



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

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

**Polaridad del padre, razonamiento prosocial, empatía y emociones prosociales limitadas como factores de riesgo asociados a la presencia y gravedad de la psicopatología, las dificultades en el funcionamiento en general y a la presencia de suicidalidad en hijos de padres con trastorno bipolar.**

## **TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:**  
**Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia**

**PRESENTA:**

**Héctor Alfonso Taboada Liceaga**

**Asesores:**

**Dr. Francisco Rafael de la Peña Olvera**  
**Dr. Marcos Rosetti Sciotto**

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

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

Ciudad de México Septiembre 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## Índice

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN.....                  | 3  |
| MARCO TEÓRICO .....                | 4  |
| JUSTIFICACION.....                 | 10 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....    | 10 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACION.....     | 11 |
| OBJETIVOS.....                     | 11 |
| HIPÓTESIS.....                     | 11 |
| DISEÑO Y METODOLOGIA .....         | 12 |
| DESCRIPCION DE INSTRUMENTOS .....  | 14 |
| DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO..... | 17 |
| ANALISIS ESTADISTICO.....          | 19 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS.....        | 19 |
| RECURSOS PARA EL ESTUDIO .....     | 20 |
| RESULTADOS .....                   | 21 |
| DISCUSIÓN.....                     | 24 |
| CONCLUSIÓN.....                    | 27 |
| BIBLIOGRAFIA.....                  | 28 |
| ANEXOS.....                        | 36 |

# 1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio forma parte de la línea de investigación desarrollada en la Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), sobre el estudio de poblaciones de alto riesgo; en este caso, hijos de padres con trastorno bipolar (HPTB). Investigaciones previas en esta misma línea han demostrado un mayor riesgo de psicopatología y peor funcionamiento psicosocial en esta población vulnerable en comparación con aquellos cuyos padres no padecen este trastorno mental. Se trata de la continuación de un estudio previo (CEI/C/035/2020) que busca complementar la investigación en esta línea al buscar si la polaridad del padre afectado se asocia con alguna dimensión (internalizada, externalizada y neurodesarrollo) y gravedad de psicopatología en los hijos. Asimismo, también se continuó la investigación del estudio previo al evaluar si el razonamiento prosocial, la empatía, y la presencia de emociones prosociales limitadas (entendidas dentro de un constructo “prosocial”) en los HPTB se asocian con mayor gravedad de psicopatología, peor funcionamiento psicosocial y mayor conducta suicida en esta población vulnerable.

El presente estudio incluyó una muestra de 30 participantes, escolares y adolescentes HPTB, de los cuales el 93% presentaron algún tipo de psicopatología, siendo el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) el trastorno más frecuente, con una media de edad mayor para los más graves y para los que presentaron suicidalidad. No se encontraron asociaciones significativas entre la polaridad del padre afectado con el tipo y la gravedad de la psicopatología. No obstante, se observó que los participantes con mayor carga global de psicopatología (por número de diagnósticos psiquiátricos) son hijos de madres con polaridad predominantemente maniaca. Asimismo, se encontró una tendencia a presentar suicidalidad en los HPTB cuando la polaridad del padre afectado es predominantemente maníaca en comparación con la depresiva. No se encontraron asociaciones significativas entre las variables prosociales con la gravedad de la psicopatología, la suicidalidad o el funcionamiento general en los HPTB.

## 2. MARCO TEÓRICO

El estudio de poblaciones de alto riesgo, como lo son los hijos de padres con psicopatología grave; por ejemplo, el trastorno bipolar (TB), resulta de amplio interés, pues ofrece claves fenomenológicas, temperamentales y biológicas de presentaciones tempranas del TB, pero también de otros trastornos mentales graves y de otros menos graves (Rasic et al., 2014). Evaluar desde edades tempranas a esta población que está expuesta a un cuidador con TB, que por definición intermitentemente puede estar psicótico, disfuncional, negligente o ausente por los episodios del estado del ánimo, abuso de sustancias y hospitalizaciones (Chang et al., 2001), ayudará a cuantificar la contribución de factores ambientales y biológicos en el desarrollo de psicopatología. Se trata de un área de oportunidad para reducir la brecha de atención y reconocimiento temprano, donde se puede limitar algún grado el desarrollo de psicopatología más grave o complicada.

Diferentes líneas de investigación han demostrado que los hijos de padres con TB (HPTB) tienen alto riesgo de desarrollar diversos tipos de psicopatología, tanto internalizada como externalizada (Lapalme et al., 1997, Rasic et al., 2014, Lau et al., 2017), y el riesgo es aún mayor si ambos padres han recibido el diagnóstico (Gotesman et al., 2010). La propia línea de investigación desarrollada en la Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM), sobre el estudio de poblaciones de alto riesgo, ha demostrado que los hijos de pacientes con TB tienen mayor psicopatología y menor funcionalidad general que la población general (Licona et al., 2013 y Zavaleta et al., 2011). Aunque no existen reportes sobre gravedad en los hijos de padres con TB, la suicidalidad podría considerarse un marcador de esta, y se ha visto que HPTB tienen más riesgo de ideación suicida que la población general, con riesgo alto incluso sin tomar en cuenta la conducta suicida de sus progenitores (Goldstein et al., 2011).

### Razonamiento prosocial

El razonamiento prosocial representa un elemento cognitivo que se traduce en la conducta de llevar a un individuo a aliviar el malestar del otro (Eisenberg-Berg, 1979). Se ha visto que constructos parecidos como la cognición social (Lee et al., 2013), el reconocimiento de emociones (Lembke et al., 2002, Seidel et al., 2011) y la teoría de la mente (Kerr et al., 2003)

empeoran durante episodios de manía, lo cual explica que en esta fase exista mayor explotación de las debilidades de otros y que presenten más juicios morales utilitarios que cuando se encuentran en eutimia, o cuando se comparan con pacientes sin TB (Kim et al., 2015). También existe mayor expresión de conflicto, mayor disfunción y menor expresividad emocional en familias con padres que padecen TB (Barron et al., 2013, Chang et al., 2001). Estas dificultades se han relacionado con la psicopatología de los hijos (Ferreira et al., 2013) y también se podrían correlacionar con inmadurez en su razonamiento prosocial (Vera-Estay et al., 2016).

## **Empatía**

La dimensión de la **empatía** es distinta a la del razonamiento prosocial. Se entiende como un constructo neurocientífico que implica un estado afectivo evocado por inferencia del estado de otra persona, es isomórfico a este, y el que empatiza sabe que la otra persona es la fuente de dicho estado (Singer, 2009). En otras palabras, la empatía es la experiencia de sentir vicariamente lo que otro está sintiendo sin confundir el sentimiento con la propia experiencia directa. Se ha dividido en dos sistemas cerebrales que trabajan en conjunto, pero son dissociables conductualmente, neuro-anatómicamente y en el desarrollo (Perry y Shamay-Tsoory, 2013). Un sistema emocional involucra a las neuronas espejo y el sistema límbico, particularmente la amígdala. Implica procesos subyacentes relacionados, como el contagio emocional, el reconocimiento emocional y el dolor compartido. Otro sistema cognitivo involucra estructuras corticales como la corteza orbitofrontal y la unión temporo-parietal, y se relaciona con funciones cognitivas de alto orden involucradas con la diferenciación del yo y del otro, así como la teoría de la mente (Perry y Shamay-Tsoory, 2013). Se ha hecho poca investigación sobre empatía y TB, encontrándose algunos hallazgos. Al considerar estos dos sistemas por separado se observa mayor empatía emocional en fases de manía, que puede resultar del sesgo de reconocer más emociones faciales positivas que negativas y de la convicción del entendimiento completo de otras pacientes en estas fases (Bodnar y Rybakowski, 2017). Respecto a la empatía cognitiva, se han encontrado déficits como rasgo más que como estado que se mantienen incluso en periodos de eutimia (Shamay-Tsoory et al., 2009)

## **Emociones prosociales limitadas**

En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5 por sus siglas en inglés) fue introducido un especificador, inicialmente conocido como Callo Emocional (CE) (Frick, 1999) y actualmente llamado Emociones Prosociales Limitadas (EPL) para disminuir el estigma asociado con el nombre. Dicho especificador fue propuesto originalmente en 2010 como un subtipo de Trastorno de la conducta disocial (TCD) (Frick, 2010), ya que es considerado por algunos autores como parte de los signos y síntomas de la psicopatía infantil y se identifica como la representación grave de la conducta antisocial. El DSM-III tenía implícitos los rasgos de CE en el subtipo poco socializado del TCD, tales como las alteraciones en las relaciones interpersonales producto de la falta de empatía y culpa (Frick, 1999), sin embargo, no fue incluido en versiones posteriores debido a que se orientaba en el aspecto del apego social y demostró no ser de utilidad para la subcategoría de TCD que se pretendía crear (Scheepers et al., 2011). La propuesta de crear un nuevo especificador nace con la intención de identificar a un subgrupo de pacientes con TCD particularmente grave, poco cooperativos y con características neurológicas, cognitivas, emocionales y sociales diferentes del resto. Según el DSM-5, se deben cumplir dos o más de las siguientes características para cumplir con este especificador (APA, 2013):

1. Falta de culpa o remordimiento posterior a cometer errores.
2. Falta de empatía, indiferente a los sentimientos ajenos.
3. Falta de interés acerca de un pobre desempeño académico, laboral o en cualquier otra actividad relevante.
4. Afecto deficiente, no expresando 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.

Investigaciones recientes por parte de la Clínica de la Adolescencia del INPRFM en colaboración con otros países en el área de las EPL han mostrado que la falta de empatía y el afecto deficiente son características centrales en niños y adolescentes con EPL (de la Peña et al., 2021). También se han demostrado correlaciones inversas entre la gravedad del especificador de EPL y la empatía global en hombres y mujeres adolescentes (Serment et al., 2020).

En cuanto al funcionamiento general y a la **gravedad**, existen controversias desde el planteamiento de si en realidad son dimensiones distintas (Zimmerman et al., 2018), ya que

una forma de medir la gravedad tiene que ver con el impacto de los síntomas en la vida cotidiana. Dado que no hay biomarcadores específicos de los trastornos psiquiátricos que caractericen válidamente la gravedad de un diagnóstico, se ha procurado evaluar los epifenómenos de los trastornos mentales para juzgar la gravedad (Zimmerman et al., 2018; APA, 2013). Quizás por lo anterior, los autores no han encontrado estudios que específicamente evalúen la gravedad en poblaciones de riesgo como los hijos de pacientes con TB.

La mayoría de los estudios en HPTB han evaluado la presencia de trastornos categóricos, lo que ha permitido conocer que esta población tiene un riesgo significativamente más alto de desarrollar TB y cualquier trastorno psiquiátrico que los hijos de padres sin antecedentes psiquiátricos (Lau et al., 2017). Lo anterior es cierto incluso en México y Colombia, donde se ha demostrado que la mayoría de los HPTB han presentado algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida (principalmente TDAH y ansiedad), con una interferencia moderada en su funcionamiento (Zavaleta et al., 2011; Palacio et al., 2011) y que la comorbilidad con trastornos externalizados y depresión, así como el género femenino, son las características vinculadas al menor funcionamiento en esta población de riesgo (Licona et al., 2014). No obstante, en los últimos años se ha desafiado la perspectiva categórica de la psicopatología, y se ha examinado su estructura de forma dimensional, llegándose a proponer que una sola dimensión general o mejor conocida como el “Factor P” pueda explicar toda la psicopatología y su agregación en una distribución normal donde una puntuación alta en el “Factor P” represente mayor gravedad, menor funcionalidad, mayor carga familiar y mayor compromiso del funcionamiento cerebral en etapas tempranas de la vida (Caspi et al., 2014). Por lo anterior ha sido necesario incorporar perspectivas que tomen en cuenta el desarrollo desde la infancia a la teoría del “Factor P” (Murray et al., 2016). Las aproximaciones dimensionales también han permitido mejorar el conocimiento de marcadores de riesgo en poblaciones vulnerables como la de HPTB, donde se han capturado algunos correlatos conductuales de psicopatología (Diler et al., 2011) y la presencia de síntomas afectivos y conductuales (Duffy et al., 2009) antes de que se desarrolle un TB categórico. Incluso, con los hallazgos de algunas cohortes (Egeland et al., 2012; Birmaher et al., 2009; Nurnberger et al., 2011; Duffy et al., 2009; Axelson et al., 2015) se ha propuesto un modelo preliminar de la trayectoria del TB emergente, que parte con un síndrome inespecífico en la infancia (por ejemplo: problemas de sueño, ansiedad, trastornos del neurodesarrollo), luego cambia a síntomas internalizados frente al estrés, posteriormente a un trastorno depresivo, después a

síntomas hipomaniacos sub-sindromáticos, y finalmente a TB categórico (Duffy et al., 2017). Estos estudios en pacientes con TB y sus hijos han permitido entender cómo diferentes dimensiones intervienen en la expresión de psicopatología y en la presentación del TB, pero también de cómo influyen en las características de su progeie. Existen otras formas de evaluación de la gravedad por medio de impresiones clínicas generales, basadas en la experiencia de quien evalúa.

En relación al **funcionamiento general**, si bien existen algunos estudios, no ha quedado suficientemente claro si existen diferencias entre los niños y adolescentes hijos de padres con psicopatología grave e hijos de la población general, ya que si el funcionamiento se divide en diferentes componentes se observan resultados distintos. Por ejemplo, no se ha observado evidencia consistente respecto a cambios en el funcionamiento intelectual y social (Reichart et al., 2007), pero sí cambios importantes en el funcionamiento neuropsicológico (Klimes-Dougan et al., 2006) y alteraciones en el funcionamiento psicosocial (Bella et al., 2011).

Respecto a la **suicidalidad**, es conocida la alta frecuencia de intentos de suicidio en pacientes con TB, siendo dos veces mayor que en pacientes con depresión unipolar y hasta seis veces mayor que en pacientes con otros trastornos psiquiátricos (Chen et al., 1996). También es conocido que la frecuencia de intentos de suicidio en esta población sea mayor para aquéllos con el antecedente familiar de conducta suicida de manera independiente a la presencia de TB en línea ascendente familiar (Carballo et al., 2012). Los hijos de pacientes con TB de una cohorte en Estados Unidos de América (Goldstein et al., 2011) demostraron tener mayor frecuencia de ideación suicida que la población general, aparentemente sin relación a la conducta suicida del progenitor afectado del trastorno. El riesgo es particularmente mayor si la descendencia tiene historia de depresión, TB, antecedente de hostilidad, abuso sexual reciente o conflicto familiar.

### **Polaridad del TB en el padre afectado**

Diversos autores clasifican la polaridad del TB en polaridad de inicio (también conocida como polaridad del primer episodio mayor del ánimo), y polaridad predominante. La primera se define

como la polaridad (depresiva o maníaca/hipomaníaca) en la cual el paciente con TB presenta su primer episodio afectivo (Forty et al., 2009; Tundo et al., 2015). La segunda se define como la polaridad (depresiva o maníaca/hipomaníaca) de los dos tercios del total de los episodios afectivos que ha presentado el paciente (Carvalho et al., 2014; Daban et al., 2006; Perugi et al., 2000).

La polaridad de inicio ha sido considerada tradicionalmente como un posible marcador del curso (polaridad predominante) del TB (Cremaschi et al., 2017; Daban et al., 2006; Etain et al., 2012). Es decir, que aquellos pacientes que presentan polaridad de inicio depresiva presentan mayor cantidad de episodios depresivos y de intentos de suicidio; mientras que aquellos con polaridad de inicio maníaca, presentan mayor cantidad de episodios maníacos/hipomaníacos y de síntomas psicóticos (Daban et al., 2006; Etain et al., 2012; Forty et al.). No obstante, estudios más recientes (Yoldi-Negrete et al., 2021), han demostrado que dicha relación entre la polaridad de inicio y la predominante tiende a ir disminuyendo después de los primeros años del inicio del trastorno.

A nuestro conocimiento, hasta este momento no existen estudios que reporten la relación entre la polaridad del TB (tanto de inicio como predominante) en el padre afectado, con la psicopatología y gravedad de la misma en los HPTB.

### 3. JUSTIFICACION

Las poblaciones de alto riesgo, como los HPTB, representan un área de oportunidad para reducir la brecha de atención y reconocimiento temprano, donde se puede limitar algún grado el desarrollo de psicopatología más grave o complicada; por lo que el estudio de características de riesgo en esta población resulta necesario como una prioridad en el área de la Salud Mental en México. Conocer los factores que “facilitan” la expresión de psicopatología, gravedad, funcionalidad y suicidalidad en esta población vulnerable se convierte en un área de estudio importante en paidopsiquiatría. Asimismo, hasta ahora no se ha reportado si la polaridad (de inicio y predominante) en el padre afectado se asocia con cierto tipo y gravedad de psicopatología en los hijos.

### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dado el compromiso observado de las áreas de gravedad, funcionalidad y suicidalidad en población de HPTB, se consideró la evaluación de algún factor en esta población que aumente la probabilidad de afección en estas tres áreas. Algunos factores relacionados con el desarrollo de psicopatología son los elementos cognitivos que se traducen en las conductas que buscan aliviar el malestar del otro, o prosociales, que son de interés en esta población vulnerable, pues los estilos de conducta prosocial de sus padres, que están afectados de manera fluctuante en relación a los episodios del ánimo, podrían traducirse en inmadurez del desarrollo moral de sus hijos (Vera-Estay et al., 2016) y a su vez en el inicio de psicopatología en esta progenie (Ferreira et al., 2013). En el presente estudio, se consideraron tres elementos prosociales: el razonamiento prosocial, la empatía en sus componente emocional y cognitivo y las emociones prosociales limitadas (EPL), que por separado y en otros grupos poblacionales se han considerado marcadores de gravedad y mal funcionamiento (APA, 2013). También se consideró si la polaridad (de inicio y predominante) del TB en el padre afectado incide en dicha psicopatología, gravedad y funcionamiento. También se ha visto que intervenciones a edad preadolescente que inciden en la conducta prosocial también lo hacen en la suicidalidad (Roberts, et al., 2017). Hasta el momento no existe literatura que considere la prosocialidad en los HPTB, y la polaridad del padre afectado en la expresión de psicopatología, gravedad de esta, mal funcionamiento o conducta suicida en HPTB.

## 5. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existe alguna asociación entre las características del razonamiento prosocial, empatía y la presencia de EPL en los HPTB, así como la polaridad del padre afectado con el funcionamiento general, la presencia y gravedad de psicopatología y la suicidalidad entre los HPTB?

## 6. OBJETIVOS

### 6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si el razonamiento prosocial, la empatía y la presencia de emociones prosociales limitadas en los HPTB y la polaridad en el padre afectado se asocian con un mayor riesgo para la presencia y gravedad de la psicopatología, las dificultades en el funcionamiento general y la presencia de suicidalidad en una muestra de hijos de padres con TB.

### 6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

**Objetivo específico 1:** describir las características sociodemográficas (edad, sexo) de los HPTB.

**Objetivo específico 2:** determinar la asociación entre las dimensiones de psicopatología de los HPTB (internalizada, externalizada y del neurodesarrollo) con la polaridad del padre.

**Objetivo específico 3:** establecer la asociación entre las características de razonamiento prosocial, empatía, y EPL en los HPTB, así como la polaridad del padre afectado, con el funcionamiento general, la presencia y la gravedad de la psicopatología además de la suicidalidad entre HPTB.

## 7. HIPÓTESIS

Los HPTB presentarán un bajo razonamiento prosocial, baja empatía y emociones prosociales limitadas influyendo en el desarrollo de mayor gravedad de psicopatología, mal funcionamiento y mayor suicidalidad. La polaridad maníaca en los padres se asociará con psicopatología externalizada en los HPTB y la polaridad depresiva con psicopatología internalizada.

## **8. DISEÑO Y METODOLOGIA**

### **8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO**

De acuerdo a la clasificación de Feinstein (1985) se realizó un estudio observacional por carecer de intervención, analítico por el propósito general, transversal por la dirección temporal y homodémico por la composición de la muestra.

### **8.2 DESCRIPCION DEL UNIVERSO DE TRABAJO**

Menores de edad escolar y adolescentes, hijos de padres con TB que sean pacientes de la Clínica de Trastornos Afectivos del INPRFM.

### **8.3 CRITERIOS DE INCLUSION**

Hijos de padres con TB de entre 6 y 17 años, que asientan a participar, y cuyos padres o tutores acepten previa firma de asentimiento consentimiento informado.

### **8.4 CRITERIOS DE EXCLUSION**

- 1) padecer una dificultad que impida entender o responder a las preguntas de los inventarios (discapacidad intelectual, trastornos graves de la comunicación y del aprendizaje), 2) no contar con teléfono o dispositivo móvil en casa del paciente.

### **8.5 CRITERIOS DE ELIMINACION**

Aquellos que a pesar de contar con criterios de inclusión y no sean descartados por criterios de exclusión, no hayan acudido a alguna de las entrevistas, o hayan decidido suspender su participación en el estudio.

### **8.6 ESTIMACION DEL TAMAÑO DE MUESTRA**

El tamaño de la muestra se calculó considerando la fórmula de Freeman para estudios de regresión logística, donde el tamaño de muestra es  $[n=10*(k+1)]$ , donde k representa el número de variables independientes, siendo estas tres en el estudio (razonamiento prosocial, empatía y EPL). Se espera un tamaño de muestra de al menos 40 participantes.

### 8.7 DESCRIPCION DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO Y ESCALAS DE MEDICION

| VARIABLE   | DESCRIPCION           | UNIDAD DE MEDIDA                | ESCALA(S)          |
|--|-----------------------|---------------------------------|--------------------|
| <b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>                  |                       |                                 |                    |
| Razonamiento prosocial hedónico                  | Cuantitativa continua | 0.1 - 1.0                       | PROM               |
| Razonamiento prosocial orientado a la necesidad  | Cuantitativa continua | 0.1 - 1.0                       | PROM               |
| Razonamiento prosocial orientado a la aprobación | Cuantitativa continua | 0.1 - 1.0                       | PROM               |
| Razonamiento prosocial estereotipado             | Cuantitativa continua | 0.1 - 1.0                       | PROM               |
| Razonamiento prosocial internalizado             | Cuantitativa continua | 0.1 - 1.0                       | PROM               |
| Empatía afectiva                                 | Cuantitativa continua | 1.0 - 5.0                       | EEB                |
| Empatía cognitiva                                | Cuantitativa continua | 1.0 - 5.0                       | EEB                |
| Emociones prosociales limitadas                  | Cuantitativa discreta | 0 - 72                          | IEPL               |
|  | Cualitativa nominal   | presente/ausente                | KSADS PL5          |
| Polaridad de inicio y predominante del padre     | Cualitativa nominal   | Depresiva o maníaca/hipomaníaca | Expediente clínico |
| <b>VARIABLES DEPENDIENTES</b>                    |                       |                                 |                    |

| VARIABLE                          | DESCRIPCION         | UNIDAD DE MEDIDA                                  | ESCALA(S)    |
|-----------------------------------|---------------------|---|--------------|
| Numero de diagnósticos (Factor P) | Cualitativa ordinal | 0, 1, 2, 3, 4, 5                                  | BPRS-29      |
| Suicidalidad                      | Cualitativa ordinal | 0, 1, 2, 3  |              |
| Funcionamiento general            | Cualitativa ordinal | 1, 2, 3, 4, 5<br>1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | CGI-S<br>GAF |

## 9. DESCRIPCION DE INSTRUMENTOS

### **Escala de Apreciación Psiquiátrica para Niños (por las siglas en inglés BPRSC)**

El BPRS-C versión Mexicana, se trata de una entrevista semiestructurada compuesta por 29 items y modificada en la Clínica de la Adolescencia del INPRFM (De la Peña et al., 2005). Dicha versión tiene cinco reactivos más que la versión original, 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 ínter evaluador y test-retest es de  $r=0.94$  y  $r=0.82$ , respectivamente (Sánchez et al., , 2005). Esta entrevista tiene una duración promedio de 40 minutos, en esta entrevista está presente tanto el padre como el menor y clínico establece un mejor estimado clínico con base en su experiencia. Es necesario un entrenamiento para su aplicación.

### **Medida Objetiva de Razonamiento Prosocial (PROM)**

Nancy Eisenberg y sus colaboradores han presentado a los niños historias en las que el personaje debe decidir si ayudar o consolar a alguien cuando un acto prosocial sería personalmente costoso (Eisenberg y Hand, 1979). El razonamiento sobre estos dilemas prosociales progresaría a través de cinco niveles entre la infancia temprana y la adolescencia: orientación hedonista, orientación por necesidades, orientación estereotipada o basada en la aprobación, orientación empática o autoreflexiva y orientación internalizada. En 2013 se actualizó y validó al español la escala de razonamiento prosocial

diseñada por Eisenberg: el *prosocial reasoning objective measure* (PROM) (Carlo et al., 2013), y actualmente cuenta con cinco dilemas morales.

### **Escala de Empatía Básica (EEB)**

Consiste en una escala de autoreporte que permite medir tanto el componente afectivo como el cognitivo de la empatía. En el aspecto cognitivo, los ítems enfatizan la comprensión de las emociones ajenas y en el aspecto afectivo, los ítems enfatizan la congruencia emocional. Finalmente, las respuestas empáticas son medidas en un contexto de reacciones emocionales primarias tanto positivas como negativas. Comprende un total de 20 ítems que se registran en una escala tipo Likert de 5 puntos que comprende desde 1 (Completamente en desacuerdo) hasta 5 (Complemente de acuerdo). En la validación de la escala al español la correlación entre los ítems de la subescala cognitiva de la versión autoreporte fue de  $r=0.26-0.52$  y para la subescala afectiva de  $r=0.12-0.49$ . En la versión autoaplicable el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.70 para la subescala cognitiva y de 0.66 para la escala afectiva. En la versión para padres, el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.76 para la subescala cognitiva y de 0.74 para la subescala afectiva (Villadangos et al., 2016).

### **Inventario de emociones prosociales limitadas (IEPL) y Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Life version DSM-5 versión en español K-SADS-PL-5):**

Desarrollado por Kimonis et al. (2008), consiste en un cuestionario de 24 ítems, la mitad de los cuales están redactados en forma positiva y la mitad restante de forma negativa. Evalúa tres factores que se traslapan: 1) respuesta empática limitada, 2) falta de preocupación o cuidado acerca del desempeño y en las relaciones interpersonales y 3) expresión emocional alterada o disminuida. Debido a dicho análisis el inventario cuenta actualmente con 11 ítems en la subescala de empatía limitada, 8 ítems en la subescala de preocupación y cuidado limitados y 5 ítems en la subescala de alteración en la manifestación emocional. En estudios recientes de validez y confiabilidad, el alfa de Cronbach mostró aceptable consistencia interna para el inventario de forma total (0.83) así como en la subescala de preocupación limitada (0.80), la subescala de empatía limitada (0.75) y la subescala de alteración en manifestación emocional (0.71) (Cardinale y Marsh, 2017). Se utilizó sólo la versión para padres. También se aplicaron preguntas directas con los cuatro

criterios del DSM-5 para el especificador de EPL contenidas dentro del K-SADS-PL-5 (De la Peña et al., 2018).

### **“Factor P”**

Los últimos años se ha desafiado la perspectiva categórica de psicopatología, y se ha examinado su estructura de forma dimensional, llegándose a proponer que una sola dimensión general o mejor conocida como el “Factor P” pueda explicar toda la psicopatología y su agregación en una distribución normal donde una puntuación alta en el “Factor P” represente mayor gravedad, menor funcionalidad, mayor carga familiar y mayor compromiso del funcionamiento en etapas tempranas de la vida (Caspi et al., 2014). Se registró el número de diagnósticos establecidos con certeza (“Factor P”) obtenidos por la entrevista BPRS y se dividió la muestra en cuatro grupos de acuerdo con el número de diagnóstico o nivel de gravedad: 0 sin psicopatología, 1 con uno a dos diagnósticos, 2 con tres a cinco diagnósticos y 3 con seis diagnósticos o más.

### **Impresión Clínica Global (CGI)**

Fue desarrollada por ensayos clínicos patrocinados por el Instituto Nacional de Salud Mental en EUA para proveer una evaluación del funcionamiento global antes y después de iniciar una medicación (Busner; 2007). El CGI provee una medida general de resumen determinada por el clínico que toma en consideración toda la información disponible, incluyendo un conocimiento de la historia del paciente, circunstancias psicosociales, síntomas, conducta y el impacto de los pacientes en su funcionamiento. Provee dos medidas de un elemento que evalúan 1) gravedad de psicopatología de 1 (normal) a 7 (extremadamente enfermo) y 2) mejoría desde el inicio del tratamiento también entre 1 (demasiada mejoría) y 7 (demasiado empeoramiento).

### **Evaluación del Funcionamiento Global (GAF)**

La Evaluación del Funcionamiento Global es una escala conocida y ampliamente usada para puntuar la gravedad del padecimiento en psiquiatría (Aas, 2010). Cubre un rango entre la salud mental positiva y la psicopatología grave, y tiene la intención de ser genérica más que específica de diagnósticos. Existe una posibilidad de 100 puntos divididos en intervalos de 10 puntos (por ejemplo 31-40, 41-50). Los intervalos tienen puntos de anclaje que describen los síntomas y el funcionamiento que son relevantes para la puntuación. Los puntos de

anclaje para el intervalo 1-10 describen la máxima gravedad y los puntos de anclaje de 91-100 describen a los más sanos. Aunque se han encontrado problemas con la confiabilidad y validez del GAF, se considera mejor que otros instrumentos (Vatnaland et al., 2002).

La suicidalidad se evaluó mediante el reactivo 9 del BPRS, que evalúa presencia de ideas de muerte, de suicidio (amenazas o planes), o intentos suicidas. Divide las respuestas en ausente (no del todo), leve (lo piensa cuando está enojado), moderada (recurrentes pensamientos o planes de suicidio o intentos hace más de un mes) o grave (intentos de suicidio en el último mes).

### **Polaridad de inicio y predominante en el padre afectado**

Se obtuvo del expediente clínico del padre afectado que aceptó que su hijo participe en el estudio, y que viene notificado en el consentimiento informado. Ya que se trata de pacientes de la clínica de trastornos afectivos del INPRFM, estos cuentan con la polaridad predominante y de inicio como parte de los diagnósticos establecidos. En aquellos pacientes en cuyo expediente clínico no se documente la polaridad del primer episodio afectivo, tomando en consideración las manifestaciones clínicamente significativas de un episodio maniaco/hipomaniaco, por consenso se consideró polaridad de inicio depresiva.

## **10. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

Por medio del contacto con su médico tratante en la Clínica de Trastornos Afectivos (Dra. Joanna Jiménez) del INPRFM, los pacientes con diagnóstico principal de TB con hijos en el rango de edad del estudio fueron invitados a participar. Los que aceptaron contactaron al investigador principal, quien por medio de video/audio-llamada o de manera presencial, informó a detalle sobre las características del estudio, entregó el formato de consentimiento/asentimiento informado, o lo envió vía electrónica (como viene aprobado en el proyecto inicial), mismo que se verificó hubieran leído y entendido tanto el participante como el padre o tutor.

Se había contemplado que aquellos que autorizaran la participación en el estudio fueran citados a dos evaluaciones a distancia diferentes: una para recabar datos sociodemográficos y aplicación del BPRS-C, y otra para establecer las variables prosociales incluyendo la aplicación de dilemas morales. No obstante, dos evaluaciones diferentes resultaron en pobre

apego por parte de los padres para la segunda evaluación, por lo que todas las evaluaciones se realizaron en una sola entrevista. La evaluación a cada participante y su padre/tutor tuvo una duración aproximada de 120 – 145 minutos. Primeramente, se recabaron los datos sociodemográficos, presencia del diagnóstico en uno o ambos padres, edad de inicio de estos, y polaridad del TB, así como la aplicación de la escala BPRS-C y en función a sus resultados se cuantificó el número de categorías diagnósticas (“Factor P”) (Caspi et al., 2014). También se puntuó la Impresión Clínica Global (CGI) y la Evaluación del Funcionamiento Global (GAF). Posteriormente, se aplicaron las escalas Medida Objetiva del Razonamiento Prosocial (PROM), Escala de Empatía Básica (EEB), el Inventario de Emociones Prosociales Limitadas (IEPL) y preguntas directas con los cuatro criterios del DSM-5 para el especificador de EPL contenidos dentro del K-SADS-PL-5.

**Características del evaluador:** La aplicación de todos los instrumentos se llevó a cabo por el investigador principal, quien es un psiquiatra graduado y en formación en la subespecialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia, y entrenado en los diferentes instrumentos para asegurar la precisión en la aplicación. La información obtenida en ambas evaluaciones se incluyó en una base de datos de Excel para el análisis estadístico. Si existieron dudas diagnósticas se consultaron con los tutores para llegar a un acuerdo.

## 11. ANALISIS ESTADISTICO

Para la descripción de las variables sociodemográficas, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, con porcentajes y errores estándar para variables dicotómicas y con promedios y desviaciones estándar.

Para la asociación entre el funcionamiento general, la presencia y la gravedad de la psicopatología, se realizó una correlación de Pearson además de la funcionalidad y cada una de las variables independientes numéricas (subescalas de nivel de razonamiento prosocial, empatía y EPL) mediante una prueba de Wilcoxon.

Para determinar la asociación entre las dimensiones internalizada, externalizada y neurodesarrollo de psicopatología de los HPTB con la polaridad del padre afectado, se utilizó la prueba  $\chi^2$  para datos no paramétricos.

## 12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación con número de registro CEI/C/011/2023. Se realizaron evaluaciones a teledistancia por video/audio-llamada, o bien de manera presencial. En caso de que los niños o adolescentes o sus padres presentaran reacciones a las preguntas contenidas en los diferentes instrumentos clinimétricos que se aplicaron, como ansiedad, se brindó contención verbal por parte del aplicador de la prueba. En aquellos casos que fuesen resistentes a la intervención de contención verbal, se ofrecerían maniobras de relajación como respiración profunda o diafragmática y técnicas de imaginación. Si se manifestasen síntomas de ansiedad persistentes o graves, se le pediría, acudir de inmediato al servicio de Atención Psiquiátrica Continua del INPRFM. Ningún participante o su padre/tutor presentó reacciones adversas durante la evaluación.

En aquellos participantes en los que se detectó psicopatología que requiriera atención médica psiquiátrica al momento de la evaluación, se les ofrecieron 5 años de consulta subsecuente gratuita después de la primera evaluación. Es decir, máximo de 2 consultas por mes o 24 al año, 120 consultas subsecuentes exentas de pago por cinco años. Aquellos participantes a los que no les fue detectada psicopatología se les proporcionó una oferta de servicio gratuito para los próximos cinco años, en el momento que ellos lo soliciten. En aquellos que aceptaron el seguimiento, la atención les será brindada por personal de la Clínica de Adolescentes de forma presencial y/o por video/audio-llamada. El principal beneficio de esta

investigación es que un grupo de niños y adolescentes en riesgo alto de padecer psicopatología puede recibir un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno y gratuito a largo plazo.

Sólo el equipo de investigadores tuvo acceso a los datos. Los datos se mantuvieron al resguardo del investigador principal y serán archivados hasta por cinco años antes de ser eliminados completamente. Todos los niños y adolescentes que requieran atención psiquiátrica en la clínica de adolescentes deben cubrir los procedimientos de administración que la dirección de consulta externa establece, como la apertura de expediente, historia clínica, etc., con la confidencialidad regular de los procedimientos.

### **13. RECURSOS PARA EL ESTUDIO**

- a) Recursos humanos:** Médicos especialistas en Psiquiatría, Médicos especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia con amplia experiencia en el diagnóstico y aplicación de instrumentos clinimétricos.
- b) Recursos materiales:** Instalaciones del INPRFM.
- c) Recursos financieros:** Este estudio no implicará un financiamiento adicional al asignado por el INPRFM al proyecto original.

## **14. RESULTADOS**

### **14.1) Características sociodemográficas**

Se incluyó una muestra final de 30 participantes, de los cuales 53% (n=16) fueron hombres. La edad media fue de 12.9 años, con una desviación estándar  $\pm$  3.14 años. El 93% de los participantes presentó algún tipo de psicopatología, siendo el TDAH (63%) y los trastornos de ansiedad (47%) los más frecuentes.

### **14.2) Dimensiones de psicopatología y polaridad del padre afectado**

Al categorizar los diagnósticos psiquiátricos obtenidos por BPRS en dimensión internalizado, externalizado y neurodesarrollo, 21 sujetos presentaron trastornos internalizados, 9 trastornos externalizados, y 19 trastornos del neurodesarrollo. Al clasificarlos en dichas dimensiones según el diagnóstico principal (para evitar coocurrencia), 14 participantes presentaron trastornos internalizados, 7 externalizados, y 9 del neurodesarrollo. No se encontró asociación significativa entre la dimensión internalizada o externalizada de psicopatología con la polaridad o sexo del padre afectado.

En relación con el sexo del padre afectado, 80% fueron mujeres (n=24) y 20% fueron hombres (n=6). Respecto a la polaridad de los padres afectados, 47% (n=14) presentaron polaridad de inicio maniaca y 53% (n=16) polaridad de inicio depresiva; 47% (n=14) presentaron polaridad predominantemente maníaca y 53% polaridad predominantemente depresiva. Solo dos de los 30 padres afectados no tuvieron la misma polaridad del primer episodio con la predominante. No se encontró asociación significativa entre el sexo del padre con la polaridad del primer episodio, así como la predominante. Tampoco se encontró asociación significativa entre la polaridad y sexo del padre afectado con las dimensiones de los trastornos psiquiátricos en los hijos. Sin embargo, los dos sujetos con mayor carga

global de psicopatología (“Factor P”) (establecida por más de 6 diagnósticos), suicidalidad presente y CGI > 4, son hijos de madres con polaridad predominantemente maníaca.

### **14.3) Suicidalidad**

Respecto a la suicidalidad, evaluada por el reactivo 9 del BPRS, 20 sujetos no la presentaron, 8 sujetos la presentaron cuando están enojados (leve), 1 sujeto presentó pensamientos recurrentes en el último mes (moderado), y 1 sujeto presentó un intento en el último mes (grave). Ambos participantes con suicidalidad moderada y grave fueron mujeres, hijas de madres con polaridad predominantemente maníaca. Se observó una tendencia en la asociación a presentar suicidalidad en hijos de madres con polaridad predominantemente maníaca ( $\chi^2 = 3.28$ ,  $gl = 1$ ,  $p=0.07$ ).

### **14.4) Variables prosociales**

Respecto a las variables prosociales, 3 sujetos presentaron EPL. No se encontró asociación significativa entre EPL y la polaridad ( $\chi^2 = 0$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 1$ ) o sexo del padre afectado ( $\chi^2 = 0.02$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.88$ ). Tampoco se encontraron asociaciones significativas entre las variables prosociales con la polaridad (razonamiento prosocial [ $\chi^2 = 1.8138$ ,  $gl = 3$ ,  $p = 0.6119$ ] y empatía cognitiva [ $W = 42.5$ ,  $p = 0.2628$ ]) o sexo del padre afectado (razonamiento prosocial [ $\chi^2 = 1.4833$ ,  $gl = 2$ ,  $p = 0.4763$ ] y empatía cognitiva [ $\chi^2 = 1.4833$ ,  $gl = 2$ ,  $p = 0.4763$ ]). No existió diferencia significativa en los diferentes niveles de razonamiento prosocial ( $\chi^2 = 4.07$ ,  $gl = 3$ ,  $p = 0.25$ ), empatía cognitiva ( $W = 24.5$ ,  $p = 0.46$ ) entre hombres y mujeres.

### **14.5) CGI y GAF**

No se observaron diferencias en los puntajes de CGI-s (depresivo =  $2.19 \pm 0.98$ , maniaca =  $2.64 \pm 1.08$ ,  $W = 89.5$ ,  $p = 0.34$ ) y GAF (depresivo =  $8.06 \pm 0.772$ , maniaca =  $7.36 \pm 1.39$ ,  $W = 144$ ,  $p = 0.16$ ) de hijos en relación con la polaridad del padre afectado. No obstante, en los HPTB el número de diagnósticos fue mayor en aquellos con peor funcionamiento según los puntajes de GAF ( $r = -0.52$ , 95% =  $-0.75$  --  $-0.21$ ,  $gl = 28$ ,  $p = 0.003$ ).

## 15. DISCUSIÓN

A nuestro conocimiento, este es el primer estudio que evalúa la polaridad y sexo del padre afectado en relación con la dimensión de psicopatología y gravedad presente en los hijos. A pesar de que nuestro estudio no encontró asociaciones significativas entre la polaridad y sexo del padre afectado con la psicopatología en los hijos, es importante resaltar que los dos participantes con mayor carga global de psicopatología, establecida por más de seis diagnósticos y suicidalidad presente, son hijos de madres afectadas con polaridad predominantemente maníaca. En este sentido, también se observó una tendencia a presentar suicidalidad cuando la polaridad del padre es predominantemente maniaca.

El presente estudio replica el hallazgo ya conocido de la alta prevalencia de trastornos mentales en esta población de HPTB ([Lau et al., 2011](#); [Zavaleta et al., 2017](#)). Además, los de mayor edad presentaron más conductas suicidas y mayor número de diagnósticos. Estos resultados son compatibles con información existente en población general, donde las tasas de trastornos mentales son mayores en grupos de mayor edad ([Sadler et al., 2017](#)). Asimismo, este estudio es consistente con lo reportado respecto al TDAH y los trastornos de ansiedad como los trastornos más frecuentemente reportados en esta población vulnerable con una interferencia moderada en su funcionamiento ([Zavaleta et al. 2011](#); [Palacio et al. 2011](#), [Licon et al. 2014](#)). Un punto importante que mencionar es que la mayoría de los estudios que han evaluado HPTB incluían al TDAH en la dimensión externalizada, y en nuestro estudio lo incluimos en la dimensión neurodesarrollo.

Un hallazgo interesante fue que los sujetos con EPL son todos hijos de madres afectadas, y aunque no se encontraron asociaciones significativas con la polaridad, sus madres cursaron con hospitalizaciones recurrentes durante etapas tempranas del desarrollo de los participantes (información que se obtiene de manera general durante la evaluación inicial). Como se ha propuesto ([Viding et al., 2012](#)), la presencia de EPL puede tener base en alteraciones

neurobiológicas, principalmente hiperactividad de la amígdala, con alteraciones en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y su consecuente disfunción durante el neurodesarrollo. Se ha descrito que la negligencia parental, derivada, por ejemplo, de un cuidador primario ausente, es de las principales causas de esta hiperactivación en la infancia.

En lo que concierne a las variables prosociales, es importante mencionar que para establecer el razonamiento prosocial se utilizaron cinco historias con dilemas morales (de aproximadamente 20 minutos de duración cada una) que fueron contestadas por los participantes al final de la evaluación BPRS y K-SADS-EPL, y después de contestar las escalas de empatía básica, al cabo de aproximadamente dos horas de evaluación. Ya que se encontraron inconsistencias en los mismos dilemas morales del mismo participante, no se descarta que los participantes pudieran haber contestado los dilemas morales con menor interés, como ya ha sido reportado en otros estudios que utilizan dilemas o historias morales (Vitz, 1990). Se sugiere que, en caso de continuar evaluando el razonamiento prosocial, este se realice en otro tiempo de evaluación.

Respecto al funcionamiento y gravedad, la mediana de trastornos mentales fue mayor en aquellos con peor funcionamiento, medido por medio del GAF o del CGI-S. Esta relación es consistente con la teoría contemporánea en psicopatología del desarrollo (Caspi et al., 2014), apoyada por años de investigación longitudinal, donde una sola dimensión parece explicar todos los trastornos mentales. De acuerdo con esta teoría, una mayor co-ocurrencia de trastornos mentales, en el contexto de mayor familiaridad (hijos de padres con TB) implica peor funcionamiento.

Se encontró una mayor puntuación en las medidas de empatía afectiva en las mujeres respecto a los hombres hijos de personas con TB. Este hallazgo se agrega a la evidencia basada en estudios de personas y animales de que existen diferencias sexuales en la empatía que favorecen a las mujeres (Christov-Moore et al., 2016), y que estas se respetan aún en

poblaciones que comparten un perfil genético particular, como es la del presente estudio. Sin embargo, este estudio no logró encontrar diferencias significativas al comparar las variables prosociales por sexo, edad, número de trastornos mentales, niveles de funcionamiento o edad de inicio del TB en los padres.

## 16. **CONCLUSIÓN**

Como conclusión, esta muestra de HPTB expresó mayores niveles de psicopatología a los observados en población general, con 93% de los participantes siendo positivos para algún diagnóstico, de los cuales el TDAH fue el más frecuente, seguido de los trastornos de ansiedad.

El presente estudio no encontró asociaciones significativas entre la polaridad del padre afectado con el tipo y gravedad de la psicopatología en los hijos; sin embargo, se encontró una tendencia a presentar suicidalidad en los HPTB cuando la polaridad del padre afectado es predominantemente maníaca. También se observó que los participantes con mayor carga global de psicopatología (Factor P) son hijos de madres afectadas con polaridad predominantemente maníaca.

Tampoco se encontraron asociaciones significativas entre las variables prosociales con la gravedad de psicopatología, la suicidalidad o el funcionamiento general en los HPTB. Se necesita un mayor tamaño de muestra y grupos de comparación para descartar de manera más confiable la hipótesis de que las variables prosociales no se relacionan con la expresión de psicopatología, conducta suicida y mal funcionamiento en esta población vulnerable.

## 17. **BIBLIOGRAFIA**

Aas IH. Global Assessment of functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*. 2010;9:20.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition. Washington DC, EUA: American Psychiatric Association; 2013.

Axelson D, Goldstein B, Goldstein T, et al., Diagnostic precursors to bipolar disorder in offspring patients with bipolar disorder: a longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*. 2015;172:638-46.

Barron E, Sharma A, Le Couteur J, et al., Family environment of bipolar families: a UK study. *Journal of Affective Disorders*. 2014;152-154:522-5

Bella T, Goldstein T, Axelson D, et al., Psychosocial functioning in offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2011;133:204-11.

Birmaher B, Axelson D, Monk K, et al., Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh bipolar offspring study. *Archives of General Psychiatry*. 2009;66:287-96.

Bodnar A, Rybakowski JK. Increased affective empathy in bipolar patients during a manic episode. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2017;39:342-5.

Busner J, Targum S. The Clinical Global Impressions Scale. Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry NMC*. 2007;4:28-37.

Carballo JJ, Harkavy-Friedman J, Burke AK, et al., Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: additive effect on suicidality and course of bipolar illness? *Journal of Affective Disorders*. 2008;109:57-63.

Carvalho AF, McIntyre RS, Dimelis D, et al. Predominant polarity as a course specifier for

bipolar disorder: a systematic review. *J Affect Disord.* 2014;163:56-64.

Carlo G. Mestre MV, McGinley M, et al., The structure and correlates of a measure of prosocial moral reasoning in adolescents from Spain. *European Journal of Developmental Psychology.* 2013;10:174-89.

Cardinale EM, Marsh AA. The reliability and validity of the inventory of callous unemotional traits: a meta-analytic review. *Assessment.*2017;27:57-61.

Carlo G, Mestre MV, McGinley M, et al., The structure and correlates of a measure of prosocial moral reasoning in adolescents from Spain. *European Journal of Developmental Psychology.* 2013;10:174-89.

Caspi A, Houts RM, Belsky DW, et al., The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science.* 2014;2:119-37.

Chen YW, Dislaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other axis I disorders. *Biological Psychiatry.* 1996;39:896-9.

Christov-Moore L, Simpson EA, Coudé G, et al., Empathy: Gender effects in brain and behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Review.* 2014;46:604-27.

Chang K, Blasey C, Ketter T, Steiner H. Family environment of children and adolescents with bipolar disorder. *Bipolar Disorders.* 2001;3:73-8.

Cremaschi L, Dell'Osso B, Vismara M, et al. Onset polarity in bipolar disorder: A strong association between first depressive episode and suicide attempts. *J Affect Disord.* 2017;209:182-187.

Daban C, Colom F, Sanchez-Moreno J, García-Amador M, Vieta E. Clinical correlates of first-episode polarity in bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* 2006;47(6):433-437.

De la Peña F, Palacios L, Ulloa R, et al., Validity of mexican modified children's Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-C-25). Toronto, Canada: 52 Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Oct 18-25, 2005.

De la Peña FR, Rosetti MF, Palacio JD, et al., Limited Prosocial Emotions in a Clinical Population of Children and Adolescents: Proposal for Core and Ancillary Characteristics. The Canadian Journal of Psychiatry. 2021. 7067437211004893.

De la Peña, F. R., Villavicencio, L. R., Palacio, J. D., et al., 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. 2018;18:193.

Diler RS, Birmaher B, Axelson D, et al., Dimensional psychopathology in offspring pr parents with bipolar disorder. Bipolar Disorders. 2011;13:670-8.

Duffy A, Aida M, Hayek T, et al., Early course of bipolar disorder in high risk-offspring: prospective study. British Journal of Psychiatry. 2009;195:457-8.

Duffy A, Vandeleur C. Heffer N, et al., The clinical trajectory of emerging bipolar disorder among the high-risk offspring of bipolar parents: current understanding and future considerations. International Journal of Bipolar Disorders. 2017;5:1-11.

Egeland JA, Endicott J, Hostetter AM, et al., A 16-year prospective study of prodromal features prior to BP1 onset in well Amish children. Journal of Affective Disorders. 2012;142:186-92.

Eisenberg-Berg N, Hand M. The relationship of preeschoolers' reasoning about prosocial moral conflicts to prosocial behavior. Child Development. 1979;50:356-63.

Etain B, Lajnef M, Bellivier F, et al. Clinical expression of bipolar disorder type I as a function of age and polarity at onset: convergent findings in samples from France and the United States. J Clin Psychiatry. 2012;73(4):e561-e566.

- Ferreira GS, Moreira CRL, Kleinman A, et al., Dysfunctional family environment in affected versus unaffected offspring of parents with bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013;47:1051-7.
- Forty, L., Jones, L., Jones, I., Smith, D. J., Caesar, S., Fraser, C., Gordon-Smith, K., Hyde, S., & Craddock, N. (2009). Polarity at illness onset in bipolar I disorder and clinical course of illness. *Bipolar Disorders*, 11(1), 82–88.
- Frick PJ, & Ellis M. Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 1999;2:149-68.
- Frick PJ, Moffitt TE. 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*, 2010: 1–36.
- Goldstein TR, Obreja M, Shamseddeen W, et al., Risk of suicidal ideation among the offspring of bipolar parents: results from the Bipolar Offspring Study (BIOS). *Archives of Suicide Research*. 2011;15:207-22.
- Gottesman II, Sadler rsen TM, Bertelsen A, et al., Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatry ill parents. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67:252-7.
- Kerr N, Dunbar RIM, Bentall RP. Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2003;73:253-9.
- Kim SH, Kim TY, Ryu V, et al., Manic patients exhibit more utilitarian moral judgments in comparison with euthymic bipolar and healthy persons. *Comprehensive Psychiatry*. 2015;58:37-44.

- Kimonis ER, Frick PJ, Skeem JL, et al. Assessing callous-unemotional traits in adolescent offenders: validation of the Inventory of Callous-Unemotional Traits. *Int J Law Psychiatry*. 2008;31(3):241-252.
- Klimes-Dougan B, Jeong J, Kennedy KP, et al., Intellectual functioning in offspring of parents with bipolar disorder: a review of the literature. *Brain Sciences*. 2017;28:143.
- Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C. . *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1997;42:623-31.
- Lau P, Hawes DJ, Hunt C, et al., Prevalence of psychopathology in bipolar high-risk offspring and siblings: a meta-analysis. 2017;27:823-37.
- Lee J, Altshuler L, Glahn DC, et al., Social and nonsocial cognition in bipolar disorder and schizophrenia: relative levels of impairment. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170:334-41.
- Lembke A, Ketter TA. Impaired recognition of facial emotion in mania. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159:302-4.
- Licona A, Palacios L, Feria M, et al., Asociación de comorbilidades y funcionamiento global en hijos de padres con trastorno bipolar. *Salud mental*. 2014;37:9-14.
- Murray AL, Eisner M, Ribeaud D. The development of the general factor of psychopathology “p factor” through childhood and adolescence. *Journal of Abnormal child psychology*. 2016;44:1573-86.
- Nurnberger JJI, McInnis M, Reich W, et al., A high-risk study of bipolar disorder. Childhood clinical phenotypes as precursors of major mood disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68:1012-20.
- Orbach I. Suicide prevention in adolescents. En King R, Apter A, editores. *Suicide in children and adolescents*. Cambridge, Cambridge University Press. 2006; 1-40.

- Palacio JD, Zapata-Barco AM, Aguirre-Acevedo DC, et al., Hijos de pacientes con trastorno afectivo bipolar tipo I de una población paisa: perfil psicológico y neuropsicológico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2011;40:90-107.
- Perry A, Shamay-Tsoory S. Understanding emotional and cognitive empathy: a neuropsychological perspective. En: *Understanding Other Minds. Perspectives from developmental social neuroscience*. Tercera Edición. Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H y Lombardo MV. Oxford University Press. 2013.
- Perugi G, Micheli C, Akiskal HS, et al. Polarity of the first episode, clinical characteristics, and course of manic depressive illness: a systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients. *Compr Psychiatry*. 2000;41(1):13-18.
- Rasic D, Hajek T, Alda M, et al., Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a metaanalysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40:28-38.
- Reichart CG, van der Ende J, Walls M, et al., Social functioning of bipolar offspring. *Journal of Affective Disorders*. 2007;98:207-13.
- Roberts CM, Kane RT, Rooney RM, et al., Efficacy of the Aussie Optimism Program: promoting pro-social behavior and preventing suicidality in primary school students. A randomised controlled trial. *Frontiers in Psychology*. 2017;8:1392.
- Sadler K, Vizard T, Ford T, et al., *Mental Health of Children and Young People in England, 2017*, NHS digital. 2018.
- Sánchez R, Ibáñez MA, Pinzón A. Análisis factorial y validación de la versión en español de la escala Brief Psychiatric Rating Scale en Colombia. *Biomédica*, 2005;25:120-8.
- Scheepers FE, Buitelaar JK, Matthys W. Conduct disorder and the specifier callous and unemotional traits in the DSM-5. *European child & adolescent psychiatry*, 2011;20:89-93.

- Scocco P, Aliverti E, Toffol E, et al., Empathy profiles differ by gender in people who have and have not attempted suicide. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2020;2:26-91.
- Seidel EM, Habel U, Finkelmeyer A, et al., Risk or resilience? Empathic abilities in patients with bipolar disorders and their first-degree relatives. *Journal of Psychiatric Research*. 2011;46:382-8.
- Serment M, de la Peña FR, Rodríguez-Delgado A. Correlation between Limited Prosocial Emotions and Empathy in Adolescents Clinical Population. *Research in Pediatrics and Neonatology*. 2020;4: 356-62.
- Shamay-Tsoory S, Harari H, Szepsenwol Ohad, et al., Neuropsychological evidence of impaired cognitive empathy in euthymic bipolar disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2009;21:59-67.
- Singer T & Lamm C. The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009;1156:81-96.
- Shaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1981;20:545-65.
- Steers ML, Quist MC, Bryan JL, et al., I Want You to Like Me: Extraversion, Need for Approval, and Time on Facebook as Predictors of Anxiety. *Translational Issues in Psychological Science*. 2017;2(3): 283-93.
- Vatnaland T, Vatnaland J, Friis S, et al., Are GAF scores reliable in routine clinical course? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;115:326-30.
- Vera-Estay E, Seni AG, Champagne C, et al., All for one: contributions of age, socioeconomic factors, executive functioning, and social cognition to moral reasoning in childhood. *Frontiers in Psychology*. 2016;7.
- Villadangos M, et al., Characteristics of empathy in Young people measured by the spanish

validation of the basic empathy scale. *Psichothema*. 2016;28:323-9.

Vitz PC. The use of stories in moral development. New psychological reasons for an old education method. *Am Psychol*. 1990;45(6):709-720.

Yoldi-Negrete M, Fresán-Orellana A, Jiménez-Tirado M, et al. Ten-year course of treated bipolar I disorder: The role of polarity at onset. *Brain Behav*. 2021;11(11):e2279.

Zavaleta P, De la Peña F, Palacios L, et al., Estudio comparativo de psicopatología en niños y adolescentes hijos de padres con y sin diagnóstico de trastorno bipolar. Tesis de especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia. México: UNAM. 2011:18-20.

Zimmerman M, Morgan TA, Stanton K. The severity of psychiatric disorders. *World Psychiatry*. 2018;17:258-75.

## ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Razonamiento prosocial, empatía y emociones prosociales limitadas como factores de riesgo asociados a la presencia y gravedad de la psicopatología, las dificultades en el funcionamiento en general y a la presencia de suicidalidad en hijos de padres con trastorno bipolar. **Adaptación ante el distanciamiento social por el COVID19.**

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

**Esta es una investigación que busca evaluar a hijos de padres con un padecimiento llamado trastorno bipolar. Nos interesa conocer cómo piensan para buscar el alivio al malestar de los demás, qué tanto comprenden las emociones y pensamientos de los demás, y si tienen problemas graves de conducta, a estas características las llamamos “prosociales”. También nos interesa saber si esas características “prosociales” aumentan la posibilidad de padecer trastornos mentales, si son graves, si impactan en su vida, incluso al grado de querer morir o intentar hacerse daño. La participación en este estudio será por video/audio-llamada, como medida de sana distancia en relación a la pandemia de COVID-19.**

La participación consiste en 2 pasos:

- 1.- Una reunión por video/audio-llamada con alguno de los investigadores para responder una entrevista de aproximadamente 60 minutos. En esta reunión se aplicará una entrevista a su hijo(a) para saber si padece algún trastorno mental, y se tendrá un estimado de su nivel de gravedad y funcionamiento.
- 2.- Una segunda reunión, también por video/audio-llamada, de aproximadamente 60 minutos con el mismo investigador para responder otros tres cuestionarios, que él realizará directamente a su hijo o indirectamente a usted para calificar sus características “prosociales”.

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

No existe dentro del estudio, algún paso que exponga al menor 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 principal otorgará contención y apoyo verbal. Únicamente en caso de ser necesario, se entregará un formato de referencia para acudir al servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) del Instituto Nacional de Psiquiatría, donde su atención sería gratuita.

**Pasos para el afrontamiento de riesgo para los menores de 13 años ante una situación de urgencia relacionada con la investigación: 1) El padre del menor contactará vía telefónica con el investigador principal. 2) El investigador principal evaluará por teléfono la gravedad de la situación con el padre y el menor. 3) Ofrecerá apoyo telefónico si la condición lo permite o cita presencial en la institución. 4) En caso de necesitarse cita presencial, el investigador principal acordará una consulta de urgencia con el padre y menor en la unidad de APC\* en el tiempo que implique el traslado de ambos.**

**\*Es necesario que el investigador principal se traslade a urgencias pues los especialistas de psiquiatría de niños y adolescentes hacen guardias telefónicas. La guardia que hace presencia en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz no cuenta con elementos especializados en psiquiatría infantil.**

#### **Beneficios:**

Los beneficios directos para los participantes y sus padres o tutores serán contar con la posibilidad de recibir una detección temprana de riesgos psiquiátricos, además de orientación y canalización a la Clínica de Adolescentes para dar seguimiento en caso de se requiera, sin costo alguno de las consultas por cinco años,

dos consultas subsecuentes por mes o 24 al año, 120 consultas subsecuentes en total, exentas de pago. En caso de no requerirse por no contar con un diagnóstico psiquiátrico, se ofertan cinco años de servicio, en cualquier momento que lo pidan, **debido a que, incluso aunque no se detecte al momento de la evaluación, existe un alto reporte de inicio de psicopatología a lo largo de la infancia y de la adolescencia en esta población. La atención será brindada por personal de la Clínica de Adolescentes de forma presencial y/o por video/audio -llamada** La información brindada por los participantes ayudará a la sociedad a mejorar la comprensión de la población de psicopatología, lo que permitirá realizar detecciones e intervenciones más efectivas en población mexicana.

### **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. Permanecerán bajo este resguardo un lapso de cinco años para consultarse antes de ser eliminados completamente. Se otorgará un “código” (un número diferente al número de registro hospitalario del padre o madre) para identificar los datos y los nombres no aparecerán en ningún reporte o publicación.

En caso de dudas o si requiere información adicional, se puede comunicar con el Dr. Héctor Taboada Liceaga al teléfono 41605310, 41605309 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 alcaldía Tlalpan, primer piso de edificio de subespecialidades, de 08:00 a 17:00 horas, o al correo electrónico [hectortaboada@imp.edu.mx](mailto:hectortaboada@imp.edu.mx)

Yo, como madre, padre o tutor, acepto que he tenido una plática directamente con el investigador principal del estudio, quien me invitó a participar junto con mi hijo(a) con el objetivo de mejorar la comprensión de poblaciones en riesgo de psicopatología en población mexicana. 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 de ningún miembro de mi familia. 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 ningún miembro de mi familia. 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(a) 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 |
|-------|

### **CARTA DE ASENTIMIENTO PARA EL/LA NIÑO(A) O ADOLESCENTE PARTICIPANTE.**

“Razonamiento prosocial, empatía y emociones prosociales limitadas como factores de riesgo asociados a la presencia y gravedad de la psicopatología, las dificultades en el funcionamiento en general y a la presencia de suicidalidad en hijos de padres con trastorno bipolar. **Adaptación ante el distanciamiento social por el COVID19.**

**Esta es una investigación que busca evaluar a hijos de padres con un padecimiento llamado trastorno bipolar. Nos interesa conocer cómo piensan para buscar el alivio al malestar de los demás, qué tanto comprenden las emociones y pensamientos de los demás, y si tienen problemas graves de conducta, a estas características las llamamos “prosociales”. También nos interesa saber si esas características “prosociales” aumentan la posibilidad de padecer trastornos mentales, si son graves, si impactan en su vida, incluso al grado de querer morir o intentar hacerse daño. La participación en este estudio será por video/audio-llamada, como medida de sana distancia en relación a la pandemia de COVID-19.**

La participación consiste en 2 pasos:

1.- Una reunión **por video/audio-llamada** con alguno de los investigadores para responder una entrevista de aproximadamente 60 minutos. En esta reunión se te aplicará para saber si padeces algún trastorno mental, y se estimará la gravedad y el impacto de estos en tu vida.

2.- Una segunda reunión, **también por video/audio-llamada**, de aproximadamente 60 minutos con el mismo investigador para responder otros tres cuestionarios, que realizarás directamente tú o tu padre o tutor para calificar tus características “prosociales”.

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

No existe dentro del estudio, algún paso que te exponga a ti o a tu 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 principal te otorgará contención y apoyo verbal. Únicamente en caso de ser necesario, se entregará un formato de referencia para acudir al servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) del Instituto Nacional de Psiquiatría, donde tu atención sería gratuita.

**Pasos para el afrontamiento de riesgo para los menores de 13 ante una situación de urgencia relacionada con la investigación: 1) tu padre o tutor contactará vía telefónica con el investigador principal. 2) El investigador principal evaluará por teléfono la gravedad de la situación con tu padre o tutor y contigo. 3) Ofrecerá apoyo telefónico si la condición lo permite o cita presencial en la institución. 4) En caso de necesitarse cita presencial, el investigador principal acordará una consulta de urgencia contigo y tu padre o tutor en la unidad de APC\* en el tiempo que implique el traslado de ambos.**

**\*Es necesario que el investigador principal se traslade a urgencias pues los especialistas de psiquiatría de niños y adolescentes hacen guardias telefónicas. La guardia que hace presencia en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz no cuenta con elementos especializados en psiquiatría infantil.**

#### **Beneficios:**

Los beneficios directos para ti y tus padres o tutores serán contar con la posibilidad de recibir una detección temprana de riesgos psiquiátricos, además de orientación y canalización a la Clínica de Adolescentes para dar seguimiento en caso de se requiera, sin costo alguno de las consultas por cinco años, dos consultas subsecuentes por mes o 24 al año, 120 consultas subsecuentes en total, exentas de pago. En caso de no requerirse por no contar con un diagnóstico psiquiátrico, se ofertan cinco años de servicio, en cualquier momento que lo pidan, **debido a que, incluso aunque no se detecte al momento de la evaluación, existe un alto reporte de inicio de psicopatología a lo largo de la infancia y de la adolescencia en esta población. La atención será brindada por personal de la Clínica de Adolescentes de forma presencial y/o por video/audio -llamada** La información brindada por los participantes ayudará a la sociedad a mejorar la comprensión de la población de psicopatología, lo que permitirá realizar detecciones e intervenciones más efectivas en población mexicana.

#### **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. Permanecerán bajo este resguardo un lapso de cinco años para consultarse antes de ser eliminados completamente. Se otorgará un “código” (un número diferente al número de registro hospitalario del padre o madre) para identificar los datos y los nombres no aparecerán en ningún reporte o publicación.

En caso de dudas o si requieres información adicional, te puedes comunicar con el Dr. Héctor Taboada Liceaga al teléfono 41605310 o al 41695309, 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 alcaldía Tlalpan, primer piso de edificio de subespecialidades, de 08:00 a 17:00 horas, o al correo electrónico [hectortaboada@imp.edu.mx](mailto:hectortaboada@imp.edu.mx)

Yo como niño(a) o adolescente, acepto que he tenido una plática con el investigador principal del estudio, quien me invitó a participar junto con mi padre/madre o tutor con el objetivo de mejorar la comprensión de poblaciones en riesgo de psicopatología en población mexicana. 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 de ningún miembro de mi familia. 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 ningún miembro de mi familia. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación y que es mi derecho tomar la decisión de suspender mi participación 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 |
|-------|

## ESCALA PROM

### 1- La Historia De Laura

Laura era una alumna del colegio. Una mañana, Laura llegó temprano a clase y vio como una chica más grande molestaba y se reía de la ropa de otra niña. La niña estaba llorando. No había nadie más alrededor y Laura no conocía a las chicas muy bien, pero había oído que la chica a la que estaban molestando era muy pobre y que la más grande tenía muchos amigos. Laura pensó que quizás debería intentar parar a la chica más grande, pero tenía miedo de que esta chica y sus amigos se pusieran contra ella y también la molestaran.

#### ¿Qué debería hacer Laura?

Elige una de las siguientes opciones:

- \*Laura debería parar a la chica más grande \_\_\_\_\_
- \*No estoy segura/o \_\_\_\_\_
- \*Laura no debería parar a la chica más grande \_\_\_\_\_

#### ¿Cuánta importancia tiene cada una de las siguientes razones al tomar tu decisión?

(rodea con un circulo la importancia de cada una)

| N°      | CUESTIONES   | IMPORTANCIA |       |        |         |         |
|---------|--|-------------|-------|--------|---------|---------|
|         |  | 5           | 4     | 3      | 2       | 1       |
| Prom11. | Depende de si Laura piensa que la chica mayor es mala o no lo es.                  | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |
| Prom12. | Depende de si la otra niña está llorando mucho o no.                               | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |
| Prom13. | Depende de si Laura es capaz de encontrar otras amigas en la escuela.              | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |
| Prom14. | Depende de si Laura cree que está haciendo lo que debería hacer.                   | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |
| Prom15. | Depende de si los compañeros de clase de Laura aprueban lo que está haciendo o no. | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |

## 2- La Inundación

Un día, en una ciudad cercana a un gran río, hubo una gran tormenta y el río comenzó a desbordarse. El agua del río entro en las casas, en las calles y en todas partes. Debido a la inundación, no había forma de hacer llegar comida a la ciudad. Roberto tenía algo de comida, y vivía cerca de la ciudad. Pero si Roberto llevaba su comida a la gente del pueblo, entonces no tendría suficiente comida para él y no tenía la posibilidad de conseguir comida en un largo periodo de tiempo. Si Roberto no tuviera comida no moriría, pero enfermaría.

### ¿Qué debería hacer Roberto?

Elige una de las siguientes opciones:

- \* Roberto debería llevar la comida \_\_\_\_\_
- \* No estoy segura/o \_\_\_\_\_
- \* Roberto debería quedarse en casa \_\_\_\_\_

### ¿Cuánta importancia tiene cada una de las siguientes razones al tomar tu decisión?

(rodea con un circulo la importancia de cada una)

| N°      | CUESTIONES  | IMPORTANCIA |       |        |         |             |
|---------|---|-------------|-------|--------|---------|-------------|
|         |   | 5           | 4     | 3      | 2       | 1           |
| Prom21. | Depende de si los padres y amigos de Roberto aprobarían o no lo que hace.             | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ningun<br>a |
| Prom22. | Depende de si los habitantes de la ciudad enfermarían o no.                           | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ningun<br>a |
| Prom23. | Depende de si Roberto se sentiría mal si los habitantes de la ciudad enfermaran.      | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ningun<br>a |
| Prom24. | Depende de si Roberto piensa que sería tacaño por no ayudar.                          | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ningun<br>a |
| Prom25. | Depende de si Roberto espera recibir ayuda de los habitantes del pueblo en el futuro. | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ningun<br>a |

## 3-La Historia de las Matemáticas

Julia sabe mucho sobre matemáticas. Un día una niña que era nueva en el salón de Julia le preguntó si podía ayudarle con las tareas de matemáticas aquel fin de semana. A la niña le estaba resultando muy difícil ponerse al día en la clase de matemáticas, tenía sólo el fin de semana para preparar el examen de matemáticas que tenía el próximo lunes, y necesitaba aprobar ese examen. Si Julia ayuda a la chica con sus deberes de matemáticas no podrá ir a la playa con sus amigos ese fin de semana.

### ¿Qué debería hacer Julia?

Elige una de las siguientes opciones:

- \*Julia debería ayudar a la niña con sus deberes \_\_\_\_\_
- \*No estoy segura \_\_\_\_\_
- \*Julia debería ir a la playa con sus amigos \_\_\_\_\_

### ¿Cuánta importancia tiene cada una de las siguientes razones al tomar tu decisión?

(rodea con un circulo la importancia de cada una)

| N°     | CUESTIONES   | IMPORTANCIA |       |        |         |         |
|--------|--|-------------|-------|--------|---------|---------|
|        |  | 5           | 4     | 3      | 2       | 1       |
| Prom31 | Depende de lo que piensen los padres y los amigos de Julia sobre si hizo lo correcto o no. | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |
| Prom32 | Depende de lo que Julia piense que es lo más agradable de hacer.                           | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |
| Prom33 | Depende de si Julia piensa que la niña necesita ayuda realmente o no.                      | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |
| Prom34 | Depende de si Julia quiere ir realmente a la playa o no.                                   | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |
| Prom35 | Depende de si Julia siente que el mundo iría mejor si las personas se ayudaran entre sí.   | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |

## 4-El Accidente

Un día, Julián se dirigía a la fiesta de un amigo. Por el camino, vio a un niño que se había caído y herido en la pierna. El niño le pidió a Julián que fuera a casa de sus padres para que acudieran al lugar y lo llevaran al médico. Pero si Julián corría a avisar a los padres del niño, llegaría tarde a la fiesta y se perdería toda la diversión con sus amigos.

### ¿Qué debería hacer Julián?

Elige una de las siguientes opciones:

- \* Julián debería correr a avisar a los padres del niño herido \_\_\_\_\_
- \* No estoy seguro/a \_\_\_\_\_
- \* Julián debería ir a la fiesta de sus amigos \_\_\_\_\_

### ¿Cuánta importancia tiene cada una de las siguientes razones al tomar tu decisión?

(rodea con un círculo la importancia de cada una)

#### N° CUESTIONES

#### IMPORTANCIA

|        |   | 5         | 4     | 3      | 2       | 1           |
|--------|---|-----------|-------|--------|---------|-------------|
| Prom41 | Depende de cómo se sentiría Julián si ayuda al niño o no.   | muchísima | mucha | alguna | un poco | ningun<br>a |
| Prom42 | Depende de lo divertida que Julián espera que sea la fiesta y del tipo de cosas que están pasando allí. | muchísima | mucha | alguna | un poco | ningun<br>a |
| Prom43 | Depende de lo que pensarán los padres y amigos de Julián sobre si hizo bien o hizo mal.                 | muchísima | mucha | alguna | un poco | ningun<br>a |
| Prom44 | Depende de si el chico necesita ayuda realmente o no.   | muchísima | mucha | alguna | un poco | ningun<br>a |
| Prom45 | Depende de lo que Julián piense que es lo más decente que hacer.  | muchísima | mucha | alguna | un poco | ningun<br>a |

## 5-La Historia De Ana

Un día mientras Ana estaba jugando en su jardín, vio a un bravucón empujar y molestar a otra niña que ella no conocía. No había ningún vecino alrededor. Como Ana podía ver, el bravucón empujaba a la niña más pequeña cada vez que esta última intentaba levantarse. Ana se lo estaba pasando muy bien jugando en su jardín, y seguramente el bravucón la molestaría a ella también si tratara de ayudar a la niña.

### ¿Qué debería hacer Ana?

Elige una de las siguientes opciones:

- \* Ana debería seguir jugando en su jardín \_\_\_\_\_
- \* No estoy segura \_\_\_\_\_
- \* Ana debería ayudar a la otra niña \_\_\_\_\_

### ¿Cuánta importancia tiene cada una de las siguientes razones al tomar tu decisión?

(rodea con un círculo la importancia de cada una)

| N°     | CUESTIONES  | IMPORTANCIA |       |        |         |         |
|--------|---|-------------|-------|--------|---------|---------|
|        |   | 5           | 4     | 3      | 2       | 1       |
| Prom51 | Depende de si la otra niña está siendo herida o no.                               | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |
| Prom52 | Depende de si Ana se siente preocupada por la niña o no.                          | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |
| Prom53 | Depende de si Ana piensa que no ayudar sería lo correcto o no.                    | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |
| Prom54 | Depende de si Ana se lo está pasando muy bien o no.                               | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |
| Prom55 | Depende de lo que los padres y los amigos de Ana pensarían si no ayuda a la niña. | muchísima   | mucha | alguna | un poco | ninguna |

## ESCALA DE EMPATÍA BÁSICA

## VERSIÓN ADOLESCENTES

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

Código: \_\_\_\_\_

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

|  | 1 Completamente en desacuerdo | 2 En desacuerdo | 3 Neutral | 4 De acuerdo | 5 Completamente de acuerdo |
|--|-------------------------------|-----------------|-----------|--------------|----------------------------|
| 1. Las emociones de mis amigos me afectan mucho.                                   |                               |                 |           |              |                            |
| 2. Tras estar con un amigo que está triste por algo, normalmente me siento triste. |                               |                 |           |              |                            |
| 3. Comprendo la alegría de mis amigos cuando algo les sale bien.                   |                               |                 |           |              |                            |
| 4. Me dan miedo algunos personajes de películas de terror.                         |                               |                 |           |              |                            |
| 5. Me contagio fácilmente de los sentimientos de otra gente.                       |                               |                 |           |              |                            |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 6. Me es difícil darme cuenta cuando mis amigos están asustados.                     |  |  |  |  |  |
| 7. Me pone triste ver a otra gente llorar.   |  |  |  |  |  |
| 8. Los sentimientos de otra gente me dan igual.                                      |  |  |  |  |  |
| 9. Cuando alguien está deprimido normalmente entiendo cómo se siente.                |  |  |  |  |  |
| 10. Normalmente comprendo por qué se asustan mis amigos.                             |  |  |  |  |  |
| 11. Muchas veces me pongo triste cuando veo cosas tristes en la tele o en el cine.   |  |  |  |  |  |
| 12. Me suelo dar cuenta de cómo se siente la gente incluso antes de que me lo digan. |  |  |  |  |  |
| 13. Ver a una persona muy enfadada afecta mis sentimientos.                          |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 14. Normalmente comprendo por qué se alegran mis amigos.           |  |  |  |  |  |
| 15. Suelo sentir miedo cuando mis amigos tienen miedo.             |  |  |  |  |  |
| 16. Noto rápidamente cuando un amigo está enfadado.                |  |  |  |  |  |
| 17. Normalmente me dejo llevar por los sentimientos de mis amigos. |  |  |  |  |  |
| 18. Las desgracias de mis amigos me dejan indiferente.             |  |  |  |  |  |
| 19. Normalmente me doy cuenta de los sentimientos de mis amigos.   |  |  |  |  |  |
| 20. Me cuesta darme cuenta cuando mis amigos están contentos.      |  |  |  |  |  |

## ESCALA DE EMPATÍA BÁSICA VERSIÓN PADRES

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

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

|   | 1 Completamente en desacuerdo | 2 En desacuerdo | 3 Neutral | 4 De acuerdo | 5 Completamente de acuerdo |
|---|-------------------------------|-----------------|-----------|--------------|----------------------------|
| 1.Las emociones de sus amigos le afectan mucho.                                   |                               |                 |           |              |                            |
| 2.Tras estar con un amigo que está triste por algo, normalmente se siente triste. |                               |                 |           |              |                            |
| 3.Comprende la alegría de sus amigos cuando algo les sale bien.                   |                               |                 |           |              |                            |
| 4.Le dan miedo algunos personajes de películas de terror.                         |                               |                 |           |              |                            |
| 5.Se contagia fácilmente de los sentimientos de otra gente.                       |                               |                 |           |              |                            |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 6. Le es difícil darse cuenta cuando sus amigos están asustados.                    |  |  |  |  |  |
| 7. Le pone triste ver a otra gente llorar.  |  |  |  |  |  |
| 8. Los sentimientos de otra gente le dan igual.                                     |  |  |  |  |  |
| 9. Cuando alguien está deprimido normalmente entiende cómo se siente.               |  |  |  |  |  |
| 10. Normalmente comprende por qué se asustan sus amigos.                            |  |  |  |  |  |
| 11. Muchas veces se pone triste cuando ve cosas tristes en la tele o en el cine.    |  |  |  |  |  |
| 12. Suele darse cuenta de cómo se siente la gente incluso antes de que se lo digan. |  |  |  |  |  |
| 13. Ver a una persona muy enfadada afecta sus sentimientos.                         |  |  |  |  |  |
| 14. Normalmente comprende por qué se alegran sus amigos.                            |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 15.Suele sentir miedo cuando sus amigos tienen miedo.             |  |  |  |  |  |
| 16.Nota rápidamente cuando un amigo está enfadado.                |  |  |  |  |  |
| 17.Normalmente se deja llevar por los sentimientos de sus amigos. |  |  |  |  |  |
| 18.Las desgracias de sus amigos lo dejan indiferente.             |  |  |  |  |  |
| 19.Normalmente se da cuenta de los sentimientos de sus amigos.    |  |  |  |  |  |
| 20.Le cuesta darse cuenta cuando sus amigos están contentos.      |  |  |  |  |  |

**ESCALA DE EMOCIONES PROSOCIALES LIMITADAS  
VERSIÓN PARA PADRES**

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

**Lea con detenimiento cada uno de los enunciados que se muestran a continuación y marque con una "X" la respuesta que mejor represente lo que**

considera que siente su hijo cuando se relaciona con la familia, la escuela y los amigos.

| PREGUNTA   | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|--------------------------|---------------|------------|-----------------------|
| 1.Mi hijo/hija expresa abiertamente sus sentimientos.  |                          |               |            |                       |
| 2.Lo que mi hijo/hija conoce como bueno o malo es diferente a lo que otras personas piensan. |                          |               |            |                       |
| 3.A mi hijo/hija le importa que tan bueno es en la escuela o en el trabajo.                  |                          |               |            |                       |
| 4.Mi hijo/hija puede lastimar a alguien para conseguir lo que quiere.                        |                          |               |            |                       |
| 5.Mi hijo/hija se siente mal o culpable cuando hace algo mal.                                |                          |               |            |                       |
| 6.Mi hijo/hija oculta sus emociones a los demás.   |                          |               |            |                       |
| 7.A mi hijo/hija le importa poco llegar a tiempo.  |                          |               |            |                       |
| 8.A mi hijo/hija le interesan o preocupan los sentimientos de otras personas.                |                          |               |            |                       |
| 9.A mi hijo/hija le importa poco si se mete en problemas.                                    |                          |               |            |                       |
| 10.Mi hijo/hija impide que sus sentimientos lo controlen.                                    |                          |               |            |                       |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| 11.A mi hijo/hija le importa poco tener que hacer las cosas bien.                |  |  |  |  |
| 12.Mi hijo/hija se comporta emocionalmente frío e indiferente hacia los demás.   |  |  |  |  |
| 13.Mi hijo/hija admite con facilidad sus errores.                                |  |  |  |  |
| 14.Es fácil para mí o los demás saber cómo se siente mi hijo/hija.               |  |  |  |  |
| 15.Mi hijo/hija siempre intenta lo mejor de sí.                                  |  |  |  |  |
| 16.Mi hijo/hija se disculpa con las personas a las que lastima.                  |  |  |  |  |
| 17.Mi hijo/hija evita lastimar los sentimientos de los demás                     |  |  |  |  |
| 18.Cuando mi hijo/hija hace algo mal vive sin                                    |  |  |  |  |
| 44   |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |

### Especificador 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.

(Códigos: 0= sin información, 1= no, 2 = sí)

| Criterios  | Padres EA | Padres EMSP | Niño EA | Niño EMSP | Sumario EA | Sumario EMSP |
|--|-----------|-------------|---------|-----------|------------|--------------|
| <b>Falta de remordimiento o culpa</b><br><b>Padres:</b><br><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><br><b>Niño o Adolescente:</b><br><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><br><b>Padres:</b><br><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><br><b>Niño o Adolescente:</b><br><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</b> | <b>Padres EMSP</b> | <b>Niño EA</b> | <b>Niño EMSP</b> | <b>Sumario EA</b> | <b>Sumario EMSP</b> |
|---|------------------|--------------------|----------------|------------------|-------------------|---------------------|
| <p><b>Padres:</b><br/> <i>¿Su hijo(a) es de los chicos que flojean todo el año y al final se esfuerza y trata de ponerse al día?<br/> ¿Aunque tenga habilidades en una actividad le interesa poco esforzarse?</i></p> <p><b>Niño o Adolescente:</b><br/> <i>¿Te interesa tener buenas calificaciones? ¿Te esfuerzas en tus actividades deportivas o en tus trabajos de la escuela?</i></p>  | 012              | 012                | 012            | 012              | 012               | 012                 |
| <p><b>Afecto superficial o deficiente. (Poca resonancia y simulación del afecto).</b></p> <p><b>Padres:</b><br/> <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><br/> <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> | 012              | 012                | 012            | 012              | 012               | 012                 |

## **Escala de impresión clínica Global (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

## GAF

|           |  |
|-----------|--|
| 100<br>91 | Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas  |
| 90<br>81  | Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia)   |
| 80<br>71  | Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).  |
| 70<br>61  | Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.  |
| 60<br>51  | Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).   |
| 50<br>41  | Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).   |
| 40<br>31  | Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela). |

|          |   |
|----------|---|
| 30<br>21 | La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos). |
| 20<br>11 | Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo)      |
| 10<br>1  | Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.  |
| 0        | Información inadecuada  |

| 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).<br>0. Ausente<br>1. Leve: Una autolesión no suicida superficial y sólo en brazos en el último año.<br>2. Moderado: de dos a cinco días con autolesiones superficiales o intermedias en brazos en el último año.<br>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)<br>0. Ausente: No del todo<br>1. Leve: Lo piensa cuando está enojado.<br>2. Moderado: Recurrentes pensamientos o planes de suicidio o intento hace más de un mes.<br>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)<br>0. Ausente: A veces, asociado sólo a fiestas.<br>1. Leve: Periodos sostenidos, anormales percibidos por los demás, sin perder funcionalidad.<br>2. Moderado: La mayor parte del tiempo, con ánimo aumentado claramente diferente del habitual, causa deterioro.<br>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).<br>0. Ausente: No del todo.<br>1. Leve: Ocasionalmente ha elaborado fantasías. Compañía imaginaria.<br>2. Moderado: Frecuentemente ha elaborado fantasías (excluye amigos imaginarios). Interfiere ocasionalmente con la percepción de la realidad.<br>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).<br>0. Ausente: No delirios ni ideas de referencia.<br>1. Leve: En ocasiones siente que extraños pueden estar viéndolo, riéndose o hablando de él.<br>2. Moderado: Frecuente distorsión del pensamiento; desconfiado, suspicacia hacia otros.<br>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).<br>0. Ausente: Sin experiencias visuales, auditivas o sensoriales.<br>1. Leve: Escucha su nombre; experiencias después de un evento; imaginación vivida/activa.<br>2. Moderado: Definitiva experiencia auditiva (voces comentadas o de comando); visuales (durante el día o en repetidas ocasiones); sensoriales (de tipo específico).<br>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).<br>0. Ausente: Ligera inquietud; movimientos aislados. No interfiere en el funcionamiento.<br>1. Leve: Ocasional inquietud; movimiento más notorio; frecuentes cambios de postura; perceptible, pero no causa deterioro en el funcionamiento.<br>2. Moderado: Energía excesiva, movimiento constante; no puede estar quieto o sentado; causa disfunción en numerosas circunstancias; busca ayuda para sus conductas.<br>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).<br>0. Ausente: Se desempeña consistentemente con habilidad.<br>1. Leve: Ocasionalmente distraído; fácilmente se distrae; capaz de concentrarse prontamente.<br>2. Moderado: Frecuentemente tiene problemas de concentración; evade las pruebas mentales; disruptivo; necesita asistencia constante para estar atento. Le ocasiona deterioro.<br>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.<br>0. Ausente: No del todo.<br>1. Leve: Perceptible; mayor verbalización que lo normal; la conversación no es forzada.<br>2. Moderado: Muy verborreico o rápido; es difícil mantener la conversación.<br>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:</b> Mínimo, discurso escaso, parco, voz baja.<br>0. Ausente: No del todo.<br>1. Leve: Ocasionalmente expresa cierta información, con discurso vago, disperso, voz débil.<br>2. Moderado: La voz es persistentemente vaga, baja o débil; al menos ¼ ó ½ de la conversación no se comprende o está deteriorada.<br>3. Grave: En numerosas ocasiones o situaciones la comunicación está deteriorada.   |   |   |   |   |
| 18  | <b>Retraimiento emocional:</b> Relación poco espontánea con el entrevistador, falta de interacción con los compañeros, hipoactividad.<br>0. Ausente: No del todo<br>1. Leve: Ocasionalmente no responde; algunas veces rehúsa la interacción con compañeros.<br>2. Moderado: Frecuentemente no responde; evita la interacción; hipoactivo. Interfiere con las relaciones.<br>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:</b> Expresión emocional deficiente o vacía; afecto aplanado.<br>0. Ausente: No del todo, o explicable por ánimo depresivo.<br>1. Leve: Afecto algo aplanado. Ocasionalmente muestra respuesta emocional durante la entrevista (sonrisa, risa, llanto).<br>2. Moderado: Aplanamiento considerable; con frecuencia no muestra respuesta emocional (no sonríe, ríe, mira o llora).<br>3. Grave: Aplanamiento constante; no muestra respuesta emocional (no sonríe, ríe, mira o llora).  |   |   |   |   |
| 20  | <b>Tensión:</b> Nerviosismo, inquietud; movimientos nerviosos de manos y pies. (síntomas somáticos de la ansiedad)<br>0. Ausente: No del todo.<br>1. Leve: Ocasionalmente se siente nervioso o inquieto. No puede relajarse o tranquilizarse.<br>2. Moderado: La mayor parte del día se siente nervioso o inquieto. Causa estrés mental o físico.<br>3. Grave: Nerviosismo e inquietud extremos. Movimientos nerviosos de manos y/o pies.  |   |   |   |   |
| 21  | <b>Ansiedad:</b> 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).<br>0. Ausente: No del todo.<br>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.<br>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.<br>3. Grave: Preocupación extrema y grave por todas las cosas, reales o imaginarias.  |   |   |   |   |
| 22  | <b>Alteraciones del dormir:</b> 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.<br>0. Ausente: No del todo.<br>1. Leve: Cierta dificultad (al menos una hora inicial, no insomnio intermedio o terminal).<br>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.<br>3. Grave: Nunca consigue dormir; se siente exhausto durante el día; severa inversión del ciclo circadiano. |   |   |   |   |
| 23  | <b>Desorientación:</b> Confusión sobre personas, lugares o cosas.<br>0. Ausente: No del todo.<br>1. Leve: Ocasionalmente parece confuso o desconcertado; reacciona fácilmente cuando se le orienta.<br>2. Moderado: Frecuentemente luce desconcertado, confuso; le desconciertan situaciones familiares, personas o cosas.<br>3. Grave: Constantemente confuso; perplejo.  |   |   |   |   |
| 24  | <b>Alteraciones del habla:</b> Nivel de desarrollo del lenguaje inferior al esperado, vocabulario subdesarrollado, pronunciación deficiente.<br>0. Ausente: No del todo.<br>1. Leve: Lenguaje ocasionalmente distorsionado o idiosincrático; ligera dificultad para comprenderle.<br>2. Moderado: Frecuentes eventos distorsionados, con deterioro definitivo de la comprensión.<br>3. Grave: Constante distorsión del habla, casi incomprensible.   |   |   |   |   |
| 25  | <b>Estereotipias:</b> Posturas, movimientos y manierismos rítmicos y repetitivos, (Tics).<br>0. Ausente: No del todo.<br>1. Leve: Ocasionalmente presenta manierismos, movimientos o posturas rítmicas, repetitivas<br>2. Moderado: Frecuentes movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas.<br>3. Grave: La mayor parte del tiempo (> 50 %) presenta movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas.  |   |   |   |   |
| 26  | <b>Problemas de eliminación:</b> Se orina o se defeca sin control, fuera del lugar indicado de día o de noche después de los cinco años.<br>0. Ausente: controla esfínteres antes de los cinco años y nunca ha perdido el control.<br>1. Leve: Ocasionalmente presenta micciones y/o evacuaciones de día o de noche menos de dos veces a la quincena.<br>2. Moderado: Frecuentemente presenta micciones y/o evacuaciones de día o de noche tres a seis veces a la quincena.<br>3. Grave: Presenta micciones y/o evacuaciones más de seis veces a la quincena.  |   |   |   |   |

