

**Facultad de Medicina**



**Universidad Nacional Autónoma  
de México**



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

**Facultad de Medicina**

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

Emociones Prosociales Limitadas como especificador de los trastornos de la conducta disruptiva: en población clínica de adolescentes.

TESIS DE POSGRADO QUE PRESENTA PARA OBTENER  
LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA:

**Dr. José Manuel Hernández Salas**

Tutor teórico: *Dra. Patricia Zavaleta*

Tutor metodológico: *Dr. Francisco Rafael de la Peña Olvera*

CDMX, 12 de Junio de 2019



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.

## Resumen Ejecutivo.

### ANTECEDENTES

**Ubicación del Proyecto:** Este proyecto forma parte de los procesos de validez y confiabilidad de los diagnósticos del K-SADS-PL-5, por lo que constituye un subproyecto de la investigación: Entrevista para el diagnóstico temprano de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, **Clave del Proyecto CONCYT: Salud-2014-233828 (SC-13-2409)** cuyo Investigador responsable es el Dr. Francisco R. de la Peña O. Las “Emociones Prosociales Limitadas” (EPL) son un especificador del Trastorno de Conducta Disocial (TD) en el DSM-5 (APA, 2013) sin embargo la CIE-11 (Beta Draft 2018) ha propuesto a las EPL como especificador no sólo del TD sino también del trastorno oposicionista desafiante (TOD) por lo que la eventual presentación de las EPL como especificador de todos los trastornos de la conducta disruptiva debe ser una opción a investigar con un instrumento de certeza diagnóstica como el K-SADS-PL-5.

**Descripción de Emociones Prosociales Limitadas:** El TD, considerado el diagnóstico más grave dentro del espectro de la conducta disruptiva, se caracteriza por un comportamiento agresivo, con constante transgresión de las normas, violación de los derechos ajenos (maltrato o daño a personas y/o animales), conductas delictivas (como robo o destrucción de propiedad ajena) y empleo de la manipulación o las mentiras para alcanzar un objetivo. El especificador de EPL se caracteriza por 2 o más de las siguientes 4 características, que se presentan cuando el sujeto cumple con los criterios diagnósticos del TD:

1. Falta de culpa o remordimiento posterior a cometer errores.
2. Falta de empatía, indiferente a los sentimientos ajenos.
3. Falta de interés a cerca de un pobre desempeño académico, laboral o en cualquier otra actividad relevante.
4. Afecto deficiente o empalagoso

Las conductas de carácter antisocial grave han demostrado tener relación con comportamiento criminal y se han asociado con problemas sociales, emocionales y académicos. Además, las conductas antisociales graves con debut en la infancia han demostrado ser predictoras de disfunciones en la etapa adulta en ámbitos de salud mental (mayor consumo de sustancias), académico (mayor abandono escolar), social (mala relación de pareja), ocupacional (pobre desempeño laboral) y físico (peor reserva respiratoria) (Odgers et al., 2007, 2008). La presencia de EPL no solo predice un peor pronóstico a futuro independientemente de otros trastornos comórbidos, sino que además hace que el paciente requiera de tratamiento diferente al que un individuo con TD sin presencia de EPL (Hawes & Dadds, 2005; Moran, Ford, Butler, & Goodman, 2008).

**JUSTIFICACIÓN:** Estudios longitudinales demuestran que sujetos con características de EPL se encuentran en mayor riesgo de desarrollar un trastorno de conducta antisocial en la etapa adulta (y con ello conductas delictivas), por lo que pueden ser objeto de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Es la norma más que la excepción que los TCD y los padecimientos psiquiátricos en general sean comórbidos, es decir, que se presenten de forma conjunta, por esto motivo es de suponer que las EPL puedan existir en sujetos con otros diagnósticos además del TD, particularmente en los TCD (TD, TOD y TEI).

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:** Debido a que existen pocos estudios que reporten características de las EPL y su papel fuera del constructo del TD, es necesario conocer si dicho especificador podría considerarse como una entidad transdiagnóstica identificable dentro del dominio de los TCD y del control de los impulsos.

Las EPL se asocian con conductas antisociales más agresivas, con peor respuesta a tratamiento y por ende un pobre pronóstico. La búsqueda intencionada de incidencia de las EPL más allá del diagnóstico de TD podría ser de interés para valorar su utilidad como especificador dentro de una categoría completa de diagnósticos, tal como los trastornos de la conducta disruptiva y del control de los impulsos.

**PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:** ¿Son las EPL un especificador para todos los diagnósticos de los TCD o sólo para el TD?

**CONCLUSIONES:** Las EPL se pueden presentar en cualquiera de los TCD. Los sujetos con TOD sólo en combinación, presentaron mayor número de características de EPL, lo que se podría traducir como mayor gravedad de las mismas. Sólo las mujeres presentaron TEI sin combinación con otros TCD. El 25% de la muestra presentó las cuatro características de las EPL.

# Contenido

I. Marco teórico.....	4
II. Justificación.....	10
III. Planteamiento del problema.....	11
IV. Pregunta de investigación.....	12
V. Hipótesis.....	12
VI. Objetivos.....	13
VII. Material y método.....	14
VIII. Resultados.....	20
IX. Discusión.....	24
X. Conclusiones.....	27
XI. Limitaciones y Fortalezas.....	28
XII. Agradecimientos.....	29
XIII. Referencias Bibliográficas.....	30
XIV. Anexos.....	33

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **1. Ubicación del Proyecto**

Este proyecto forma parte de los procesos de validez y confiabilidad de los diagnósticos del Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia versión 5 (K-SADS-PL-5), por lo que constituye un subproyecto de la investigación: Entrevista para el diagnóstico temprano de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, **Clave del Proyecto CONCYT: Salud-2014-233828 (SC-13-2409)** cuyo Investigador responsable es el Dr. Francisco R. de la Peña O. Las “Emociones Prosociales Limitadas” (EPL) son un especificador del Trastorno de Conducta Disocial (TD) en el DSM-5 (APA, 2013) sin embargo la CIE-11 (Beta Draft 2018) ha propuesto a las EPL como especificador no sólo del TD sino también para el trastorno oposicionista desafiante (TOD) por lo que la eventual presentación de las EPL como especificador de todos los trastornos de la conducta disruptiva (TCD) debe ser una opción a investigar con un instrumento de certeza diagnóstica como el K-SADS-PL-5.

### **2. Correlato de la dimensión de trastornos de la conducta disruptiva y del control de los impulsos.**

De acuerdo al DSM-5, los trastornos de la conducta disruptiva (o trastornos externalizados) hacen mención a tres condiciones psiquiátricas cuya característica principal es la transgresión de normas, reglas y códigos sociales establecidos. Estos incluyen el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno de conducta disocial y el trastorno explosivo intermitente (TEI), los cuales históricamente se les denominaba como trastornos externalizados (TE). La prevalencia de los TE es del 7% en niños de 9 a 15 años de edad, en muestras. (Barrickman, 2003). De manera individual, los estudios comunitarios han mostrado que el TD se presenta con una prevalencia de 1.5% al 3.4% y el TOD, de 1% al 16% (Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera, 2000; Díaz, de la Peña, Suárez & Palacios, 2004). Por otro lado, el TEI se presenta con una prevalencia del 5% al 7% (Kessler, Coccaro, Fava, Jaeger, Jin & Walters, 2006). A pesar de la diferencia en cuanto a las prevalencias, estas condiciones son consideradas como algunos de los trastornos psiquiátricos más frecuentemente observados en estudios en niños y adolescentes (de la Peña, 2011). Además, algunas investigaciones han encontrado que, si se considera el efecto en conjunto del TOD, el TD y el TEI, contribuyen como grupo en más del 50% de todas las referencias de menores a servicios de salud mental (Barrickman, 2003).

Tanto el TOD como el TD se presentan con un predominio en el sexo masculino; sin embargo, posterior a la pubertad, la distribución por sexo en el TOD se iguala equilibra y, por el contrario, en el caso del TD se incrementa, con una razón hombre:mujer de 5:1 (Barrickman, 2003; Pardini, Frick & Moffitt, 2010). Dicho predominio en el sexo masculino también ha sido observado en el TEI (Coccaro, 2011). Durante las últimas décadas se ha observado un incremento en las tasas de los trastornos de la conducta disruptiva, lo cual ha representado una situación crítica

en el campo de la psiquiatría, especialmente ante el cuestionamiento constante al respecto de cuál es el abordaje más apropiado para describir las conductas agresivas e impulsivas (Coccaro, 2012). En ese sentido, la naturaleza de la relación entre el TEI y los trastornos de la conducta disruptiva es importante debido a que en ambos casos las manifestaciones clínicas comienzan en la infancia o adolescencia, y aunque el TEI se presenta con una prevalencia aparentemente menor, del 5% al 7%, la asociación entre ambos es significativa: del 19.3% y el 21.6% con el TD y el TOD, respectivamente (Coccaro, 2012; Kessler et al., 2006). Se considera que los trastornos que integran al grupo de trastornos de conducta disruptiva presentan una amplia heterogeneidad clínica. Anteriormente se pensaba que el TOD podría corresponder a una forma atenuada del TD; sin embargo, investigaciones más recientes han mostrado que las trayectorias del TOD en general son heterotípicas hacia trastornos internalizados y que sólo en el 30% de ellos, se presenta una asociación con el TD (Connor, 2002). En ese sentido, se ha observado que el TD presenta también una trayectoria variable, en donde hasta una tercera parte de los sujetos presentan remisión de la conducta al llegar a la adultez, en otra tercera parte se presenta una proyección hacia el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) y en la tercera parte restante se mantendrán algunas conductas disociales subsindromáticas (Barrickman, 2003).

Existen diferentes sustratos bioquímicos, genéticos, neuropsicológicos e imagenológicos que apoyan la comunalidad de las diferentes categorías de los TE, por consiguientes sería de suponer que compartieran características de las EPL.

### **3. Descripción de Emociones Prosociales Limitadas**

El Trastorno de Conducta Disocial (TD), considerado el diagnóstico más grave dentro del espectro de la conducta disruptiva, se caracteriza por un comportamiento agresivo, con constante transgresión de las normas, violación de los derechos de los otros (maltrato o daño a personas y/o animales), conductas delictivas (como robo o destrucción de propiedad ajena) y empleo de la manipulación o las mentiras para alcanzar un objetivo. En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5 por sus siglas en inglés) el TD no experimentó cambios en sus criterios diagnósticos, sin embargo fue introducido un nuevo especificador originalmente conocido como “Callo Emocional” (CE) (Frick & Ellis, 1999) y que por motivos relacionados con la disminución del estigma pasó a denominarse “Emociones Prosociales Limitadas” (EPL). Dicho especificador fue propuesto originalmente en 2010 como un subtipo de TD, (Frick & Moffit, 2010) ya que es considerado por algunos autores como parte de los signos y síntomas de la psicopatía infantil y se identifica como la representación grave de la conducta antisocial. El DSM-III tenía implícitos los rasgos de CE en el subtipo poco socializado del TD, tales como las alteraciones en las relaciones interpersonales producto de la falta de empatía y culpa (Frick & Ellis, 1999), sin embargo, no fue incluido en versiones posteriores debido a que se orientaba en el aspecto del apego social y demostró no ser de utilidad para la subcategoría de TD que se pretendía crear (Scheepers et al., 2011). La propuesta de crear un nuevo especificador, nace con la intención de identificar a un subgrupo de pacientes con TD particularmente grave, poco cooperativos y con

características neurológicas, cognitivas, emocionales y sociales diferentes del resto.

El especificador de EPL se caracteriza por :

1. Falta de culpa o remordimiento posterior a cometer errores.
2. Falta de empatía, indiferente a los sentimientos ajenos.
3. Falta de interés acerca de un pobre desempeño académico, laboral o en cualquier otra actividad relevante.
4. Afecto deficiente, no expresando o emociones con otras personas salvo de forma superficial y empalagosa, donde las demostraciones de afecto no concuerdan con las acciones y pueden ser utilizadas para manipular o intimidar a otros (APA., 2013).

En el TD el especificador se aplica cuando se cumplen 2 o más de las características mencionadas previamente.

Las conductas de carácter antisocial grave han demostrado tener relación con comportamiento criminal y se han asociado con problemas sociales, emocionales y académicos. (cita) Además, las conductas antisociales graves con debut en la infancia han demostrado ser predictoras de disfunciones en la etapa adulta en ámbitos de salud mental (mayor consumo de sustancias), académico (mayor abandono escolar), social (mala relación de pareja), ocupacional (pobre desempeño laboral) y físico (peor reserva respiratoria) (Odgers et al., 2008). La presencia de EPL no solo predice un peor pronóstico a futuro independientemente de otros trastornos comórbidos, sino que además hace que el paciente requiera de tratamiento diferente al de un individuo con TD sin presencia de EPL (Hawes & Dadds, 2005; Moran, Ford, Butler, & Goodman, 2008). Los niños con conducta antisocial y presencia de EPL han demostrado tener un perfil cognitivo distinto a

otros niños antisociales, incluyendo poca sensibilidad a los castigos o reprimendas, expectativas positivas posteriores a comportamientos agresivos y déficits de empatía (O' Brien & Frick, 1996). Si bien se ha propuesto que estas diferencias pudieran tener base en una disfunción amigdalina (hiperactivación), estudios epidemiológicos han reportado que las conductas antisociales con características de las EPL tienen diferentes factores de riesgo a aquellas que carecen de ellas. Además, Existe evidencia en estudios en gemelos de heredabilidad compartida entre las EPL y el TD. En un estudio realizado por Viding y cols (2012) se reportó una heredabilidad del 81% para conducta antisocial con EPL (sin contribución por parte del ambiente compartido) en comparación con un 30% para conducta antisocial con EPL leve, con un ambiente compartido que explicó el 34% de la varianza.

### **3. EPL en otros diagnósticos**

Desde su propuesta, el nuevo especificador de EPL ha demostrado tener utilidad diagnóstica como subtipo del TD (Herpers et al., 2012), mostrando incluso estar más presentes en aquellos casos de TD de inicio en la niñez. Diversos estudios epidemiológicos extranjeros han evaluado la prevalencia de las EPL en el espectro de la conducta disruptiva y del control de los impulsos, reportando que existe un 32 a 46% de jóvenes en la comunidad con TCD que presentan características de las EPL (Rowe et al., 2010; Kahn et al., 2011). Pero también un porcentaje entre el 2.9 al 7% de pacientes sin diagnóstico de TD presentaron características de EPL (Rowe et al., 2010), subgrupo que ha sido poco estudiado (Moffit et al., 2008). Se han reportado estudios en los que se describe que las EPL guardan relación tanto con

el TD como el TOD pudiéndose también ser un especificador útil en sujetos con este último diagnóstico (Scholte & Ploeg, 2007; Christian et al., 1997), sin embargo, se sabe realmente poco a cerca de las características y pronóstico de este grupo de sujetos. Es importante mencionar que dentro de las propuestas para la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en su versión 11 (CIE-11), se propone el especificador de Emociones Prosociales Limitadas para el diagnóstico de TOD (WHO Beta Draft ICD-11).

## **II. JUSTIFICACIÓN**

Estudios longitudinales demuestran que sujetos con características de EPL se encuentran en mayor riesgo de desarrollar un trastorno de conducta antisocial en la etapa adulta (y con ello conductas delictivas), por lo que pueden ser objeto de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Es la norma más que la excepción que los TCD y los padecimientos psiquiátricos en general sean comórbidos, es decir, que se presenten de forma conjunta, por esto motivo resulta importante estudiar la validez de las EPL como especificadores en sujetos con otros diagnósticos además del TD, particularmente en los TCD (TD, TOD y TEI), los cuales podrían ser de utilidad para evaluar la gravedad y determinar el pronóstico.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las EPL se asocian con conductas antisociales más agresivas, con peor respuesta a tratamiento y por ende un pobre pronóstico. La búsqueda intencionada de incidencia de las EPL más allá del diagnóstico de TD podría ser de interés para valorar su utilidad como especificador dentro de una categoría completa de diagnósticos, tal como los trastornos de la conducta disruptiva y del control de los impulsos. Debido a que existen pocos estudios que reporten características de las EPL y su papel fuera del constructo del TD, es necesario conocer si dicho especificador podría considerarse como una entidad transdiagnóstica identificable dentro del dominio de los TCD y del control de los impulsos.

#### **IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Son las EPL un especificador para todos los diagnósticos de los TCD o sólo es exclusivo para el TD?

#### **V. HIPOTESIS**

Ha: Las características de EPL están presentes en otros trastornos de la conducta disruptiva diferentes del TD.

Ho: Las características de EPL no están presentes en otros trastornos de la conducta disruptiva diferentes del TD.

## **VI. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar y comparar las características de las EPL en los pacientes con diagnóstico de TOD, TEI y TD.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Describirlas características demográficas (edad, sexo, biparentalidad) de pacientes con diagnóstico de TEI, TOD y TD.
2. Describir las características clínicas (comorbilidades) de los pacientes con diagnóstico de TEI, TOD y TD.
3. Determinar cuales de las características de las EPL son más frecuentes según diagnóstico externalizado.

## **VII. MATERIAL Y METODO**

### **DISEÑO DE ESTUDIO:**

Transversal, descriptivo, comparativo, observacional, homodémico

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

1. Pacientes mayores de 13 años y menores de 18 años usuarios del servicio de consulta externa de la Clínica de la Adolescencia del INPRFM.
2. Diagnóstico clínico de TD, TEI y/o TOD.
3. Que acepten la participación a través de la firma del consentimiento/asentimiento informado (y del padre o tutor responsable)

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

1. Pacientes con diagnóstico comórbido de algún Trastorno del Espectro Autista, Discapacidad Intelectual y/o Trastorno o episodio Psicótico.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

1. Pacientes que decidan abandonar el estudio.
2. Pacientes que posterior a la aplicación del K-SADS-PL-5 no cumplan criterios diagnósticos para alguna de las categorías de los trastornos de la conducta disruptiva y del control de los impulsos.
3. Cuestionarios con llenado incompleto o entrevistas incompletas.

#### POBLACIÓN DEL ESTUDIO:

Pacientes de 13 a 18 años, usuarios de la Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de la Ciudad de México.

#### TAMAÑO DE MUESTRA:

El cálculo de la muestra debe tener en consideración que se incluirán pacientes con alguno o varios de los diagnósticos externalizados, lo cual significa una alta variabilidad, el TOD se presenta hasta en el 30%, el TD en el 20% y TEI entre el 5% y 10% de la población clínica, por lo que se consideró al de menor presentación. Considerando un nivel de confianza de 1.96, un atributo deseado del 6%, y un error de estimación del 5%, se obtuvo un tamaño de muestra de 80.

El cálculo del tamaño de la muestra se obtuvo por diferencia de por

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

## INTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

La Escala Breve de Apreciación Psiqui. trica para Niños y Adolescentes (BPRS-C, por las siglas en inglés de Brief Psychiatric Rating Scale Child) versión mexicana. Se trata de una entrevista semiestructurada desarrollada en la Clínica de la Adolescencia del INPRFM, compuesta por 29 reactivos, los cuales evalúan trastornos de la eliminación, hipertimia, uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, falta de emociones prosociales, además de evaluar abuso psicológico y sexual. La confiabilidad inter evaluador y test- retest es de  $r=0.824$  y  $r=0.661$ , respectivamente. Dicha entrevista tiene una duración promedio de 30 minutos, siendo necesario el entrenamiento para su aplicación.

El Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia versión 5 (K-SADS-PL-5), es un instrumento diagnóstico semiestructurado que evalúa diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5. Ofrece ventajas como la disminución de la variabilidad en la recolección de la información y permite que los pacientes y sus padres participen en una evaluación integral de las emociones y la conducta del paciente. Utilizando dicha entrevista es posible codificar el número y la duración de episodios previos, evaluar alteraciones del funcionamiento relacionadas con diagnósticos específicos y valorar el funcionamiento global del entrevistado por medio de C-GAS (por las siglas en inglés de Children's Global Assessment Scale). También proporciona información de la historia del desarrollo, antecedentes familiares y patológicos del sujeto. Dicha entrevista presenta una fiabilidad interevaluador excelente para la mayor parte de los diagnósticos y por ello funciona como "estándar de oro". Para este estudio se

adaptó una versión especial del K-SADS-PL-5 que comprende únicamente el tamizaje y suplemento de los Trastornos de la Conducta Disruptiva y del Control de los Impulsos y que incluye el especificador de Emociones Prosociales Limitadas y los diagnósticos de TOD, TEI y TD.

#### PROCEDIMIENTO GENERAL:

Previa explicación del protocolo, firma de los consentimientos/asentimientos informados, pacientes (y su familiar o tutor) con diagnóstico previamente establecido mediante BPRS de TD, TEI y/o TOD fueron entrevistados por un evaluador ciego al diagnóstico principal usando la versión externalizada del K-SADS-PL-5 en español, que incluye únicamente el tamizaje y suplementos de los trastornos de la conducta disruptiva y del control de los impulsos, incluidos los reactivos de EPL. Se programó una cita para la entrevista con los pacientes en donde se aplicó el K-SADS-PL-5, en caso no acudir se localizó vía telefónica con los sujetos para reprogramar una nueva cita. Los sujetos que no se presentaron a su cita y no fue posible reprogramar la fecha fueron excluidos del estudio. Sujetos que acudan el día programado fueron entrevistados por un experto entrenado para la aplicación del K-SADS-PL-5. Posterior a la entrevista se confirmaron el/los diagnóstico(s) en base a los resultados obtenidos.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizaron medidas de tendencia central para la descripción de las variables sociodemográficas y diagnósticas.

Se realizaron siete grupos (TOD, TEI, TD, TOD+TEI, TOD+TD, TEI+TD y TOD+TEI+TD) para el análisis comparativo y se utilizó X<sup>2</sup> para las medidas categóricas. Se estableció el valor de significancia cuando la  $P < 0.05$ .

## CONSIDERACIONES ÉTICAS:

A cada uno de los pacientes se le ofreció participar voluntariamente con una previa explicación verbal de los procedimientos, objetivos, duración y las posibles ventajas del estudio. Se obtuvo posteriormente el consentimiento/asentimiento informado por escrito de cada uno de ellos y del padre/tutor. La descripción del estudio incluye la información sobre la confidencialidad del mismo, la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento si así se deseara y, el hecho de que la atención médica no cambiaría de aceptar o no participar en la investigación.

Este es un estudio de riesgo mínimo en el que se incluyó la evaluación médico-psiquiátrica y una revaloración tiempo después. Por lo anterior, se consideró que el hecho de participar en dicho estudio no representaba perjuicio alguno para el paciente, y que por el contrario, los resultados complementaron la evaluación clínica del paciente, lo que ayudó en el tratamiento de cada uno de ellos.

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

## VIII. RESULTADOS

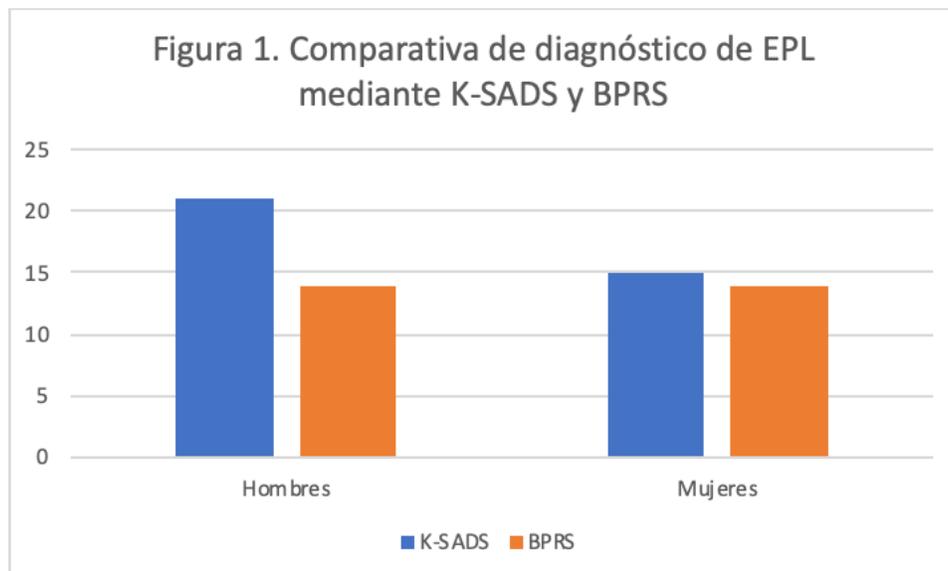
Se obtuvo una muestra total de 36 pacientes que completaron satisfactoriamente la entrevista del suplemento de trastornos de conducta del K-SADS-PL 5.1 en español. De los 36 pacientes, todos cumplieron con al menos un diagnóstico externalizado (TOD, TD o TEI) y con el especificador de EPL corroborado mediante K-SADS-PL 5.1. El total de la muestra se compuso de adolescentes de etnia latina, con una edad media de 15.53 años y una desviación estándar de 1.63 (IC del 95% 14.98-16.08). El 58.3% de la muestra fueron del sexo masculino (n=21) y el 41.6% fueron de sexo femenino (n=15). El 80.5% de los sujetos provenía de una familia nuclear.

Las características diagnósticas por sexo se muestran en la tabla 1. Dentro de los datos de comorbilidad diagnóstica llama la atención que el doble de los hombres comparado con las mujeres presentó TDAH. Las mujeres en conjunto presentaron mayores trastornos internalizados y sólo ellas manifestaron TEI. La mayoría de los sujetos presentó 2 o más comorbilidades asociadas a los TCD (55.5% n=20)-. Ninguno de los diagnósticos independientes de los TCD (TD, TOD, TEI) presentó mayor comorbilidad entre si ( $X^2=2.61$ ,  $p=.106$ ).

**Tabla 1.** Diagnósticos mediante BPRS por sexo

<i>Diagnósticos (n=36)</i>	<i>Hombres N=21(%)</i>	<i>Mujeres N=15(%)</i>
<i>TDAH (23)</i>	17 (80.9)	6 (40)
<i>TDM (22)</i>	9 (42.85)	13 (86.6)
<i>TAG (12)</i>	3 (14.2)	9 (60)
<i>TUS (10)</i>	7 (33.3)	3 (20)
<i>TOD (13)</i>	7 (33.3)	6 (40)
<i>TOD+TD (8)</i>	4 (19)	4 (26)
<i>TOD+TD+TEI (7)</i>	5 (23.8)	2 (13.3)
<i>TEI (3)</i>	0 (0)	3 (20)
<i>TOD+TEI (3)</i>	3 (14.2)	0 (0)
<i>TD (1)</i>	1 (4.7)	0 (0)
<i>TD+TEI (1)</i>	1 (4.7)	0 (0)
<i>EPL (36)</i>	14 (66)	14 (93.3)

La entrevista mediante el BPRS detectó 77.7% de los sujetos con EPL. Con el uso de la entrevista K-SADS-PL 5.1 se identificó en el 100% de los sujetos ellas EPL. Los sujetos identificados con uno y otro instrumento por sexo se muestran en la figura 1.



Con el fin de poder establecer cuáles características de las EPL se presentaban en los diferentes diagnósticos de los TCD, se agruparon (TD, TOD y TEI) en las siete combinaciones posibles, mismas que se muestran en la tabla 2. El diagnóstico más frecuentemente fue el TOD en 13 (36%) de los sujetos, seguido de la combinación de TOD+TD en 8 (22.2%) de los sujetos y finalmente la combinación TOD+TD+TEI en 7 (19.4%) de los participantes.

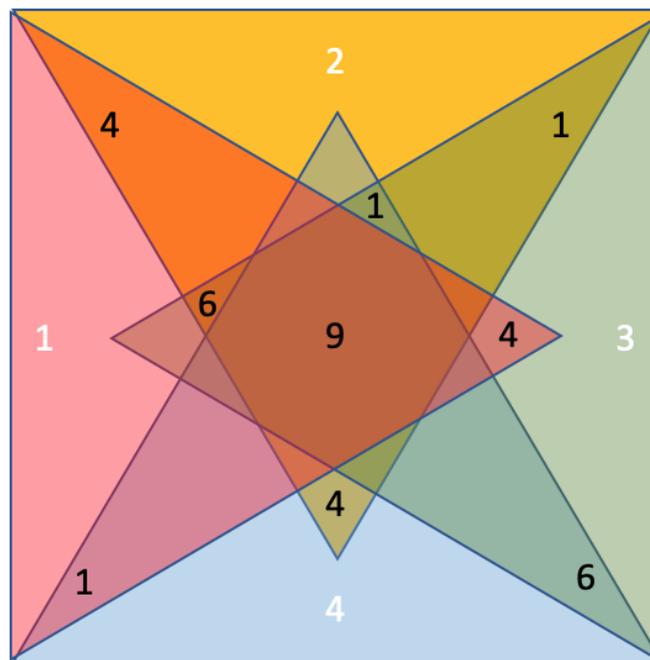
El TOD como diagnóstico único en los TCD, fue el más relacionado con la presencia de EPL, en particular para dos características: falta de remordimiento o culpa y falta de empatía. Cuando se analizó la combinación TOD+TD sólo la falta de interés en el desempeño fue marginalmente inferior a las otras tres características. Las cuatro características de las EPL se presentaron en todos los diagnósticos independientes o combinados de los TCD. Las frecuencias de cada característica de las EPL por diagnóstico independiente o combinado de los TCD se muestra en la tabla 2.

**Tabla 2.** Frecuencia de las características de las EPL por grupos diagnósticos. N total= 36.

<i>Diagnósticos (%)</i>	<i>N</i>	<i>Falta de remordimiento o culpa</i>	<i>Falta de Empatía</i>	<i>Desinterés por el desempeño</i>	<i>Afecto superficial o deficiente</i>
<i>TD (2.7)</i>	1	1	1	1	0
<i>TOD (36.1)</i>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	8	6
<i>TEI (8.3)</i>	3	0	1	2	3
<i>TOD+TD (22.2)</i>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>7</b>
<i>TOD+TEI (8.3)</i>	3	3	2	3	1
<i>TD+TEI (2.7)</i>	1	0	1	1	1
<i>TOD+TD+TEI (19.4)</i>	7	6	7	6	5

La primera combinación de las características de las EPL presentada por los participantes, fue la que incluyó las cuatro  $n=9$  (25%); la segunda fue la que incluyó falta de interés en el desempeño + afecto superficial o deficiente  $n=6$  (16.6%) y la falta de culpa + falta de empatía + falta de interés en el desempeño  $n=6$  (16.6%). Las distribuciones de las características de las EPL por participantes se muestran en detalle en el diagrama de Ben de la figura 2.

**Figura 2.** Distribución de las características de EPL en la muestra (N=36).



1= falta de culpa o remordimiento, 2= falta de empatía 3= desinterés por el desempeño y 4= afecto superficial o deficiente

## **IX. DISCUSIÓN**

Existen reportes que sugieren que el TOD se comporta como un precursor benigno del TD en adolescentes con TDAH (Whittinger et al., 2007). Otros estudios han sugerido que existen dos subtipos de TOD asociado a TDAH: uno que es prodrómico a la aparición de un TD y otro que se considera subsindrómico del TD pero que no evolucionará a un patrón persistente de conductas antisociales francas en el futuro (Biederman et al., 1996). Esto abre nuevas posibilidades de investigación, hipotetizando que las EPL en sujetos con TOD y TDAH pudieran fungir como un factor pronóstico para evolucionar a conductas formalmente antisociales o subsindromáticas. Dadas la aproximación transversal de este estudio, es imposible establecer como un factor pronóstico, sin embargo es llamativo los patrones de comorbilidad encontrada para el TDAH.

Los diagnósticos de EPL realizados mediante la entrevista con el BPRS detectaron más casos dentro del género femenino. Esto va de la mano con los reportes de la literatura en donde se ha encontrado que las EPL se presentan de 3 a 5 veces más en el sexo femenino. (Thornton et al., 2017) Sin embargo, se necesita de mayor muestra para una correlación significativa.

Es importante mencionar que la entrevista con BPRS pareciera ofrecer una menor sensibilidad para detectar las EPL particularmente en hombres. Por lo tanto esto orienta a pensar que la herramienta de K-SADS se comporta con mayor sensibilidad para detectar las EPL y esto pudiera guardar relación a el formato de la

entrevista, ya que el BPRS es un instrumento de tamizaje de características dimensionales mientras que el K-SADS es una herramienta semi-estructurada categórica.

Las características de las EPL se encontraron en todos los diagnósticos de lo TCD y no sólo en el TD, la mayor asociación fue con el TOD.

Llama la atención que la presencia del TOD en comorbilidad con el resto de TCD pareciera tener una relación directamente proporcional con la aparición de las 4 características de las EPL. Esto abre a discusión a la limitante actual del DSM-5 (APA, 2013) ya que limita el diagnóstico de las EPL como un especificador único para el TC a diferencia de su contraparte la CIE-11. (WHO Beta Draft ICD-11). Por tanto, los resultados iniciales de este estudio son consistentes con los reportes publicados en la literatura previamente mencionados, mismos que sostienen la presencia de las EPL como un especificador para el TOD, y que ha dado marco teórico a los trabajos de la OMS en la nueva clasificación de la CIE-11 (WHO Beta Draft ICD-11).

Los participantes con TEI y EPL presentaron preferentemente afecto deficiente/ empalagoso y la falta de interés en el desempeño, lo que la distancia de las características vinculadas estrechamente con la psicopatía: falta de culpa e impulsividad predatoria. Esto también es consistente con la literatura en donde la mayoría de los adolescentes con TEI han reportado escasa relación con las EPL y

rasgos de personalidad o conductas antisociales en menos del 3% (Coccaro et al., 2014). Deberá realizarse una aproximación más profunda dentro de la perspectiva de género toda vez que los participantes con sólo el diagnóstico de TEI fueron mujeres.

## **X. CONCLUSIONES**

Las EPL se pueden presentar en cualquiera de los TCD. Los sujetos con TOD sólo en combinación, presentaron mayor número de características de EPL, lo que se podría traducir como mayor gravedad de las mismas. Sólo las mujeres presentaron TEI sin combinación con otros TCD. El 25% de la muestra presentó las cuatro características de las EPL.

## **XI. LIMITACIONES Y FORTALEZAS**

### Limitaciones

Los resultados planteados hasta ahora hacen evidente la dificultad para realizar análisis de asociación por falta de sujetos, sin embargo el objetivo será continuar con la investigación para recolectar más muestra y poder establecer riesgos relativos para cada uno de los diagnósticos externalizados y comparar la confiabilidad diagnóstica del BPRS y el KSADS para las EPL. Debido al reducido tamaño de la muestra y a que todos los sujetos presentaron EPL tras la aplicación del K-SADS, no se obtuvo grupo de comparación mediante el cual calcular el OR para EPL en cada diagnóstico externalizado. Los resultados sólo pueden interpretados dentro del contexto clínico.

### Fortalezas

Para el análisis y la confirmación de diagnósticos se utilizaron dos herramientas con alta confiabilidad. Se compararon los diagnósticos de BPRS contra el gold estándar que es el K-SADS.

## XII. AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer el apoyo de todos los que contribuyeron en la elaboración de este proyecto de tesis:

Dr. Francisco de la Peña por su guía, consejo y constante supervisión para que la investigación ofreciera información útil y confiable.

Dra. Patricia Zavaleta por su acompañamiento y su supervisión constante.

Dra. Miram Feria y Dra. Liz Sosa por el apoyo por el esfuerzo invertido en la búsqueda y captura de pacientes para la muestra.

Frinne Galicia por su ayuda con la elaboración de los análisis estadísticos y la metodología.

Y en general a todo el personal de la clínica de la adolescencia del INPRFM que aportó su apoyo.

### XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
2. Barrickman, L. (2003). Disruptive behavioral disorders. *The Pediatric Clinics of North America*, 50(5), pp.1005-1017.
3. Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Jetton, J. G., Chen, L., Mick, E., ... & Russell, R. L. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1193-1204.
4. Christian RE., Frick PJ., Hill NL., Tyler L., & Frazer DR. (1997). Psychopathy and Conduct Problems in Children: II. Implications for Subtyping Children With Conduct Problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), pp.233-234.
5. Coccaro, EF. (2011). Intermittent explosive disorder: development of integrated research criteria for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), pp.119-125.
6. Coccaro, EF. (2012). Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. *The American Journal of Psychiatry*, 169(6), pp.577-588.
7. Coccaro, E. F., Lee, R., & McCloskey, M. S. (2014). Relationship between psychopathy, aggression, anger, impulsivity, and intermittent explosive disorder. *Aggressive behavior*, 40(6), 526-536.
8. Frick, PJ., & Ellis, M. (1999). Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3), pp.149-168.
9. Frick, PJ., & Moffitt, TE. (2010). A proposal to the DSM-V Childhood Disorders and the ADHD and Disruptive Behavior Disorders work groups to include a specifier to the diagnosis of Conduct Disorder based on the presence of Callous–unemotional traits. American Psychiatric Association, pp. 1–36.
10. Hawes, DJ., & Dadds, MR. (2005). The treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), pp.737-41.
11. Herpers, PC., Rommelse, NN., Bons, DM., Buitelaar, JK., & Scheepers, FE. (2012). Callous-unemotional traits as a cross-disorders construct. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), pp.2045-64.
12. Kahn, RE., Frick, PJ., Youngstrom, E., Findling, RL., & Youngstrom, JK. (2012). The effects of including a callous–unemotional specifier for the

- diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), pp.271-282.
13. Kessler, RC., Coccaro, EF., Fava, M., Jaeger, S., Jin, R., & Walters, E. (2006). The prevalence and correlates of DSM-IV Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), pp. 669–678.
  14. Moran, P., Ford, T., Butler, G., & Goodman, R. (2008). Callous and unemotional traits in children and adolescents living in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 192(1), pp.65-66.
  15. O'Brien, BS., & Frick, PJ. (1996). Reward dominance: Associations with anxiety, conduct problems, and psychopathy in children. *Journal of abnormal child psychology*, 24(2), pp. 223-240.
  16. Odgers, CL., Moretti, MM., Burnette, ML., Chauhan, P., Waite, D., & Reppucci, ND. (2007). A latent variable modeling approach to identifying subtypes of serious and violent female juvenile offenders. *Aggressive behavior*, 33(4), pp. 339-352.
  17. Loeber, R., Burke, JD., Lahey, BB., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(12), pp. 1468-1484.
  18. Rowe, R., Maughan, B., Moran, P., Ford, T., Briskman, J., & Goodman, R. (2010). The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), pp. 688-695.
  19. Scheepers, FE., Buitelaar, JK., & Matthys, W. (2011). Conduct disorder and the specifier callous and unemotional traits in the DSM-5. *European child & adolescent psychiatry*, 20(2), pp. 89-93.
  20. Scholte, EM., & Van der Ploeg, JD. (2007). The development of a rating scale to screen social and emotional detachment in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(3), pp. 137-149.
  21. Thornton, L. C., Frick, P. J., Ray, J. V., Wall Myers, T. D., Steinberg, L., & Cauffman, E. (2019). Risky sex, drugs, sensation seeking, and callous unemotional traits in justice-involved male adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(1), 68-79.
  22. Viding, E., Jones, AP., Paul, JF., Moffitt, TE., & Plomin, R. (2008). Heritability of antisocial behaviour at 9: do callous-unemotional traits matter?. *Developmental science*, 11(1), pp. 17-22.
  23. Whittinger, N. S., Langley, K., Fowler, T. A., Thomas, H. V., & Thapar, A. (2007). Clinical precursors of adolescent conduct disorder in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(2), 179-187.

24. WHO Beta Draft ICD-11. <https://icd.who.int/dev11> September 30, 2017.

#### XIV. ANEXOS

## Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children (**K-SADS-PL-5.1**)

### Versión Trastornos de la Conducta Disruptiva

Junio de 2018

**Equipo: México:** Francisco R. de la Peña, Frinne Galicia, Manuel Hernández

La aplicación del K-SADS-PL-5.1 forma parte del conjunto de evaluaciones para el establecimiento diagnóstico en psiquiatría para niños y adolescentes. Su uso exige la toma de decisiones clínicas dentro de un contexto estandarizado por lo que exclusivamente personal clínico certificado en la entrevista deberá aplicar el instrumento.

#### Antecedentes

##### Entrevista Introductoria

Nombre del niño o adolescente:

Nombre del clínico que entrevista:

Nombre del adulto entrevistado: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

¿Existe alguna persona más cercana al niño que pueda ser entrevistado? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_ Lugar de la entrevista: \_\_\_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_

##### Datos Demográficos:

1. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

2. Edad : \_\_\_\_\_

3. Sexo : \_\_\_\_\_

4. Somatometría: Peso. \_\_\_\_\_ Talla. \_\_\_\_\_ IMC. \_\_\_\_\_

5. Raza (Observar)

1=Caucásica 4=Oriental

2=Indígena  
3=Negra

5=Mestiza  
6=Otra (especificar) \_\_\_\_\_



Fecha aproximada de la última visita: \_\_\_\_\_mes \_\_\_\_\_año \_\_\_\_\_no sabe

Fecha aproximada del último examen físico: \_\_\_\_\_mes \_\_\_\_\_año \_\_\_\_\_no sabe

El niño tiene alguna enfermedad o condiciones por las que recibe o debería recibir cuidado ?  
(Describir abajo) [p. ej. asma, alergias, diabetes, anemia, etc.] \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_Si

---

Hospitalizaciones, cirugías o procedimientos invasivos, traumatismos:

---

---

---

Historia de medicamentos:

---

¿El niño toma algún medicamento?:  Si  No  No sabe

Nombre y dosis del/los medicamentos:

---

---

Diario  Cuando es necesario

Nombre y dosis de medicamentos pasados que ha recibido:

Medicamento:  Fecha de inicio:  Fecha de terminación:

¿Hipersensibilidad o alergias a algún medicamento o sustancia? Si  No

Nombre del medicamento o sustancia  Reacción

---

Nombre del medicamento o sustancia  Reacción

---

Inmunización:  Completa  Incompleta  Sin información  No

Sabe el entrevistado  Se provee información y se anexa.

Otra inmunización p. ej., Virus Hepatitis

B:

## 10. Historia del desarrollo

Complicaciones durante el embarazo, labor y/o parto:  Si  No

Si hubo, explique

---

---

---

¿Uso de drogas o alcohol durante el embarazo?  Si  No

Explique

---

---

---

¿Relaciones sociales con iguales o adultos durante la infancia temprana?

Describe si el Temperamento  Fácil  Difícil

Explique

---

---

---

¿El desarrollo (hablar, caminar, control esfínteres) fue dentro de los límites normales  Si  No

Explique

---

---

### 11. Abuso o negligencia

Historia de Abuso  Si  No

Si, qué clase de abuso  Físico  Negligencia  Sexual  Psicológico

Si, el abuso fue identificado  antes de la evaluación  durante esta evaluación

La edad del paciente en el tiempo del abuso \_\_\_\_\_

¿Se levantó acta legal?: Si  No  No está seguro  Fecha aprox. : \_\_\_\_\_

El reporte fue: Fundamentado  No fundamentado  No está seguro

Acción tomada de ser fundamentado, número de acta: \_\_\_\_\_

Relación del perpetrador con el paciente: \_\_\_\_\_

¿El niño tiene algún contacto actual con el perpetrador? No  Si  No está seguro

¿Se mantiene el contacto entre la autoridad competente y la familia? No  Si

Comentarios : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Riesgo actual de abuso

Precocidad sexual  Posible abuso físico  Posible abuso sexual

Interés de los padres/ miedo al abuso



---

---

---

---

---

---

**13. Historia de tratamientos psiquiátricos:**

Edad	Fecha de Tratamiento	Síntomas o Condición	Tratamiento/ Lugar
_____	_____ a _____	_____	_____
_____	_____ a _____	_____	_____
_____	_____ a _____	_____	_____
_____	_____ a _____	_____	_____
_____	_____ a _____	_____	_____
_____	_____ a _____	_____	_____

Edad del primer tratamiento siendo paciente de consulta externa: \_\_\_\_\_

Edad de la primera hospitalización psiquiátrica: \_\_\_\_\_

Número de hospitalizaciones psiquiátricas: \_\_\_\_\_

**Medicación psicotrópica actual (Nombre, dosis, tiempo de consumo):**

Sedantes o tranquilizantes:

\_\_\_\_\_

Antipsicóticos:

\_\_\_\_\_

Antidepresivos

\_\_\_\_\_

Estimulantes

\_\_\_\_\_

Estabilizadores del ánimo:

\_\_\_\_\_

Otro (especificar)

\_\_\_\_\_

**14. Historia familiar de enfermedades médicas y psiquiátricas:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 15. Adaptación escolar y relaciones sociales

*(Obtenga información de las siguientes áreas. Parte de la información pudo haber sido obtenida con anterioridad).*

### 1. Escuela

*Preguntar acerca de: a. grado actual (o último grado realizado) ; b. ciclo(s) repetidos y/o reprobados; c. servicios especiales (especificar) ; d. promedios de calificaciones ; e. funcionamiento (funcionamiento diario y resultados de los exámenes); f. quejas de la maestra acerca de la conducta del niño ; g. suspensiones (temporales) y expulsiones (definitivas); y h. lo que le agrada o desagrada de la escuela*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 2. Relaciones con los compañeros

*Preguntar acerca de: a. mejores amigos (tanto individual como en grupo); b. relaciones con los compañeros en la escuela; c. relaciones con los vecinos; d. actividades con amigos; y e. problemas (p. ej. molestar, peleas).*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 3. Relaciones familiares

*Investigar acerca de: a. relación madre-hijo; b. relación padres-hijo; c. relación de pareja; d. relación con los hermanos ; e. familia extensa apoyos sociales; y f. participación actual o del pasado con servicios de atención a la infancia.*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 4. Otras actividades

Investigar acerca de: a. pasatiempos; b. tiempo dedicado a actividades de esparcimiento; c. deportes; d. organizaciones; e. cultos religiosos; etc.

---

---

---

---

## Trastornos de la Conducta Disruptiva y del Control de los Impulsos

### Trastorno Oposicionista y Desafiante

El criterio A incluye tres grupos de síntomas: enojado/irritable, argumentativo/desafiante e hiriente/vengativo, con tres, cuatro y un síntoma para cada grupo respectivamente, se requieren cuatro síntomas en cualquier combinación para el diagnóstico de TOD.

#### Animo irritable o enojado (Criterio A1) 1. Frecuentemente pierde la calma

	P	N	S	
	0	0	0	Sin información.
Perder la calma en el contexto del enojo y no necesariamente a la ansiedad.	1	1	1	Ausente
<b>Padres:</b> <i>¿Cómo pierde la calma? ¿En dónde pierde el control? ¿Qué hace cuando pierde la calma?</i>	2	2	2	Subumbral: En ocasiones pierde la calma. Menos de una vez por semana, durante menos de 6 meses.
<b>Niño o Adolescente:</b> <i>¿En algún momento te has enojado con facilidad y has perdido la calma? ¿Es difícil que te enojas? ¿Con qué frecuencia te enojas realmente o te molestas y pierdes el control? ¿Cómo eras o eres cuando tienes una rabieta? ¿Qué hacías o haces?</i>	3	3	3	Umbral: Manifestaciones donde pierde la calma casi diario de forma leve o manifestaciones graves al menos una vez por semana, no concuerden a lo esperado para el nivel de desarrollo durante los últimos 6 meses.
<b>Nota:</b> Asegurarse que se trata de un "episodio temperamental" (berrinche). Pueden haber gritos, se avienta, tira cosas, da portazos, etc.				Duración del síntoma: <hr/>

Pasado: P ( ) N ( ) S ( )

Duración del síntoma:  

---



**Animo irritable o enojado (Criterio A2)**  
**2.Frecuentemente está enojado o resentido**

**Padres:**

*¿Su hijo(a) se enoja frecuentemente? ¿Lo enojan situaciones insignificantes, se enoja fácilmente?*

P N S

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente.

**Niño o Adolescente:**

*¿Te enojas mucho con tus padres? ¿Con tus maestros? ¿Hermanos? ¿Hermanas? ¿Amigos? ¿Otras personas te han dicho que eres muy enojón? ¿Quién? ¿Con qué frecuencia ocurre esto? ¿Cuándo te hacen enojar eres rencoroso y te cuesta trabajo perdonar? ¿Desde cuándo te sucede esto?*

2 2 2 Subumbral: En ocasiones se enoja o se siente resentido; menos de una vez por semana o durante menos de 6 meses.

3 3 3 Umbral: Se enoja o está resentido al menos una vez a la semana para menores de 5 años. Se enoja más seguido que cualquier niño de su edad. El comportamiento en niños menores de 5 años debe estar presente casi todos los días. Durante 6 meses o más.

Duración del síntoma:

---

Pasado: P ( ) N ( ) S ( )

Duración del Síntoma:

---

**Argumentativo y Desafiante**  
**3. Discute Demasiado con Adultos y/o Figuras de Autoridad (Criterio A4)**

P N S

Discutir incluye incapacidad para comprometerse, ceder o negociar con adultos.

0

0

0

Sin información.

1

1

1

Ausente.

**Padres:**

*¿Su hijo(a) discute mucho con usted? ¿Discute con los profesores o con otros adultos?*

2

2

2

Subumbral: En ocasiones discute con los padres y/o maestros; menos de una vez por semana o durante menos de 6 meses.

**Niño o Adolescente:**

*¿Hubo algún momento en el que discutías demasiado con adultos? ¿Con tus padres o maestros? ¿Qué clase de cosas discutías con ellos? ¿Discutías demasiado con ellos? ¿Qué tan fuertes eran las peleas? ¿Tenías disputas con ellos?*

3

3

3

Umbral: Con frecuencia discute con sus padres y/o maestros (al menos una vez por semana). Las discusiones son más frecuentes y más intensas que las esperadas de acuerdo a la edad por lo menos durante los últimos 6 meses.

Duración del síntoma:

\_\_\_\_\_  
 Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

**Argumentativo y Desafiante**

P N S

**4. Desobedece y/o Desafía activamente normas o a las autoridades (Criterio A5)**

Se recomienda evaluar las manifestaciones conductuales conforme a la edad y situaciones ambientales del niño y del adolescente.

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

**Padres:**

*¿Desobedece fácilmente su hijo(a)? ¿Desafía las instrucciones que usted le da? ¿Desafía a los profesores?*

2 2 2 Subumbral: Ocasionalmente desafía o se rehúsa propositivamente a cumplir las reglas o a realizar las peticiones de los adultos. Menos de una vez por semana o durante menos de 6 meses.

**Niño o Adolescente:**

*¿Alguna vez has desobedecido las reglas en casa, solo por desobedecerlas? ¿(deliberadamente)? ¿También en la escuela? ¿Qué tan frecuente? ¿Crees que tus padres y/o maestros te piden que hagas cosas que no deberías de hacer? ¿Cómo cuáles? ¿Alguna vez has retado o desafiado a algún maestro o figura de autoridad en la escuela? ¿Por qué?*

3 3 3 Umbral: Frecuentemente desafía o se rehúsa propositivamente a cumplir las reglas o a realizar las peticiones de los adultos. El comportamiento en niños menores de 5 años debe estar presente casi todos los días. Durante 6 meses o más.

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

**\_\_ Si obtuvo una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual del Trastorno Opositor Desafiante del suplemento #4, trastornos de la Conducta Disruptiva y del Control de los Impulsos, después de finalizar el tamizaje inicial.**

**\_\_ Si obtuvo una calificación de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección del pasado del Trastorno Opositor Desafiante del suplemento #4 trastornos de la Conducta Disruptiva y del Control de los Impulsos, después de finalizar el tamizaje inicial.**

**\_\_ Sin evidencia de Trastorno Opositor Desafiante.**

## Suplemento Trastorno Oposicionista Desafiante

**Animo irritable o enojado**  
**1. Es muy sensible o se enoja fácilmente**  
**(Criterio A3)**

P N S

**Padre:**  
*¿Es muy sensible a lo que otros le dicen, se enoja fácilmente por cualquier cosa?*

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: En ocasiones es muy sensible, se molesta o enoja fácilmente. Menos de una vez por semana o durante menos de 6 meses.

**Niño o Adolescente:**  
*¿Te enojas rápidamente?, ¿La gente te fastidia y hace que te molestes muy seguido? ¿Qué clase de cosas te molestan? ¿Eres de “mecha corta”? ¿Te enojas demasiado cuando tus padres te dicen que no hagas algo que tu quieres hacer? ¿Cómo qué? ¿Qué otras cosas hacen que te enojen? ¿Qué haces cuando te sientes molesto? ¿Con qué frecuencia dirías que esto ocurre? ¿Desde hace cuánto tiempo te sucede esto?*

3 3 3 Umbral: Es muy sensible. Se molesta o enoja con facilidad más seguido que cualquier niño de su edad. En niños menores de 5 años debe estar presente casi todos los días, durante 6 meses o más.

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**Argumentativo y Desafiante**  
**2. Molesta gente a propósito. (Criterio A6)**

P N S

**Padres:**  
*¿Ha tenido quejas que su hijo(a) molesta a otros? ¿Cómo los molesta? ¿Ha tenido reportes en la escuela por molestar a sus compañeros?*

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Ocasionalmente ha hecho cosas para molestar a otras personas. Menos de una vez por semana o durante menos de 6 meses.

**Niño o Adolescente:**  
*¿Cuando tu mamá te pide hacer algo, normalmente lo haces? ¿Si ella te pide que guardes un juguete, lo haces o sigues jugando con él y haces como que no la oíste? ¿La gente dice que haces cosas a propósito para molestar? ¿Tus padres? ¿Maestros? ¿Hermanos? ¿De qué cosas se quejan? ¿Piensas que es verdad?*

3 3 3 Umbral: En múltiples ocasiones ha hecho cosas deliberadamente para molestar a otras personas. Al menos una vez a la semana para mayores de 5 años. El comportamiento en niños menores de 5 años debe estar presente casi todos los días. Durante 6 meses o más.

Duración del síntoma:

---

**Nota:** No califique como positivo si está en el contexto de una broma fraterna

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

Argumentativo y Desafiante

3. Culpa a otros por sus propios errores.

**(Criterio A7)**

P N S

**Padre:**

*¿Su hijo(a) culpa a otros de sus errores? ¿Tiene problemas su hijo(a) para reconocer sus culpas y asume la responsabilidad de sus acciones?*

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: En ocasiones culpa a otros por sus propios errores. Niega su responsabilidad con mayor frecuencia que cualquier niño de su edad. Sucede menos de una vez por semana o durante menos de 6 meses.

**Niño o Adolescente:**

*¿Cuando haces algo malo, te haces responsable por lo que hiciste? ¿Generalmente es tu culpa o de alguien más? ¿Qué tan seguido te haces responsable por lo que hiciste? ¿Piensas que la mayoría de tus problemas son causados por otras personas o por ti?*

3 3 3 Umbral: Con frecuencia culpa a otros por sus propios errores más del 50% de las ocasiones. Al menos una vez por semana para mayores de 5 años. El comportamiento en niños menores de 5 años debe estar presente casi todos los días. Durante los 6 meses o más.

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**8. Hiriente o Vengativo (Criterio A8)****Padres:**

*¿Su hijo es hiriente al hablar con usted, otros adultos o compañeros? ¿Ha tenido problemas en la escuela o en la casa por ser hiriente o vengativo?*

P N S

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Es vengativo ocasionalmente. Una vez al mes o menos.

**Niño o Adolescente:**

*¿Te gusta decir cosas que lastiman a los demás? ¿Hieres a otros al hablar dándote o no cuenta? ¿Cuando alguien te hace algo injusto, planeas vengarte a como dé lugar? ¿Llevas a cabo un plan de venganza? ¿Me puedes dar algunos ejemplos? Si un hermano o amigo hacen algo para meterte en problemas o hacerte enojar ¿Te vengarías de ellos? ¿Esto te ha pasado antes? ¿Qué tan seguido?*

3 3 3

Umbral: Es hiriente o vengativo más de una vez al mes. Es más hiriente que cualquier niño de su edad.

Duración del síntoma:

**Nota 1:** Se debe tener en cuenta que las conductas hiriente y/o vengativas deben estar presentes al menos 6 meses.

**Nota 2:** Si el niño es menor de 5 años este criterio debe estar presente la mayor parte de los días al menos seis meses, si es mayor de cinco años la conducta debe estar presente al menos una vez por semana al menos seis meses.

Pasado: P ( ) N ( ) S ( )

Duración del síntoma:

**Código: 0=sin información, 1=no, 2=si**

Criterios	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
<b>6. Duración</b> El clínico deber re-confirmar que todos los síntoma tengan la duración oficial	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<b>7. Deterioro</b>						
a: Social (con compañeros):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b: Con la Familia:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c: En la Escuela:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<b>8. Evidencia de algún factor precipitante (especifique):</b>						
	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<b>9. Gravedad</b>						
<b>Leve:</b> Los síntomas se limitan a un entorno.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<b>Moderado:</b> Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<b>Grave:</b> Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

## 10. Evidencia del Trastorno Opositorista Desafiante

### Criterios del DSM-5

A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

#### Enfado/Irritabilidad

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido.

#### Discusiones/actitud desafiante

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de niños y adolescentes
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

#### Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

B. Este trastorno va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen criterios de DMDD.

Sumario EA

Sumario EMSP

0 1 2      0 1 2

0 1 2      0 1 2

0 1 2

0 1 2      0 1 2

0 1 2      0 1 2

0 1 2      0 1 2

0 1 2      0 1 2

0 1 2      0 1 2

0 1 2      0 1 2

0 1 2      0 1 2

Nota 1 : El Trastorno Opositorista Desafiante si puede coexistir con el Trastorno de Conducta (Disocial)

Nota 2 : Considerar que los criterios A se cumplen únicamente si el comportamiento sucede con más frecuencia en niños de su edad

Nota 3: Estas manifestaciones debe presentarse al interactuar con al menos una persona diferente a los hermanos. No se debe puntuar positivo si los síntomas ocurren exclusivamente durante un trastorno del estado de ánimo o durante el consumo de alcohol o sustancias.

Especificadores de gravedad:

**Leve:** Los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).

0 1 2      0 1 2

**Moderado:** Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.

0 1 2      0 1 2

**Grave:** Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos

0 1 2      0 1 2

## Trastorno Explosivo Intermitente

### 1. Conductas explosivas recurrentes: verbal y/o física **SIN** destrucción o daño (**Criterio A1**) P N S

Las explosiones o arrebatos de comportamiento agresivo deben ser recurrentes, provocados por la ira y desproporcionados con respecto a la provocación o factor estresante psicosocial desencadenante. Considere positivos únicamente las explosiones o arrebatos sin premeditación, como también aquellos ataques que no persiguen algún beneficio tangible (Ej. dinero u otros).

0 0 0 Sin información o incapaz de entender la pregunta.

1 1 1 Ausente: No presenta ataques de ira/rabia con agresión.

Considere como **explosión verbal**: berrinches, insultos, discusiones o peleas verbales.  
 Considere como **explosión física** aquella que **NO** causa destrucción de propiedad y/o daño físico a los animales o personas.

2 2 2 Subumbral: Presenta ataques desproporcionados de ira/rabia con agresiones verbal o física, menos de dos por semana o por menos de 3 meses.

3 3 3 Umbral: Presenta ataques desproporcionados de ira/rabia con agresiones verbal o física, en 2 o más ocasiones por semana durante al menos los últimos 3 meses.

#### Padres:

*¿Cree que su hijo(a) busca algo con esas reacciones? ¿Cree que de alguna manera las reacciones de su hijo(a) son planeadas o premeditadas?*

Duración del síntoma:

---

#### Niño o Adolescente:

*¿Has tenido momentos en que reaccionas fuertemente con tus padres, compañeros o alguna persona? ¿Sentías en ese momento que no tenías control? ¿En algún ataque de rabia insultaste o dijiste cosas hirientes a otros? ¿Te puedes controlar en el momento de un ataque de ira? ¿Te han dicho que pierdes el control, o que no sabes controlar tus reacciones de ira (rabia)?*

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

*¿En alguna reacción de enojo perdiste el control y empujaste o golpeaste a alguien?*

*¿Alguna vez planeaste reaccionar de una determinada manera, si alguien te hacía algo?*

**Nota:** Considere que para realizar el diagnóstico de Trastorno Explosivo Intermitente el individuo debe tener una edad cronológica de al menos **seis años** (o grado de desarrollo equivalente).

#### Especificar:

Agresión verbal: \_\_\_\_\_  
 Agresión física personas (sin daño): \_\_\_\_\_  
 Agresión física animales (sin daño): \_\_\_\_\_  
 Agresión física propiedad (sin destrucción): \_\_\_\_\_

**2. Conductas explosivas intermitentes: Agresión física CON destrucción o daño (Criterio A2)** P N S

Agresión física a propiedad, animales o personas, que **SI** causa destrucción de propiedad y/o daño físico a los animales o personas. 0 0 0 Sin información o incapaz de entender la pregunta.

Las explosiones o arrebatos de comportamiento agresivo deben ser recurrentes, provocados por la ira y son desproporcionados con respecto a la provocación o factor estresante psicosocial desencadenante. Considere positivos únicamente las explosiones o arrebatos sin premeditación, como también aquellos ataques que no persiguen algún beneficio tangible (Ej. dinero u otros). 1 1 1 Ausente: No presenta ataques de explosiones o arrebatos con agresión física.

2 2 2 Subumbral: Ha tenido **uno o dos** ataques de explosiones o arrebatos desproporcionados con agresiones físicas que causaron destrucción o daño en un periodo de 12 meses. O más ataques por un periodo menor a los 12 meses.

**Padres:**

¿Piensa Usted que su hijo(a) pierde el control durante esos ataques de enojo (ira o rabia)?  
 ¿Cree que su hijo(a) busca algo con esas reacciones? ¿Cree que de alguna manera son planeadas o premeditadas?  
 ¿Cree que su hijo(a) reaccionó por venganza? 3 3 3 Umbral: Ha presentado **tres ó más** ataques de explosiones o arrebatos desproporcionados con agresiones físicas que causaron alguna herida o daño a personas o animales, y/o causaron destrucción de propiedad en un periodo de 12 meses.

**Niño o Adolescente:**

¿En alguna reacción de enojo (ira o rabia), perdiste el control y empujaste o golpeaste a alguien? \_\_\_\_\_

¿En alguna reacción causaste una herida física a una persona? ¿Qué le hiciste? \_\_\_\_\_

¿Has herido algún animal en uno de esos ataques de ira? ¿Qué le sucedió al animal? ¿Alguna vez reaccionaste con enojo (ira o rabia) tirando, golpeando o dañando algo material? ¿En esos ataques de ira has dañado cosas tuyas? ¿Has tenido ataques de ira en los que destruiste algo de otras personas? ¿Qué sucedió? ¿Has tenido problemas legales por estos ataques de ira? ¿cuál es el valor aproximado de los daños causados por estos ataques de rabia? \_\_\_\_\_

Duración del síntoma:

Pasado: P ( ) N ( ) S ( )

Duración del síntoma: \_\_\_\_\_

**Nota:** Considere que para realizar el diagnóstico de Trastorno Explosivo Intermitente el individuo debe tener una edad cronológica de al menos seis años (o grado de desarrollo equivalente).

**Especifique:**

La agresión física causó daño a alguna persona: \_\_\_\_\_

La agresión física causó daño a algún animal: \_\_\_\_\_

La agresión física causó destrucción de algún objeto o propiedad: \_\_\_\_\_

3. Reacción agresiva desproporcionada.

**(Criterio B)**

P N S

Pregunte con respecto a los ítems positivos de las preguntas 1 y 2 del tamizaje, sobre ataques de agresión verbal y física. La magnitud de la agresividad expresada durante los ataques debe ser claramente desproporcionada con respecto a la provocación o situación psicosocial estresante (precipitante).

0	0	0	Sin información.
1	1	1	Ausente: No presenta ataques de ira/rabia.
2	2	2	Subumbral: Las explosiones con agresión verbal o física <b>no</b> son claramente desproporcionadas con respecto al factor desencadenante.
3	3	3	Umbral: Las explosiones verbales o físicas <b>si</b> son claramente desproporcionadas con relación al factor desencadenante.

**Padres:**

*¿Alguna de esas discusiones o peleas fueron por razones insignificantes? ¿Piensa Usted que las reacciones de su hijo(a) son demasiado fuertes, y son desproporcionadas para la situación o evento que las desencadena? ¿Los estímulos que causan las reacciones, son considerados por otros como "menores" o insignificantes?*

Duración del síntoma:

---

**Niño o Adolescente:**

*¿Piensas que las explosiones que has tenido son demasiado fuertes para lo que realmente los provoco? ¿Crees que esas reacciones son desproporcionadas para lo que estaba sucediendo? ¿Crees que otros jóvenes reaccionan de igual manera que tu, ante las cosas que me has dicho? ¿Alguna vez has sentido que cosas insignificantes (pequeñas) te producen una ira/rabia inmensa? ¿Te han dicho explotas de forma exagerada?*

Pasado: P (\_\_\_) N(\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**\_\_ Si obtuvo una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual del Trastorno Explosivo Intermitente del suplemento #4, trastornos de la Conducta Disruptiva y del Control de los Impulsos, después de finalizar el tamizaje inicial.**

**\_\_ Si obtuvo una calificación de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección del pasado del Trastorno Explosivo Intermitente del suplemento #4 trastornos de la Conducta Disruptiva y del Control de los Impulsos, después de finalizar el tamizaje inicial.**

**\_\_ Sin evidencia de Trastorno Explosivo Intermitente.**

## Suplemento de Trastorno Explosivo Intermitente

**Códigos: 0 = sin información, 1 = No, 2 = Si**

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
<b>Otros Criterios</b>						
<b>3. Edad</b>						
<b>Padre:</b> A que edad comenzó a tener su hijo(a) estas explosiones?						
<b>Niño o Adolescente:</b> <i>¿Qué edad tenías cuando empezaste a tener estas reacciones)?</i> <i>¿Tenías estas reacciones de ira en el jardín de niños? ¿En qué año de la escuela o ciclo escolar estabas cuando empezaron estas reacciones?</i> Especifique: _____						
Califique si el sujeto tiene una edad cronológica de <b>al menos 6 años</b> (o el nivel de desarrollo equivalente).						
<b>4. Duración de la agresión física SIN destrucción o daño.</b>						
<b>Padre:</b> ¿Por cuánto tiempo su hij(a) ha tenido estas explosiones sin destrucción o daño?						
	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<b>Niño o Adolescente:</b> <i>¿Por cuánto tiempo has tenido problemas (liste los ítems positivos en la pregunta 2 sobre agresión física)?</i>						
<b>Responda: 2 días a la semana por 3 meses o más</b>						
<b>5. Duración de la agresión física CON destrucción o daño.</b>						
<b>Padre:</b> ¿Por cuánto tiempo su hij(a) ha tenido estas explosiones con destrucción o daño?						
	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<b>Niño o Adolescente:</b> <i>¿Por cuánto tiempo has tenido problemas (liste los ítems positivos en la pregunta 1)?</i>						
<b>Responda: 3 arrebatos que produzcan daño o destrucción en 12 meses o más</b>						
<b>6. Duración de la agresión verbal</b>						
<i>¿Por cuánto tiempo has tenido problemas (liste los ítems positivos en la pregunta 2 sobre agresión verbal)?</i>						
	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<b>Responda: 3 meses o más</b>						

**Códigos: 0 = sin información, 1 = No, 2 = Si**

<b>7. Deterioro</b>	<b>Padre EA</b>	<b>Padre EMSP</b>	<b>Niño EA</b>	<b>Niño EMSP</b>	<b>Sumario EA</b>	<b>Sumario EMSP</b>
<b>Los ataques de ira/rabia han causado repercusiones en alguno de los siguientes niveles:</b>						
a. Social (con compañeros):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Familiar:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. Escolar:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
d. Malestar Individual:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
e. Consecuencias Económicas:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
f. Consecuencias Legales:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

**Códigos: 0 = sin información, 1 = No, 2 = Si**

	<b>Sumario EA</b>	<b>Sumario EMSP</b>
<b>8. Los síntomas no son atribuibles en su totalidad a otro trastorno mental (por ejemplo: trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno por pobre regulación del ánimo, trastorno psicótico, personalidad antisocial, trastorno límite de personalidad).</b>	0 1 2	0 1 2
<b>9. Los síntomas no son atribuibles en su totalidad a los efectos de sustancias, alcohol, o alguna medicación.</b>	0 1 2	0 1 2
<b>10. Los síntomas no son atribuibles en su totalidad a una enfermedad neurológica.</b>	0 1 2	0 1 2
<b>11. Los síntomas no deben ocurrir como parte de un trastorno de ajuste.</b>	0 1 2	0 1 2

**Códigos: 0 = sin información, 1 = No, 2 = Si**

	Sumario EA			Sumario EMSP		
<b>12. Evidencia de TEI</b>						
<b>Criterios según DSM-5</b>						
1.- Cumple los criterios (puntuación 3) sobre falta de control de impulsos, recurrente, manifestada por ataques de agresión verbal y/o física sin daño ni destrucción durante al menos 3 meses; o manifestada por agresión física que ocasiona destrucción de propiedad o daño físico a personas o animales, durante al menos 12 meses.	0	1	2	0	1	2
2. La magnitud de las reacciones o ataques de ira/rabia es desproporcionada frente a los estímulos desencadenantes.	0	1	2	0	1	2
3. Los ataques de ira/rabia no son premeditados ni persiguen algún beneficio tangible.	0	1	2	0	1	2
4. Los ataques agresivos recurrentes generan una incomodidad marcada en el individuo o una alteración en el desempeño ocupacional o interpersonal, o esta asociado a consecuencias económicas o legales.	0	1	2	0	1	2
5. El sujeto tiene una edad cronológica de al menos 6 años (o el nivel de desarrollo equivalente).	0	1	2	0	1	2
6. Los ataques agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental, y no son atribuibles a otra condición médica o al efecto fisiológico de una sustancia. (Nota: Para sujetos entre los 6 a 18 años, el comportamiento agresivo no ocurre como parte de un trastorno del ajuste).	0	1	2	0	1	2

## Trastorno de la Conducta (Disocial)

El criterio A incluye 15 síntomas, el diagnóstico de trastorno de conducta disocial implica la presencia de un síntoma en los últimos seis meses y tres en los últimos 12 meses. En este Tamizaje sólo se interrogan cinco.

1. Molesta, acosa, amenaza o intimida a otros (Criterio A1)	P	N	S	
<b>Padres:</b>	0	0	0	Sin información.
<i>¿Su hijo(a) molesta a otros niños? ¿Ha tenido problemas en la escuela por molestar a otros? ¿Se han quejado los profesores <b>su hijo(a) haga bullying?</b></i>	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Ocasionalmente molesta, amenaza o intimida.
<b>Niño o Adolescente:</b>				
<i>¿Alguna vez algún niño te ha hecho enojar demasiado? ¿En ocasiones les haces algo? ¿Cómo qué? ¿Los insultas? ¿Alguna vez has molestado o amenazado a otros para que hagan algo por ti?</i>	3	3	3	Umbral: Molesta, amenaza o intimida diario, casi todos los días o varias veces por semana.
<i>Que tan frecuente haces estas cosas (sólo marque las reconocidas por el menor):</i>				Duración del síntoma: _____
<i>___ Les pones apodos a los otros niños.</i>				
<i>___ Amenazas con dañarlos</i>				
<i>___ Empujas</i>				
<i>___ Les mete el pie</i>				
<i>___ Les pegas "zapes" o cachetadas.</i>				
<i>___ Les quitas las cosas de las manos.</i>				
<i>___ Haces que otros niños hagan cosas por ti.</i>				
<i>___ Los molestas por redes sociales en internet.</i>				
<b>Nota:</b> Se debe tomar el juicio clínico al evaluar la rivalidad fraterna.				

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:  
\_\_\_\_\_

2. Inicio de peleas físicas (Criterio A2)	P	N	S	
Este criterio se refiere sólo cuando el paciente inicia no cuando se defiende de una agresión física.	0	0	0	Sin información
<b>Padres:</b> <i>¿Su hijo(a) se pelea a golpes? ¿Ha tenido reportes en la escuela por pelearse? ¿Se pelea con compañeros de la escuela, vecinos o adultos?</i>	1	1	1	Ausente
<b>Niño o Adolescente:</b> <i>¿Te has peleado a golpes? ¿Quién empieza las peleas normalmente? ¿Cuál fue la peor pelea en la que has estado? ¿Qué pasó?, ¿Alguien salió herido? ¿Alguna vez has golpeado a algún maestro?, ¿A tus padres u otro adulto? ¿Qué tan seguido peleas? ¿Alguna vez has intentado o has querido matar a alguien?</i>	2	2	2	Subumbral: Pelea solo con sus compañeros. Las peleas no han terminado con lesiones severas hacia los demás (ejem. sin necesidad de intervención médica, suturas, etc.)
<b>Preguntar sobre lo siguiente:</b>  <b>1 – Forma parte de una pandilla o banda.</b> <i>¿Alguno o algunos de tus amigos están en una pandilla?, “Los panchos”, “los vatos”, “_____”, o alguna otra pandilla?</i>	3	3	3	Umbral: Participación en múltiples peleas, con una o más peleas que terminan con lesiones severas hacia la otra persona. O reporta al menos una pelea en la que se involucra a un adulto. (ejem. maestro, padres).
<b>Detallar en qué pandilla participa y mencionar cuál es su participación.</b>				Duración del síntoma: <hr/> Pasado: P (___) N (___) S (___)  Duración del síntoma: <hr/>
<b>2 – Intento de homicidio</b> <i>¿Alguna vez has tenido pensamientos muy intensos sobre querer matar a alguna o algunas personas?, ¿Tienes alguna pistola o algún tipo de arma? ¿Lo has intentado alguna vez?</i>				
<b>Detallar el intento de homicidio y su participación.</b>				
<b>Nota:</b> Tomar en cuenta la cultura, el vecindario y el contexto.				

### 3. Mentiras y engaños (Criterio A11)

P N S

0 0 0 Sin información.

#### Padres:

*¿Su hijo(a) miente? ¿Lo hace ocasional o frecuentemente? ¿Qué tipo de mentiras dice?*

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Mentiras ocasionales, miente un poco más que un niño de su edad/grado de desarrollo.

#### Niño o Adolescente:

*Todo mundo miente un poco, algunos niños dicen mentiras para exagerar, otros para no meterse en problemas, algunos otros mienten para hacerles trampa o engañar a otros*

3 3 3

Umbral: Miente frecuentemente, múltiples veces a la semana con la finalidad de engañar o estafar.

*¿Hubo algún momento en que le dijiste mentiras a tus amigos? ¿A tu maestro? ¿Alguien te ha llamado mentiroso? ¿Porqué? Dime la clase de mentiras que decías. ¿Cuál es la peor mentira que has dicho? ¿Mientes para que otras personas hagan las cosas por ti? ¿Mientes para no pagar dinero que debes o para no hacer un favor que le debes a alguien? ¿Alguien te ha dicho abusivo? ¿Se han quejado de que rompes tus promesas con frecuencia? ¿Con qué frecuencia mientes?*

Duración del síntoma:

---

**Nota:** Solo marcar positivo si hay evidencia de que las mentiras tenían la intención de engañar o estafar.

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**4. Robo sin violencia (Criterio A12)**

P N S

**Padres:**

¿Su hijo(a) ha robado? ¿Cuándo ha robado lo ha hecho sin violencia? ¿Qué ha robado?

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: Ha robado sin confrontar a la víctima en una sola ocasión.

**Niño o Adolescente:**

¿En el último año, has robado algo / qué es lo más costoso que has robado? ¿Qué otras cosas has robado? ¿De quién? ¿De qué tiendas? ¿Has robado algún juguete de una tienda? ¿Dinero de tu mamá? ¿Algo más? ¿Con qué frecuencia has robado cosas?

3 3 3 Umbral: Ha robado sin confrontar a la víctima en dos o más ocasiones en los últimos 6 ó 12 meses

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**5. Ausentismo escolar (Novillos/Pintas) (Criterio A15)**

P N S

**Padres:**

¿Su hijo(a) ha tenido problemas por no entrar a clase? ¿Se ha salido del salón de clases sin permiso? ¿Sale al baño y ya no regresa a clases?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Se ha escapado o no asistió a clases cuando se esperaba que lo hiciera en 1 sola ocasión.

**Niño o Adolescente:**

¿Alguna vez no has ido a la escuela y tus padres no se enteraron? ¿Alguna vez fuiste a la escuela y te saliste de clases cuando se suponía que no debías de hacerlo? ¿Alguna vez llegaste tarde a la escuela con toda la intención de hacerlo? ¿Has faltado a clases en la mañana? ¿Esto te ha metido en problemas?, ¿Qué tan frecuente?

3 3 3 Umbral: Se ha escapado o no asistió a clases cuando se esperaba que lo hiciera en diversas ocasiones (ejem. 2 o más ocasiones).

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**Para adolescentes:** ¿Qué edad tenías la primera vez que te saliste de clases o dejaste de ir a la escuela?

**Nota: Solo marcar positiva si los incidentes de salirse de clases ("pinta") comenzaron antes de los 13 años,** además, el faltar a la escuela provoca perder una parte importante o todo el día de clases a pesar de los esfuerzos realizados por los padres para que asista.

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

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

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

(0= sin información, 1= no 2 = si)

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

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

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

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

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

## Suplemento de Trastorno de Conducta (Disocial)

### 1. Uso de armas u objetos con los que puede lastimar a otro (Criterio A3)

P N S

**Padre:**

¿Su hijo ha usado una botella rota, un bat, un cuchillo, una navaja o una pistola para amenazar o golpear a otro?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Ha amenazado con usar un arma, pero nunca ha usado alguna.

**Niño o Adolescente:**

¿Portas con algún cuchillo o pistola? ¿Algún paralizador? ¿Alguna vez has usado alguna arma en contra de otra persona, incluyendo ladrillos, botellas rotas u otras cosas? ¿Para defenderte? ¿Has amenazado con usar alguna arma para que alguien se vaya?

3 3 3 Umbral: Ha utilizado alguna arma que puede causar un daño severo en una o varias ocasiones (ejem. cuchillo, ladrillo, botella rota, pistola).

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

### 2. Crueldad física hacia las personas (Criterio A4)

P N S

**Padre:**

¿Su hijo(a) es cruel con otros niños o adultos? ¿Qué hace para ser cruel?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Ha intimidado a otros (ejem. empujado), pero nunca ha causado daño o provocado una herida seria.

**Niño o Adolescente:**

¿Qué es lo peor que le has hecho a alguien? ¿Has golpeado demasiado a alguien sin una razón, o porque lo considerabas "teto"/"nerd"? ¿Qué pasó? ¿Quedaron lastimados o heridos?

3 3 3 Umbral: Ha intimidado o ha sido cruel físicamente con otros por lo que ha provocado heridas moderadas a severas (ejem. moretones o laceraciones).

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**3. Crueldad Hacia los Animales (Criterio A5)**

P N S

**Padre:**

¿Su hijo(a) ha maltratado o lastimado a animales? ¿Los golpea? ¿Los deja sin comer intencionalmente?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: Hay maltrato animal leve (P. Ej. Jalarle la cola a un perro, aventar a un gato, etc.).

**Niño o Adolescente:**

*A algunos niños les gusta lastimar animales. En los últimos 6 meses ¿has lastimado o tratado de lastimar a algún animal a propósito? ¿Dispararle a alguno con una pistola de fogeo o balines? ¿Le has dado de comer veneno a algún animal que no sea plaga? ¿Otras cosas? ¿Qué hacías? ¿Cuántas veces has lastimado a algún animal a propósito en los últimos 6 meses?*

3 3 3 Umbral: Ha matado o torturado animales en una o más ocasiones, o daño moderado a severo repetido hacia los animales.

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

**Nota 1:** No evalúe la caza tradicional. Preste especial atención a las características de la comunidad del individuo (rural, granja, etc).

**Nota 2:** No considere positivo aniquilar insectos bajo el contexto de una plaga.

**4. Robo enfrentando a la victima (Criterio A6)**

P N S

**Padre:**

¿Su hijo(a) ha robado cara a cara a alguien? ¿Ha utilizado un arma para amenazar durante el robo?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Ha estado con amigos que roban de forma agresiva, pero no ha participado activamente.

**Niño o Adolescente:**

*¿En los últimos 6 meses, alguno de tus amigos o tú han asaltado a alguien? ¿Arrebatado su bolsa o cartera? ¿Lo han detenido contra su voluntad? ¿Amenazado? ¿Empleado algún tipo de arma para asaltar o amenazar a otros? ¿Con qué frecuencia?*

3 3 3 Umbral: Ha asaltado, arrebatado la bolsa o cartera, extorsionado, o robado con armas, etc., en una o más ocasiones.

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

**5. Actividad Sexual Forzada (Criterio A7)**

P N S

**Padres:**

0 0 0 Sin información

*¿Sabe si su hijo(a) se ha sobrepasado sexualmente con otra persona? ¿Ha obligado a otra persona a besarse, tocarse o tener sexo?*

1 1 1 Ausente

*¿Existe algún reporte de estas conductas e la escuela?*

2 2 2 Subumbral: Ha forzado a alguien a participar en caricias no genitales en una o varias ocasiones.

**Niño o Adolescente:**

3 3 3 Umbral: Ha forzado a alguien a participar en caricias genitales, sexo oral o relaciones sexuales vaginales y/o anales en una o varias ocasiones.

*¿Has forzado a alguien a tener sexo contigo o para que vayan más allá de lo que desean? ¿Alguien ha dicho que lo has hecho? ¿Qué dijeron que pasó? ¿Cuántas veces ha ocurrido esto?*

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**6. Incendiar (Criterio A8)**

P N S

**Padres:**

0 0 0 Sin información

*¿Su hijo juega con fuego? ¿Ha provocado algún incendio accidental o intencionadamente?*

1 1 1 Ausente

**Niño o Adolescente:**

2 2 2 Subumbral: Ha jugado con cerillos o encendedores. Puede haber provocado un incendio pero no pretendía causar daño y el incendio no fue causado por enojo.

*¿Has iniciado algún incendio en los últimos 6 meses? ¿Porqué provocaste el incendio? ¿Estabas jugando con cerillos/fósforos e iniciaste el incendio por accidente o a propósito?*

3 3 3 Umbral: Ha iniciado uno o más incendios con la intención de causar daño o por enojo.

*¿Estabas enojado? ¿Tratabas de causar mucho daño o vengarte de alguien? ¿Cuál ha sido el mayor daño que has causado al provocar un incendio? ¿Como cuántos incendios has provocado?*

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**7. Destrucción de Propiedad Ajena (Criterio A9)** P N S

**Padres:**

*¿Alguna vez su hijo(a) ha destruido muebles, muros, pisos o puertas, en casa o en la escuela intencionalmente? ¿Le ha roto juguetes a otros niños intencionalmente?*

0	0	0	Sin información
1	1	1	Ausente
2	2	2	Subumbral: Actos menores de destrucción deliberada en raras ocasiones, por ejemplo romper el juguete de alguien a propósito o Uno o dos actos destructivos significativos de destrucción de la propiedad.

**Niño o Adolescente:**

*¿Alguna vez has roto las cosas de otras personas a propósito? ¿Cómo romper ventanas, chocar automoviles, patear puertas, destruir propiedad de la escuela?  
 ¿Alguna vez has destruido muebles, muros, pisos o puertas, en casa o en la escuela? ¿Cuál ha sido la cosa más cara que has roto, echado a perder o destruido a propósito?  
 ¿Lo has hecho cuando estás muy enojado?  
 ¿Qué tan seguido rompes o destruyes cosas de otras personas?*

3	3	3	Umbral: Tres o más actos de vandalismo/ destrucción de la propiedad moderado o severo. Duración del síntoma:
---	---	---	---

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**8. Allanamiento (Criterio A10)** P N S

**Padres:**

*¿Su hijo(a) se ha metido sin permiso a la casa de alguien? ¿Entra a la propiedad de los vecinos sin permiso?*

0	0	0	Sin información
1	1	1	Ausente
2	2	2	Subumbral: Ha estado con amigos que se meten en casas, autos, tiendas o edificios, pero no ha participado activamente..

**Niño o Adolescente:**

*¿En los últimos 6 meses tú o alguno de tus amigos se han metido sin permiso en algún carro? ¿Casas? ¿Tiendas? ¿Negocios? ¿Otros edificios? ¿Cuántas veces te has metido sin permiso en alguna casa, auto, tienda u otro edificio?*

3	3	3	Umbral: Ha entrado sin permiso en alguna casa, auto, tienda o edificio en una o más ocasiones
---	---	---	---

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

9. Salidas nocturnas pese a prohibición de los padres (**Criterio A13**)

P N S

**Padres:**

¿Su hijo(a) se sale por la noche sin permiso?  
¿Cuántas veces lo ha hecho? ¿Desde que edad lo hace?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Se ha quedado fuera toda la noche, o muchas horas pasadas el toque de queda en una o dos ocasiones (en contra de las prohibiciones paternas).

**Niño o Adolescente:**

¿A qué hora tienes que estar en tu casa por las noches? ¿Qué tan seguido sigues fuera aunque haya pasado la hora en que deberías estar en tu casa? ¿Hasta qué tan tarde has estado fuera? ¿Has estado fuera toda la noche? ¿Cuántas veces has hecho esto?

3 3 3 Umbral: Se queda fuera toda la noche, o varias horas después del toque de queda en múltiples ocasiones (3 o más).

**Nota: Solo tomar como positivos los episodios si han ocurrido antes de los 13 años.**

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

10. Escapar de casa (**Criterio A14**)

P N S

**Padres:**

¿Su hijo(a) se ha escapado de la casa?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente.

**Niño o Adolescente:**

¿En los últimos 6 meses, te has escapado de tu casa? ¿Por qué? ¿Pasaba algo en tu casa de lo que querías escapar? ¿Cuánto tiempo estuviste fuera? ¿Cuántas veces hiciste esto?

2 2 2 Subumbral: Ha escapado en la noche sólo en una ocasión, o en múltiples ocasiones por periodos breves de tiempo.

**Nota: No marcar como positivo si el niño huye de casa para evitar agresiones o abuso físico o sexual.**

3 3 3 Umbral: Ha escapado pasando la noche fuera de casa, dos o más ocasiones, o ha escapado de la casa en una sola ocasión por un periodo de ausencia muy prolongado.

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**Código: 0=sin información, 1=no, 2=si**

	Criterios	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
<b>11. Deterioro</b>							
a: Social (con compañeros):		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b: Con la Familia:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c: En la Escuela:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<b>12. Duración</b>							
<i>¿Por cuánto tiempo has (liste los síntomas calificados como positivos)?</i>	6 meses o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<b>13. Edad de inicio</b>							
<i>Edad de inicio en la infancia: ¿Qué edad tenías cuando empezaste a ... (Enlistar síntomas)?</i>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>Mayor gravedad si es previo a los 10 años.</i>							
<i>Edad de inicio en la adolescencia: ¿Hiciste alguna de estas cosas (enlistar síntomas) después de los 10 años?</i>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

**Nota:** Para el DSM-5, el diagnóstico de trastorno disocial debe ser aplicado solo cuando la conducta en cuestión es sintomática y provoca disfunción subyacente dentro del individuo y no una simple reacción al contexto social inmediato.

## 14. Evidencia de Trastorno de la Conducta Disocial

### Criterios del DSM-5

- A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

#### Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien.

#### Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).

#### Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. "engaña" a otros).
12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).

#### Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.
14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13

Sumario  
EA

Sumario  
EMSP

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

B.El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.

0 1 2

0 1 2

B.Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

0 1 2

0 1 2

### 15. Gravedad (Codificar)

**0 Leve:** Pocos problemas o apenas alguno para cumplir con el diagnostico, que causan problemas menores a otros (mentir, estafar).

**1 Moderado:** Severidad intermedia (e.g., robo sin confrontación, vandalismo)

**2 Severo:** Mayor cantidad de síntomas que los necesarios para hacer el diagnostico, o que cause daño considerable a otros, (Actividad sexual forzada, crueldad física, uso de armas, robo con confrontación de la víctima, allanamiento).

Especificar (Actual): Con emociones prosociales limitadas \_\_\_\_\_

**Especificar (Pasado):** Con emociones prosociales limitadas \_\_\_\_\_

Especificar severidad (Actual): Leve \_\_\_\_\_ Moderada \_\_\_\_\_ Severa \_\_\_\_\_

Especificar severidad (Pasado): Leve \_\_\_\_\_ Moderada \_\_\_\_\_ Severa \_\_\_\_\_

K-SADS-PL-5.1

Comunicación: Francisco de la Peña, [adolesc@imp.edu.mx](mailto:adolesc@imp.edu.mx)

## Escala Global de Evaluación para Niños

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

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

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

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

**Actual**

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

**Episodio más severo en el pasado**

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

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

**Mejor nivel de funcionamiento en el pasado**

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

## Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes

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

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

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

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

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

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

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

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



## XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

25. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
26. Barrickman, L. (2003). Disruptive behavioral disorders. *The Pediatric Clinics of North America*, 50(5), pp.1005-1017.
27. Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Jetton, J. G., Chen, L., Mick, E., ... & Russell, R. L. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1193-1204.
28. Christian RE., Frick PJ., Hill NL., Tyler L., & Frazer DR. (1997). Psychopathy and Conduct Problems in Children: II. Implications for Subtyping Children With Conduct Problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), pp.233-234.
29. Coccaro, EF. (2011). Intermittent explosive disorder: development of integrated research criteria for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), pp.119-125.
30. Coccaro, EF. (2012). Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. *The American Journal of Psychiatry*, 169(6), pp.577-588.
31. Coccaro, E. F., Lee, R., & McCloskey, M. S. (2014). Relationship between psychopathy, aggression, anger, impulsivity, and intermittent explosive disorder. *Aggressive behavior*, 40(6), 526-536.
32. Frick, PJ., & Ellis, M. (1999). Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3), pp.149-168.
33. Frick, PJ., & Moffitt, TE. (2010). A proposal to the DSM-V Childhood Disorders and the ADHD and Disruptive Behavior Disorders work groups to include a specifier to the diagnosis of Conduct Disorder based on the presence of Callous–unemotional traits. American Psychiatric Association, pp. 1–36.

34. Hawes, DJ., & Dadds, MR. (2005). The treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), pp.737-41.
35. Herpers, PC., Rommelse, NN., Bons, DM., Buitelaar, JK., & Scheepers, FE. (2012). Callous-unemotional traits as a cross-disorders construct. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(12), pp.2045-64.
36. Kahn, RE., Frick, PJ., Youngstrom, E., Findling, RL., & Youngstrom, JK. (2012). The effects of including a callous–unemotional specifier for the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(3), pp.271-282.
37. Kessler, RC., Coccaro, EF., Fava, M., Jaeger, S., Jin, R., & Walters, E. (2006). The prevalence and correlates of DSM-IV Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 63*(6), pp. 669–678.
38. Moran, P., Ford, T., Butler, G., & Goodman, R. (2008). Callous and unemotional traits in children and adolescents living in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry, 192*(1), pp.65-66.
39. O'Brien, BS., & Frick, PJ. (1996). Reward dominance: Associations with anxiety, conduct problems, and psychopathy in children. *Journal of abnormal child psychology, 24*(2), pp. 223-240.
40. Odgers, CL., Moretti, MM., Burnette, ML., Chauhan, P., Waite, D., & Reppucci, ND. (2007). A latent variable modeling approach to identifying subtypes of serious and violent female juvenile offenders. *Aggressive behavior, 33*(4), pp. 339-352.
41. Loeber, R., Burke, JD., Lahey, BB., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(12), pp. 1468-1484.
42. Rowe, R., Maughan, B., Moran, P., Ford, T., Briskman, J., & Goodman, R. (2010). The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(6), pp. 688-695.
43. Scheepers, FE., Buitelaar, JK., & Matthys, W. (2011). Conduct disorder and the specifier callous and unemotional traits in the DSM-5. *European child & adolescent psychiatry, 20*(2), pp. 89-93.
44. Scholte, EM., & Van der Ploeg, JD. (2007). The development of a rating scale to screen social and emotional detachment in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16*(3), pp. 137-149.

45. Viding, E., Jones, AP., Paul, JF., Moffitt, TE., & Plomin, R. (2008). Heritability of antisocial behaviour at 9: do callous-unemotional traits matter?. *Developmental science*, 11(1), pp. 17-22.
46. Whittinger, N. S., Langle, K., Fowler, T. A., Thomas, H. V., & Thapar, A. (2007). Clinical precursors of adolescent conduct disorder in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(2), 179-187.
47. WHO Beta Draft ICD-11. <https://icd.who.int/dev11> September 30, 2017.