



# **Universidad Nacional Autónoma de México**

Facultad de Medicina

Departamento de Psiquiatría y Salud mental

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

## **“Validez y confiabilidad de la Escala de emociones prosociales limitadas en una población de adolescentes mexicanos”**

Tesis que para obtener el título de  
**Especialidad en psiquiatría**

Presenta:

Dr. Javán Guillermo Segovia Aguirre

Tutoría teórica: Dr. Juan José Cervantes Navarrete

Tutoría metodológica: Dr. Francisco Rafael de la Peña Olvera

Ciudad de México, Julio de 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## Índice de contenido

1. Resumen ejecutivo, 4
2. Marco teórico y antecedentes, 9
  - 2.1. Psicopatía, 9
  - 2.2. Psicopatía en la infancia y la adolescencia, 11
  - 2.3. Emociones prosociales limitadas, 12
  - 2.4. Emociones prosociales limitadas y Trastornos de conducta, 13
  - 2.5. Emociones prosociales limitadas y trastornos mentales, 14
  - 2.6. Epidemiología y factores longitudinales, 16
  - 2.7. Factores etiológicos, 16
  - 2.8. Clinimetría y entrevista, 19
3. Inventory of Callous Unemotional Traits, 21
4. Pregunta de investigación, 22
5. Justificación, 22
6. Objetivos, 23
7. Implicaciones éticas del estudio, 24
8. Métodos, 24
  - 8.1. Diseño del estudio, 24
  - 8.2. Población en estudio; selección y tamaño de la muestra, 25
  - 8.3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación, 25
  - 8.4. Variables y escalas de medición, 26
  - 8.5. Escalas e instrumentos de evaluación, 27

8.6. Procedimiento: Recolección de datos,	28
8.7. Análisis estadístico,	30
9. Resultados,	31
10. Discusión,	37
11. Conclusiones,	39
12. Cronograma,	40
13. Referencias bibliográficas,	42
14. Anexos,	48
14.1. Escala de emociones prosociales limitadas (autoreporte),	48
14.2. Escala de emociones prosociales limitadas (reporte para padres),	49
14.3. Formato de información clínica y demográfica,	51
14.4. Carta de consentimiento informado,	52
14.5. Carta de asentimiento informado,	56
14.6. Tríptico informativo,	60

## 1. Resumen ejecutivo

**Antecedentes:** Las emociones prosociales limitadas (EPL) son un especificador del trastorno de conducta (TC) del DSM-5 definidas como la falta de culpa o remordimiento, la falta de empatía, la falta de interés por el desempeño académico y un afecto superficial o deficiente. Estas características se denominaban anteriormente “callo emocional”, y este término fue sustituido por el de EPL para disminuir el estigma asociado al término. La presencia de EPL parece asociarse a un patrón de comportamiento antisocial más grave, violento y crónico y a características neurológicas, cognitivas y afectivas diferentes. En los adolescentes, estas características definen a un subgrupo más difícil de tratar, con un patrón más grave y persistente de problemas de conducta y un peor pronóstico. Existe evidencia que señala que estas disposiciones son relativamente estables desde la infancia hasta la adolescencia y la adultez y su presencia parece relacionarse al desarrollo de psicopatología, mostrando también asociación con índices de reactividad emocional, agresividad y persistencia de conductas delictivas en la edad adulta. Las EPL representan una de las dimensiones incluidas en el constructo de la psicopatía, que integra además las dimensiones de la impulsividad y el narcisismo. Existen herramientas desarrolladas en el idioma inglés que evalúan estas características en la población adolescente en versiones auto y heteroaplicable en niños en edad preescolar y adolescentes. La Escala Callous-Unemotional Traits ha sido validada en su versión en inglés con una consistencia interna buena (alfa de Cronbach = .80). En la actualidad no existe un instrumento clinimétrico válido y confiable en Latinoamérica para evaluar la presencia y gravedad de las emociones prosociales limitadas en los adolescentes, por lo que contar con los datos clinimétricos en adolescentes Mexicanos resulta esencial.

**Objetivos:** Determinar la validez y confiabilidad de la Escala de emociones prosociales limitadas (EEPL), traducción al español del Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU).

**Metodología:** Se realizó la traducción y adaptación del instrumento al español por clínicos expertos. Posteriormente se corrigieron y discutieron discrepancias durante el proceso de traducción. El reclutamiento de pacientes se realizó de forma consecutiva en el servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) en la clínica de adolescencia, en pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico hasta que el número de pacientes deseado fue obtenido. Se estableció el diagnóstico psiquiátrico por medio de la Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C) y se invitó a los pacientes a participar en el estudio. Participaron pacientes de ambos sexos que acudieron al servicio de la consulta externa del INPRFM y que tuvieron el diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5, que supieron leer y escribir y entendieron los reactivos del instrumento. Los pacientes debieron firmar un asentimiento informado para participar en el estudio y uno de sus padres/tutores debió firmar un consentimiento informado. No pudieron participar los pacientes que no cumplieron con estas características, que no aceptaron participar en el estudio, no firmaron el asentimiento informado o cuyos padres no firmaron el consentimiento informado. Se suspendió la participación de los pacientes que contestaron en forma incompleta los cuestionarios o que decidieron suspender su participación durante el desarrollo del estudio. Se les brindó una explicación verbal inicial de los procedimientos que se llevaron a cabo para la realización del estudio y se obtuvo una carta de asentimiento de los pacientes en donde se especificaron con detalle los procedimientos, objetivos y consignas a seguir para el estudio y se les entregó el consentimiento informado a los padres de aquellos pacientes que aceptaron participar. Se realizó una revisión personalizada de la carta de

consentimiento informado con los padres de los pacientes para confirmar que el contenido del mismo, así como los procedimientos de la investigación fueron comprendido por los participantes y su/sus tutores. La recolección de datos sociodemográficos se realizó mediante la aplicación de un formato de información clínica y demográfica. Posteriormente se realizó una evaluación de las EPL mediante instrumentos clinimétricos (Escala de EPL) aplicada a los pacientes y a uno de sus padres/tutores en una versión heteroaplicable. La escala de Emociones prosociales limitadas es un cuestionario de 24 ítems con formatos de autoreporte, reporte de padres y reporte de maestros diseñado para proporcionar una evaluación válida y confiable de las EPL en niños y adolescentes. Los ítems son evaluados en una escala tipo Likert de 4 puntos que oscila desde el 0 (falso) al 3 (definitivamente cierto). Una vez realizados estos procedimientos, los pacientes finalizaron su participación en el estudio, y continuaron con su proceso de atención en la Institución por medio del servicio de consulta externa y sin relación a los procedimientos asociados con la presente investigación.

Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y promedios) y comparativa con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. La validez del constructo se determinó por medio de análisis factorial confirmatorio. Se determinó la validez concurrente del instrumento mediante el método de correlación de Pearson investigando la correlación de las puntuaciones de la EEPL con la puntuación del BPRS-C. La validez del criterio externo se estimó a través de la correlación con las puntuaciones de la Escala ICU con las puntuaciones del K-SADS-PL-5. La consistencia interna de la Escala de Emociones prosociales limitadas se obtuvo determinando el coeficiente alfa de Cronbach. Los análisis de confiabilidad y validez pertinentes se realizaron estableciendo un 80% de poder estadístico y un intervalo de confianza de 95%.

**Resultados:** La muestra consistió en 163 adolescentes en la Clínica de adolescencia del INPRFM, en la Ciudad de México (México). Los participantes del sexo masculino representaron el 54.6% de la muestra y el rango de edad fue de los 13 a los 17 años, con una distribución similar entre las diferentes edades. Todos los participantes eran de nacionalidad mexicana. El 90.7% de las encuestas aplicadas a padres o tutores fueron contestadas por la madre de los participantes (n=148). Para determinar la estructura factorial de la EEPL se compararon dos modelos para cada versión. El modelo de tres factores fue el que se ajustó más en ambas versiones (auto-aplicable, padres). El Factor I incluye aquellos reactivos que evalúan el factor insensible, el Factor II a aquellos reactivos que evalúan el factor indiferente, y los reactivos del Factor III evalúan el factor sin emociones. La puntuación total de la EEPL en la versión de autoreporte mostró correlación positiva con el reactivo de EPL del BPRS-C y la subescala de EPL del K-SADS-PL-5. Aún cuando el factor de insensibilidad, desinterés y sin emociones mostraron correlaciones significativas con las escalas, estas no fueron analizadas diferencialmente. La puntuación total de la EEPL en la versión de autoreporte y la versión de reporte de padres mostró correlaciones positivas significativas con la subescala de EPL del K-SADS-PL-5. El instrumento mostró coeficientes de consistencia interna buenos, con un alfa de Cronbach de 0.86 para el instrumento auto-aplicado, y 0.87 para el instrumento aplicado a padres. Se determinó la confiabilidad interinformante a través del método de correlación r de Pearson comparando los datos obtenidos de la versión autoaplicable y la aplicable a padres. El análisis mostró una alta correlación entre ambas versiones con una  $r = 0.83$ .

**Discusión:** El objetivo principal de esta tesis fue explorar la validez y confiabilidad de las puntuaciones de la EEPL, en su versión de autoreporte y de reporte de padres. La EEPL es la traducción al español del Inventory of Callous Unemotional Traits, un instrumento diseñado para

la evaluación extensa de las EPL que fue desarrollado en una población de jóvenes presos. Otros estudios de validación han evaluado únicamente las propiedades de la versión autoaplicable, y a nuestro conocimiento no existen otras traducciones al idioma español que evalúen la validez y confiabilidad de distintas versiones del instrumento. De manera consistente con otros estudios, el mejor modelo de predicción para la versión de autoreporte y reporte de padres fue una estructura de tres factores: “Insensibilidad”, “Desinterés”, y “Sin emociones”. El modelo es similar al reportado en los estudios realizados en otras muestras de adolescentes. Las cargas factoriales fueron aceptables en casi todos los reactivos, excepto los reactivos 2 y 10. Sin embargo, consideramos que estos reactivos presentan problemas para su interpretación y es posible que la varianza registrada se deba a estilos de respuesta, más que a varianza del constructo. Las puntuaciones totales mostraron una correlación positiva significativa con las puntuaciones en el reactivo de EPL del BPRS-C. El instrumento evalúa aspectos de la personalidad psicopática similares a las EPL evaluadas por el BPRS-C. Las puntuaciones totales en ambas versiones de la EEPL mostraron una correlación positiva significativa con las puntuaciones del reactivo de EPL del K-SADS-PL-5. El coeficiente alfa de Cronbach mostró una buena consistencia interna para la versión de autoreporte y la versión de reporte de padres. Estos resultados sugieren que los ítems son homogéneos y que la escala mide de forma consistente la característica para la cual fue elaborada. El análisis mostró un coeficiente de correlación alto entre la versión de autoreporte y la versión de reporte de padres, lo que significa que el estimado de los rasgos de personalidad evaluados es similar entre los distintos informantes.

**Conclusión:** El presente estudio permite determinar que la escala de Emociones Prosociales Limitadas (EEPL) es un instrumento válido y confiable para la evaluación de las emociones prosociales limitadas en población psiquiátrica adolescente mexicana. El instrumento resulta de

utilidad para comprender mejor la asociación entre las EPL y la presencia de otros marcadores de psicopatología, características temperamentales, afectivas y de personalidad, el desarrollo y la persistencia del comportamiento antisocial, y para definir la utilidad de estrategias para su tratamiento.

## **2. Marco teórico y antecedentes**

La psicopatía es un trastorno de personalidad caracterizado por una empatía limitada, falta de culpa o remordimiento y un comportamiento antisocial persistente, así como rasgos marcados de impulsividad y egocentrismo. Las emociones prosociales limitadas (EPL) han sido definidas como una dimensión fenomenológica de la psicopatía en niños, manifestadas como un apego reducido a los seres queridos, y una empatía o culpa reducida o ausente. Estas características se denominaban anteriormente “callo emocional”, y este término fue sustituido por el de EPL para disminuir el estigma asociado al término.

La presencia de EPL establece un subgrupo de niños y adolescentes en riesgo de presentar problemas de conducta más graves, persistentes y que provocan disfunción<sup>1</sup>. Además, múltiples estudios sugieren que las EPL incrementan el riesgo de desarrollar psicopatología, lo que representa un valor diagnóstico independiente, aún en la ausencia de un TC<sup>2,3</sup>. A nuestro conocimiento, no se cuenta actualmente con un instrumento clínicos en español, y validado en nuestro medio, para evaluar estos rasgos caracterológicos en población infantil y adolescente.

### **2.1. Psicopatía**

Kraepelin acuñó el término de personalidad psicopática para referirse a una alteración caracterológica persistente. Aunque Schneider atribuyó al concepto su definición actual, la primera descripción clínica de la psicopatía puede encontrarse en el trabajo de Harvey Cleckley.

Los rasgos señalados por este autor incluían un encanto superficial, inteligencia, poca sinceridad, engaño, egocentrismo, falta de remordimiento o culpa, falta de empatía, un afecto superficial, y la presencia de pocas relaciones significativas. Aunque Cleckley se enfocó menos en la dimensión conductual de la psicopatía, llegó a describir la falta de interés en metas a largo plazo y la presencia de conducta antisocial<sup>4</sup>. McCord & McCord definió a la personalidad psicopática como una entidad clínica distinta, estableciendo sus características alrededor de la conducta antisocial<sup>5</sup>.

Robert Hare desarrolló el Psychopathy Checklist-Revised o Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare revisada (PCL-R) como un instrumento de evaluación para la psicopatía, basándose en las descripciones de Cleckley. El PCL-R es un instrumento de evaluación de psicopatía desarrollado en una población adulta encarcelada, y muchos de los avances en la teoría e investigación se fundamentan en el uso de esta herramienta como un instrumento estándar para la evaluación de la psicopatía. Esta herramienta evalúa de forma combinada algunos rasgos de personalidad y conductas antisociales, mientras que en el TAP se evalúa únicamente la conducta antisocial<sup>6,7</sup>.

La conceptualización tradicional describe una alteración caracterológica con características afectivas, interpersonales, y conductuales: Los sujetos manifiestan una disposición dura, insensible y sin remordimiento hacia los sentimientos y los derechos de otros, una incapacidad para mantener relaciones cercanas, sentimientos de grandeza, egocentrismo, manipulación, y un encanto superficial. Además, estos sujetos se involucran más frecuentemente en riesgos impulsivos, actividad criminal y actividades sociales que se desvían de la normalidad<sup>8,9</sup>.

El constructo ha resultado de utilidad al discriminar sub-grupos entre la población con trastorno antisocial de la personalidad (TAP), debido a que solo una pequeña proporción de los criminales

adultos manifiesta rasgos psicopáticos<sup>10</sup>. Asimismo, ha resultado de utilidad como predictor de la recurrencia de violencia y su inminencia, gravedad y persistencia<sup>11</sup>. La psicopatía es una disposición de personalidad relativamente estable<sup>12</sup>, y los psicópatas parecen no beneficiarse de las intervenciones terapéuticas de la misma forma que las personas que no presentan psicopatía, mostrando en algunos casos mayores tasas de recaída al ser tratados<sup>13,14,15</sup>.

## **2.2. Psicopatía en la infancia y la adolescencia**

En las últimas décadas, se han investigado las características específicas de la psicopatía manifestadas en la infancia y la adolescencia. El primer autor que extendió el concepto de psicopatía a la infancia fue John Bowlby, quien denominaba a algunos de los elementos señalados por Cleckley “*affectionless psychopathy*”, o psicopatía sin afecto, aunque atribuía su origen a fallas en el inicio del apego materno o a su ruptura<sup>16</sup>.

Andershed y colaboradores describieron la psicopatía adulta como un síndrome compuesto por una constelación de rasgos extremos en las esferas interpersonal, afectiva, y conductual denominadas “emociones prosociales limitadas”, “rasgos impulsivos”, y “rasgos narcisistas”, además un factor del “estilo de vida”, relacionado principalmente a la conducta antisocial<sup>17</sup>. Frick y colaboradores han realizado esfuerzos para evaluar estas dimensiones en la población infantil y adolescente, con la intención de identificar subgrupos que puedan presentar rasgos psicopáticos en etapas tempranas de la vida<sup>1</sup>.

Sin embargo, existen preocupaciones relacionadas a la aplicación del constructo de psicopatía a niños y adolescentes, debido a que el termino presenta socialmente una connotación negativa. Un estudio realizado por Edens sugiere que el uso del término “psicópata” en poblaciones criminales

adolescentes estigmatiza al sujeto, y se asocia a mayor uso de tratamiento obligatorio y a sentencias más graves<sup>18</sup>.

### **2.3. Emociones prosociales limitadas**

Frick y colaboradores consideraban que la dimensión afectiva, también denominada EPL, permitía identificar a un subgrupo de adolescentes con TC con riesgo de presentar problemas de conducta más graves y duraderos, y una supuesta personalidad psicopática en formación<sup>1</sup>. Para estos fines, estos autores desarrollaron en 2006 el Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU)<sup>19</sup>. Este instrumento permite una evaluación extensa de las EPL a través de un cuestionario de 24 ítems derivados del Antisocial Process Screening Device, un instrumento que incluye 4 ítems que evalúan específicamente estos rasgos<sup>20</sup>.

Un estudio realizado por Frick demostró que la presencia de EPL en sujetos con TC de inicio en la infancia predijo un incremento posterior en la conducta antisocial, aún en niños que no tenían este diagnóstico<sup>21</sup>. Otros estudios del mismo autor han demostrado que los niños con TC que presentaban niveles elevado de EPL presentan mayores problemas de conducta, niveles de agresión reactiva y proactiva, y niveles de delincuencia auto reportada<sup>30</sup>, y otros autores como Fontaine y Lynam señalan a las EPL como predictores de un trastorno de conducta en la adolescencia y adultez<sup>22,23</sup>. Otros autores parecen confirmar estos hallazgos, sugiriendo que los sujetos que manifiestan EPL en ausencia de conducta antisocial presentan mayor riesgo de desarrollarla posteriormente<sup>24,25,26,27</sup>.

La relación de las EPL con la agresividad ha sido estudiada por otros autores. Un estudio de Kimonis y colaboradores mostró una asociación predictiva entre las EPL y niveles de agresividad, delincuencia y reactividad emocional<sup>19</sup>. Otros estudios sugieren que los adolescentes

con altos niveles de EPL manifiestan conductas de acoso y victimización, y exhiben un comportamiento agresivo proactivo-reactivo, en comparación a las formas puras de agresividad manifestadas por los sujetos que no presentan EPL<sup>28</sup>.

Estos hallazgos sugieren que la presencia de conducta antisocial, niveles elevados de agresividad, y niveles elevados de EPL permite diferenciar a un grupo de niños y adolescentes con riesgo de presentar psicopatía en la edad adulta<sup>29</sup>.

#### **2.4. Emociones prosociales limitadas y Trastornos de la conducta**

La mayor parte de la literatura disponible sobre la psicopatía en la infancia se enfoca en niños con estas características en el contexto de un TC. Los TC son definidos como “un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas, y las reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia de por lo menos tres de quince criterios en los doce últimos meses, existiendo por lo menos uno en los últimos seis”<sup>30</sup>.

Debido a que todos los patrones conductuales son el resultado de múltiples procesos causales y rasgos de personalidad, existe una gran heterogeneidad en la población con TC, el desarrollo de los comportamientos antisociales y agresivos, las manifestaciones conductuales y las causas de dichas manifestaciones<sup>31</sup>.

Las emociones prosociales limitadas (EPL) se han propuesto como un especificador del Trastorno de la Conducta del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-5), y su evaluación incluye cuatro reactivos: falta de culpa o remordimiento, la falta de empatía, la falta de interés por el desempeño académico y un afecto superficial o deficiente<sup>30</sup>. Los subtipos de TC son homogeneizados de acuerdo a los tipos

de comportamiento, el curso del desarrollo y su asociación con otros factores<sup>32</sup>, considerando elementos como la existencia de criterios dimensionales o la adición de un subtipo infantil, a diferencia del DSM-IV TR que solamente determina subtipos de acuerdo a la edad de inicio de la sintomatología<sup>33</sup>. Una de las debilidades del método utilizado en el DSM-IV para subdividir a la población con TC es que no se establece ningún grupo que de forma explícita se relacione al constructo de psicopatía.

Todos estos métodos han mostrado validez para identificar niños y adolescentes con características similares a las de adultos con psicopatía<sup>34</sup>.

## **2.5. Emociones prosociales limitadas y Trastornos mentales**

### **a) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad**

Un estudio realizado por Lynam en 1996 mostraba que los niños que mostraban comportamiento antisocial y síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) presentaban un mayor riesgo de presentar conductas criminales repetitivas<sup>35</sup>.

Las EPL presentan comorbilidad con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Los individuos con TC y EPL presentan una mayor prevalencia de síntomas aislados de inatención e hiperactividad. La impulsividad en el TDAH y en los TC son motivados por vulnerabilidades neurocognitivas diferentes y resulta poco claro si los síntomas de TDAH vistos en el contexto de un TC con EPL pueden ser considerados un equivalente de TDAH que ocurre en ausencia de estos rasgos, o si puede ser considerado una copia fenotípica que tiene características neurocognitivas diferentes<sup>36</sup>.

Los niños que manifiestan ambos trastornos muestran un patrón de comportamiento antisocial más grave y agresivo que los niños que solo presentan TC. Además, presentan un pronóstico más

pobre, como mayor riesgo de ser arrestados o presentar tasas mayores de delincuencia en niñez. Estos individuos muestran otras características asociadas a la psicopatía, como falta de miedo, menor remordimiento por sus problemas del comportamiento y un estilo de respuesta dependiente de la recompensa en problemas que evalúan el retraso en la gratificación. Estos hallazgos han sido asociados a los rasgos psicopáticos en los adultos<sup>37</sup>.

#### b) Trastornos del espectro autista

Los trastornos del espectro autista (TEA) se asocian a problemas en el comportamiento socialmente apropiado. Aunque los sujetos con EPL y los sujetos con TEA presentan una respuesta emocional disminuida, existen diferencias en el origen de estas manifestaciones que explican además la ausencia de incremento en el riesgo de conducta antisocial en sujetos con TEA<sup>38</sup>.

Los sujetos con TEA muestran fallas en la teoría de la mente (la habilidad de representar los estados mentales de otras personas), y muestran aversión por el sufrimiento de otros. Los sujetos con EPL son capaces de representar los estados mentales de otros, aunque muestran dificultades al procesar y entender su sufrimiento<sup>39</sup>.

Viding y colaboradores estudiaron a sujetos con un TEA, sin identificar una mayor incidencia de comportamientos criminales en comparación a la población general. Los estudios en gemelos indican que los factores genéticos contribuyen a cada dominio de síntomas de forma independiente, y que las fallas en la respuesta social y emocional de los sujetos con TEA no se asocian a un riesgo incrementado de comportamiento antisocial<sup>40</sup>.

#### c) Trastornos de ansiedad

A nuestro conocimiento, no existen estudios que evalúen la asociación entre la presencia de niveles elevados de ansiedad como rasgo y la presencia de niveles altos de EPL. Un estudio de Frick señala que la ansiedad como rasgo mostraba una baja correlación con algunas subescalas de EPL. Asimismo, señalaba que aunque la ansiedad como rasgo mostraba una correlación alta con los trastornos de conducta, mostraba una correlación baja con niveles elevados de EPL<sup>41</sup>.

Los rasgos psicopáticos se asocian a niveles reducidos de ansiedad, aunque algunos estudios recientes sugieren que algunos sujetos presentan EPL y niveles elevado de ansiedad. Un estudio de Fanti mostró que los adolescentes con EPL que manifiestan ansiedad intensa presentan menor autoestima, en combinación con mayor narcisismo, agresividad y problemas de conducta, en comparación a adolescentes que manifestaban niveles bajos de ansiedad<sup>5</sup>.

## **2.6. Epidemiología**

Algunos estudios han utilizado el especificador de “con emociones prosociales limitadas” para estimar la prevalencia de estos rasgos en la población. Estos estudios indican que el 20-50% de los niños con TC presentan niveles elevados de emociones prosociales limitadas, y la prevalencia en niños y adolescentes en la población general se ha estimado en .75 a 1.5%<sup>42</sup>.

## **2.7. Factores etiológicos**

### a) Factores genéticos:

La presencia de niveles elevados de EPL en la infancia presenta estimados de heredabilidad que van de .45 a .67<sup>43</sup>. Los TC con niveles altos de EPL presentan aparentemente un alto coeficiente de heredabilidad, mientras que los TC con niveles bajos de EPL parecen estar influenciados por los factores ambientales en mayor proporción<sup>44,45</sup>. Algunos estudios señalan una relación entre

algunos rasgos temperamentales, y los factores de riesgo en la etapa prenatal con el desarrollo de EPL<sup>46</sup>.

Otros estudios en gemelos sugieren que la influencia de los genes controla la estabilidad en las EPL. Existen estudios genéticos de asociación que se enfocan en niños o adolescentes y han implicado de forma tentativa variantes en los genes de la serotonina o la oxitocina. Un estudio reciente reportó que un polimorfismo del alelo largo del gen transportador de serotonina que se relaciona con menor reactividad de la amígdala se asoció a EPL en adolescentes con antecedentes de estatus socio económico bajo. Estos hallazgos sugieren que la vulnerabilidad genética a presentar EPL podría expresarse solamente bajo condiciones ambientales desfavorables<sup>47,48</sup>.

Los estudios en gemelos sugieren que existen influencias genéticas únicas en las EPL con una superposición en los genes que se asocian a la presencia de las EPL y a los trastornos externalizados. Este hallazgo resulta consistente con la presencia de EPL en ausencia de niveles clínicos de TC<sup>49</sup>. Debido a esto, Viding sugieren que los estudios de genética molecular sobre conducta antisocial deberían centrarse en la presencia de EPL, debido a la alta heredabilidad que estos rasgos manifiestan<sup>50</sup>.

b) Factores ambientales:

Los primeros estudios que evaluaron los antecedentes familiares de los niños con “rasgos psicopáticos” revelaron que estos sujetos experimentaron rechazo parental<sup>51</sup>, privación emocional temprana<sup>52</sup> o relaciones afectivas discontinuas, madres rechazantes y algunas formas de privación materna<sup>53</sup>. El abuso físico infantil, el alcoholismo de los padres y una menor frecuencia o inconsistencia en los castigos con una ausencia de consecuencias claras pueden

predecir el desarrollo de psicopatía<sup>54</sup>. Otros estudios señalaban que la ruptura de estructuras que pudieran proveer soporte y contención fuera de casa asociado a la ruptura familiar facilitaba el desarrollo de psicopatía<sup>55</sup>.

Se ha especulado que la psicopatía puede formar parte de un espectro de respuestas conductuales evolutivas a factores ambientales o estrés temprano<sup>56</sup>. Los niños observan la forma en la que otras personas expresan sus sentimientos de forma verbal y física y esto les permite aprender cómo se sienten los demás. Los padres negligentes o abusivos que pasan poco tiempo comunicándose con sus hijos pueden ayudar de forma pobre al desarrollo de habilidades para reconocer o entender las perspectivas emocionales o las demostraciones afectivas de otros<sup>57</sup>.

Existe una asociación entre la victimización infantil y el desarrollo subsecuente de conducta violenta, y entre la psicopatía y la victimización infantil. La victimización infantil se relacionó a la presencia de violencia y mayores puntuaciones en escalas de evaluación, mientras que la concurrencia de baja victimización en la infancia se asoció a niveles menores de PCL y un menor grado de violencia o ninguna<sup>58</sup>.

Un polimorfismo funcional en el promotor del gen de la mono-amino oxidasa A modera el impacto del maltrato infantil temprano en el desarrollo de conducta antisocial en sujetos del sexo masculino, y la asociación entre el maltrato y la conducta antisocial fue dependiente y condicionado por el genotipo de la mono-amino oxidasa A<sup>59</sup>.

#### c) Factores hormonales:

Existe evidencia emergente que sugiere que los sujetos masculinos con EPL presentan niveles bajos de cortisol basal y baja reactividad al cortisol en el estrés inducido de forma experimental.

Otros autores han demostrado en poblaciones adolescentes que los sujetos del sexo masculino con niveles altos de EPL presentaban niveles bajos de cortisol basal<sup>60</sup>.

## **2.8. Clinimetría y entrevista**

El repertorio de evaluación de la psicopatía incluye actualmente una variedad de escalas de puntuación del comportamiento, escalas de autoreporte especializadas y escalas de personalidad. Muchos de estos instrumentos se relacionan conceptualmente al PCL-R y otros se originan de la investigación empírica de la psicopatología y la personalidad general. Todos los instrumentos se basan en la investigación generada por la adopción de los instrumentos PCL, PCL-R y sus versiones posteriores.

Se han derivado múltiples estudios diseñados específicamente para evaluar rasgos psicopáticos en niños y adolescentes: El PCL-R es un instrumento desarrollado por Robert Hare que consiste en 20 ítems, cada uno de los cuales se puntúa de forma independiente a partir de una entrevista semiestructurada y fuentes de información colateral. Cada ítem se puntúa en una escala de 3 puntos (0, 1 y 2) de acuerdo a su precisión en la descripción de un individuo. Dieciocho de los reactivos forman cuatro factores principales o dimensiones: La dimensión interpersonal y afectiva (facilidad de palabra y encanto superficial, sentimientos de grandeza, mentira patológica y estafa/manipulación, ausencia de remordimiento y sentimientos de culpa, afecto superficial, insensibilidad afectiva o ausencia de empatía e incapacidad para aceptar la responsabilidad de sus acciones) y la del estilo de vida y conducta antisocial (necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento, estilo de vida parasitario, ausencia de metas realistas a largo plazo, impulsividad, irresponsabilidad, pobre autorregulación conductual, problemas de conducta en la infancia, delincuencia juvenil, revocación de la libertad condicional, versatilidad criminal). Otros dos ítems (conducta sexual promiscua y relaciones de maritales de corta

duración frecuentes) contribuyen a la puntuación total de la escala, aunque no contribuyen a ningún factor. La puntuación total del PCL-R varía entre los 0 y los 40 puntos y refleja la magnitud con que el sujeto coincide con el prototipo de psicópata. El punto de corte para realizar el diagnóstico de psicopatía es de 30 puntos<sup>5</sup>.

El Psychopathy Screening Device es una escala análoga al PCL-R diseñada por Frick y Hare para uso en población infantil. Cada uno de los 20 ítems de la escala fue reconstruido como un ítem análogo que fuera más aplicable a niños. Existen formatos para padres y maestros de niños menores debido a la validez cuestionable del autoreporte de un niño sobre su funcionamiento emocional y conductual. En niños mayores y adolescentes es posible el uso de un formato de autoreporte<sup>61</sup>.

El APSD, una escala derivada del Psychopathy Screening Device, es el cuestionario de medición de psicopatía juvenil que ha generado más investigación. Este, como su predecesor, se compone de una escala de evaluación de 20 ítems con versiones de autoreporte, reporte de padres y reporte de maestros<sup>20</sup>.

La Child Psychopathy Scale (CPS) fue derivada del PCL-R y es evaluada por los padres. La versión temprana contenía 41 ítems seleccionados del Child Behaviour Checklist. Esta escala fue modificada recientemente para excluir todo comportamiento antisocial explícito, enfocándose principalmente en los rasgos afectivos e interpersonales añadiendo además una escala de predisposición al aburrimiento. Esta herramienta cuenta en la actualidad con una versión de autoreporte. La mayoría de las investigaciones que hacen uso de esta escala se han enfocado en adolescentes de 11 a 18 años de edad<sup>62</sup>.

La Psychopathy Content Scale (PCS) es una herramienta derivada del Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI), y fue desarrollada con fines de escrutinio. La primera versión de esta herramienta se componía de 20 ítems, de la cual se derivó una versión de 16 ítems con características similares. Esta versión contenía ítems relacionados a la dimensión afectiva, interpersonal y conductual. La mayor parte de las investigaciones se han realizado en adolescentes de 12 a 18 años de edad<sup>63,64</sup>.

Existen herramientas desarrolladas recientemente como el Youth Psychopathic Traits Inventory (YPTI), un instrumento de autoreporte compuesta por 50 ítems desarrollada para uso en adolescentes mayores de 12 años. Contiene principalmente ítems que evalúan dominios afectivos, interpersonales y algunos ítems enfocados al comportamiento, como la impulsividad y la búsqueda de experiencias novedosas. El Youth Psychopathic Traits Inventory - Child Version (YPI-CV) es un instrumento derivado del anterior que evalúa la presencia de rasgos psicopáticos en la infancia tardía<sup>65</sup>.

### **3. Inventory of Callous Unemotional Traits**

La mayor parte de los instrumentos que evalúan las emociones prosociales limitadas incluyen un número limitado de ítems que evalúan específicamente la dimensión de estos síntomas. Debido a esta característica, la mayor parte de estos instrumentos presentan limitaciones psicométricas como una baja consistencia interna.

Frick y colaboradores desarrollaron en 2006 una evaluación más extensa de las EPL, el Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU). El ICU es un cuestionario de 24 ítems con formatos de autoreporte, reporte de padres y reporte de maestros diseñado para proporcionar una evaluación válida, confiable y eficiente de las EPL en muestras de niños y jóvenes. El contenido

del ICU fue derivado de la escala de EPL del APSD, la cual incluía 4 ítems que evaluaban específicamente estos rasgos. Existieron diferencias importantes entre los tres factores del ICU en su asociación con índices de agresión, índices de delincuencia e índices psicofisiológicos y auto reportados de reactividad emocional.

El factor estructural de este instrumento se probó en muestras diferentes de adolescentes en Alemania, Grecia y los Estados Unidos en población penitenciaria. Una estructura bifactorial muy similar fue identificada en las 3 muestras, con un factor general de comportamiento antisocial. El análisis factorial apoya la presencia de tres factores (Desinterés, dureza e insensibilidad) que aparentemente se relacionan a una dimensión principal de EPL. La consistencia interna de esta herramienta oscila de aceptable (Dureza,  $\alpha=.73$ , Insensibilidad,  $\alpha=.72$ ) a muy buena (Desinterés,  $\alpha=.88$ )<sup>19</sup>.

#### **4. Pregunta de investigación**

Al ser una investigación de proceso no existiría una pregunta de investigación obligada, sin embargo se puede plantear la siguiente: ¿Cuál es la validez y la confiabilidad de la Escala de EPL en población clínica de adolescentes?

#### **5. Justificación**

Se pretende contar con un instrumento en español, y validado en nuestro medio, para la evaluación de las emociones prosociales limitadas en la infancia y la adolescencia. La evaluación clínica de estos rasgos caracterológicos representa un aspecto emergente en la investigación de la psicopatología infantil y del adolescente, y en la investigación de la psicopatía en estos grupos. Existen múltiples estudios desarrollados en muestras comunitarias, clínicas y penitenciarias de

niños y adolescentes que evalúan la presencia de estas características y permiten extender nuestra comprensión de este fenómeno.

Es importante investigar el desarrollo y estabilidad de las emociones prosociales limitadas, debido a que la evidencia demuestra una relación entre las emociones prosociales limitadas y la psicopatología en la infancia y la adolescencia, y con la presencia de conducta antisocial grave y persistente.

## **6. Objetivos**

### 1. Objetivo Principal:

a) Determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Emociones Prosociales Limitadas (EEPL).

### 2. Objetivos Secundarios:

a) Consistencia interna: Se determinará el índice alfa de Cronbach para la muestra total y se determinarán las correlaciones ítem-total por la prueba de Pearson. Los coeficientes de confiabilidad (alfa de Cronbach) menores a .60 se consideran insuficientes, de .60 a .69 marginales, de .70 a .90 aceptables, de .80 a .89 buenos, y los valores mayores a .90 excelentes.

b) Confiabilidad Interobservador: Se determinará a través del método de correlación  $r$  de Pearson comparando los datos obtenidos de la versión autoaplicable y el reporte para padres.

c) Validez concurrente: Se usará el método de correlación de Pearson para investigar la correlación entre la puntuación total de la EEPL, el mejor estimado clínico de la subescala de EPL del K-SADS-PL-5, y el reactivo de EPL del BPRS-C. Se determinará la validez concurrente mediante el método de correlación de Pearson.

- d) Validez del criterio externo: Se determinará el análisis de correlación entre la puntuación total de la EEPL y la puntuación del mejor estimado clínico de la subescala de EPL del K-SADS-PL-5.
- e) Validez del constructo: Se realizará un análisis factorial para la muestra total. Se analizará la matriz de correlaciones mediante rotación varimax, y se medirán los índices de ajuste al modelo original para la muestra total.

## **7. Implicaciones éticas del estudio**

Se obtuvo la aprobación por el comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, cumpliendo los requerimientos normativos para una investigación de riesgo mínimo. Se reservó la identidad de los participantes y se guardó la confidencialidad sobre los resultados de los cuestionarios. Con esta finalidad, se asignó un número consecutivo a los cuestionarios. Se elaboró un consentimiento informado para los tutores de los adolescentes y un asentimiento informado para los adolescentes. En todo momento se hizo del conocimiento de los participantes la posibilidad de suspender la participación en el estudio, y se otorgó un número telefónico de contacto con el investigador principal. Se otorgó a los pacientes un tríptico informativo como beneficio de la participación en su estudio (Anexo 6).

## **8. Métodos**

### **8.1. Diseño del estudio**

El estudio presenta un diseño transversal, multiinformante. El presente trabajo es un estudio de proceso al realizarse una comparación relacionada con un producto. La evaluación no se realiza con la intención de determinar el impacto de una relación causa-efecto, sino el desempeño de la Escala de EPL.

## **8.2. Población**

El tamaño de la muestra se basó en el número mínimo requerido para demostrar la presencia de EPL en población psiquiátrica infantil mexicana<sup>66</sup>. Los principales estudios epidemiológicos en el área de la salud mental han mostrado que aproximadamente entre el 20 a 70% de los pacientes con TC presentan EPL, por lo que se determinó que el estudio de 150 pacientes resultaría suficiente.

Se realizó un muestreo consecutivo de pacientes de ambos sexos, de edades entre los 13 y los 18 años, provenientes de la consulta externa de la clínica de adolescencia de una institución de salud mental (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente) que se evaluaron a lo largo de 12 meses. Los padres otorgaron su consentimiento para ser entrevistados y los pacientes otorgaron su asentimiento para participar en el estudio. Un padre o tutor respondió la versión de reporte de padres del EPL. Aquellos pacientes con síntomas psicóticos o de manía al momento de la valoración, o que no fueron capaces de comprender las preguntas de la entrevista se excluyeron del estudio.

## **8.3. Criterios de inclusión, de exclusión y de eliminación**

### **1. Criterios de Inclusión**

- a) Pacientes que acudan al servicio de la consulta externa del INP.
- b) Pacientes que tengan algún trastorno psiquiátrico de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5.
- c) Ambos sexos.
- d) Menores de 18 años, mayores de 13 años.
- e) Pacientes que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

f) Que sepan leer y escribir y entiendan los reactivos del instrumento.

2. Criterios de exclusión

a) Mayores de 18 años, menores de 6 años.

b) Pacientes que no acepten participar en el estudio o no firmen el consentimiento informado.

3. Criterios de eliminación

a) Pacientes que durante la aplicación del estudio decidan suspender su participación.

b) Pacientes que contesten en forma incompleta los cuestionarios.

**8.4. Variables**

Variables	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Dimensional	Formato de datos clínicos demográficos
Sexo	Categórica	Formato de datos clínicos demográficos
Escolaridad de los padres	Dimensional	Formato de datos clínicos demográficos
Estructura familiar	Categórica	Formato de datos clínicos demográficos
Emociones prosociales limitadas	Ordinal	Escala de EPL
Dureza	Ordinal	Escala de EPL

Insensibilidad	Ordinal	Escala de EPL
Desinterés	Ordinal	Escala de EPL

### 8.5. Escalas e instrumentos de evaluación

#### a) Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C)

La Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C) es una entrevista clínica semi-estructurada conformada por 21 ítems que evalúan distintas áreas de la psicopatología basada en los criterios diagnósticos del DSM-5. El ítem 21 evalúa la presencia de las emociones prosociales limitadas de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-5, y establece la presencia actual, así como la gravedad de estos síntomas a través de una escala ordinal (ausente, leve, moderado, grave). Establecemos el estándar de oro como la evaluación realizada por el experto en el ítem de este instrumento que evalúa las EPL, debido a que la precisión de los problemas reportados por los niños puede estar comprometida por sus limitaciones académicas, cognitivas o motivacionales<sup>67</sup>.

#### b) Escala de emociones prosociales limitadas (EEPL)

La EEPL es una versión traducida al español del Inventory of Callous-Unemotional Traits en su versión autoaplicable y de reporte para padres. El autoreporte contiene 24 ítems con formatos de autoreporte, reporte de padres y reporte de maestros diseñado para proporcionar una evaluación válida, confiable y eficiente de las EPL en muestras de jóvenes. Los ítems son evaluados en una escala tipo likert de 4 puntos (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo) con puntuaciones que oscilan del 0 al 3<sup>63,19</sup>.

#### c) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Lifetime Prevalence Version DSM-5 (K-SADS-PL-5)

La K-SADS-PL-5 es una entrevista diagnóstica semiestructurada basada en los criterios diagnósticos del DSM-5. El instrumento fue diseñado para recolectar información del niño o adolescente, así como de sus padres u otros informantes. El instrumento cuenta con información proporcionada por el sujeto y sus padres, y su administración toma en promedio 1.25 horas para cada informante. Cada una de las áreas diagnósticas se califican como ausente, sub-umbral y umbral. Además, un entrevistador entrenado produce un mejor estimado clínico, o sumario, para cada una de las categorías incluidas. Incluye la evaluación de 82 síntomas en 20 áreas diagnósticas, tomando en consideración diagnósticos actuales y a lo largo de la vida (un diagnóstico es considerado actual si ha ocurrido en los últimos 6 meses). El resultado es una evaluación diagnóstica categórica de diagnósticos actuales y a lo largo de la vida, con puntuaciones globales y específicas para cada diagnóstico. Una de las limitaciones del instrumento es que solo provee información sobre la presencia sintomática, pero no la severidad<sup>68</sup>.

#### **d) Formato de información clínica y demográfica**

El formato de datos clínicos y demográficos es un formato donde se registra y concentra la información de las principales características demográficas y clínicas de cada uno de los pacientes evaluados a través del reporte de su padre o madre. La sección de datos generales contiene la ficha de identificación, en donde se incluye la edad del paciente al momento del estudio (medida en años), el género (femenino o masculino), la estructura familiar (monoparental o biparental) y la escolaridad (medida en años).

#### **8.6. Procedimiento: Recolección de datos**

Se realizó la traducción y adaptación del instrumento al español por clínicos expertos, y se corrigieron y discutieron discrepancias durante el proceso de traducción. El reclutamiento de

pacientes se realizó de forma consecutiva en el servicio de consulta externa del INPRFM en la clínica de adolescencia, en pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico hasta que el número de pacientes deseado fue obtenido. Se estableció el diagnóstico psiquiátrico por medio de una entrevista estructurada (BPRS-C) y se invitó a los pacientes a participar en el estudio. Participaron pacientes de ambos sexos que acudieron al servicio de la consulta externa del INPRFM y que tienen algún trastorno psiquiátrico de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5, que supieron leer, escribir, y que entendieron los reactivos del instrumento. Los pacientes debieron firmar un asentimiento informado para participar en el estudio y uno de sus padres/tutores debió firmar un consentimiento informado.

No participaron los pacientes que no cumplieron con estas características, que no aceptaron participar en el estudio, no firmaron el asentimiento informado o cuyos padres no firmaron el consentimiento informado. Se suspendió la participación de los pacientes que contestaron en forma incompleta los cuestionarios, o que decidieron suspender su participación durante el desarrollo del estudio.

Se les brindó una explicación verbal inicial de los procedimientos que se llevaron a cabo para la realización del estudio y se obtuvo una carta de asentimiento de los pacientes en donde se especifican con detalle los procedimientos, objetivos y consignas a seguir para el estudio y se les entregó el consentimiento informado a los padres de aquellos pacientes que aceptaron participar.

Se realizó una revisión personalizada de la carta de consentimiento informado con los padres de los pacientes para confirmar que el contenido del mismo, así como los procedimientos de la investigación fuera comprendido por los participantes y su/sus tutores. La recolección de datos sociodemográficos se realizó mediante la aplicación de un formato de reporte de datos clínicos y demográficos, posteriormente se realizó una evaluación de las EPL mediante instrumentos

clínicos (Escala de EPL) aplicada a los pacientes y a uno de sus padres/tutores en una versión heteroaplicable.

Una vez realizados estos procedimientos, los pacientes finalizaron su participación en el estudio, y continuaron con su proceso de atención en la Institución por medio del servicio de consulta externa y sin relación a los procedimientos asociados con la presente investigación.

### **8.7. Análisis estadístico**

Se analizó la base de datos total con el programa estadístico R, obteniéndose una muestra total de  $n=163$ . Se analizó la muestra total obteniendo las medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión (frecuencias, porcentajes y promedios).

#### **Proceso de la prueba de confiabilidad**

Los análisis de confiabilidad y validez pertinentes se realizaron estableciendo un 80% de poder estadístico y un intervalo de confianza de 95%.

- a) Consistencia interna: Se determinó el índice alfa de Cronbach para la muestra total y se determinaron las correlaciones ítem-total por la prueba de Pearson.
- b) Confiabilidad interobservador: Se determinó a través del método de correlación  $r$  de Pearson comparando los datos obtenidos de la versión autoaplicable y el reporte para padres.

#### **Proceso de validación**

- a) Análisis de validez concurrente: Se realizó el análisis de validez concurrente con la Escala de EPL. Se usó el método de correlación de Pearson para investigar la correlación entre la puntuación total de la EEPL, el mejor estimado clínico de la subescala de EPL del K-SADS-PL-5, y el reactivo de EPL del BPRS-C. Se determinó la validez concurrente mediante el método de

correlación de Pearson para investigar la correlación entre la puntuación total de la EEPL y el reactivo de EPL del BPRS-C, así como la correlación de la puntuación total de la EEPL con el mejor estimado clínico de la subescala de EPL del K-SADS-PL-5.

- b) Validez del criterio externo (convergente): Se determinó el análisis de correlación entre las puntuación total de la EEPL con la puntuación del mejor estimado clínico de la subescala de EPL del K-SADS-PL-5 para la muestra total.
- c) Validación de constructo: Se realizó un análisis factorial con el programa estadístico R para la muestra total n=163. Se analizó la matriz de correlaciones para la muestra total mediante la reducción a tres factores con rotación varimax y se midieron los índices de ajuste al modelo original incluyendo todos los ítems para la muestra total.

## **9. Resultados**

La muestra consistió en 163 adolescentes en la Clínica de adolescencia del INPRFM, en la Ciudad de México (México). Los participantes del sexo masculino representaron el 54.6% de la muestra y el rango de edad fue de los 13 a los 17 años, con una distribución similar entre las diferentes edades. Todos los participantes eran de nacionalidad mexicana. La muestra fue diversa respecto a la escolaridad de los padres. Para el nivel educativo más alto en el padre, el 6.74% (n=11) reportó escolaridad primaria, el 14.7% (n=25) escolaridad secundaria, el 22.1% (n=36) escolaridad media-superior, el 51.53% (n=84) reportó educación superior, y un 4.2% (n=7) no ofreció información. Para el nivel educativo más alto en la madre, el 3.68% (n=6) de los participantes reportó escolaridad primaria, el 11.0% (n=18) escolaridad secundaria, el 27.6% (n=45) escolaridad media-superior, y el 57.7% (n=94) educación superior. El 90.7% de las encuestas aplicadas a padres o tutores fueron contestadas por la madre de los participantes

(n=148), y el 9.3% (n=15) por el padre. El 55.29% (n=90) de los sujetos pertenecía a una familia con una estructura biparental.

a) Consistencia interna.

Tras la obtención de los factores que confirman la EEPL, se determinó la consistencia interna de los tres factores y la puntuación total del instrumento. El instrumento mostró coeficientes de consistencia interna buenos, con un alfa de Cronbach de 0.86 para el instrumento auto-aplicado, y 0.87 para el instrumento aplicado a padres.

b) Confiabilidad interinformante.

Se determinó la confiabilidad interinformante a través del método de correlación r de Pearson comparando los datos obtenidos de la versión de autoreporte y la versión de reporte de padres. El análisis mostró una alta correlación entre ambas versiones con una  $r = 0.83$ .

c) Validez concurrente.

La Tabla 3 muestra las correlaciones de las puntuaciones totales de la EEPL en versión de autoreporte y reporte de padres con las EPL reportadas por el clínico en el reactivo 29 del BPRS-C. Como puede observarse, las correlaciones fueron estadísticamente significativas.

**Tabla 3. Correlación de las puntuaciones totales de la EEPL con BRPS-C y K-SADS-PL-5.**

EEPL	BPRS-C	K-SADS-PL-5
Autoreporte	$r=0.30$	$r=0.48$
Reporte de padres	$r=0.34$	$r=0.44$

La puntuación total de la EEPL en la versión de autoreporte mostró correlaciones positivas con el reactivo de EPL del BPRS-C. Aún cuando los factores de insensibilidad, desinterés y sin emociones mostraron correlaciones significativas, estas no fueron analizadas diferencialmente. La puntuación total de la EEPL en la versión de autoreporte mostró correlaciones positivas

significativas con la subescala de EPL del K-SADS-PL-5. La puntuación total de la EEPL en la versión aplicada a padres mostró correlaciones positivas significativas con la subescala de EPL del K-SADS-PL-5. No se realizó análisis de correlaciones parciales de cada uno de los factores con puntuaciones parciales de la subescala de EPL del K-SADS-PL-5.

d) Validez del criterio externo.

La Tabla 4 muestra las correlaciones de las puntuaciones totales de la EEPL en versión de autoreporte y reporte de padres con las EPL auto-reportadas (K-SADS-PL)-5, y las EPL reportadas por padres (K-SADS-PL-5). Como puede observarse, las correlaciones fueron estadísticamente significativas.

**Tabla 4. Correlación de las puntuaciones totales de la EEPL con K-SADS-PL-5.**

EEPL	K-SADS-PL-5
Autoreporte	r=0.48
Reporte de padres	r=0.44

La puntuación total de la EEPL en la versión de autoreporte mostró correlaciones positivas significativas con la subescala de EPL del K-SADS-PL. La puntuación total de la EEPL en la versión aplicada a padres mostró correlaciones positivas significativas con la subescala de EPL del K-SADS-PL.

e) Validez del constructo.

La estructura factorial de la EEPL se examinó a través de un análisis factorial confirmatorio. Para cada versión de la EEPL (auto-aplicable, padres) se compararon dos modelos: un modelo en el que los reactivos de la EEPL se distribuyen en tres factores interrelacionados (insensible, indiferente, sin emociones) y un modelo en el que se distribuyen en cuatro factores

interrelacionados (insensible, indiferente, descuidado, sin emociones). El modelo de tres factores fue el que se ajustó más en ambas versiones (autoreporte, reporte de padres).

Los resultados de la matriz de componentes principales con las cargas factoriales superiores a 0.30 de los reactivos de la EEPL se muestran en negritas en la Tabla 1. El Factor I incluye aquellos reactivos que evalúan el factor insensible, el Factor II a aquellos reactivos que evalúan el factor indiferente, mientras que los reactivos del Factor III evalúan el factor sin emociones.

**Tabla 1. Cargas factoriales de los reactivos del EEPL – Rotación varimax**  
**(Versión de autoreporte)**

Reactivos EEPL	Factor I	Factor II	Factor III
1 Expreso abiertamente mis sentimientos	-0.05	<b>0.35</b>	0.01
2 Lo que yo conozco como bueno o malo es diferente a lo que otras personas piensan	0.25	-0.04	0.05
3 Me importa que tan bueno soy en la escuela o en el trabajo	0.10	0.21	<b>0.74</b>
4 Puedo lastimar a quien sea para conseguir lo que quiero	<b>0.60</b>	-0.11	0.11
5 Me siento mal o culpable cuando hago algo mal	0.06	0.42	<b>0.52</b>
6 Oculto mis emociones a los demás	<b>0.51</b>	0.22	-0.18
7 Me importa poco llegar a tiempo	<b>0.34</b>	-0.11	0.15
8 Me interesan o preocupan los sentimientos de otras personas	0.10	<b>0.65</b>	0.34
9 Me importa poco si me meto en problemas	<b>0.51</b>	-0.05	0.10
10 Impido que mis sentimientos me controlen	-0.04	0.16	-0.02
11 Me importa poco hacer las cosas bien	<b>0.51</b>	-0.06	0.05
12 Me comporto emocionalmente frío e indiferente hacia los	<b>0.62</b>	0.14	-0.23

demás				
13	Con facilidad admito mis errores	-0.05	<b>0.40</b>	0.06
14	Los demás saben fácilmente como me siento	0.02	<b>0.37</b>	0.02
15	Siempre intento lo mejor de mí	0.07	0.23	<b>0.70</b>
16	Me disculpo con las personas a las que lastimo	0.11	<b>0.65</b>	0.30
17	Evito lastimar los sentimientos de los demás	0.04	<b>0.65</b>	0.30
18	Cuando hago algo mal vivo sin arrepentimiento	<b>0.62</b>	-0.18	0.12
19	Soy muy expresivo y emocional	-0.06	<b>0.35</b>	0.18
20	Me disgusta dedicarle tiempo a las cosas para que queden bien	<b>0.35</b>	0.04	0.8
bien				
21	Me importan poco los sentimientos de los demás	<b>0.67</b>	0.00	-0.09
22	Escondo mis emociones con las demás personas	<b>0.50</b>	0.27	-0.27
23	Trabajo mucho en todo lo que hago	0.04	0.18	<b>0.43</b>
24	Hago cosas para hacer sentir bien a los demás	-0.06	<b>0.65</b>	0.29

**Tabla 2. Cargas factoriales de los reactivos del EEPL – Rotación varimax  
(Versión de reporte de padres)**

Reactivos EEPL	Factor I	Factor II	Factor III
1 Mi hijo/hija expresa abiertamente sus sentimientos	-0.05	0.07	<b>0.71</b>
2 Lo que mi hijo/hija conoce como bueno o malo es diferente a lo que otras personas piensan	0.21	<b>0.44</b>	-0.03
3 A mi hijo/hija le importa que tan bueno es en la escuela	<b>0.62</b>	-0.24	0.21
4 Mi hijo/hija puede lastimar a quien sea para conseguir lo que quiere	0.23	<b>0.41</b>	0.10

5	Mi hijo/hija se siente mal o culpable cuando hace algo mal	<b>0.51</b>	0.25	0.19
6	Mi hijo/hija oculta sus emociones a los demás	0.07	0.44	<b>0.45</b>
7	A mi hijo/hija le importa poco llegar a tiempo	<b>0.44</b>	0.28	-0.11
8	A mi hijo/hija le interesan o preocupan los sentimientos de otras personas	<b>0.44</b>	0.33	0.20
9	A mi hijo/hija le importa poco si se mete en problemas	<b>0.48</b>	0.28	-0.00
10	Mi hijo/hija impide que sus sentimientos lo controlen	-0.18	<b>0.42</b>	.10
11	A mi hijo/hija le importa poco hacer las cosas bien	<b>0.69</b>	0.15	-0.14
12	Mi hijo/hija se comporta emocionalmente frío e indiferente hacia los demás	0.35	<b>0.48</b>	0.31
13	Mi hijo/hija admite con facilidad sus errores	0.21	0.21	0.26
14	Los demás saben fácilmente como se siente mi hijo/hija	0.15	-0.01	<b>0.66</b>
15	Mi hijo/hija siempre intenta lo mejor de sí	<b>0.75</b>	0.09	0.09
16	Mi hijo/hija se disculpa con las personas a las que lastima	<b>0.59</b>	0.45	0.23
17	Mi hijo/hija evita lastimar los sentimientos de los demás	<b>0.63</b>	0.36	0.13
18	Cuando mi hijo/hija hace algo mal vive sin arrepentimiento	0.22	<b>0.59</b>	0.03
19	Mi hijo/hija es muy expresivo y emocional	0.29	0.15	<b>0.64</b>
20	A mi hijo/hija le disgusta dedicarle tiempo a las cosas para que queden bien	0.05	0.00	-0.15
21	A mi hijo/hija le importan poco los sentimientos de los demás	0.31	<b>0.73</b>	-0.14
22	Mi hijo/hija esconde sus emociones con las demás personas	-0.09	<b>0.51</b>	0.28
23	Mi hijo/hija trabaja mucho en todo lo que hace	<b>0.83</b>	-0.15	0.04
24	Mi hijo/hija hace cosas para hacer sentir bien a los demás	<b>0.44</b>	0.33	0.00

## 10. Discusión

Las EPL son un componente de la psicopatía que identifica a un subgrupo de jóvenes gravemente antisociales. El objetivo principal de este trabajo fue explorar la validez y confiabilidad de la EEPL en su versión de autoreporte y reporte de padres. La EEPL es la traducción al español del Inventory of Callous Unemotional Traits, un instrumento diseñado para la evaluación extensa de las EPL que fue desarrollado en una población de jóvenes presos<sup>63</sup>.

Otros estudios de validación han evaluado únicamente las propiedades de la versión de autoreporte, y a nuestro conocimiento no existen otras traducciones al idioma español que evalúen la validez y confiabilidad de distintas versiones del instrumento, en este caso la versión de autoreporte y la versión de reporte de padres.

Roose et al evaluaron la validez y confiabilidad del ICU en todas sus versiones (versión de autoreporte, reporte de padres, reporte de maestros, puntuación combinada) en una población de 455 participantes de 14 a 20 años de edad de Bélgica<sup>69</sup>. Sin embargo, no existen estudios que evalúen la validez y confiabilidad de distintas versiones del instrumento en una traducción al español.

El primer objetivo del presente trabajo fue demostrar la validez factorial de la EEPL. De manera consistente con otros estudios, el mejor modelo de predicción para ambas versiones fue uno de tres factores: “Insensibilidad”, “Desinterés”, y “Sin emociones”. El modelo es similar al reportado en los estudios realizados en muestras de adolescentes, y las cargas factoriales para la versión de autoreporte fueron aceptables en casi todos los reactivos, excepto los reactivos 2 y 10. Consideramos que estos reactivos presentan problemas para su interpretación y es posible que la varianza registrada se deba a estilos de respuesta, más que a varianza del constructo. Esto

provoca el agrupamiento observado, aunque en realidad se evalúen dimensiones muy similares. En el caso de la versión de reporte de padres, los reactivos 3 y 20 mostraron cargas factoriales no aceptables.

Un análisis factorial realizado por Essau en una muestra comunitaria de adolescentes alemanes encontró evidencia para la existencia de tres subfactores que capturan diferentes aspectos de las EPL: “Callousness” (falta de culpa, falta de empatía, falta de remordimiento), “Uncaring” (falta de interés por el desempeño, falta de interés por los sentimientos de los otros), y “Unemotional” (ausencia de expresión emocional), y un factor general, “Callous-unemotional”<sup>70</sup>. Kimonis et al replicó los resultados en una muestra de 248 adolescentes criminales en Grecia, usando la versión en inglés del instrumento<sup>73</sup>. Fanti, Frick y Georgiou replicaron la estructura factorial en una muestra comunitaria de 347 adolescentes alemanes<sup>28</sup>. Esto provee evidencia de la generalización de los resultados de la estructura factorial a través de las diferentes traducciones. Byrd también identificó una estructura de tres factores, y un factor general en una muestra de 425 hombres adultos americanos<sup>64</sup>. Ciucci, Baroncelli y Franchi también replicaron la estructura factorial en una muestra comunitaria de 540 adolescentes italianos, demostrando además que la estructura de tres factores no presenta variación respecto a género o edad. Además, investigaron la asociación entre EPL y ajuste académico y conductual<sup>72</sup>. Wang, Gao y Deng identificaron una estructura factorial similar en una subescala denominada ICU-11, compuesta por 11 de los reactivos originales del ICU en una población de 637 adultos chinos<sup>73</sup>.

Posteriormente, se determinó la validez concurrente de la EEPL. El análisis se realizó utilizando las puntuaciones totales de ambas versiones del instrumento. Las puntuaciones totales mostraron una correlación positiva significativa con las puntuaciones en el reactivo de EPL del BPRS-C. La puntuación total de la EEPL en la versión de autoreporte y la versión de reporte de padres mostró

correlaciones positivas significativas con el mejor estimado clínico de la subescala de EPL del K-SADS-PL. Esto indica que el instrumento evalúa aspectos de la personalidad psicopática similares a las EPL evaluadas por el BPRS-C y el K-SADS-PL. Aunque el análisis solo fue realizado con las puntuaciones totales de los instrumentos, el hecho de que exista esta correlación apoya además a la validez del constructo.

La validez del criterio externo fue examinada a través de la correlación de las puntuaciones totales de ambas versiones del instrumento y el mejor estimado clínico de la subescala de EPL del K-SADS-PL. En concordancia con los resultados de otros estudios previamente mencionados, las puntuaciones totales en ambas versiones de la EEPL muestran una correlación positiva significativa con el mejor estimado clínico de la subescala de EPL del K-SADS-PL.

El instrumento mostró coeficientes de consistencia interna buenos, con un alfa de Cronbach de 0.86 para el instrumento auto-aplicado, y 0.87 para el instrumento aplicado a padres. Estos resultados sugieren que los ítems son homogéneos y que la escala mide de forma consistente la característica para la cual fue elaborada.

Se estableció la confiabilidad interinformante estudiando la correlación entre las puntuaciones de la versión autoaplicable de la escala y la versión aplicada a padres. El análisis mostró un coeficiente de correlación alto entre ambas versiones con una  $r = 0.83$ . Esto significa que el estimado de los rasgos de personalidad evaluados es similar entre los distintos informantes.

## **11. Conclusiones**

El presente estudio permite determinar que la escala de Emociones Prosociales Limitadas (EEPL) es un instrumento válido y confiable para la evaluación de las emociones prosociales limitadas en población psiquiátrica adolescente mexicana. El instrumento resulta de utilidad para comprender mejor la asociación entre las EPL y la presencia de otros marcadores de

psicopatología, características temperamentales, afectivas y de personalidad, el desarrollo y la persistencia del comportamiento antisocial, y para definir la utilidad de estrategias para su tratamiento.

Se deben considerar algunas limitaciones. Durante el análisis, no se definieron sub-grupos para el análisis (por género, por edad). No se utilizaron otras versiones del instrumento (versión para maestros, versión combinada), debido a las dificultades técnicas para su aplicación. Asimismo, es importante mencionar que no se utilizaron para el análisis otros instrumentos usados consistentemente en la literatura como el APSD o el CPS para el análisis de validez concurrente, debido a que estos instrumentos requieren información relativa a antecedentes penales y existen limitaciones institucionales para obtenerla. Además, no se realizaron análisis de correlaciones parciales entre los distintos factores y las puntuaciones individuales en los instrumentos de validez convergente, y no se realizó un análisis de validez divergente.

## 12. Cronograma

A continuación se detallan los periodos temporales establecidos para el desarrollo del instrumento, recopilación de información, análisis de la información y descripción de los resultados.

2016	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
DESARROLLO DE LA VERSIÓN EEPL						
ENTREGA DE AVANCES PREELIMINARES						
ENTREGA DE ANTEPROYECTO						

2016-2017	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
ENTREGA DE CORRECCIONES						
ENTREGA AL COMITÉ DE EVALUACION						
ENTREGA AL COMITÉ DE ETICA						

2017	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
ENTREGA DE COORRECCIONES AL COMITÉ DE ETICA						
SELECCIÓN DE LA MUESTRA						
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS						

2017-2018	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
SELECCIÓN DE LA MUESTRA						
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS						
RESULTADOS FINALES						

2018	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS						
ANALISIS ESTADISTICO						
RESULTADOS FINALES						

### 13. Referencias bibliográficas

1. Frick, P. J. (2009). Extending the construct of psychopathy to youth: Implications for understanding, diagnosing, and treating antisocial children and adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (12), 803-812.
2. Frick, P.J., Cornell A. H., Bodin, S. D., Dane, H. A., Barry, C. T., et al. (2003) Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe aggressive and antisocial behavior. *Dev Psychol* 39: 246–260.
3. Kumsta, R., Sonuga-Barke, E., Rutter, M. (2012) Adolescent callous-unemotional traits and conduct disorder in adoptees exposed to severe early deprivation. *Br J Psychiatry* 200: 197–201.
4. Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity*. St. Louis, MO: Mosby.
5. McCord, W. M., McCord, J. (1956) *Psychopathy and delinquency*. New York, NY: Grune & Stratton.
6. Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised Manual* (2nd ed.). Toronto: Multi-Health Systems.
7. Hart, S. D., Hare, R. D. (1997) *Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct*. In: Stoff DM, Breiling J, editors. *Handbook of Antisocial Behaviour*. New York: John Wiley & Sons Inc.
8. Edens, J. F., Skeem, J. L., Cruise, K. R., & Cauffman, E. (2001). “Assessment of juvenile psychopathy” and its association with violence: A critical review. *Behavioral Sciences and the Law*, 19, 53-80.
9. Hare, R. D. (1970). *Psychopathy: Theory and Research*.
10. Hare, R. D. (1998) A comparison of procedure for the assessment of psychopathy. *J Consult Clin Psychol*, 53: 7-16
11. Hart, S. D., & Hare, R. D. (1997). *Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct*. In D. M. Stoff & J. Breiling (Eds.), *Handbook of antisocial behaviour*. New York: John Wiley & Sons.
12. Monahan, J., Steadman, H. J. (1994). *Violence and mental disorder: Developments and risk assessment*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
13. Hemphill, J. F., Hare, R. D., & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 141-172.
14. Ogloff, J. P. R., Wong S., & Greenwood, A. (1990). Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program. *Behavioral Sciences and the Law*, 8, 81-90.

15. Shine, J., & Hobson, J. (2000). Treatment among psychopaths admitted to a prison-based therapeutic community. *Medicine, Science and the Law*, 40, 327-335.
16. Follan, M., Minnis, H. (2010) Forty-four juvenile thieves revisited: from Bowlby to reactive attachment disorder. *Child: care, health and development*, 36(5):639-645.
17. Andershed, H., Kohler, D., Louden, J. E., & Hinrichs, G. (2008). Does the three-factor model of psychopathy identify a problematic sub-group of young offenders? *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 189-198.
18. Edens, J. F., Mowle, E. N., Clark, J. W., Magyar, M. S. (2016). "A Psychopath by Any Other Name?": Juror Perceptions of the DSM-5 "Limited Prosocial Emotions" Specifier. *Journal of Personality Disorders*, 9, 1-20.
19. Kimonis, E. R., Frick, P. J., Skeem, J., Marsee, M. A., Cruise, K., Munoz, L. C., Aucoin, K. J. (2008) Assessing callous-unemotional traits in adolescent offenders: Validation of the Inventory of Callous-Unemotional Traits. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(3), 241-252.
20. Frick, P. J., O'Brien, B. S., Wootton, J. M., & McBurnett, K. (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 700–707.
21. Frick, P. J. & Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and psychopathology*, 21, 1111-1131.
22. Fontaine, N. M. G., McCrory, E. J. P., Boivin, M., Moffitt, T. E., Viding, E. (2011) Predictors and outcomes of joint trajectories of callous-unemotional traits and conduct problems in childhood. *J Abnorm Psychol* 120: 730–742.
23. Lynam, D. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. (2007) Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *J Abnorm Psychol* 116: 155–165.
24. Stoff, D. M., Breiling, J., Maser, J. D., Hart S. D., Hare, R.D. (1997) Psychopathy: assessment and association with criminal conduct. In *Handbook of Antisocial Behavior* (eds Stoff DM, Breiling J, Maser JD): 22–35. Wiley. BORRAR
25. Fontaine, N. M., McCrory, E. J., Boivin, M., Moffitt, T. E., Viding, E. (2011) Predictors and outcomes of joint trajectories of callous–unemotional traits and conduct problems in childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 730–42.
26. Barker, E. D., Oliver, B. R., Viding, E., Salekin, R. T., Maughan, B. (2011) The impact of prenatal maternal risk, fearless temperament and early parenting on adolescent callous-unemotional traits: a 14-year longitudinal investigation. *Journal of Children Psychology and Psychiatry*, 52, 878–88.

27. Rowe, R., Maughan, B., Moran, P., Ford, T., Briskman, J., Goodman, R. (2010) The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Children Psychology and Psychiatry*, 51, 688–95.
28. Fanti, K.A., Frick, P.J. & Georgiou, S. J. (2009) Linking Callous-Unemotional Traits to Instrumental and Non-Instrumental Forms of Aggression. *Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31: 285.
29. Scheepers, F. E., Buitelaar, J. K., & Matthys, W. (2011). Conduct Disorder and the specifier callous and unemotional traits in the DSM-5. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(2), 89–93.
30. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
31. Scheepers, F. E., Buitelaar, J. K., & Matthys, W. (2011). Conduct Disorder and the specifier callous and unemotional traits in the DSM-5. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(2), 89–93.
32. Frick, P. J. (1998). *Conduct disorders and severe antisocial behavior*. New York: Plenum.
33. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Text revisión. APA; 2000.
34. Frick, P. J. (2006) Developmental pathways to conduct disorder. *Children and adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15, 311-331.
35. Lynam, D. R. (1996). Early identification of chronic offenders: who is the fledging psychopath? *Psychological Bulletin*, 120(2), 209-234.
36. Rubia, K. “Cool” inferior frontostriatal dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder versus “hot” ventromedial orbitofrontal-limbic dysfunction in conduct disorder: a review. *Biological Psychiatry*. 2011;69(12): 69–87.
37. Moffitt, T. E., Henry, B. (1989) Neuropsychological assessment of executive functions in self-reported delinquents. *Developmental Psychopathology*, 1, 105–18.
38. Hippler, K., Viding, E., Klicpera, C., Happé F. No increase in criminal convictions in Hans Asperger's original cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 40(6):774-80.
39. Leno, V. C., Charman, T., Pickles, A., Jones, C. R. G., Baird, G., Happé, F., & Simonoff, E. (2015). Callous–unemotional traits in adolescents with autism spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 207(5), 392–399.

40. Lockwood, P. L., Bird, G., Bridge, M., & Viding, E. (2013). Dissecting empathy: high levels of psychopathic and autistic traits are characterized by difficulties in different social information processing domains. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 760.
41. Frick, P. J. (1999) The association between anxiety and psychopathy dimensions in children. *Journal of abnormal Children Psychology*, 27(5), 383-392.
42. Kahn, R. E., Frick, P. J., Youngstrom, E., Findling, R. L., Youngstrom, J. K. (2012) The effects of including a callous-unemotional specifier for the diagnosis of conduct disorder. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 271-282.
43. Hare, Robert D.; Neumann, Craig S. (2008). Psychopathy as a Clinical and Empirical Construct. *Annual Review of Clinical Psychology*. 4 (1): 217–46.
44. Glenn, A. L., Kurzban, R., Raine, A. (2011) Evolutionary theory and psychopathy. *Aggression and Violent Behavior*. 16 (5): 371–380.
45. Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A., Poulton, R. (2002). Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. *Science*. 297 (5582): 851–4.
46. Barker, E. D., Oliver, B. R., Viding, E., Salekin, R. T., Maughan, B. (2011) The impact of prenatal maternal risk, fearless temperament and early parenting on adolescent callous-unemotional traits: A 14-year longitudinal investigation. *J Child Psychol Psychiatry* 52: 878–888.
47. Glenn, A. L. (2011). The other allele: Exploring the long allele of the serotonin transporter gene as a potential risk factor for psychopathy: A review of the parallels in findings. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 35: 612–620.
48. Caspi, A., Hariri, A. R., Holmes, A., Uher, R., Moffitt, T. E. (2010). Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *The American Journal of Psychiatry*. 167 (5): 509–27.
49. Viding, E., Larsson, H., Jones, A. P. (2008) Quantitative genetic studies of antisocial behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B, Biological Sciences*, 363 (1503) 2519–27.
50. Viding, E., Blair, R. J., Moffitt, T.E., Plomin, R. (2005). Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 592-597.
51. Partridge, G. E. (1928). A study of 50 cases of psychopathic personality. *American Journal of Psychiatry*, 7, 953-973.

52. Bender, L. (1947). Psychopathic behavior disorders in children. In R. M. Lindner & R. V. Seliger (Eds.), *Handbook of correctional psychology* (pp. 360-377). Oxford, UK: Philosophical library.
53. Field, M. (1940). Maternal attitudes found in 25 cases of children with primary behavior disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10, 293-311. Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva Switzerland: World Health Organization.
54. Pollak, S. D. (2005). Early adversity and mechanisms of plasticity: Integrating affective neuroscience with developmental approaches to psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17, 735-732.
55. Kagan, J. (1994). Inhibited and uninhibited temperaments. In W. B. Carey & S. C. Conway (Eds.), *Prevention and early intervention: Individual differences as risk factors for the mental health of children. A festschrift for Stella Chess and Alexander Thomas* (pp. 35-41). Philadelphia: Brunner/Mazel.
56. Grisolia, J. S. (2001). Neurobiology of the psychopath. In A. Raine & J. Sanmartin (Eds.), *Violence and psychopathy* (pp. 79-90). New York: Kluwer Academic/Plenum.
57. McCord, J. (2001). Psychosocial contributions to psychopathy and violence. In A. Raine & J. Sanmartin (Eds.), *Violence and psychopathy* (pp. 141-169). New York: Kluwer Academic/Plenum.
58. Lang, S., af Klinteberg, B., & Alm, P. O. (2002). Adult psychopathy and violent behavior in males with early neglect and abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 93-100.
59. Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., et al. (2003). Influences of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-389.
60. Hawes, D. J., Brennan, J., Dadds, M. R. (2009). Cortisol, callous-unemotional traits, and pathways to antisocial behavior. *Current Opinion in Psychiatry*. 22 (4) 357–62.
61. Frick, P. J., & Hare, R. D. (2001). *The Antisocial Process Screening Device*. Toronto: Multi-Health Systems.
62. Lynam, D. R. (1997). Pursuing the psychopath: Capturing the fledgling psychopath in a nomological net. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 425–438.
63. Murrie, D. C., & Cornell, D. G. (2000). The Millon adolescent clinical inventory and psychopathy. *Journal of Personality Assessment*, 75, 110–125.
64. Millon, T. (1993). *Millon Adolescent Clinical Inventory manual*. Minneapolis: National Computer Systems.

65. Colins, O. F., Noom, M., & Vanderplasschen, W. (2012). Youth Psychopathic Traits Inventory-Short Version: A Further Test of the Internal Consistency and Criterion Validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(4), 476–486.
66. Morales, P. (2011) *Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuanto sujetos necesitamos? Estadística aplicada a las ciencias sociales*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
67. Lachar, D., Randle, S. L., Harper, R. A., Scott-Gurnell, K. C., Lewis, K. R., Santos, C. W., Saunders, A. E., Pearson, D. A., Loveland, K. A., Morgan, S. T. (2001). The brief psychiatric rating scale for children (BPRS-C): validity and reliability of an anchored version. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 40(3): 333-40.
68. De la Peña, F. R., Villavicencio, L. R., Palacio, J. D., Félix, F. J., Larraguibel, M., Viola, L., ... Ulloa, R. E. (2018). Validity and reliability of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Spanish version. *BMC Psychiatry*, 18, 193. <http://doi.org/10.1186/s12888-018-1773-0>
69. Roose, A., Bijttebier, P., Decoene, S., Claes, L., Frick, P. J. (2009). Assessing the Affective Features of Psychopathy in Adolescence: A Further Validation of the Inventory of Callous Unemotional Traits. *Assessment*. 2010 Mar;17(1):44-57.
70. Essau, C. A., Sasagawa S., Frick, P. J., (2006) Callous-unemotional traits in a community sample of adolescents. *Assessment*, 13 (4), 454-469.
71. Byrd, A. L., Kahn, R. E., & Pardini, D. A. (2013). A Validation of the Inventory of Callous-Unemotional Traits in a Community Sample of Young Adult Males. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(1).
72. Ciucci, E., Baroncelli, A., Franchi, M., Golmaryami, F.N., & Frick, P.J. (2014). The association between callous-unemotional traits and behavioral and academic adjustment in children: Further validation of the Inventory of Callous-Unemotional Traits. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 189-200.
73. Wang M. C., Gao, Y., Deng, J., Lai, H., Deng, Q., Armour, C. (2017). The factor structure and construct validity of the inventory of callous-unemotional traits in Chinese undergraduate students. *PLoS ONE* 12(12): e0189003.

## 14. Anexos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ANEXO 3: FORMATO DE INFORMACIÓN CLÍNICA Y DEMOGRÁFICA

#### **Formato de información clínica y demográfica**

Señale la respuesta que se le solicita respecto a su hijo/hija.

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo/hija?

\_\_\_\_\_ masculino    \_\_\_\_\_ femenino

2. ¿Qué edad tiene su hijo/hija?

\_\_\_\_\_ años    \_\_\_\_\_ meses

3. ¿Qué grado estudia actualmente su hijo/hija, y de no hacerlo cual fue el último grado que cursó?

\_\_\_\_\_ grado

4. ¿Cuántos años de estudio ha cursado su hijo (incluyendo escuela primaria y secundaria)?

\_\_\_\_\_ años

5. ¿Cuántos padres componen el núcleo familiar?

\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2

6. ¿Cuál es el estado civil de los padres? (casados, unión libre, separados, divorciados, solteros)

\_\_\_\_\_

#### ANEXO 4: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

###### **Carta de consentimiento informado para participantes en el estudio.**

*Validez y confiabilidad de la Escala de emociones prosociales limitadas en una población de adolescentes mexicanos.*

Se invita a su hijo/hija a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Se solicitará su consentimiento voluntario y el asentimiento de su hijo/hija. Lea con cuidado la siguiente información.

###### **Justificación:**

Las emociones prosociales limitadas son características de personalidad que pueden manifestarse desde la infancia y que persisten hasta la edad adulta. Existen herramientas que evalúan dichas características a través de preguntas, aunque no existe en la actualidad un instrumento en español que permita evaluar estas características. Algunos estudios han mostrado relación entre las emociones prosociales limitadas y la presencia de enfermedad mental en el niño y el adolescente, por lo que es importante contar con un instrumento válido y confiable para su evaluación.

**Objetivo del estudio:**

Determinar la utilidad de la versión traducida de la Escala de Emociones Prosociales Limitadas, una escala aplicada a los adolescentes y sus padres o tutores que fue diseñada para evaluar la presencia de algunos rasgos de personalidad en la población adolescente mexicana.

**Procedimiento del estudio:**

Se me invita a mí y a mi hijo/hija a participar en este estudio por su asistencia a la Clínica de Adolescentes del instituto Nacional de Psiquiatría. Mi participación en el estudio consistirá en:

1. Brindar información respecto a edad, sexo, estado civil, escolaridad y características de mi familia.
2. Que mi hijo brinde información sobre características emocionales y del pensamiento

**Riesgos:**

Existen riesgos mínimos relacionados a la participación en este estudio.

**Beneficios:**

Se otorgará información sobre el objeto de estudio en un tríptico. Además los padres o tutores podrán recibir los resultados de las escalas y su interpretación. En caso de ser necesario se ofrecerá referencia a los servicios institucionales correspondientes (psicología, neuropsicología, atención psiquiátrica continua) con los costos adicionales que esto represente, los cuales serán cubiertos por el paciente y sus padres o tutores.

**Consignas a seguir:**

- a) Mi participación y la participación de mi hijo/hija en el estudio es voluntaria y no tendrá ningún costo.

- b) En el caso de que yo no desee participar en el estudio, podre abandonar el estudio sin que de ninguna manera afecte negativamente la calidad de la atención médica que recibo en esta institución.
- c) Tengo además el derecho de decidir ser informado o no, acerca de datos clínicos relevantes para el diagnóstico y tratamiento de mi hijo/hija que pudieran hacerse evidentes durante mi participación en el estudio.

**Ventajas:**

Entiendo que más allá de recibir la atención profesional oportuna, la participación en el estudio de mi hijo/hija no tiene ningún beneficio directo para mí; sin embargo, podría contribuir a brindar a los médicos psiquiatras información sobre la prevalencia de algunos rasgos de personalidad y la utilidad de algunas pruebas para evaluarlas.

**Confidencialidad:**

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. Mi identidad o la de mi hijo/hija no será revelada en ninguna referencia del estudio o en sus resultados. Con el propósito de salvaguardar mi anonimato y el de mi hijo/hija, a mis datos se les asignará un folio, de tal manera que solo el investigador responsable tendrá acceso al identificador correspondiente. La información que le brinde al investigador en ningún momento será comunicada a otra persona ajena a este estudio.

**Contacto:**

Si requiere información adicional o tiene cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Dr. Javan Guillermo Segovia Aguirre del Instituto Nacional de Psiquiatría, ubicado en la Calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan o a los teléfonos 41605309 de las 8:30 a las 14:00 horas.

## Consentimientos y firmas:

He hablado directamente con el investigador clínico responsable y me ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Además, entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio.

Si

No

Entiendo que es mi derecho el tomar la decisión de suspender en cualquier momento mi participación en el estudio, sin que esto tenga consecuencias para mi cuidado médico.

Si

No

Estaría usted de acuerdo en que se le aplique la Escala de emociones prosociales limitadas a usted y su hijo/hija, con la cual se evaluarán algunas de sus características de personalidad. La aplicación de la escala no tendrá costo alguno.

Si

No

### **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.**

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad o la de mi hijo/hija no serán reveladas en ninguna referencia del estudio o sus resultados.

---

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

---

Nombre del investigador	Firma del investigador	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

---

Nombre del testigo 1	Firma del testigo 1	Fecha
----------------------	---------------------	-------

---

Nombre del testigo 2	Firma del testigo 2	Fecha
----------------------	---------------------	-------

## ANEXO 5: CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

### CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

#### **Carta de consentimiento informado para participantes en el estudio:**

#### *Validez y confiabilidad de la Escala de emociones prosociales limitadas en una población de adolescentes mexicanos*

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Se solicitará su consentimiento y el de alguno de sus padres o tutores. Lea con cuidado la siguiente información.

#### **Justificación:**

Las emociones prosociales limitadas son características de la personalidad que pueden manifestarse desde la infancia y que persisten hasta la edad adulta. Existen herramientas que evalúan dichas características a través de preguntas, aunque no existe en la actualidad un instrumento en español que permita evaluar

estas características. Algunos estudios han mostrado relación entre las emociones prosociales limitadas y la presencia de enfermedad mental en el niño y el adolescente, por lo que es importante contar con un instrumento válido y confiable para su evaluación.

**Objetivo del estudio:**

Determinar la utilidad de la versión traducida de la Escala de Emociones Prosociales Limitadas, una escala aplicada a los adolescentes y sus padres o tutores que fue diseñada para evaluar la presencia de algunos rasgos de personalidad en la población adolescente mexicana.

**Procedimiento del estudio:**

Se me invita a mí y a alguno de mis padres/tutores a participar en este estudio por mi asistencia a la Clínica de Adolescentes del instituto Nacional de Psiquiatría. Mi participación en el estudio consistirá en:

1. Brindar información respecto a mi edad, sexo, estado civil, escolaridad y características de mi familia.
2. Brindar información sobre mis características emocionales y del pensamiento.

**Riesgos:**

Existen riesgos mínimos relacionados a la participación en este estudio.

**Beneficios:**

Se otorgará información sobre el objeto de estudio en un tríptico. Además los padres o tutores podrán recibir los resultados de las escalas y su interpretación. En caso de ser necesario se ofrecerá referencia a los servicios institucionales correspondientes (psicología, neuropsicología, atención psiquiátrica continua) con los costos adicionales que esto represente, los cuales serán cubiertos por el paciente y sus padres o tutores.

**Consignas a seguir:**

- a) Mi participación y la participación de mi hijo/hija en el estudio es voluntaria y no tendrá ningún costo.
- b) En el caso de que yo no desee participar en ella, podre abandonar el estudio sin que de ninguna manera afecte negativamente la calidad de la atención médica que recibo en esta institución.
- c) Tengo además el derecho de decidir ser informado o no, acerca de datos clínicos relevantes para el diagnóstico y tratamiento de mi hijo/hija que pudieran hacerse evidentes durante mi participación en el estudio.

**Ventajas:**

Entiendo que más allá de recibir la atención profesional oportuna, mi participación en el estudio no tiene ningún beneficio directo para mí; sin embargo, podría contribuir a brindar a los médicos psiquiatras información sobre la prevalencia de algunos rasgos de personalidad y la utilidad de algunas pruebas para evaluarlas.

**Confidencialidad:**

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en sus resultados. Con el propósito de salvaguardar mi anonimato, a mis datos se les asignará un folio, de tal manera que solo el investigador responsable tendrá acceso. La información que le brinde al investigador en ningún momento será comunicada a otra persona ajena a este estudio.

**Consentimientos y firmas:**

He hablado directamente con el investigador clínico responsable y me ha contestado todas mis preguntas en forma que me permita entender. Además, entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio.

Si

No

Entiendo que es mi derecho el tomar la decisión de suspender en cualquier momento mi participación en el estudio, sin que esto tenga consecuencias para mi cuidado médico.

Si

No

Estoy de acuerdo en que se me aplique la Escala de emociones prosociales limitadas, con la cual se evaluarán características de mi personalidad. La aplicación de las escalas no tendrá costo.

Si

No

**ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.**

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Dr. Javan Guillermo Segovia Aguirre del Instituto Nacional de Psiquiatría, ubicado en la Calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan o a los teléfonos 41605309 de las 8:30 a las 14:00 horas.

---

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Nombre del investigador

Firma del investigador

Fecha

---

Nombre del testigo 1

Firma del testigo 1

Fecha

---

Nombre del testigo 2

Firma del testigo 2

Fecha

## ANEXO 6: TRÍPTICO INFORMATIVO



### Emociones prosociales limitadas

#### ¿Sabías que...?

Existen adultos que presentan algunas características en su forma de sentir, pensar y comportarse como falta de remordimiento o culpa, dificultades para entender a otras personas o "ponerse en sus zapatos", llegar a usar a otras personas, tener poco interés por su desempeño o su funcionamiento en sus estudios o en un empleo y no pensar antes de actuar.

Algunas de estas características son denominadas en psiquiatría "Emociones prosociales limitadas", y es posible que se manifiesten desde la infancia o la adolescencia.



Las formas en que estas características pueden manifestarse son:

- Falta de culpa o remordimiento, nada parece afectarle o no responde a los castigos.
- Falta de empatía, no puede ponerse en los zapatos del otro o le resulta muy difícil.
- Presenta poco interés por sus calificaciones.
- No expresa sus emociones, las esconde o parece fingirlas.

Algunos de estos niños y jóvenes pueden manifestar más problemas para comportarse o desempeñarse bien en sus estudios, en casa y pueden presentar también mayores problemas en su conducta, como salir de casa sin permiso, mentir, robar, agredir a otras personas o utilizar sustancias.

Los niños y los adolescentes que presentan estas características también parecen encontrarse en riesgo de desarrollar algunos trastornos mentales como la depresión o la ansiedad, entre otros.

*¿Qué puedo hacer si mi hijo presenta estas características en su forma de sentir, pensar o comportarse?*

La evaluación profesional puede detectar la presencia de estas características en un adolescente y detectar la presencia de otros padecimientos asociados como la depresión y la ansiedad. Algunas de estas características pueden mejorar con el uso de psicoterapia.

Es recomendable acudir a atención especializada para el tratamiento de estos padecimientos. Además de un diagnóstico, se ofrecen estrategias y recomendaciones para el manejo de estas situaciones en casa u otras instancias.

A continuación se ofrecen referencias a centros especializados de atención a adolescentes:

Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

Dirección: Avenida San Buenaventura, 86, Belisario Domínguez, 14080 Tlalpan, CDMX

Teléfono: 01 55 5573 4844

[www.sap.salud.gob.mx/.../zen.../hospital-psiquiatrico-infantil-dr-juan-n-navarro.aspx](http://www.sap.salud.gob.mx/.../zen.../hospital-psiquiatrico-infantil-dr-juan-n-navarro.aspx)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Dirección: Calzada México-Xochimilco 101, Huipulco, 14370 Ciudad de México, CDMX

Teléfono: 01 55 4160 5000.

[inprf.gob.mx/](http://inprf.gob.mx/)

*¿Qué puedo hacer si mi hijo utiliza sustancias?*

Si su hijo presenta problemas con el consumo de sustancias es importante recibir una evaluación profesional que permita determinar la gravedad de la situación y el inicio de un tratamiento.

A continuación se ofrecen referencias a centros especializados de atención a adolescentes con problemas por uso de sustancias:

Centros de Integración Juvenil.

CJ Contigo Atención en Línea (0155) 5212 1212

<http://www.cij.gob.mx/>

*Gracias.*