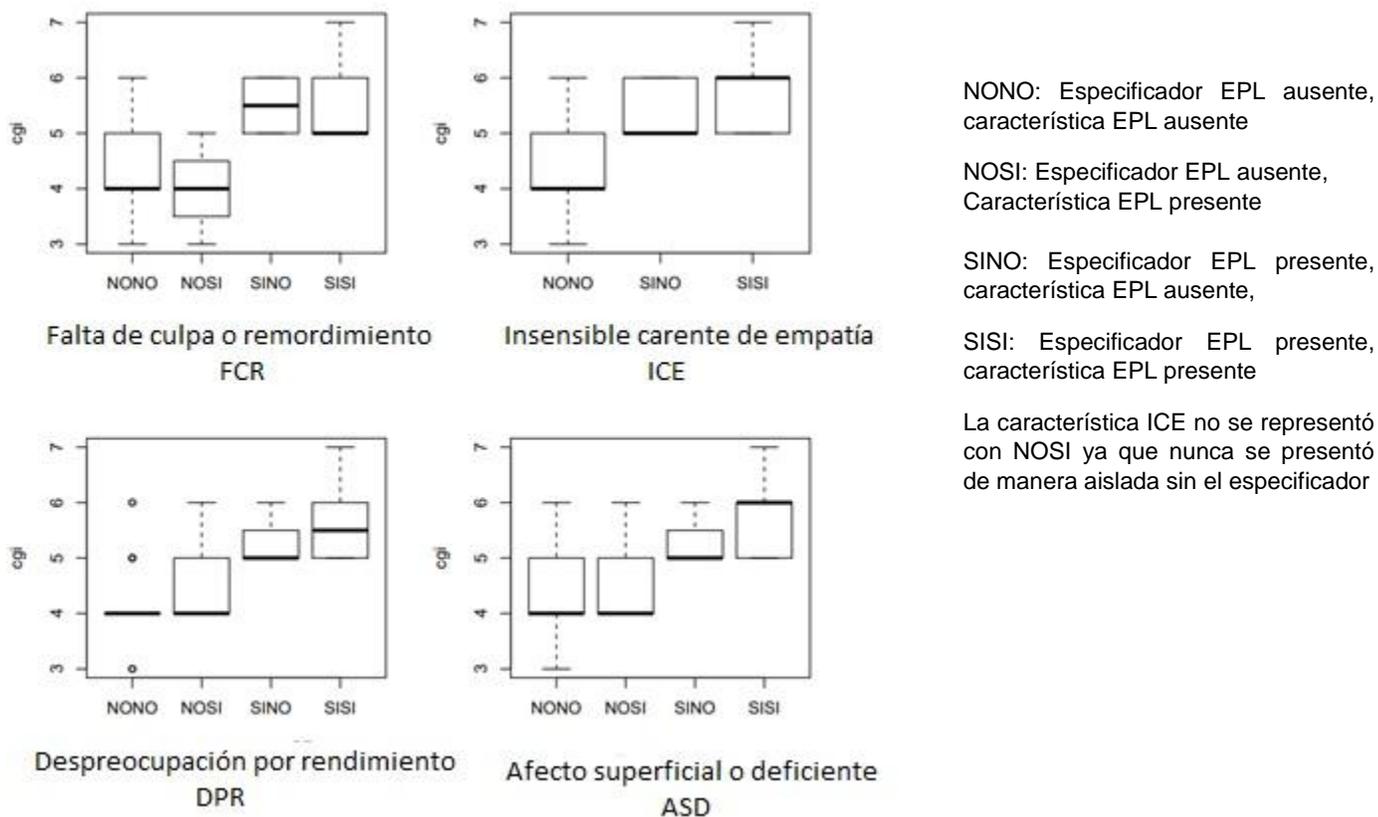
Tabla 2: Asociación entre cada característica EPL con la comorbilidad										
Característica (Ca)	Diagnóstico (Dx)	EPL (-)	EPL (-)	EPL (-)	EPL (-)	EPL (+)	EPL (+)	EPL (+)	EPL (+)	p
		Ca (-)	Ca (-)	Ca (+)	Ca (+)	Ca (-)	Ca (-)	Ca (-)	Ca (+)	
		Dx (-)	Dx (+)							
ICE	TOD (N=22)	24	9	0	0	4	8	0	5	0.00
ICE	TC (N=8)	32	1	0	0	10	2	0	5	0.00
ICE	TEI (N=9)	31	2	0	0	9	3	1	4	0.00
ICE	NSSI (N=13)	28	5	0	0	6	6	3	2	0.05
FCR	TOD (N=22)	21	9	3	0	1	3	3	10	0.00
FCR	TC (N=8)	29	1	3	0	2	2	8	5	0.00
FCR	TEI (N=9)	28	2	3	0	3	1	7	6	0.01
FCR	NSSI (N=13)	25	5	3	0	3	1	6	7	0.06
DPR	TOD (N=22)	20	5	4	4	1	2	3	11	0.00
DPR	TC (N=8)	24	1	8	0	3	0	7	7	0.00
DPR	TEI (N=9)	25	0	6	2	3	0	7	7	0.00
DPR	NSSI (N=13)	20	5	8	0	1	2	8	6	0.04
ASD	TOD (N=22)	20	9	4	0	1	3	3	10	0.00
ASD	TC (N=8)	28	1	4	0	4	0	6	7	0.00
ASD	TEI (N=9)	27	2	4	0	3	1	7	6	0.01
ASD	NSSI (N=13)	24	5	4	0	1	3	8	5	0.04

EPL: Emociones prosociales limitadas (presente o ausente como especificador), ASD: Afecto superficial o deficiente, FCR: Falta de culpa o remordimiento, DPR: Despreocupado por su rendimiento, ICE: insensible carente de empatía, TC: trastorno de conducta, TOD: trastorno oposicionista desafiante, TEI: trastorno explosivo intermitente, NSSI: autolesiones no suicidas.

## Asociación entre cada característica de las EPL con la gravedad clínica global

Respecto a los resultados de las asociaciones entre cada una de las características de las EPL (ICE, FCR, DPR, ASD) con la gravedad global de la sintomatología (obtenida por la escala CGI), la presencia del componente ICE ( $p=0.001$ ,  $F=17.66$ ) y ASD ( $p=0.001$ ,  $F=11.67$ ) demostraron significativamente mayor gravedad en comparación a FCR y DPR, como se muestra en la gráfica 3.

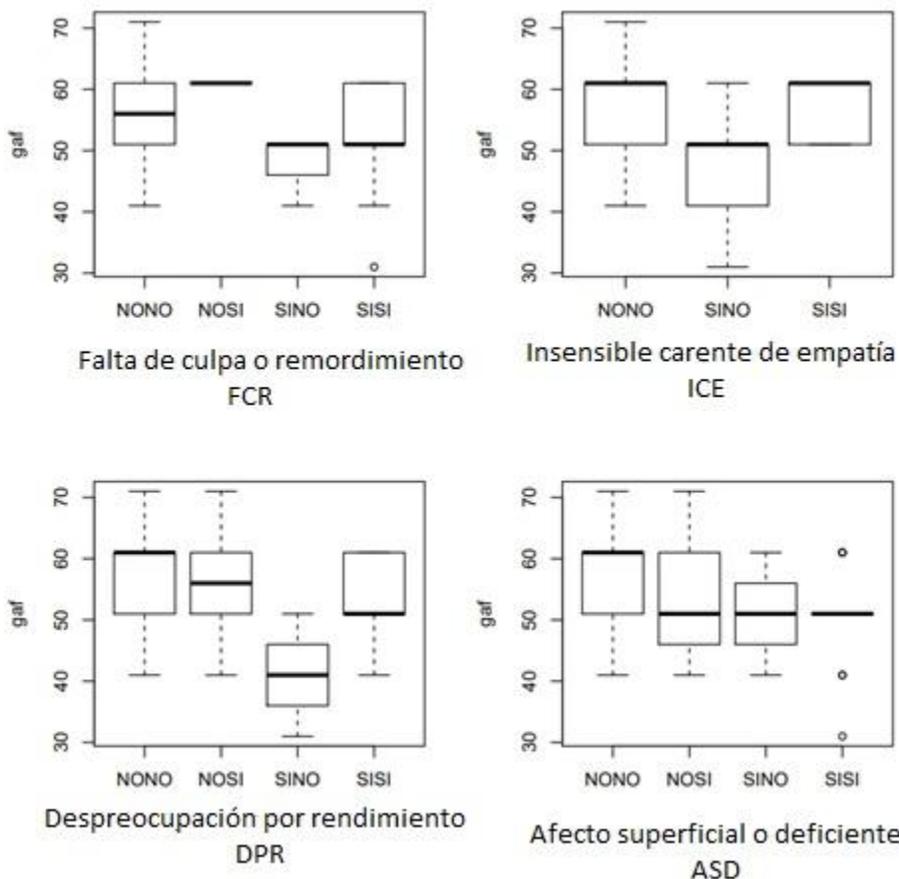
**Gráfica 3: Asociación entre cada característica EPL y la gravedad clínica**



## Asociación entre cada característica de las EPL con el funcionamiento global

Respecto a los resultados de las asociaciones entre cada una de las características de las EPL (ICE, FCR, DPR, ASD) con el funcionamiento global del paciente (obtenido por escala GAF), únicamente ICE ( $p=0.001$ ,  $F=5.96$ ) y DPR ( $p=0.001$ ,  $F=4.09$ ) correlacionaron significativamente con un funcionamiento global más bajo, como se muestra a continuación:

**Gráfica 4: Asociación entre cada característica EPL y el funcionamiento global**



NONO: Especificador EPL ausente, característica EPL ausente

NOSI: Especificador EPL ausente, Característica EPL presente

SINO: Especificador EPL presente, característica EPL ausente,

SISI: Especificador EPL presente, característica EPL presente

La característica ICE no se representó con NOSI ya que nunca se presentó de manera aislada sin el especificador

## Discusión

La presencia del especificador EPL se encontró no sólo en TC y en TOD –como lo indican la APA en el DSM-5 y la OMS en la CIE-11, respectivamente– sino también en TEI, abarcando toda la dimensión de los TCD; así como en dos diagnósticos internalizados: NSSI y distimia. Esto es concordante con diversos estudios que han señalado que dicho especificador es transdiagnóstico si se aborda desde una perspectiva dimensional (Herpers 2016; De la Peña, 2017).

Respecto a la comorbilidad diagnóstica, todos los diagnósticos psiquiátricos se obtuvieron mediante la entrevista clínica BPRS; no obstante, la presencia del especificador EPL se determinó utilizando diferentes instrumentos: BPRS, K-SADS-PL, UCI-A, y UCI-P. Llama la atención que el diagnóstico de EPL cambiaba según la escala utilizada, lo cual pudiera explicarse debido a la variabilidad inter-herramienta e inter-informante así como por el formato de las mismas, ya que la BPRS es un instrumento de tamizaje de características dimensionales, la UCI-A/UCI-P son instrumentos de auto-reporte, y la K-SADS es una herramienta semiestructurada categórica bajo multi-informantes y mejor estimado clínico (De la Peña, 2018).

Diversos estudios de validación del K-SADS-PL al español han reportado una alta confiabilidad y validez (Ulloa, 2006, De la Peña, 2018) así como mayor confiabilidad inter-evaluador cuando dicho instrumento se utiliza para evaluar trastornos externalizados (Chen, 2017; de la Peña, 2018). Asimismo, el instrumento K-SADS-PL permite evaluar por separado cada una de las características que conforman el especificador EPL bajo un sistema multi-informante, y existen reportes que señalan al K-SADS-PL como el instrumento con mayor sensibilidad para determinar la presencia de EPL por utilizar dicho formato (De la Peña, 2017). Aunado a lo anterior, nuestro estudio reportó mayor significancia estadística y confiabilidad al comparar EPL con las comorbilidades psiquiátricas cuando se utilizó el K-SADS-PL para determinar EPL en comparación al BPRS y UCI-A/UCI-P, por lo que el suplemento de EPL del K-SADS-PL podría proponerse como el estándar de oro para evaluar EPL en nuestra población.

Respecto a la comorbilidad con los diagnósticos psiquiátricos, el análisis estadístico reportó con significancia estadística al TOD, TC y TEI independientemente del instrumento diagnóstico utilizado para determinar la presencia de EPL. Sin embargo, es importante mencionar que cuando el especificador EPL se determinó mediante UCI-P y UCI-A, a pesar del OR elevado, los intervalos de confianza cruzaron la unidad, lo que limita su significancia estadística. Por otro lado, sólo cuando se utilizó el instrumento K-SADS para determinar la presencia de EPL se encontró significancia estadística con NSSI (aunado a los TCD ya mencionados), y cuando se utilizó UCI-A se encontró asociación significativa con distimia; no obstante, debe tomarse en consideración las limitaciones de los instrumentos diagnósticos basados en auto reportes, y la mayor confiabilidad para aquellos instrumentos que son realizados por el clínico.

Por otro lado, respecto a la evaluación de cada una de las características de las EPL de manera individual, diversos estudios han reportado a ICE y ASD como las características

centrales o principales, y DPR-FCR como características auxiliares o secundarias (Frazier, 2016; De la Peña, 2021), tomando en consideración el valor predictivo diferencial para presentar el especificador así como por su impacto en la severidad de los síntomas (Blair, 2015; De la Peña, 2021). En este estudio, el componente ICE nunca se presentó como característica *única o aislada*; es decir, sin otra característica del constructo suficiente para establecer el especificador de EPL como presente, de tal manera que siempre se presentó juntamente con todo el especificador. Y por el contrario, la característica DPR, la fue la única que se presentó de manera aislada (sin otra característica suficiente para establecer el especificador) en los diagnósticos de TOD y TEI, consistente con lo reportado en estudios previos que las sugieren como características centrales y secundarias, respectivamente.

Lo anterior también se demostró al comparar EPL con el CGI de gravedad, ya que tomando en consideración el tamaño de efecto, parece ser que independientemente del evaluador o instrumento utilizado, el CGI es consistentemente más grave en aquellos individuos con EPL. Asimismo, cuando se evaluó la CGI de gravedad en relación a cada característica de manera individual, fueron ICE y ASD las que conferían significativamente mayor gravedad a la psicopatología, y no así FCR-DPR, de nueva cuenta reproduciendo lo reportado en otros estudios que proponen a ICE-ASD como características centrales en torno a la severidad de los síntomas y la gravedad clínica, particularmente a ICE como predictor de agresión instrumental/proactiva (Blair, 2015; Serment, 2020) y comportamiento violento (De la Peña 2021; Serment 2020); y ASD como el principal rasgo predictor de psicopatía en la edad adulta (Neumann, 2006; Yildirim, 2006).

Finalmente, al evaluar el funcionamiento global del paciente, la escala GAF puntuó significativamente menor cuando se utilizaron los instrumentos K-SADS-PL y UCI-P para determinar la presencia de EPL. Y al evaluar cada característica por separado, fueron ICE y DPR los que correlacionaron de manera significativa con puntajes menores en el funcionamiento global, no así ASD y FCR. Esto pudiera explicarse debido a que ICE y DPR interfieren con el funcionamiento del paciente de una manera más directa y observable tanto por los padres como por el clínico, quien determinó la calificación del GAF. A pesar de que DPR se ha descrito como una característica secundaria, es probable que en este estudio dicha característica correlacionó con una evaluación del GAF significativamente menor en comparación a DPR y ASD ya que la naturaleza misma de dicha característica implica despreocupación y pobre interés en el desempeño, que al reflejarse en el pobre rendimiento académico –incluso ausentismo escolar– traduce en puntuaciones del GAF menores, tomando en consideración las áreas del funcionamiento esperadas para un adolescente. A pesar de lo anterior, se requieren de más estudios en el futuro que ayuden a confirmar si la presencia de una sola característica central pudiera ser predictor de mayor riesgo para desarrollar EPL, mientras que si la presencia de una característica auxiliar puede no representar dicho riesgo y un desenlace negativo.

## Conclusiones

- Las EPL conforman un especificador transdiagnóstico que puede estar presente en todos los trastornos de la dimensión de la conducta disruptiva (TC, TND, TEI) y en otros trastornos internalizados (NSSI, distimia).
- La entrevista semiestructurada K-SADS presenta mayor sensibilidad para detectar las EPL, por lo que podría considerarse el Gold Estándar para su evaluación en nuestra población
- La presencia de EPL confiere mayor gravedad a la sintomatología de manera consistente, independientemente del instrumento utilizado para su determinación; y al evaluar cada una de las características por separado, son ICE y ASD las que demuestran significativamente mayor gravedad en comparación con FCR y DPR
- Cuando se evalúan las características de EPL de manera individual, ICE nunca se presenta sin el especificador completo, lo que sugiere que dicha característica es una de las centrales para EPL.
- DPR es la característica que más frecuentemente se presenta de manera aislada, sin presencia del especificador, sobretodo en el TOD y TEI.
- El funcionamiento global del paciente es significativamente más bajo en aquellos pacientes con EPL con las características ICE y DPR.

## Limitaciones y fortalezas

### Limitaciones:

Derivado de la contingencia sanitaria COVID-19 con la consecuente cancelación de los servicios de consulta externa en la Clínica de Adolescencia del INPRFM durante aproximadamente 6 meses en el año 2020, se obtuvo un tamaño de muestra total de 50 participantes, habiéndose calculado un tamaño de muestra original de 87

La realización de la BPRS, CGI, y GAF por parte del médico adscrito aconteció en la primera cita subsecuente, y el investigador principal realizó la evaluación K-SADS-EPL junto con la facilitación del llenado UCI-A y UCI-P por parte del adolescente y el padre/tutor, respectivamente, en consultas subsecuentes posteriores, algunas hasta con un intervalo de 6 meses desde su primera cita subsecuente, por lo que al momento de ser evaluados muchos ya contaban con tratamiento psicofarmacológico e incluso remisión parcial de los principales síntomas por los que acudieron a valoración inicialmente.

Al momento de realizar la entrevista K-SADS-PL, existieron inconsistencias entre lo reportado por el adolescente así como lo reportado por el padre/tutor, en ocasiones de tal magnitud que ameritó asesoría virtual o vía telefónica por parte del tutor metodológico y reinterrogar juntamente al adolescente en presencia del padre/tutor para determinar el resultado final.

A pesar de que el investigador principal fue ciego a los diagnósticos y resultados proporcionados por el BPRS, CGI y GAF de los participantes; y según los códigos de ética, no accedió a dicha información hasta que los pacientes aceptaran participar y firmaran el consentimiento/asentimiento informado, muchos pacientes con diagnóstico de EPL (realizado por el médico adscrito durante la BPRS) ya habían sido psicoeducados previamente en torno a dicha condición, por lo que no se descartan sesgos o manipulación de la información cuando fueron evaluados por el investigador.

### Fortalezas:

Para el análisis y confirmación de diagnósticos se utilizaron herramientas de alta confiabilidad (BPRS, K-SADS). Los diagnósticos por BPRS se compararon contra el K-SADS, que es el estándar de oro.

Existió un grupo control de adolescentes con psicopatología sin presencia del especificador EPL

Se trata de un estudio que evalúa cada característica de las EPL de manera individual en relación con la comorbilidad psiquiátrica, la gravedad clínica y el funcionamiento global del paciente; y la mayoría de los estudios previos utilizan al especificador completo de manera categórica como presente o ausente, sin tomar en consideración el papel que desempeña cada característica por separado.

## **Agradecimientos**

Agradezco infinitamente el apoyo de todos los que contribuyeron en la elaboración de este proyecto de tesis, particularmente a mis tutores metodológico y teórico, quienes siempre creyeron en mí y me ofrecieron su consejo y dirección para adaptar este proyecto a una situación de contingencia sanitaria nunca antes vista:

Dr. Francisco R. de la Peña Olvera por su guía, consejo y constante supervisión durante la elaboración del mismo, así como por su constante disposición y acompañamiento en situaciones de dudas diagnósticas.

Dra. Miriam Feria Aranda por su constante disposición, supervisión y acompañamiento para el reclutamiento de la muestra.

Dra. Liz Sosa, Dr. Manuel Valderrama y Dr. Esteban Zepeda por su apoyo y esfuerzo invertido en la búsqueda y captura de pacientes para la muestra.

Dr. Marcos Rosetti por su ayuda y constante disposición en la realización del análisis estadístico e interpretación de los resultados.

En general, a todo el personal de la Clínica de la Adolescencia del INPRFM.

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
2. Blair RJ (2015). Psychopathic traits from an RDoC perspective. *Curr Opin Neurobiol*; 30:79-84.
3. Christian RE., Frick PJ., Hill NL., Tyler L, Frazer DR. (1997). Psychopathy and Conduct Problems in Children: II. Implications for Subtyping Children With Conduct Problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), pp.233-234.
4. Frick, PJ., Ellis, M. (1999). Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3), pp.149-168.
5. Frick, PJ., Moffitt, TE. (2010). A proposal to the DSM-V Childhood Disorders and the ADHD and Disruptive Behavior Disorders work groups to include a specifier to the diagnosis of Conduct Disorder based on the presence of Callous–unemotional traits. American Psychiatric Association, pp. 1–36.
6. De la Peña FR, Rosetti MF, Palacio JD, Palacios-Cruz L (2021). Limited prosocial emotions in a clinical population of children and adolescents: Proposal for core and ancillary characteristics. *Canadian Journal of Psychiatry*, pp. 1-6.
7. De la Peña FR, Villavicencio LR, Palacio JD, Felix FJ, et al (2018). Validity and reliability of the kiddie Schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Spanish version. *BMC psychiatry*, 18: 193
8. Frazier Norbury C (2016). Editorial: the search for core symptoms, will this help clinical decision-making? *J Child Psychol Psychiatr*; 57(8):881-883.
9. Frick, PJ, O'Brien, BS. (1996). Reward dominance: Associations with anxiety, conduct problems, and psychopathy in children. *Journal of abnormal child psychology*, 24(2), pp. 223-240.
10. Hawes, DJ., Dadds, MR. (2005). The treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), pp.737-41.

11. Herpers, PC., Rommelse, NN., Bons, DM., Buitelaar, JK., Scheepers, FE. (2012). Callous-unemotional traits as a cross-disorders construct. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), pp.2045-64.
12. Kahn, RE., Frick, PJ., Youngstrom, E., Findling, RL., Youngstrom, JK. (2012). The effects of including a callous–unemotional specifier for the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), pp.271-282.
13. Moran, P., Ford, T., Butler, G., Goodman, R. (2008). Callous and unemotional traits in children and adolescents living in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 192(1), pp.65-66.
14. Neumann CS, Kosson DS, Forth AE, Hare RD (2006). Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist: youth version (PCL: YV) in incarcerated adolescents. *Psychol Assess*; 18(2): 142-154.
15. Rowe, R., Maughan, B., Moran, P., Ford, T., Briskman, J., Goodman, R. (2010). The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), pp. 688-695.
16. Scheepers, FE., Buitelaar, JK., Matthys, W. (2011). Conduct disorder and the specifier callous and unemotional traits in the DSM-5. *European child & adolescent psychiatry*, 20(2), pp. 89-93.
17. Serment M, de la Peña FR, Rodriguez-Delgado A (2020). Correlation between Limited Prosocial Emotions and Empathy in Adolescents Clinical Population. 4(4). RPN. 000595.
18. Scholte, EM., Van der Ploeg, JD. (2007). The development of a rating scale to screen social and emotional detachment in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(3), pp. 137-149.
19. Viding, E., Jones, AP., Paul, JF., Moffitt, TE., Plomin, R. (2008). Heritability of antisocial behaviour at 9: do callous-unemotional traits matter?. *Developmental science*, 11(1), pp. 17-22.
20. WHO Beta Draft ICD-11. <https://icd.who.int/dev11> September 30, 2017.
21. Yildirim BO (2016). A treatise on secondary psychopathy: psychobiological pathways to severe antisociality. *Aggress Violent Behav*; 31:165-185.

## **Anexos**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL PADRE O MADRE**

**Título de la Investigación: “Emociones prosociales limitadas como especificador de gravedad, comorbilidad y disfunción: Estudio comparativo en adolescentes con psicopatología”**

*En este estudio el investigador responsable es el Dr. Héctor Alfonso Taboada Liceaga. Antes de aceptar participar en este estudio es importante que usted y su hijo comprendan muy bien el diseño de la investigación, su justificación, sus objetivos y sus procedimientos. A continuación, se da una explicación al respecto.*

#### **Justificación:**

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

#### **Objetivos:**

Determinar cómo se asocian las Emociones Prosociales Limitadas en los Trastornos Psiquiátricos de los Adolescentes.

#### **Procedimiento:**

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

La participación del padre o la madre consistirá en:

- 1) Contestar una escala en las cual se les preguntará acerca de Emociones Prosociales Limitadas de sus hijos
- 2) Aceptar la participación de su hijo(a) adolescente (\*), solo y únicamente, posterior al asentimiento del adolescente de participar en el estudio. Aceptar este punto involucra acompañar a su hijo en todo procedimiento

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

- 1) La realización de una breve entrevista clínica de parte del investigador con el adolescente.
- 2) Que el sujeto adolescente conteste una escala en las cual se preguntará sobre la presencia de Emociones Prosociales Limitadas.

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

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

#### **Confidencialidad:**

La identidad no será revelada en ninguna parte del estudio o en los resultados. Para salvaguardar la confidencialidad de la información que nos proporcionen y su privacidad, a sus datos se les asignará

un código numérico común, de tal suerte, que sólo el investigador responsable tendrá acceso al identificador correspondiente. Sin su autorización, la información que nos brinde en ningún momento podrá ser comunicada a cualquier persona ajena a este estudio o empleada en cualquier otro estudio.

**Beneficios:**

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

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

**Contacto:**

Si tienen alguna pregunta, pueden contactar al investigador responsable: Dr. Héctor Alfonso Taboada Liceaga al teléfono: (55)4160-5325 /4160-5323

**Consentimiento y Firmas:**

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

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

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

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

*Nombre y Firma del Participante (hijo adolescente)*

---

*Nombre y Firma del Padre o tutor*

---

*Nombre y Firma del Investigador Principal*

---

*Nombre y Firma de Testigo 1*

---

*Nombre y Firma de Testigo 2*

---

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

**Título de la Investigación: “Emociones prosociales limitadas como especificador de gravedad, comorbilidad y disfunción: Estudio comparativo en adolescentes con psicopatología”**

*En este estudio el investigador responsable es el Dr. Héctor Alfonso Taboada Liceaga. Antes de aceptar participar en este estudio es importante que usted y su hijo comprendan muy bien el diseño de la investigación, su justificación, sus objetivos y sus procedimientos. A continuación, se da una explicación al respecto.*

### **Justificación:**

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

### **Objetivos:**

Determinar cómo se asocian las Emociones Prosociales Limitadas en los Trastornos Psiquiátricos de los Adolescentes.

### **Procedimiento:**

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

Tu participación involucra:

- 1) La realización de una breve entrevista clínica de parte del investigador contigo.
- 2) Que contestes una escala en la cual se te preguntará sobre: Emociones Prosociales Limitadas y su severidad.

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

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

### **Confidencialidad:**

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

**Beneficios:**

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

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

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

**Contacto:**

Si tienes alguna pregunta, puedes contactar al investigador responsable: Dr. Héctor Alfonso Taboada Liceaga al teléfono: (55) 4160-5325 / 4160-5323

**Consentimiento y Firmas:**

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

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

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

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

*Nombre y Firma del Participante (adolescente)*

---

*Nombre y Firma del Padre*

---

*Nombre y Firma del Investigador Principal*

---

*Nombre y Firma de Testigo 1*

---

*Nombre y Firma de Testigo 2*

---

## Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes

Brief Psychiatric Rating Scale for Children & Adolescents Reviewed (BPRS-CA-29)

Versión de la Clínica de Adolescentes 2014, Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Expediente No. \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Se requieren 45 minutos para completar la escala. Se recomienda iniciar con una entrevista no estructurada de 10 minutos para saber dónde vive, con quién, a qué se dedica el paciente y el motivo de consulta conjuntamente el menor y el padre. En los siguientes 25 minutos los criterios no evaluados se consignarán propositivamente, con los adolescentes se solicitará al padre salga del consultorio; los últimos 10 minutos se integrará el diagnóstico y se explicará al familiar y paciente. Cada criterio será evaluado en gravedad que se califica de 0 a 3: 0=ausente, 1=leve, 2=moderado, 3=grave, conforme al mejor estimado clínico. Se evalúa el episodio actual durante los últimos tres meses.

No.	Criterios	0	1	2	3
1	<p><b>Falta de cooperación:</b> Negativista, reservado, evade respuestas, resistencia pronunciada a la entrevista o al manejo (ODD).</p> <p>0. Ausente: Cooperador, tranquilo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se rehúsa a cumplir normas y expectativas, en un lugar o situación (casa, escuela, deportivo, etc.).</p> <p>2. Moderado: Falla persistente en el cumplimiento de reglas en dos lugares o situaciones, discute con adultos; genera deterioro en el funcionamiento.</p> <p>3. Grave: Falla persistente en el cumplimiento de reglas en todos los lugares o situaciones, discute con adultos; genera deterioro en el funcionamiento global.</p>				
2	<p><b>Hostil:</b> Afecto suspicaz, poco tolerante, beligerante, acusa a otros, acciones violentas contra otros (bullying), (CD).</p> <p>0. Ausente: Cooperador, tranquilo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente sarcástico; gritón; cauteloso; pendenciero. Causa ligera disfunción en un lugar o situación.</p> <p>2. Moderado: Con frecuencia causa deterioro en algunos lugares o situaciones.</p> <p>3. Grave: Insulta, destructivo. Causa grave deterioro en el funcionamiento de la mayoría de los lugares o situaciones.</p>				
3	<p><b>Manipulador:</b> Mentiras, trampas, explota a los demás para obtener ganancias, (CD).</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se mete en problemas por mentir; a veces hace trampa.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente miente o manipula a personas que conoce. Causa frecuente deterioro en el funcionamiento de algunos lugares o situaciones.</p> <p>3. Grave: Constantemente se relaciona con otros con una conducta explotadora y manipuladora; defrauda a extraños con dinero/situaciones. Causa grave deterioro en el funcionamiento diferentes lugares y situaciones.</p>				
4	<p><b>Explosivo Intermitente:</b> Conductas agresivas de tipo impulsivo, pérdida del control (IED).</p> <p>0 Ausente: Niega explosiones.</p> <p>1 Leve: explosiones verbales ocasionales menos de dos veces por semana.</p> <p>2 Moderado: explosiones verbales o físicas (sin destrucción de la propiedad o agresión a personas o animales) dos veces por semana en el último año.</p> <p>3 Grave: explosiones verbales o físicas (con destrucción de la propiedad o agresión a personas o animales) todos los días en el último año.</p>				
5	<p><b>Conductas Disruptivas:</b> Berrinches y afecto irritable crónico (DMDD)</p> <p>0: Ausente: ocasionalmente; rápidamente desaparece.</p> <p>1 Leve: Irritabilidad crónica con berrinches verbales ocasionales menos de 3 veces por semana.</p> <p>2 Moderado: Irritabilidad constante con berrinches verbales y conductuales ocasionales hasta tres veces por semana en uno o dos escenarios (casa, escuela, amigos) en el último año, es percibido por otros.</p> <p>3 Grave: Irritabilidad constante con berrinches verbales y conductuales todos los días en más de dos escenarios en el último año, es percibido por otros.</p>				
6	<p><b>Deprimido:</b> Tristeza, llanto, labilidad, desamparo. (Considerar irritabilidad y anhedonia) (MDD).</p> <p>0. Ausente: A veces; rápidamente desaparece.</p> <p>1. Leve: Periodos sostenidos, excesivos para el evento desencadenante.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del tiempo se siente infeliz, sin factor precipitante.</p> <p>3. Grave: Todo el tiempo infeliz/dolor psíquico. Causa grave deterioro en el funcionamiento.</p>				
7	<p><b>Sentimientos de inferioridad:</b> Pobre confianza en sí mismo, sentimientos de culpa, autorreproches, inadecuación, (MDD).</p> <p>0. Ausente: Se siente bien; positivo sobre sí mismo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se siente no tan bien como otros/Déficits en un área.</p> <p>2. Moderado: Siente que otros son mejores que él. Da respuestas negativas, planas, y no puede pensar en algo bueno acerca de sí mismo.</p> <p>3. Grave: Siempre siente que los otros son mejores. Se siente devaluado, indigno de amor.</p>				

No.	Criterios	0	1	2	3
8	<b>Autolesiones No suicidas:</b> Daño intencional cortes, golpes, escoriaciones en la superficie del cuerpo, con la intención de disminuir sentimientos negativos, dificultades interpersonales o inducir sentimientos positivos o sensación de alivio, (NSSI). 0. Ausente 1. Leve: Una autolesión no suicida superficial y sólo en brazos en el último año. 2. Moderado: de dos a cinco días con autolesiones superficiales o intermedias en brazos en el último año. 3. Grave: cinco o más días con autolesiones profundas en otra parte del cuerpo además de los brazos.				
9	<b>Conducta suicida:</b> Ideas de muerte, de suicidio (amenazas o planes), intentos suicidas, (MDD) 0. Ausente: No del todo 1. Leve: Lo piensa cuando está enojado. 2. Moderado: Recurrentes pensamientos o planes de suicidio o intento hace más de un mes. 3. Grave: Intento suicida en el último mes.				
10	<b>Hipertimia:</b> Animo exageradamente elevado, expansivo, irritable, autoestima exagerada, aumento en la actividad intencionada. (Considerar disminución de las horas de sueño) (BD) 0. Ausente: A veces, asociado sólo a fiestas. 1. Leve: Periodos sostenidos, anormales percibidos por los demás, sin perder funcionalidad. 2. Moderado: La mayor parte del tiempo, con ánimo aumentado claramente diferente del habitual, causa deterioro. 3. Grave: Todo el tiempo, deterioro en el funcionamiento.				
11	<b>Fantasías peculiares:</b> Ideas o historias inusuales, raras o autísticas. (Debe considerarse el desarrollo conforme a la edad en la evaluación de este reactivo), (Psychotic). 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Ocasionalmente ha elaborado fantasías. Compañía imaginaria. 2. Moderado: Frecuentemente ha elaborado fantasías (excluye amigos imaginarios). Interfiere ocasionalmente con la percepción de la realidad. 3. Grave: Con frecuencia está absorto por sus fantasías. Tiene dificultad para distinguir la realidad de la fantasía.				
12	<b>Ideas delirantes:</b> De control, referencia, celos, persecutorias religiosas, expansivas, sexuales, (Psychotic). 0. Ausente: No delirios ni ideas de referencia. 1. Leve: En ocasiones siente que extraños pueden estar viéndolo, riéndose o hablando de él. 2. Moderado: Frecuente distorsión del pensamiento; desconfiado, suspicacia hacia otros. 3. Grave: Desconfiado, suspicaz de cualquier persona o cosa. No puede distinguir las ideas de la realidad.				
13	<b>Alucinaciones:</b> Auditivas, visuales, olfatorias, somáticas, etc. (Psychotic). 0. Ausente: Sin experiencias visuales, auditivas o sensoriales. 1. Leve: Escucha su nombre; experiencias después de un evento; imaginación vívida/activa. 2. Moderado: Definitiva experiencia auditiva (voces comentadas o de comando); visuales (durante el día o en repetidas ocasiones); sensoriales (de tipo específico). 3. Grave: Experiencias auditivas constantes (voces de comando); visuales (las imágenes están presentes durante la entrevista); u otras experiencias o percepciones.				
14	<b>Hiperactividad:</b> Inquietud, cambios frecuentes de postura, levantarse de su asiento, movimientos continuos. (Evaluar Impulsividad), (ADHD). 0. Ausente: Ligera inquietud; movimientos aislados. No interfiere en el funcionamiento. 1. Leve: Ocasional inquietud; movimiento más notorio; frecuentes cambios de postura; perceptible, pero no causa deterioro en el funcionamiento. 2. Moderado: Energía excesiva, movimiento constante; no puede estar quieto o sentado; causa disfunción en numerosas circunstancias; busca ayuda para sus conductas. 3. Grave: Excitación motora continua; no puede estar quieto; ocasiona gran interferencia en su funcionamiento en la mayoría de las situaciones.				
15	<b>Distractibilidad:</b> Pobre concentración, periodos cortos de atención, distracción ante estímulos irrelevantes, (ADD). 0. Ausente: Se desempeña consistentemente con habilidad. 1. Leve: Ocasionalmente distraído; fácilmente se distrae; capaz de concentrarse prontamente. 2. Moderado: Frecuentemente tiene problemas de concentración; evade las pruebas mentales; disruptivo; necesita asistencia constante para estar atento. Le ocasiona deterioro. 3. Grave: Constante. Necesita asistencia 1:1 para estar atento.				
16	<b>Discurso o lenguaje acelerado:</b> Habla muy fuerte o apresuradamente, habla en exceso. 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Perceptible; mayor verbalización que lo normal; la conversación no es forzada. 2. Moderado: Muy verborreico o rápido; es difícil mantener la conversación. 3. Grave: Habla rápidamente de forma continua y no puede ser interrumpido. La conversación es extremadamente difícil o imposible.				

No. -	Criterios	0	1	2	3
17	<b>Lenguaje poco productivo: Mínimo, discurso escaso, parco, voz baja.</b> 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Ocasionalmente expresa cierta información, con discurso vago, disperso, voz débil. 2. Moderado: La voz es persistentemente vaga, baja o débil; al menos $\frac{1}{4}$ ó $\frac{1}{2}$ de la conversación no se comprende o está deteriorada. 3. Grave: En numerosas ocasiones o situaciones la comunicación está deteriorada.				
18	<b>Retraimiento emocional: Relación poco espontánea con el entrevistador, falta de interacción con los compañeros, hipoactividad.</b> 0. Ausente: No del todo 1. Leve: Ocasionalmente no responde; algunas veces rehúsa la interacción con compañeros. 2. Moderado: Frecuentemente no responde; evita la interacción; hipoactivo. Interfiere con las relaciones. 3. Grave: Constantemente no se percata de quienes le rodean; expresión facial de preocupación. No responde a las preguntas ni mira al entrevistador.				
19	<b>Afecto aplanado: Expresión emocional deficiente o vacía; afecto aplanado.</b> 0. Ausente: No del todo, o explicable por ánimo depresivo. 1. Leve: Afecto algo aplanado. Ocasionalmente muestra respuesta emocional durante la entrevista (sonrisa, risa, llanto). 2. Moderado: Aplanamiento considerable; con frecuencia no muestra respuesta emocional (no sonríe, ríe, mira o llora). 3. Grave: Aplanamiento constante; no muestra respuesta emocional (no sonríe, ríe, mira o llora).				
20	<b>Tensión: Nerviosismo, inquietud; movimientos nerviosos de manos y pies. (síntomas somáticos de la ansiedad)</b> 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Ocasionalmente se siente nervioso o inquieto. No puede relajarse o tranquilizarse. 2. Moderado: La mayor parte del día se siente nervioso o inquieto. Causa estrés mental o físico. 3. Grave: Nerviosismo e inquietud extremos. Movimientos nerviosos de manos y/o pies.				
21	<b>Ansiedad: Dificultad para separarse de la figura de apego, se "aferra" de ella; preocupación con síntomas de ansiedad, miedos o fobias, así como obsesiones y compulsiones (Síntomas cognitivos de la ansiedad).</b> 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Ocasionalmente preocupado (por lo menos 3 veces a la semana) anticipadamente o durante la separación, miedos o fobias. Las preocupaciones parecen excesivas al evento. 2. Moderado: La mayor parte del día/tiempo se preocupa por lo menos en dos circunstancias de la vida, o por eventos donde anticipa la separación o durante ésta. 3. Grave: Preocupación extrema y grave por todas las cosas, reales o imaginarias.				
22	<b>Alteraciones del dormir: Insomnio inicial, despertares intermitentes, reducción del tiempo de sueño, ronquido, conductas anormales (sonambulismo, terrores nocturnos), movimientos anormales (mioclonias, inquietud en las piernas, movimientos periódicos de las extremidades), nocturia. Evaluar hipersomnia y somnolencia diurna.</b> 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Cierta dificultad (al menos una hora inicial, no insomnio intermedio o terminal). 2. Moderado: Definitivamente tiene dificultad (al menos dos horas de insomnio inicial, algo de insomnio intermedio o terminal, superior a media hora). Sentimiento de sueño no reparador, evidencia leve de ciclo circadiano invertido. 3. Grave: Nunca consigue dormir; se siente exhausto durante el día; severa inversión del ciclo circadiano.				
23	<b>Desorientación: Confusión sobre personas, lugares o cosas.</b> 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Ocasionalmente parece confuso o desconcertado; reacciona fácilmente cuando se le orienta. 2. Moderado: Frecuentemente luce desconcertado, confuso; le desconciertan situaciones familiares, personas o cosas. 3. Grave: Constantemente confuso; perplejo.				
24	<b>Alteraciones del habla: Nivel de desarrollo del lenguaje inferior al esperado, vocabulario subdesarrollado, pronunciación deficiente.</b> 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Lenguaje ocasionalmente distorsionado o idiosincrático; ligera dificultad para comprenderle. 2. Moderado: Frecuentes eventos distorsionados, con deterioro definitivo de la comprensión. 3. Grave: Constante distorsión del habla, casi incomprensible.				
25	<b>Esterotipias: Posturas, movimientos y manierismos rítmicos y repetitivos, (Tics).</b> 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Ocasionalmente presenta manierismos, movimientos o posturas rítmicas, repetitivas 2. Moderado: Frecuentes movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas. 3. Grave: La mayor parte del tiempo (> 50 %) presenta movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas.				
26	<b>Problemas de eliminación: Se orina o se defeca sin control, fuera del lugar indicado de día o de noche después de los cinco años.</b> 0. Ausente: controla esfínteres antes de los cinco años y nunca ha perdido el control. 1. Leve: Ocasionalmente presenta micciones y/o evacuaciones de día o de noche menos de dos veces a la quincena. 2. Moderado: Frecuentemente presenta micciones y/o evacuaciones de día o de noche tres a seis veces a la quincena. 3. Grave: Presenta micciones y/o evacuaciones más de seis veces a la quincena.				



## Escala Global de Evaluación para Niños

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

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

\*\*\*\*\*

La Escala de Evaluación Global para Niños se adaptó de la Escala de Evaluación Global para Adultos (Shaffer, D., Gould, M., Brasic, J., Ambrosini, P., Fischer, P., Aluwahlia, S., A Children's Global Assessment Scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry, 1983, 40:1228-1231).

\*\*\*\*\*

**Escala de Evaluación Global para Niños** (Utilice la escala de evaluación de la página anterior)

**Actual**

\_\_\_ Evalúe el nivel general de funcionamiento del sujeto de las últimas dos semanas seleccionando el nivel que describa su funcionamiento en un continuo hipotético de salud-enfermedad.

**Episodio más severo en el pasado**

\_\_\_ Evalúe el nivel general de funcionamiento del sujeto durante el episodio más severo en el pasado de enfermedad psiquiátrica.

Registre el tiempo evaluado: \_\_\_\_\_

**Mejor nivel de funcionamiento en el pasado**

\_\_\_ Durante el año pasado, evalúe el mayor nivel de funcionamiento del niño.

## 6. Continuación de Emociones Prosociales Limitadas (EPL)

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

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

(0= sin información, 1= no 2 = si)

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

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

## 14. Anexos

### ANEXO 1. ESCALA DE EMOCIONES PROSOCIALES LIMITADAS (VERSIÓN AUTO-APLICABLE).

#### Inventario de Emociones Prosociales Limitadas (Callo Emocional)

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

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

errores.				
14) Los demás saben fácilmente cómo me siento.				
15) Siempre intento lo mejor de mí.				
16) Me disculpo con las personas a las que lastimo.				
17) Evito lastimar los sentimientos de los demás				
18) Cuando hago mal vivo sin arrepentimiento.				
19) Soy muy expresivo y emocional.				
20) Me disgusta dedicarle tiempo a las cosas para que queden bien.				
21) Me importan poco los sentimientos de los demás.				
22) Escondo mis emociones con las demás personas.				
23) Trabajo mucho en todo lo que hago.				
24) Hago cosas para hacer sentir bien a los demás.				

ANEXO 2. ESCALA DE EMOCIONES PROSOCIALES LIMITADAS (VERSIÓN DE REPORTE PARA PADRES).

**Inventario de Emociones Prosociales Limitadas (Callo Emocional)**

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

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

saber cómo se siente mi hijo/hija.				
15) Mi hijo/hija siempre intenta lo mejor de sí.				
16) Mi hijo/hija se disculpa con las personas a las que lastima.				
17) Mi hijo/hija evita lastimar los sentimientos de los demás				
18) Cuando mi hijo/hija hace mal vive sin arrepentimiento.				
19) Mi hijo/hija es muy expresivo y emocional.				
20) A mi hijo/hija le disgusta dedicarle tiempo a las cosas para que queden bien.				
21) A mi hijo/hija le importan poco los sentimientos de los demás.				
22) Mi hijo/hija esconde sus emociones con las demás personas.				
23) Mi hijo/hija trabaja mucho en todo lo que hace.				
24) Mi hijo/hija hace cosas para hacer sentir bien a los demás.				

## 11.1. Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)

### Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

### Mejoría global (CGI-GI)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor