








Ester Marín-Gómez ¹
Inmaculada Navas-Domenech ¹ 
Isabel Hernández-Otero ² 
Almudena Ramírez-Martín ¹ 
Fermín Mayoral-Cleires ¹ 
Miguel A. Barbancho-Fernández ³ 
J. Pablo Lara-Muñoz ³ 
Marina Romero-González ^{1, 3*} 

1. Hospital Universitario Regional de Málaga. IBIMA, España.
2. Hospital Clínico de Málaga. IBIMA, España.
3. Departamento de Salud Cerebral. Facultad de Medicina. CIMES.
UMA, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Marina Romero-González
Correo: marinarglez@gmail.com

*Traducción y Adaptación en Español del
Manual de Emociones Expresadas para
Trastorno del Espectro Autista y otros
Trastornos Relacionados*

*Spanish Version of Expressed Emotion
Manual for Autism Spectrum and Related
Disorders: Cultural Adaptation and Content
Validation*

RESUMEN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta al desarrollo social y de la comunicación, así como patrones de conductas restrictivas y repetitivas. El TEA también se asocia a una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos coexistentes. En el esfuerzo de identificar características del ambiente familiar que puedan influir en el curso de estos trastornos coexistentes en individuos con TEA, los investigadores están explorando el constructo de Emociones Expresadas (EE) que mide la relación afectiva entre dos personas, cuyos dominios son el criticismo, calidez, relación y sobre-implicación emocional. El estudio actual tiene como objetivo revisar el constructo de EE, cómo se mide y se aplica en la relación paterno-filial en niños con desarrollo típico y población TEA y describir la adaptación cultural en español así como validar la traducción del contenido del *Manual de Autism-Specify Five Minutes Sample Speech (ASFMSS)*.

Palabras clave: Trastorno del espectro autista, emociones expresadas, comorbilidades, relación afectiva.

ABSTRACT

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder that affects social and communication development with a pattern of restricted and repetitive behaviours. ASD is also associated with high rates of co-existing psychiatric disorders. In an effort to identify characteristics of the family environment that may influence the course of co-existing psychiatric disorders in children with ASD, researchers have explored the phenomenon of expressed emotion (EE). EE is a construct of the affective relationship between two people, with domains characterized by criticism, warmth, relationship and emotional over- involvement. The current study aims to provide a review of the construct of EE, how it is measured and applied to parent-child relationships in typical development children and in ASD population and to describe the Spanish cultural adaptation and content validity of the Manual of ASFMSS (Autism Specify Five Minutes Sample Speech).

Keywords: Autism spectrum disorder, expressed emotion, comorbidities, affective relationship.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) se caracterizan por déficit a nivel de interacción social y comunicación, así como la presencia de comportamientos estereotipados e intereses restringidos (1). En el pasado, todos los problemas asociados al TEA se atribuían al mismo trastorno. Sin embargo, muchos autores apoyan la importancia de llevar a cabo una caracterización fenotípica para mejorar la clasificación DSM-5, basado no sólo en la sintomatología nuclear de TEA sino en sus comorbilidades y otros factores que influyen en su funcionalidad como de este complejo espectro del autismo. (2,3).

Acorde a un reciente metaanálisis se estima una prevalencia en TEA del 28% para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), un 20% para trastorno de ansiedad; un 13% para trastornos del sueño; 12% para trastorno de conducta, control de impulsos y conductas disruptivas; un 11% para trastorno depresivo; un 9% trastorno obsesivo; 5% para trastorno bipolar y un 4% para esquizofrenia (4). La frecuencia de estos trastornos es entre 5 y 10 veces mayor en esta población en comparación con la población general de niños con desarrollo típico. Las razones de este incremento de trastornos comórbidos y coexistentes en TEA han sido explicadas sólo de manera parcial. Es probable que se compartan los factores de riesgo genético en la comorbilidad con trastornos del neurodesarrollo tal como TDAH (5). Sin embargo, esta explicación no parece aplicarse a otros trastornos coexistentes con los trastornos de ansiedad (6).

El ambiente familiar y parental se considera un factor ambiental importante para el desarrollo y mantenimiento de psicopatología en niños con desarrollo normal. Un particular foco de investigación en psicopatología es la relación afectiva-emocional entre padres/madres o cuidadores y sus hijos. Quizás el constructo mejor establecido y más investigado para medir la relación emocional son las emociones expresadas (EE) (7).

Las EE es un constructo que encapsula varios dominios, incluyendo el nivel de afecto (Warmth, WAR), criticismo (Critical Comments, CC) y/o sobreimplicación emocional (Emotional over-

involvement, EOI) expresada por los padres o cuidadores hacia su familiar, a menudo su hijo. Medidas de EE produce un número de dominios, pero tradicionalmente la medida general de “alta” EE se encuentra cuando el número de comentarios críticos excede un umbral establecido o por la presencia de “bajo” afecto ó marcado EOI (8).

En la revisión sistemática realizada por Romero *et al.*, 2018, once estudios cumplieron criterios de inclusión y analizados para describir la evidencia que existe acerca de la relación entre comorbilidades psiquiátricas y altos niveles de EE en padres de niños con TEA. En esta revisión se apoya la hipótesis de que “altos” niveles de criticismo están relacionados con altos niveles de problemas externalizantes en niños y adolescentes con TEA, incluso después de considerar otros aspectos tal como síntomas autistas y ambiente familiar. También se sugiere que múltiples componentes de EE- aparte de criticismo- pueden ser consideraciones importantes para jóvenes con TEA y que la naturaleza de las relaciones puede ser compleja cuando se consideran otras variables (9).

Mientras que han sido dedicadas considerablemente menos investigaciones a factores ambientales en TEA, la alta proporción de psicopatología adicional subraya la importancia de identificar factores de riesgo que pueden afectar el desarrollo o mantenimiento de comorbilidad emocional y problemas de conducta, porque eso podría proporcionar objetivos para la intervención.

En este artículo pretendemos proporcionar una introducción al constructo de EE, como es medido y aplicado a la relación padre-hijo en niños con desarrollo típico y población TEA; así como describir el proceso de traducción y adaptación cultural en castellano del manual de emociones expresadas para padres/madres y cuidadores de niños con TEA; Autism Specify Five Minutes Sample Speech (ASFMSS).

Además, este estudio aportará la traducción de este manual de emociones expresadas en trastorno del espectro autista para poder ser usada en los países hispano hablantes.

El constructo de emociones expresadas

EE es un constructo que describe aspectos de la relación afectiva entre dos personas. Puede ser

medido de diferentes formas y contiene distintos dominios caracterizados por afecto, criticismo/hostilidad o comentarios negativos, la calidad de la relación diádica y la sobreimplicación emocional.

EE fue primero explorada en pacientes con Esquizofrenia y sus familiares (8). El nuevo hallazgo, apoyado por estudios robustos, fue que pacientes con Esquizofrenia que vivían con familiares que expresaban altos niveles de EE hacia los pacientes demostraron una mayor proporción de recaídas (10).

Camberwell Family Interview (CFI)

El concepto de EE y el esquema original de codificación fue derivada desde la información obtenida en la CFI (8). Esta entrevista semi-estructurada permanece como el instrumento *gold standard* para valorar el clima emocional entre dos individuos. Características de la relación diádica es inferida desde una descripción oral del informante de la otra persona y la naturaleza de su relación. Una calificada puntuación debería codificarse a través de grabaciones de audio en 5 escalas:

1. Comentarios críticos (contaje de frecuencia)
2. Hostilidad (puntuado entre 0-3)
3. Comentarios positivos (contaje de frecuencia)
4. Sobreimplicación emocional (EOI) (puntuado entre 0-5)
5. Afecto (WAR) (puntuado entre 0-5)

Las puntuaciones para Hostilidad, Afecto y EOI son puntuaciones evaluadas globalmente al final de la entrevista. A pesar de ser el *gold standard*, varias cuestiones han limitado el uso de CFI y otras medidas han sido desarrolladas y extendidas como por ejemplo el tiempo de aplicación superior a 60 minutos y tiempo de corrección superior a 120 minutos.

Five Minute Speech Sample (FMSS)

El FMSS es la escala más extensamente usada como medida breve (11). Tiene la ventaja de estar basada en la CFI, es rápida de administrar tomando menos tiempo para codificar y requiere menos aprendizaje para usarlo. Los padres/madres (u otros familiares) son instruidos para hablar del niño

“objetivo” durante un período de 5 minutos. El padre es preguntado para que hable sobre el niño, sobre los últimos 6 meses, lo que le ha gustado de él, sobre qué clase de persona es el niño, la relación que tienen padre/madre- hijo, y cómo se llevan los dos.

Seis dominios diferentes de EE son codificados desde el FMSS:

1. **Enunciado inicial (IS):** la primera declaración que el padre hace sobre su hijo (codificado como positivo, neutral o negativo).
2. **Criticismo (CC):** comentarios negativos del padre sobre su hijo (codificados como contaje de frecuencias).
3. **Relación (REL):** evidencia de que el padre disfruta y valora el tiempo que emplea con su hijo
4. **Comentarios positivos (CP):** cualquier declaración sobre el niño el cual sea positivo en su naturaleza (codificado como contaje de frecuencia).
5. **Insatisfacción (IN):** describe conductas desfavorables del niño, características o rasgos de personalidad, pero no son suficientes para encontrar el criterio criticismo (codificado como presente o ausente).
6. **Sobreimplicación emocional (SIE):** desglosado en componentes específicos: conducta de autosacrificio / sobreprotectora, pantalla emocional (cuando uno de los padres llora o es incapaz de hablar), excesivo detalle (puntuado cuando una cantidad desmedida de información es dada sobre el pasado lejano del niño), y declaración de actitud (puntuado cuando el encuestado expresa unos fuertes sentimientos de amor para el familiar o complacencia de hacer cualquier cosa para el niño en el futuro).

Las dimensiones de esta herramienta se utilizan con una puntuación final dicotómica de alta/bajo nivel de EE basado en los criterios de dicho manual (11). Altos niveles de EE representa a padres/madres que son críticos así como emocionalmente sobreimplicados en la relación afectiva con sus hijos. Niveles bajos de EE representa al grupo de padres que no se muestran críticos con su hijo y no se evidencian niveles altos de sobreimplicación emocional.

Algunos estudios han demostrado que existe un buen nivel de validez y fiabilidad inter evaluadores entre la entrevista CFI y el FMSS (11). Sin embargo,

otros estudios sugieren que el FMSS tiende a subestimar los niveles altos de EE en comparación con la entrevista CFI, un problema que ha podido ser parcialmente remediado con la inclusión de una puntuación límite “borderline” puntuando alto nivel de criticismo ó SIE (12). Como la entrevista CFI, el instrumento de FMSS fue inicialmente creado para valorar el ambiente relacional de pacientes con trastorno mental grave. Sin embargo, recientemente existen muchos estudios que han evaluado este constructo en familias de niños y adolescentes (7,13,14). Esto ha conducido el cuestionamiento de si esta prueba era adecuada en investigación para los más jóvenes, en especial para los niños con problemas del neurodesarrollo como el TEA (7,15,16,17). Con la intención de llevar a cabo esta cuestión, Beck et al. (2004) exploraron la fiabilidad del FMSS en padres de niños con discapacidad intelectual con hallazgos favorables a nivel de parámetros psicométricos de validez y fiabilidad para las puntuaciones de alto/bajo nivel de EE (18).

El Cuestionario de Familia (FQ)

El FQ (19) es un cuestionario breve auto-rellenable para evaluar EE. Los miembros de la familia deben de puntuar 20 ítems en una escala de 4 puntos relacionado con sus sentimientos hacia su hijo/a. 10 ítems pertenecen a criticismo/hostilidad. (por ejemplo, “el/ella me irrita” ó “ yo intento no criticarle”) , mientras que los otros 10 ítems pertenecen a sobreimplicación familiar (por ejemplo, “ yo con frecuencia pienso sobre si le habrá ocurrido algo” o “ Tengo que dejar de hacer cosas importantes para poder ser capaz de ayudarle”). El objetivo de esta escala es poder ofrecer una escala breve que sea más fácil de administrar en menos tiempo que las otras escalas CFI ó FMSS. El FQ está validado con la CFI en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia (19); En este estudio la consistencia interna fue evaluada en dos muestras, con una puntuación de Cronbach alpha de 0.92 y 0.90 para criticismo (CC) y 0.79 y 0.82 para EOI (19). Aunque estos estudios sugieren que FQ tiene un factor estructural claro, buena consistencia interna de las subescalas y aceptable relación con CFI, se necesita estudios de validación futuros para

validar todos los componentes de EE acorde a CFI con respecto a la utilidad predictiva de esta escala en relación con los reingresos en los individuos diagnosticados de Esquizofrenia.

Muestra de discurso de cinco minutos específica para el autismo (ASFMSS)

El ASFMSS se basa en Five Minutes Speech Sample (11) y Preschool Five Minutes Speech Sample (15) y fue diseñado para su uso con padres de niños preadolescentes con trastornos del espectro autista. El uso generalizado del FMSS ha ayudado a estimular la investigación de la EE al ofrecer a los investigadores una forma más rentable de evaluar la EE en comparación con el CFI, que es mucho más largo. Sin embargo, se han planteado dudas sobre su aplicabilidad a niños con autismo, más particularmente sobre la precisión de los criterios FMSS utilizados para calificar las críticas entre los padres/madres de niños con autismo (7,15,16). En respuesta a estas preocupaciones, Daley y Benson (15) desarrollaron el ASFMSS como un enfoque modificado para evaluar la EE en las familias de niños con autismo y trastornos relacionados (15). La preocupación subyacente es que el comportamiento difícil y desafiante de los niños con TEA puede llevar a los padres a describirlos de formas más negativas durante una muestra de habla de cinco minutos, lo que no refleja con precisión la calidad de la relación, sino más bien la naturaleza del comportamiento del niño.

Teniendo en cuenta estas cuestiones, el ASFMSS realiza variaciones con respecto al FMSS. Este manual específico para población TEA consta de 6 medidas; cuatro escalas globales: 1. declaración inicial (IS); 2. relaciones (REL), calificadas como positivas, neutrales o negativas; 3. calidez (WAR, recién agregado); y 4. la sobre-implicación emocional (EOI) se califica como alta, moderada o baja. También hay dos recuentos de frecuencia: 5. comentarios críticos (CC) y 6. comentarios positivos (PC. recién agregado). Para reflejar mejor cómo los padres suelen describir a sus hijos autistas, el ASFMSS otorga una calificación de EE alto si la muestra del habla contiene al menos una escala global negativa (IS, WAR, REL) y un número mayor de CC que de PC.

Esto contrasta con el FMSS, donde se respalda una alta EE cuando se otorga una calificación de alta crítica o alta EOI. Además, a diferencia del FMSS, el ASFMSS también proporciona una puntuación para EE moderado o "límite", que se asigna si la muestra del discurso contiene al menos una calificación global negativa en IS, WAR o REL o más CC que PC. Finalmente, se asigna una calificación de EE bajo en ausencia de EE alto o en el límite. Benson et al. (2011) evaluaron 30 muestras de voz seleccionadas al azar por tres evaluadores diferentes. La confiabilidad entre evaluadores y la confiabilidad del código-recodificación en dos ocasiones separadas, para los seis componentes del ASFMSS y para la puntuación total de EE, estuvieron en el rango de bueno a excelente (20).

Además, la EE se ha explorado en familias de jóvenes con desarrollo típico (TD) con otra psicopatología (21), así como en familias de personas con trastornos intelectuales y del desarrollo (18, 22). En familias de niños TD, los niveles más altos de crítica de los padres se han asociado con un comportamiento infantil más problemático en múltiples puntos del curso de la vida (13,22,23,24).

Finalmente, en los últimos años se han incrementado los estudios que destacan el importante papel de la emoción expresada por los padres en el curso de diferentes patologías durante la niñez y adolescencia tales como; trastornos alimentarios (25,26,27), TDAH (28), problemas de conducta (29, 30), psicosis temprana (31,32) y trastornos afectivos (33).

Método Adaptación del Manual ASFMSS al idioma español

El proceso de traducción y adaptación cultural se llevó a cabo según la metodología de Ramada-Rodilla (2013), primera fase (34). *Capacitación:* Antes del presente estudio, uno de los miembros de nuestro equipo (MRG) recibió una sesión de capacitación en inglés en Londres sobre el uso y la puntuación del ASFMSS por uno de los autores principales, el profesor David Daley. MRG completó con éxito el curso de administración y puntuación del ASFMSS, impartido en el Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencia del King's College de Londres. *Traducción (paso 1).* El segundo paso fue la traducción

del manual al español para la administración y puntuación de ASFMSS por parte de uno de los miembros bilingües del equipo (IND) y revisado por MRG, incluyendo un *resumen de los puntos más importantes (paso 2)*. Otro psiquiatra bilingüe (IHO) luego retrotradujo (paso 3) la versión en español del manual al inglés. La traducción inversa fue revisada por IND y MRG de forma independiente, quienes compararon con la versión original y coincidieron en un alto nivel de concordancia (Tabla 1). *Adaptación cultural (paso 4).* Una vez realizadas estas dos tareas, se llevó a cabo una reunión de adaptación cultural por parte de todos los miembros del equipo, incluyendo una revisión por parte de un investigador monolingüe español (ARM) que participó en el proceso de comprensión y adaptación cultural de la versión final en español.

Se realizaron cambios menores después de esta reunión para adaptarse mejor a nuestra cultura, principalmente algunas expresiones coloquiales en los ejemplos que requerían adaptación cultural (Ver [Anexo I_ Manual ASFMSS](#), [Anexo II_ Normas de Administración](#) y [Anexo III_ Formulario de puntuación](#)).

Prueba previa (paso 5). Una vez finalizada la versión final, el paso final fue comprobar la validez de contenido por juicio de expertos. Seleccionamos a tres expertos independientes, un psicólogo clínico infantil, un psiquiatra infantil y un psiquiatra de adultos con experiencia en el uso de las herramientas de emociones expresadas existentes. Fueron seleccionados de acuerdo con los principales criterios de Skjong y Wentworht (2000): (a) experiencia en evaluaciones clínicas e investigación, (b) disponibilidad y motivación (c) imparcialidad y adaptabilidad y (d) reputación de la comunidad; todos ellos eran investigadores junior, pero con más de diez años de experiencia como clínicos (35). Los expertos completaron la escala de validez de contenido de Escobar Pérez y Cuervo Martínez (2008) para puntuar las siguientes dimensiones: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia para cada categoría de emoción expresada, con una valoración del 1 al 4, siendo el 4 la máxima valoración y 1 la mínima para las siguientes categorías; declaración inicial, calidez, relación, emoción-sobreimplicación, comentarios críticos y comentarios positivos (36) (Tabla 2).

Tabla 1. Proceso de Traducción, Adaptación Cultural (fase 1) y Validación (fase 2).

FASE 1. TRADUCCION Y ADAPTACIÓN CULTURAL				
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5
Traducción directa	Síntesis de traducciones	Traducción inversa	Consolidación comité expertos	Pre-test
Informe del proceso				
Versión traducida y adaptada culturalmente				
FASE 2. VALIDACIÓN				
Fiabilidad	1. Consistencia interna 2. Fiabilidad intra-observador 3. Fiabilidad inter-observador			Versión Validada
Validez	1. Validez aparente 2. Validez de contenido 3. Validez de criterio 4. Validez de constructo			

Fuente: Tabla obtenida de Romada-Rodilla et al., 2013

Tabla 2. Escala de Validación de Contenido. Adaptado de Escobar y Cuervo (2008).

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA <i>Las categorías que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.</i>	1 No cumple con el criterio	Las categorías y ejemplos no son suficientes para medir cada dimensión.
	2. Bajo Nivel	Las categorías y ejemplos miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total.
	3. Moderado nivel	Se deben incrementar algunas categorías y ejemplos para la poder evaluar la dimensión completa.
	4. Alto nivel	Los categorías y ejemplos son suficientes.
CLARIDAD <i>Las categorías se comprenden fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.</i>	1 No cumple con el criterio	Las categorías no están claras.
	2. Bajo Nivel	Las categorías requieren bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras, de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos de cada categoría.
	4. Alto nivel	Las categorías están claras, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA <i>Las categorías tienen relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.</i>	1 No cumple con el criterio	Las categorías no tienen relación lógica con la dimensión
	2. Bajo Nivel	Las categorías tienen una relación tangencial con la dimensión.
	3. Moderado nivel	Las categorías tienen una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Alto nivel	Las categorías se encuentran completamente relacionadas con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA <i>Las categorías son esenciales o importantes, deben de ser incluidas.</i>	1 No cumple con el criterio	Las categorías pueden ser eliminadas sin que afecte a la medición de la dimensión
	2. Bajo Nivel	Las categorías tienen alguna relevancia, pero otra categoría podría medir esta dimensión.
	3. Moderado Nivel	Las categorías son relativamente importantes.
	4. Alto Nivel	Las categorías son muy relevantes y deben de ser incluidos.

CUMPLIMIENTO DE NORMAS ÉTICAS

Esta investigación no involucra participantes humanos. No fueron necesarios por consiguiente consentimientos informados. Los investigadores no tienen ningún potencial conflicto de interés. El profesor Benson y el profesor Daley tienen los derechos de autor y propiedad intelectual del manual de ASFMSS. Han sido informados sobre la publicación del manual en idioma español y lo han aceptado.

El estudio se llevará a cabo siguiendo los principios desarrollados por la Asociación Médica Mundial, descritos en la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Los resultados de las escalas cumplimentadas a juicio de los expertos muestran un buen nivel de concordancia para todas las dimensiones del manual: *Declaración Inicial, Calidez, Relación, Sobreimplicación Emocional, Comentarios Críticos y Comentarios Positivos*. Todos los expertos coincidieron en un nivel entre moderado (3) y alto (4) para suficiencia, claridad, coherencia y relevancia para Declaración Inicial, Calidez y Sobreimplicación Emocional y un nivel alto (4) para Relación, Comentarios Positivos y Críticos como podemos ver en los gráficos (Ver Figura 1).

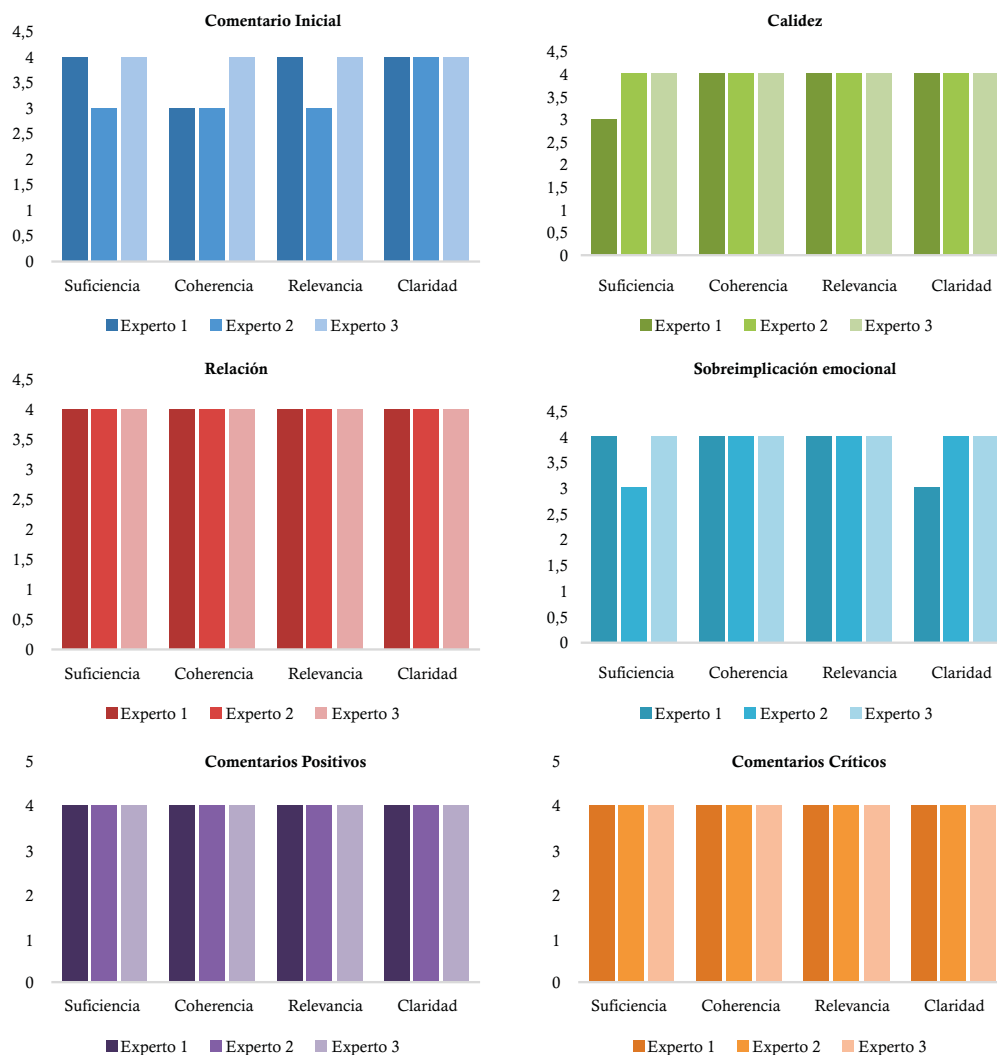


Figura 1. Juicio de los Expertos.

DISCUSIÓN

En este estudio realizamos una descripción del constructo de EE y su reciente utilización en padres/madres de niños con TEA como reflejo de la relación existente padre/madre-hijo, gracias a adaptación realizada por Benson et al, 2011 del manual FMSS a familiares de niños con TEA, con la creación del ASFMSS, teniendo en cuenta sus características y cómo puede afectar a un padre/madre a la hora de describir la relación con un hijo con TEA ó trastornos relacionados. Un ejemplo son las descripciones de comentarios relacionados con características propias del TEA que se podrían considerar como comentarios negativos en el FMSS y como podemos ver en el manual adaptado a TEA ([Anexo I](#), ASFMSS), esto no se tiene en cuenta en el mismo y se puntuaría como comentarios “neutros” y propios del TEA. Durante la traducción de este, hemos consensuado los diferentes ejemplos propios de esta población para que sean lo más fiable posible acorde al manual original y adaptarlo a nuestra cultura, ya que debido a las diferencias culturales algunos ejemplos eran considerados como poco espontáneos en nuestra habla coloquial si se traducían literalmente.

Consideramos que este estudio no solo se suma a la literatura sobre EE y TEA, sino que también tiene importantes implicaciones clínicas, ya que agrega una nueva herramienta en la población de habla hispana para evaluar el entorno emocional en el que se desarrollan estos niños. Ha habido relativamente poca investigación sobre el papel de los factores familiares en las personas con TEA. Es probable que el fuerte papel de las influencias genéticas en el autismo sea una explicación parcial del descuido en esta área ya que el impacto negativo en las familias de la visión ahora desacreditada de que los “padres frigoríficos” también pueden haber jugado un papel causal en la supresión de la investigación en esta área ([37](#)).

Sin embargo, se reconoce que el entorno familiar es un factor significativo para el desarrollo y/o mantenimiento de la psicopatología entre los niños TD ([21,37](#)) y para la población con TEA ([38, 39, 40](#)) y por este motivo consideramos que la traducción de este manual puede ser enriquecedor para seguir estudiando el impacto que tiene el ambiente familiar en la psicopatología coexistente en esta población.

Las fortalezas de este estudio incluyen su método cuidadoso para hacer la traducción, la adaptación cultural y la validez de contenido para tener una versión en español robusta del instrumento ASFMSS que proporciona una medida confiable de EE en español para la población con TEA y trastornos relacionados, a pesar de las diferencias en lengua y cultura. Después de este trabajo obtuvimos la autorización de los autores para publicar la versión en español del manual para futuras investigaciones en países de habla hispana.

Este estudio está limitado por el hecho de que solo un miembro del equipo (MRG) fue capacitado para la sesión de capacitación en inglés en Londres sobre el uso y la puntuación del ASFMSS por uno de los autores principales. Además, sería necesario completar el proceso de validación, haciendo la segunda fase, de acuerdo con el método de Ramada-Rodilla (2013) ([34](#)). Por este motivo, en estos momentos, nuestro equipo también está realizando un estudio de validación multicéntrico en curso con una muestra de 70 ASFMSS, que permitirá la difusión de esta valiosa técnica.

Otra de las limitaciones que encontramos es la falta de instrumentos *gold standard* que puedan medir de manera objetiva y englobar la complejidad de las relaciones vinculares paterno-filiales a través de la narrativa de los padres. Este instrumento, aún siendo el único validado para medir las emociones expresadas de los padres/madres de niños con TEA, se basa tan sólo en el análisis de la narrativa de estos padres registrada durante cinco minutos. Finalmente, destacamos que este estudio describe algunas evidencias de que los altos niveles de emociones expresadas tienen efectos significativos en la salud mental de los niños con TEA y la utilidad que podría tener el contar con esta herramienta para evaluar el entorno emocional donde se desarrolla esta población. Sin embargo, el constructo de EE se ha aplicado recientemente a familias de personas con TEA y trastornos relacionados, como se describe en la revisión de Romero et al., 2018 y se necesita más investigación para comprender completamente la naturaleza de EE de estos padres/madres y el efecto sobre los problemas de salud mental coexistentes en esta población.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
2. Grzadzinski R, Huerta M, Lord C. DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): An opportunity for identifying ASD subtypes. *Molecular Autism*. 2013;4(1). <https://doi.org/10.1186/2040-2392-4-12>
3. Romero M, Aguilar JM, Del-Rey-Mejías Á, Mayoral F, Rapado M, Peciña M, Barbancho MÁ, Ruiz-Veguilla M, Lara JP. Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorder: A comparative study between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnosis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2016;16(3): 266-75. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.03.001>
4. Lai MC, Kassee C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, Szatmari P, Ameis SH. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(10): 819-29. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)
5. Lundström S, Reichenberg A, Melke J, Råstam M, Kerekes N, Lichtenstein P, Gillberg C, Anckarsäter H. Autism spectrum disorders and coexisting disorders in a nationwide Swedish twin study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2015;56(6): 702-10. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12329>
6. Hallett V, Ronald A, Happe F. Investigating the association between autistic-like and internalizing traits in a community-based twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009;48(6): 618-27. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819f7116>
7. Hastings RP, Lloyd T. Expressed emotion in families of children and adults with intellectual disabilities. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2007;13(4): 339-45. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20173>
8. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 1976;15(2): 157-65. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1976.tb0021.x>
9. Romero-Gonzalez M, Chandler S, Simonoff E. The relationship of parental expressed emotion to co-occurring psychopathology in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*. 2018;72. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.10.022>
10. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*. 1998;55(6): 547-52. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.6.547>
11. Magaña AB, Goldstein MJ, Karno M, Miklowitz DJ, Jenkins J, Falloon IRH. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*. 1986;17(3): 203-12. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(86\)90049-1](https://doi.org/10.1016/0165-1781(86)90049-1)
12. Hooley JM, Parker HA. Measuring expressed emotion: An evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*. 2006;20(3): 386-96. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.3.386>
13. Baker BL, Heller TL, Henker B. Expressed emotion, parenting stress, and adjustment in mothers of young children with behavior problems. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2000;41(7): 907-15.
14. Boger KD, Tompson MC, Briggs-Gowan MJ, Pavlis LE, Carter AS. Parental Expressed Emotion Toward Children: Prediction From Early Family Functioning. *Journal of Family Psychology*. 2008;22(5): 784-8. <https://doi.org/10.1037/a0013251>
15. Daley D, Benson PR. Manual for coding expressed emotion in parents of children with autism spectrum disorders: The autism-specific five-minute speech sample Boston: Center for Social Development and Education, University of Massachusetts; 2008.
16. McCarty CA, Weisz JR. Correlates of expressed emotion in mothers of clinically-referred youth: An examination of the five-minute speech sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2002;43(6): 759-68. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00090>
17. Wamboldt MZ, Wamboldt FS. Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000;39(10): 1212-9. <https://doi.org/10.1097/00004583-200010000-00006>

18. Beck A, Daley D, Hastings RP, Stevenson J. Mothers' expressed emotion towards children with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2004;48(7): 628-38. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2003.00564.x>
19. Wiedemann G, Rayki O, Feinstein E, Hahlweg K. The Family Questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*. 2002;109(3): 265-79. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00023-9](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00023-9)
20. Benson PR, Daley D, Karlof KL, Robison D. Assessing expressed emotion in mothers of children with autism: The Autism-Specific Five Minute Speech Sample. *Autism*. 2011;15(1): 65-82. <https://doi.org/10.1177/1362361309352777>
21. Peris TS, Miklowitz DJ. Parental Expressed Emotion and Youth Psychopathology: New Directions for an Old Construct. In *Child Psychiatry and Human Development*. 2015;46(6): 863-73. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0526-7>
22. Chadwick O, Kusel Y, Cuddy M. Factors associated with the risk of behaviour problems in adolescents with severe intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2008;52(10): 864-76. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01102.x>
23. Daley D, Sonuga-Barke EJS, Thompson M. Assessing expressed emotion in mothers of preschool AD/HD children: Psychometric properties of a modified speech sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2003;42(1): 53-67. <https://doi.org/10.1348/014466503762842011>
24. Hastings RP, Daley D, Burns C, Beck A. Maternal distress and expressed emotion: cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities. *Am J Ment Retard*. 2006 Jan;111(1): 48-61. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2006\)111\[48:MDAEEC\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2006)111[48:MDAEEC]2.0.CO;2)
25. Rienecke RD, Accurso EC, Lock J, Le Grange D. Expressed Emotion, Family Functioning, and Treatment Outcome for Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2016;24(1): 43-51. <https://doi.org/10.1002/erv.2389>
26. Rienecke RD, Sim L, Lock J, Le Grange D. Patterns of expressed emotion in adolescent eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2016;57(12): 1407-13. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12594>
27. Duclos J, Dorard G, Cook-Darzens S, Curt F, Faucher S, Berthoz S, Falissard B, Godart N. Predictive factors for outcome in adolescents with anorexia nervosa: To what extent does parental Expressed Emotion play a role? *PLoS ONE*. 2018;13(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196820>
28. Musser ED, Karalunas SL, Dieckmann N, Peris TS, Nigg, JT. Attention-deficit/hyperactivity disorder developmental trajectories related to parental expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology*. 2016;125(2): 182-95. <https://doi.org/10.1037/abn0000097>
29. Psychogiou L, Moberly NJ, Parry E, Nath S, Kallitsoglou A, Russell G. Parental depressive symptoms, children's emotional and behavioural problems, and parents' expressed emotion - Critical and positive comments. *PLoS ONE*. 2017;12(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183546>
30. Hale, WW, Crocetti E, Nelemans SA, Branje SJT, van Lier PAC, Koot HM., Meeus WHJ. Mother and adolescent expressed emotion and adolescent internalizing and externalizing symptom development: a six-year longitudinal study. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2016;25(6): 615-24. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0772-7>
31. Hinojosa-Marqués L, Domínguez-Martínez T, Kwapil TR., Barrantes-Vidal N. Ecological Validity of Expressed Emotion in Early Psychosis. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00854>
32. Hinojosa-Marqués L, Domínguez-Martínez T, Sheinbaum T, Cristóbal-Narváez P, Kwapil TR, Barrantes-Vidal N. Relatives' attachment anxiety mediates the association between perceived loss and expressed emotion in early psychosis. *PLoS ONE*. 2019;14(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223425>
33. Millman ZB, Weintraub MJ, Miklowitz DJ. Expressed emotion, emotional distress, and individual and familial history of affective disorder among parents of adolescents with bipolar disorder. *Psychiatry Research*. 2018;270: 656-60. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.054>

34. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica de Mexico*. 2013;55(1): 57-66.
<https://doi.org/10.1590/S0036-36342013000100009>
35. Skjong R, Wentworth B. Expert Judgement and risk perception; 2000.
<http://research.dnv.com/skj/Papers/SkjWen.pdf>
36. Escobar Pérez J, Cuervo Martínez Á. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*. 2008;6(1): 27-36.
37. Ramachandran VS, Oberman LM. Broken mirrors a theory of autism. *Scientific American*. 2006;295(5): 63-9.
<https://doi.org/10.1038/scientificamerican1106-62>
38. Romero-González M, Marín E, Guzmán-Parra J, Navas P, Aguilar JM, Lara JP, Barbancho MÁ. Relationship between parental stress and psychological distress and emotional and behavioural problems in pre-school children with autistic spectrum disorder. *Anales de Pediatría*. 2020;94(2): 99-106.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.03.012>
39. Bonis S. Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. *Issues in Mental Health Nursing*. 2016;37(3): 153-63.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1116030>
40. Yorke I, White P, Weston A, Rafla M, Charman T, Simonoff E. The Association Between Emotional and Behavioral Problems in Children with Autism Spectrum Disorder and Psychological Distress in Their Parents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018;48(10): 3393-415.
<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3605-y>

ANEXOS

ANEXO 1

MANUAL PARA CODIFICAREMOCIONES EXPRESADAS EN PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: “THE AUTISM – SPECIFIC FIVE MINUTES SPEECH SAMPLE (ASFMSS)”

David M Daley, Ph.D.
Professor of Psychological Intervention and
Behavior Change
Division of Psychiatry and Applied Psychology
School of Medicine
University of Nottingham, Uk

Paul R. Benson, Ph.D.
Department of Sociology and Center for Social
Development and Education,
University of Massachusetts Boston
Boston, MA USA

Revisado 10 de Marzo, 2010

Traducido al Castellano por :
Marina Romero González, MD,Ph.D.
Inmaculada Navas Domenech, MD.
Isabel Hernández Otero, MD.

* *Las propiedades intelectuales y derechos de autor corresponden a los autores originales: David M Daley y Paul R. Benson.*

38 **Bases fundamentales de los cambios en la****ASFMSS****Declaración inicial**

- La declaración inicial en la Muestra del Discurso de los Cinco Minutos Específico para Autismo (*Autism Specify Five Minutes Speech Sample – ASFMSS*) es muy similar a la de la Muestra del Discurso de los Cinco Minutos (*Five Minutes Speech Sample – FMSS*). Sin embargo en la ASFMSS no se tiene en cuenta el apartado sobre los comportamientos negativos atribuidos a causas externas, ya que normalmente es complicado determinar qué se debe incluir bajo esta categoría. Por ejemplo, si los padres relacionan el comportamiento negativo con la discapacidad de su hijo o con su diagnóstico.
- En la ASFMSS se han cambiado los criterios para evaluar los comentarios iniciales que indican mejoría. Muchos de los padres que tienen un niño con una discapacidad como el Trastorno del Espectro Autista (TEA), exponen aspectos positivos (y negativos) del niño en el contexto de mejoría o de ausencia de ella. Por esta razón, si los padres mencionan la mejoría del niño o la falta de ella, dichos comentarios pueden utilizarse para calificar esta declaración como positiva o negativa, según los comentarios que realizan posteriormente.

Calidez. Esta categoría no se incluye en la FMSS. La razón de su inclusión en la ASFMSS es la siguiente:

- Una parte importante de las investigaciones realizadas sobre familias típicas, relaciona la calidez y el apoyo parental con la obtención de una variedad de resultados positivos en los niños. Aunque no se sabe mucho acerca de la calidez de las familias que tienen niños con una discapacidad como el TEA, existen razones para creer que la calidez de los padres también podría tener un efecto en el funcionamiento posterior del niño en estas familias.

Sobreimplicación emocional (SIE). Este apartado es completamente diferente al de la FMSS.

- Al igual que en la Muestra del Discurso de los Cinco Minutos en Preescolares (*Pre-school Five*

Minutes Sample Speech – PFMSS), la SIE se clasifica ahora en base a dos criterios: i) la evidencia de que existe un comportamiento sobreprotector/ autosacrificio excesivo por parte de los padres y/o ii) falta de objetividad con respecto al niño.

- Se ha excluido la respuesta emocional dada la dificultad para determinar si esta manifestación es el resultado de la dificultad con los niños con TEA, la tristeza o simplemente los niveles generales de estrés.
- Desde el punto de vista del desarrollo mental, los comentarios sobre la actitud no se evalúan en la ASFMSS dado que las fuertes declaraciones de amor y afecto hacia los niños serían apropiadas y esperadas por los padres que tienen hijos preadolescentes, incluyendo aquellos que tienen una discapacidad como el autismo. A partir de ahora las declaraciones de los padres sobre la disposición que tienen para hacer cualquier cosa por sus hijos se clasifican en el apartado de autosacrificios.
- El exceso de detalles que se aporta sobre el pasado ya no se clasifica en la ASFMSS. Dado que la población diana son los niños preadolescentes, clasificar los comentarios de los padres sobre “el pasado lejano” de los niños sería inapropiado.
- Los comentarios positivos se han eliminado del apartado de la SIE y se han incluido en una categoría independiente (véase más abajo). Las investigaciones indican que los padres que tienen un hijo con discapacidad expresan frecuentemente comentarios positivos sobre él y este punto de vista positivo sobre el niño tiene un impacto beneficioso en la familia y en el funcionamiento del niño. Por esta razón, se ha creado una categoría independiente en la ASFMSS para la frecuencia con la que se realizan comentarios positivos y se ha eliminado el apartado relacionado con la alabanza excesiva.

Relación

Esta categoría ha cambiado con respecto a la FMSS de la siguiente forma:

- Al igual que en la PFMSS, el interés por el familiar se ha reclasificado en un criterio que mide lo que los padres valoran y disfrutan la interacción con su hijo.

- Las declaraciones sobre la relación filio-parental en el pasado (hace más de un año), ya no se clasifican dado que, teniendo en cuenta la juventud de la población diana, esto sería inadecuado. Además, es muy probable que a los padres les resulte complicado recordar los detalles después de un año.

Comentarios críticos. Este apartado también ha variado ampliamente en la ASFMSS.

- Uno de los mayores cambios sobre los comentarios críticos en la ASFMSS, es la inclusión de “declaraciones de insatisfacción” y más explícitamente “críticas negativas” como un requisito para clasificar los comentarios críticos realizados sobre los comportamientos específicos de los niños. Los padres que tienen un hijo con una discapacidad como el TEA, normalmente no usan frases con alto contenido crítico como “le odio” o “me enfurece” cuando hablan sobre el comportamiento del niño, es más probable que utilicen declaraciones menos negativas como las que se incluyen en el apartado “declaraciones de insatisfacción” en la FMSS.
- Dado que el límite para clasificar los comentarios críticos es más bajo en la ASFMSS (véase más abajo), no se han tenido en cuenta los detalles sobrantes.
- Se han incluido criterios en la ASFMSS para clasificar los comentarios críticos sobre el empeoramiento o la ausencia de mejoría. Los padres que tienen un hijo con una discapacidad como el TEA a veces comentan aspectos negativos del niño en relación al empeoramiento o la ausencia de mejoría. Por esta razón, si los padres expresan comentarios críticos sobre el niño cuando están mencionando el empeoramiento o la ausencia de mejoría, estos comentarios pueden usarse para clasificar la declaración como crítica.
- Continúan aplicándose las directrices sobre la sucesión de comentarios críticos.
- Continúan aplicándose las excepciones a las normas críticas.

El manual de la ASFMSS incluye ejemplos de comentarios críticos adecuados desde el punto de vista diagnóstico y de desarrollo mental.

Comentarios positivos. Esta categoría es nueva y su inclusión ha sido importante por dos razones:

- Como se ha explicado anteriormente, las investigaciones indican que los padres que tienen un hijo con una discapacidad como el TEA, expresan frecuentemente comentarios positivos sobre él y este punto de vista positivo sobre el niño tiene un impacto beneficioso en la familia y en el funcionamiento del niño. Por esta razón, se ha creado una categoría independiente en la ASFMSS para la frecuencia con la que se realizan comentarios positivos y se ha eliminado el apartado relacionado con la alabanza excesiva.
- Los cambios en la clasificación del criticismo sugieren que habrá un mayor número de comentarios críticos en la ASFMSS que en la FMSS. Para poder realizar una comparación, es importante disponer de una categoría independiente para los comentarios positivos con criterios que los comparen a los comentarios críticos.
- Al igual que en el caso de los comentarios negativos, las declaraciones positivas de los padres sobre las conductas específicas del niño tienen que acompañarse bien de un tono positivo o bien de una declaración evaluativa por parte de los padres en la que comentan que les gusta, aprueban o aprecian el comportamiento del niño, para que sean clasificadas como comentarios positivos.
- En la ASFMSS se han incluido criterios para clasificar los comentarios positivos en los que se expresa mejoría. Los padres que tienen un hijo con una discapacidad como el TEA a veces expresan aspectos positivos sobre la mejoría del niño. Por esta razón, si los padres hacen algún comentario positivo sobre el niño cuando están describiendo la mejoría, estos comentarios pueden utilizarse para clasificar esta declaración como positiva.
- Se mantiene la clasificación para los comentarios positivos
- Se mantiene la clasificación para la descripción
- Se mantiene la clasificación para la repetición

Además de lo anterior, se han incluido en el manual ejemplos adecuados a la edad y sobre el diagnóstico.

Resumen de las escalas de evaluación de la ASFMSS

Las cuatro escalas globales de evaluación en la ASFMSS son (a) Declaración inicial, (b) Calidez, (c) Relación, (d) Sobreimplicación emocional.

- Declaración inicial. La declaración inicial se basa en el primer pensamiento o idea que expresa el entrevistado sobre el niño. Esta declaración se clasifica independientemente del resto del discurso como Positiva, Negativa o Neutra.
- Calidez: La calidez se basa en el tono de voz, espontaneidad, preocupación y empatía. Se clasifica en Alta, Moderada o Baja.
- Relación: La relación se basa en las declaraciones que describen la calidad de la relación filio-parental. Estas declaraciones se clasifican en Positiva, Negativa o Neutra.
- Sobreimplicación emocional: se valora en base a las declaraciones en las que se demuestra que los padres están excesivamente involucrados en la vida del niño. En la ASFMSS, la SIE se ha redefinido como comportamiento sobreprotector/ autosacrificio y/o falta de objetividad y se clasifica como Alta, Moderada o Baja.

Las dos medidas de frecuencia clasificadas en la ASFMSS son: (a) Comentarios críticos y (b) Comentarios positivos.

- Comentarios críticos: recuento de la frecuencia de las declaraciones negativas sobre el niño, su personalidad o su comportamiento.
- Comentarios positivos: recuento de la frecuencia de las declaraciones sobre elogios, aprobación o aprecio.

Declaración inicial

Se trata de una clasificación global, catalogada como POSITIVA, NEGATIVA O NEUTRA. La declaración inicial se define como el primer pensamiento expresado por los padres que trata específicamente sobre el hijo que padece TEA o sobre la relación filio-parental.

Si los padres comienzan su discurso diciendo algo como “no sé qué decir” o “tengo cinco hijos”, estas declaraciones no se evaluarían dado que no tratan

específicamente sobre el niño o sobre la relación filio-parental. Sin embargo, si los padres declaran “Jorge es el más joven de la familia”, esta declaración sí se puntuaría.

La fluidez natural del discurso de los padres es la mejor referencia para determinar cuándo ha finalizado su primer pensamiento o idea. Sin embargo, si después de una breve pausa, los padres usan una conjunción para continuar con su primer pensamiento o idea, el comentario adicional se debería considerar como una extensión de la declaración inicial. Sin embargo, si la conjunción se usa para iniciar un pensamiento que no está relacionado con la idea inicial, no se debe tener en cuenta cuando se evalúe la declaración inicial. Por el contrario, se debería valorar en el contexto del resto del discurso. Por ejemplo:

“Diego y yo tenemos una relación muy cariñosa, (pausa breve) y estamos muy unidos” (Positivo + Positivo = {misma idea} = Declaración inicial positiva).

vs.

“Diego y yo nos llevamos bien (pausa breve) pero lo está haciendo genial en el colegio” (Neutro + Positivo = {dos ideas diferentes} = Declaración inicial neutra y un comentario positivo)

Si el primer comentario sobre el niño es ambiguo pero se sigue inmediatamente de una declaración o frase que clarifica la declaración inicial ambigua, hay que usar el comentario posterior para clasificar la declaración inicial. Por ejemplo:

“Lucas es un verdadero payaso. Es muy divertido y extrovertido” (El comentario inicial es ambiguo, pero se aclara con la siguiente declaración puntualizando que el niño es divertido y extrovertido. Por tanto, la declaración inicial se clasificaría como positiva).

Declaración inicial positiva

Hay dos tipos de declaración inicial positiva:

- Descripción positiva del niño
- Relación filio-parental positiva

Descripción positiva del niño

Se trata de una declaración que expresa elogio, aprobación o reconocimiento sobre el comportamiento o personalidad del niño. Por ejemplo:

“Es un niño muy dulce”
“Es muy amable y cariñosa”
“Juan es un niño brillante”

Relación filio-parental positiva

Una declaración inicial clasificada como relación positiva indica que los padres y el niño tienen una buena relación. Por ejemplo:

“Juan y yo nos llevamos realmente bien”
“Tenemos una relación muy fuerte”

Declaración inicial positiva indicativa de progreso

Si en la declaración inicial de los padres sobre el niño se menciona la mejoría sin realizar ningún comentario o descripción posterior en la que se manifiesten aspectos positivos del niño o de la relación filio-parental, dicha declaración se clasifica como neutra (porque es ambigua). Por ejemplo, los siguientes enunciados se clasificarían como neutros:

“Ha ido mejorando en los últimos meses”
“Ha mejorado desde que empezó a ir al colegio”
“Mi relación con Paula ha mejorado”

Sin embargo, si la declaración inicial sobre la mejoría se continúa con un comentario que menciona claramente aspectos positivos del niño o de la relación filio-parental, se clasifica como positiva. Por ejemplo:

“María ha mejorado mucho en su lectura: ahora es una gran lectora”
“Carlos ha hecho grandes progresos en el control de su temperamento a lo largo del pasado año. Realmente es un placer salir con él”

Declaración inicial neutra

Una declaración inicial se clasifica como neutra si se da cualquiera de los siguientes:

Testimonios confusos o débiles. Una declaración inicial que no es lo suficientemente fuerte o clara para clasificarla como positiva o negativa, se clasifica como neutra. Las declaraciones en las que se usan adjetivos débiles (por ejemplo, “bien”, “de acuerdo”, “fundamentalmente”, “normalmente”, “algo así”, “parece”) entrarían dentro de esta categoría. Por ejemplo:

“Tenemos una relación normal”
“Jesús y yo nos llevamos bien”
“Normalmente Roberto se comporta bien”

Descripción neutra. Una declaración inicial que proporciona información descriptiva o específica con poco tono o sin ninguno, o proporciona información que es irrelevante para la relación filio-parental, se clasifica como neutra. Estas declaraciones se expresan de manera objetiva y no indican cómo se siente el entrevistado con respecto a su familiar. Por ejemplo:

“Tiene 9 años”
“Susana es la más joven de la familia”
“Jugamos en el parque todos los días”

Declaraciones condicionales. Las declaraciones iniciales que se puntualizan con una condición se clasifican como neutras. Las palabras que se usan normalmente en las declaraciones condicionales incluyen “desde”, “excepto”, “en general”, “a veces”, “normalmente” y “ocasionalmente”. A menudo, las declaraciones sobre la medicación son condicionales y por tanto normalmente neutras. Por ejemplo:

“A veces nos llevamos bien”
“Normalmente es un buen chico”
“Está bien siempre y cuando se tome la medicación”

Declaraciones iniciales sobre el pasado: Las declaraciones iniciales que se hacen en pasado se clasifican como neutras. Por ejemplo:

“Solía ser un buen chico”
“Era muy cariñosa cuando era pequeña”
“Solíamos divertirnos cuando jugábamos juntos”

Declaraciones iniciales positivas y negativas: Las declaraciones iniciales que incluyen tanto comentarios

42 positivos como negativos se clasifican como neutras.

Por ejemplo:

“Jesús es un niño creativo pero perezoso”
(positivo + negativo = neutro)

Declaraciones de mejoría que no proporcionan más detalles. Se clasifican como neutras (véase más arriba)

Declaración inicial negativa

Una declaración inicial se clasifica como negativa según lo siguiente:

- Descripción negativa del niño
- Relación filio-parental negativa

Descripción negativa del niño. Una declaración inicial que describe la personalidad o el comportamiento del niño de forma desfavorable se clasifica como negativa. Por ejemplo:

“Jesús es un niño horrible”
“El comportamiento de Clara es muy difícil de controlar”
“Juan hace todo lo posible para ser desobediente”

Relación filio-parental negativa. Una declaración inicial que indica que actualmente existe una mala relación entre los padres y el niño se clasifica como negativa. Por ejemplo:

“Parece que Jesús y yo siempre tenemos que estar peleando”
“Temo cuando estamos juntos”

Declaración inicial mencionando empeoramiento o ausencia de mejoría.

Si los padres mencionan que el niño o la relación filio-parental ha empeorado o no ha mejorado, sin dar más detalles o hacer ningún otro comentario posterior, se clasifica como neutra (porque es ambiguo). Por ejemplo:

“El comportamiento de María ha empeorado en la última semana”

“Fran no ha progresado mucho en el último año”

Sin embargo, si los padres prosiguen la declaración respecto al empeoramiento/falta de mejoría con un comentario negativo sobre el niño o la relación filio-parental, dicha declaración se clasifica como negativa. Por ejemplo:

“El comportamiento de Fran ha empeorado en el último año” (clasificar como neutro)

vs.

“El comportamiento de Fran ha empeorado en el último año; ha estado muy enfadado y agresivo con su hermana” (clasificar como negativo)

Advertencia: las declaraciones iniciales negativas se deben clasificar con precaución, si son ambiguas o no están claras, clasificar como neutras.

Calidez

La calidez se define como la intensidad con la que los padres expresan sus sentimientos sobre el niño. Está relacionado solo con la calidez expresada durante el discurso y no con la calidez de la personalidad del entrevistado. En la ASFMSS se clasifica como ALTA, MODERADA O BAJA.

Cuando se clasifica la calidez usando la ASFMSS es importante tener en cuenta:

- El tono de voz
- La espontaneidad
- La preocupación y la empatía

Nivel de calidez alto

Tono de voz. El tono es el criterio más importante para clasificar la calidez. Hay que estar atentos a los signos de entusiasmo cuando los padres hablan del niño y a los cambios positivos en el tono de voz cuando los padres pasan de hablar de temas neutrales a hablar del niño. Por el contrario, un discurso monótono cuando los padres están hablando del niño demuestra

una falta de calidez. Es importante que los evaluadores tengan en cuenta tanto el timbre como el tono normal de los padres además de las variaciones en el tono antes de clasificar la calidez en función del tono de voz. También es importante que la clasificación de la calidez se base únicamente en el contenido del discurso y no en la interpretación de las expresiones faciales o de otro comportamiento no verbal. Advertencia: para clasificar la calidez de los padres como alta basándonos únicamente en el tono, es necesario que se produzcan cambios positivos en el tono de forma repetida y clara a lo largo del discurso.

Espontaneidad. Dado que la ASFMSS no proporciona ninguna instrucción sobre cómo abordar los sentimientos de afecto, las muestras espontáneas de afecto, amor, aprecio, etc. dan como resultado una puntuación más alta de calidez. Para clasificar la espontaneidad de los padres como alta, deben proporcionar una descripción detallada durante su discurso precedido por una declaración donde exprese claramente afecto, amor y/o aprecio por el niño. La descripción proporcionaría al entrevistador una imagen ilustrativa sobre los aspectos positivos del niño y por qué le encanta y/o lo aprecia. Por ejemplo, los dos siguientes ejemplos de discurso se clasificarían como alta espontaneidad:

“Jesús es un hermano maravilloso. El otro día su hermana estaba triste y Jesús hizo todo lo posible para hacerla sentir mejor. Cogió algunas ceras y papel y los dos estuvieron dibujando juntos. Hicieron un dibujo precioso de un barco en el océano con un sol amarillo enorme. Se pasaron toda la tarde dibujándolo juntos. Lo he puesto en la nevera; realmente es un dibujo precioso y todo fue idea de Jesús”

“Sam y yo tenemos una relación muy estrecha. Es una relación física estrecha. A él particularmente le gusta acurrucarse conmigo en la cama por las mañanas. Viene sobre las 7am, después de que mi marido se marche a trabajar pero antes de que me levante, trepa a la cama conmigo y se cubre con la manta. Nos acurrucamos y nos abrazamos, jugamos al escondite y vemos los dibujos en la TV durante media hora antes de levantarnos. Esto ocurre casi todas las mañanas; es nuestro momento especial juntos.”

Advertencia: La espontaneidad es bastante rara; no espere encontrarla en cada discurso. Un discurso en el que se demuestra una alta espontaneidad sería algo así como un “momento Kodak” para el entrevistador, en el que se proporciona un contexto ilustrativo sobre una declaración positiva realizada previamente por los padres en relación al niño o a la relación filio-parental. Además, hay que tener en cuenta que los comentarios espontáneos no solo tienen por qué ser sobre el niño, sino que también pueden incluir comentarios sobre otras personas y sucesos si esta información sirve para ilustrar o describir una declaración positiva sobre el niño.

Preocupación y empatía. La preocupación y la empatía se definen como la capacidad del entrevistado para: (1) demostrar preocupación por el niño, o (2) demostrar la capacidad de ponerse en el lugar del niño y comprender lo que le ocurre.

Para clasificar la calidez como alta en base a la preocupación y la empatía ambas, preocupación y empatía, se deben demostrar en el discurso. Por ejemplo:

“Ahora mismo Pedro está teniendo muchas rabietas; es muy alarmante porque no quiero que se haga daño. Creemos que es porque le duele la cabeza y no entiende por qué y no puede decirle a los demás cómo se siente, de manera que ataca. Debe ser terrible tener ese sufrimiento y no entender por qué.”

Hay que tener en cuenta que la preocupación y la empatía pueden darse en momentos diferentes del discurso; no tienen por qué ocurrir (necesariamente) juntas para que se clasifique la calidez como alta.

Para clasificar la calidez de los padres como alta, se debe clasificar como alta al menos uno de los tres componentes de la calidez (tono, espontaneidad o empatía y preocupación).

Nivel de calidez moderado

Tono de voz. Para poder clasificar un nivel de calidez moderado basándonos únicamente en el tono de voz debe haber alguna prueba de entusiasmo y/o cambios positivos en el tono y el timbre de la voz cuando los padres hablan del niño. La coherencia es lo que diferenciaría el nivel alto (en el que el tono de

44 los padres cambiaría a menudo al hablar del niño) del moderado (en el que el cambio positivo en el tono de voz solo se daría de forma ocasional).

Espontaneidad. Un nivel de calidez moderado basado únicamente en la espontaneidad es poco frecuente dado que, en la mayoría de los casos, la espontaneidad o está presente o no lo está. Sin embargo, en algunos casos, los padres pueden describir más detalladamente la declaración que acaban de realizar expresando afecto, amor o aprecio hacia su hijo, pero no con la suficiente intensidad como para clasificarlo como alto. Por ejemplo:

“Juan es bueno al fútbol, le encanta jugar con su padre los fines de semana; le dan patadas al balón y se lo pasan en grande.”

“Le gusta colorear, se puede pasar todo el día en su habitación coloreando su libro; es realmente buena”

Preocupación y empatía. Se puede clasificar el nivel de calidez como moderado en base a la preocupación/empatía cuando hay pruebas que demuestran claramente la preocupación por el niño o la capacidad de ponerse en el lugar del niño y comprender lo que le ocurre (pero no ambas). Por ejemplo:

“Casi siempre acaba rompiendo sus juguetes cuando tiene una rabieta y entonces se enfada cuando se da cuenta de que sus juguetes están rotos y esto hace que se enfade aún más. Me preocupa pero es difícil saber cómo ayudarle.”

“Juan lo pasa mal cuando tiene que decirme lo que necesita. Intento ponerme en su lugar e imaginarme lo que quiere pero no siempre lo consigo; debe de ser terrible no ser capaz de decirle a la gente lo que quieres o lo que necesitas.”

Nivel de calidez bajo

Tono. La ausencia de tono se daría cuando los padres hablan de su hijo de forma monótona, sin modular la voz al hablar de su hijo (hay que tener en cuenta que para que se clasifique la calidez como baja basta con que el tono se mantenga plano, no hostil ni enfadado)

Espontaneidad. La ausencia de espontaneidad se daría cuando el entrevistado no proporciona más detalles en los comentarios que realiza sobre el amor, afecto y/o aprecio hacia su hijo. Por ejemplo:

“Es muy buena dibujando”

“Es una persona maravillosa”

Advertencia: es importante recordar que las declaraciones sin espontaneidad aún pueden clasificarse como comentarios positivos (por ejemplo, las dos declaraciones anteriores se clasificarían como comentarios positivos pero no como ejemplos de espontaneidad dado que no se proporciona ningún otro detalle).

Empatía y preocupación. La ausencia de empatía o preocupación se daría cuando los padres hablan de su hijo sin mostrar que se ponen en su lugar o que comprenden lo que le ocurre a su hijo. Por ejemplo:

“Le arrebatara los juguetes a los otros niños y luego se enfada cuando no quieren jugar con ella. ¿Por qué hace eso si le digo que no lo haga?”

“Siempre se enfada y se muerde. No lo entiendo, me desconcierta”

Para clasificar la calidez como baja se deben clasificar como bajos todos los componentes de la calidez (tono, espontaneidad y preocupación y empatía).

Advertencia: Si los padres no cumplen los criterios establecidos para clasificar la calidez como alta o baja, se clasificará como moderada.

Dos advertencias importantes en relación a la clasificación de la calidez por la ASFMS

- **Depresión**

Aunque el entrevistador sepa que el entrevistado está deprimido, no se debe tener en cuenta cuando se evalúe la calidez.

- **Comentarios críticos**

La frecuencia de los comentarios negativos no debe influir en la clasificación de la calidez.

Relación

Se define como la calidad de la relación y de las actividades conjuntas realizadas entre padre-hijo en los 12 meses previos. Es una medida general; toda información relevante que se exprese en el discurso debe tenerse en cuenta a la hora de hacer una valoración. Las calificaciones posibles son POSITIVA, NEUTRA o NEGATIVA. Para clasificar la relación en la ASFMSS, es importante tener en cuenta ambos aspectos: (1) el relato de los padres sobre su relación con el niño; y (2) el relato de los padres sobre las actividades que realizan conjuntamente con el niño y los comentarios acerca de lo que valoran y disfrutan dichas actividades.

Relación positiva

Relato de los padres sobre una relación positiva.

Una declaración directa de que los padres y el niño se llevan bien es una prueba sólida de que existe una relación positiva. Una buena relación se clasificaría como positiva a menos que la declaración directa sobre la misma se contradiga en otro momento del discurso. Por ejemplo:

“Juan y yo nos llevamos muy bien”
“Tenemos una relación muy estrecha”

Los padres relatan que disfrutan y valoran el tiempo que pasan con su hijo. Una declaración sobre lo que los padres disfrutan y valoran el tiempo que pasan con su hijo, también es indicativo de una relación positiva. Para que una declaración demuestre una relación positiva, no vale solo con que los padres simplemente indiquen que pasan tiempo con su hijo, sino que también deben indicar que disfrutan y valoran el tiempo que pasan juntos. Ejemplos de una relación positiva:

“María y yo siempre vamos a nadar juntas los martes por la tarde, siempre espero este momento con muchas ganas porque es nuestro momento especial.”
“Siempre hacemos algo de repostería durante el fin de semana; nos lo pasamos muy bien mezclando tartas y armando lío”

Relación neutra

Testimonio confuso. Un discurso que no proporcione suficientes pruebas para calificar una relación como positiva o negativa, se clasifica como neutra. Esta clasificación suele ocurrir por dos razones:

- Los padres hacen una declaración directa sobre su relación con su hijo pero incluyen un término calificativo o condicional que debilita la prueba de que sea una relación positiva. Por ejemplo:
“Nos llevamos bastante bien”
“A veces nos lo pasamos bien juntos”
- Los padres proporcionan detalles sobre las actividades que hacen juntos pero no indican que disfruten o valoren el tiempo que pasan con su hijo. El siguiente ejemplo se clasificaría como neutro:
“Vamos al parque todo el tiempo”
“Siempre saco sus Lego y construyo cosas con él”

Además, si los padres solo proporcionan información sobre cómo era o “solía ser” su relación en el pasado, la relación se debería clasificar como neutra.

Si una declaración positiva sobre la relación se contradice en otro momento del discurso, la relación se clasificaría como neutra (Advertencia: una declaración contradictoria debe referirse específicamente a la relación. No se debe clasificar la relación basándose únicamente en un comportamiento o una característica problemática e inferir que esto es lo que causa el problema en la relación).

Por último, si los padres mencionan que la relación ha cambiado radicalmente en el pasado inmediato (durante el último mes), puede que esto no sea un indicativo firme sobre la relación emocional general entre los padres y el niño y por tanto debería clasificarse como neutra.

Relación negativa

Las relaciones negativas se deben clasificar con precaución. Las clasificaciones negativas normalmente se producen cuando los padres hacen una declaración directa sobre una mala relación con su hijo. Por ejemplo.

“Simplemente no nos llevamos bien. Simplemente me ignora.”

“Temo pasar tiempo con él, es muy demandante”

Es importante recordar que una relación negativa solo se puede clasificar como tal al hacer una declaración negativa directa, siempre y cuando esta declaración no se contradiga en otro momento del discurso.

Sobreimplicación emocional

La SIE evalúa el nivel de relación emocional entre los padres y el hijo. Cuando se clasifica la SIE en la ASFMSS, se deben tener en cuenta dos aspectos:

- Pruebas del autosacrificio/sobreprotección
- Falta de objetividad con respecto al niño

Nivel alto de SIE

Autosacrificio/sobreprotección. Para clasificar la SIE como alta, deben existir pruebas claras de que los padres se han sacrificado de una forma extrema o extraordinaria y que no disfrutaban de dichos sacrificios. Hay que clasificar con precaución la SIE como alta, la declaración de autosacrificio/sobreprotección debe ser claramente “excesiva”, por ejemplo, los padres relatan que solo la madre puede proporcionar ayuda a su hijo y que debe sacrificar sus necesidades por las del niño. Por ejemplo:

“Yo no quería pero dejé mi trabajo para cuidar a Dani. Yo soy la única que realmente lo entiende así que no tuve elección.”

“Nunca he dejado a Matías con nadie más; incluso nunca he intentado dejarlo con una niñera. Paso todo el tiempo con él. Es agotador pero nadie más puede comunicarse con él así que ¿qué puedo hacer?”

Falta de objetividad. Deben existir pruebas claras de que los padres siempre piensan que su hijo tiene razón y siempre defienden su comportamiento. Por ejemplo:

“Se pelea con su hermana, pero ella siempre le cabrea.”

“La guardería siempre se queja de su comportamiento agresivo, pero solo es agresivo porque los otros niños son malos con él.”

Una vez más, es importante clasificar la SIE como alta de manera conservadora, usar solo en casos extremos.

Nivel moderado de la SIE

Autosacrificio/sobreprotección. Para clasificar la SIE como moderada, deben existir pruebas de que los padres se han sacrificado por el niño (pero no de forma extrema ni extraordinaria); además, debe haber alguna indicación de que no disfrutaban con dichos sacrificios. Por ejemplo:

“No me gusta dejar a Jesús con un extraño. Es complicado encontrar una niñera que sea buena y fiable, de manera que mi marido y yo no salimos mucho, aunque me gustaría poder hacerlo”

“Dejé mi trabajo a media jornada porque estaba preocupada por cómo Fran se las iba a apañar sin mí; echo de menos mi trabajo pero sé que hago más falta en casa.”

Falta de objetividad. Deben existir pruebas de que los padres normalmente piensan que su hijo tiene razón y normalmente defiende su comportamiento. Por ejemplo:

“Él se pelea con su hermana, estoy segura de que es ella la que normalmente empieza la pelea.”

“La guardería dice que es realmente desobediente y agresivo. Creo que la mayoría de las veces son los otros niños de la clase los que lo llevan por el mal camino.”

Si no hay ninguna prueba de SIE o las pruebas no son concluyentes para que se clasifique como moderada, se debe clasificar como baja.

Advertencia: Es importante que cuando se clasifique la SIE en función de la sobreprotección, la preocupación de los padres esté claramente asociada

a una preocupación por el niño (no preocupación por otros) cuando lo dejan al cuidado de otra persona.

Comentarios críticos

Los comentarios críticos son comentarios negativos sobre el niño, su comportamiento actual y/o su personalidad. Para medirlo, se evalúa el número total de comentarios críticos, contando cada comentario crítico por separado (siempre y cuando los comentarios no se realicen dentro de la misma declaración o pensamiento ininterrumpido). Los comentarios críticos se clasifican en función de:

- El tono
- Las frases críticas

Tono. Es posible puntuar los comentarios críticos en función del tono, incluso si la declaración no contiene ningún comentario crítico. Clasificar la crítica según el tono requiere un cierto nivel de práctica. Primero hay que establecer un punto de referencia básico en el nivel de tono del entrevistado (cada uno tiene un nivel de tono diferente). Una vez que se ha establecido esta referencia, será posible notar fluctuaciones en el tono que indicarán que se trata de un comentario negativo o positivo en función del curso del discurso. Una vez más, es importante recordar que se debe clasificar de forma conservadora, si existen dudas, no clasificar un comentario como crítico.

Frases críticas. Recuento de la frecuencia de las declaraciones que critican al niño, buscan sus defectos o puntualizan o describen características negativas o problemas de comportamiento que actualmente exhibe el niño.

Las descripciones generales negativas del niño se clasificarían claramente como críticas (ya sean dichas con un tono negativo o no). Por ejemplo:

“Julia es una niña horrible”
“Jesús es una pesadilla”

Así mismo, los comentarios negativos sobre la persistencia de las características o rasgos de personalidad del niño (el tipo de persona que es el niño) también se clasificarían como comentarios críticos. Por ejemplo:

“Nico es un niño muy poco sociable”
“Juan es muy irritable e insensible” (esto contaría como 2 comentarios críticos ya que se mencionan 2 rasgos negativos)
“María es agresiva”

También se clasifican como comentarios críticos las descripciones de comportamientos o carencias específicas del niño si se acompañan de un tono negativo o un indicativo de que a los padres no les gusta o no aprueban el comportamiento. Por ejemplo:

“Las estereotipias de Jesús son un problema real en el supermercado, lo odio”
“David es muy agresivo y difícil cuando las cosas no salen como él quiere”
”Hay momentos en los que no entiende nada de lo que digo” (dicho con un tono negativo)
“La obsesión de Pablo con los trenes realmente me molesta”
“No estoy del todo contenta con los modales de Mario en la mesa”
“Puede ser complicado salir con Francis a cenar porque a veces le dan rabieta si tiene que esperar demasiado, es todo un reto”
“Carmen se viste sola, no siempre como me gustaría” (esta última parte del comentario dicho con un tono negativo. En este caso los padres indican claramente que desaprueban la forma en la que Carmen se viste).

Advertencia: las declaraciones evaluativas de los padres no solo tienen que ser explícitamente negativas sino que también deben expresar insatisfacción, irritación, infelicidad o que sea molesto o insoportable o que se desee que la situación o la persona sea diferente.

Qué no incluir como comentario crítico

No clasificar como comentario crítico una declaración puramente descriptiva de los padres sobre el comportamiento o carencia del niño que además no se acompañe de un tono negativo o un indicativo de que a los padres no les gusta o no aprueban este comportamiento. Por ejemplo:

“Miguel no habla” (dicho con un tono neutro)

48

“Pablo no es capaz de leer”
“A Pedro le gusta dar vueltas”

No clasificar como comentario negativo aquellos que se realicen en el pasado. Por ejemplo:

“El comportamiento de Juan solía ser horrible”
“Iván era muy agresivo cuando no se salía con la suya”

No considerar como comentarios críticos independientes 2 o más comentarios que se realizan dentro del mismo pensamiento o declaración ininterrumpida. Por ejemplo:

"Pablo es un niño feliz, siempre sonriendo, siempre contento con el mundo" (en este caso, se clasifica un comentario positivo aunque la declaración sobre la felicidad de Pablo se repita ya que esta repetición se produce dentro del mismo pensamiento o declaración ininterrumpida)

No clasificar las descripciones estereotipadas de los niños a menos que se acompañen de un tono negativo. Por ejemplo:

“Es un demonio”
“Realmente a veces puede ser un bicho”
“Jorge puede ser terrible por las mañanas”

Declaraciones mencionando empeoramiento o falta de mejoría

Si los padres comentan una falta de mejoría o empeoramiento sin realizar ningún comentario en el que enfatizan aspectos negativos, se clasificará como neutro. Por ejemplo:

“Dani no es tan comunicativo como solía ser con su hermano”

Sin embargo, si los padres hacen una declaración inmediatamente posterior en la que dejan claro que consideran que la falta de mejoría/empeoramiento es negativa, se clasificará como un comentario crítico. Por ejemplo:

“Dani no es tan comunicativo como solía ser con su hermano. Su hermano intenta jugar con él pero Dani lo aparta, lo ignora. Parece como si se estuviera retrayendo más en su propio mundo”

Directrices para la evaluación de una sucesión de comentarios críticos

A veces los padres pueden hacer varios comentarios críticos en una misma frase. Las pautas para puntuar esta sucesión de críticas es la misma que en la FMSS y son las siguientes:

- Las declaraciones sobre comportamientos no relacionados se clasifican como comentarios críticos independientes. Por ejemplo:
“David tiene muy mal genio, siempre está enfadado y desobedece”

Al haber descrito dos comportamientos no relacionados (mal genio/enfado y desobediencia), se puntuará como dos comentarios críticos.

- Las declaraciones sobre comportamientos relacionados o similares se clasifican como un solo comentario crítico.
“Es muy destructivo, rompe todo sus juguetes, y mis plantas del jardín, lo destruye todo.”

Dado que todas las declaraciones del ejemplo anterior están relacionadas con la destructividad del niño, se puntuaría como un solo comentario crítico.

“No tiene ningún objetivo, nunca se sienta a hacer nada, todo lo que hace es vagar por la casa metiendo las narices en todo.”

Dado que los tres comentarios implican una falta de objetivo, se puntuaría como un solo comentario crítico.

Advertencia importante sobre la clasificación de los comentarios críticos

Los comentarios críticos tienen que ser la opinión de los padres. Por ejemplo:

“Jesús es un niño muy destructivo.”

no

“La profesora de Jesús dice que es un niño muy destructivo.”

Comentarios positivos

Los comentarios positivos son declaraciones de amor, elogios, aprobación o aprecio hacia el niño, su comportamiento y/o su personalidad. Para medir este punto, se evalúa el número total de comentarios positivos, contando por separado cada comentario positivo incluso si los padres hacen comentarios idénticos o similares en otros momentos del discurso. Los comentarios positivos se clasifican teniendo en cuenta:

- El tono
- Las frases positivas

Tono. Es posible clasificar los comentarios positivos en función del tono, incluso si la declaración no contiene ningún comentario positivo. Clasificar la crítica según el tono requiere un cierto nivel de práctica. Primero hay que establecer un punto de referencia básico del nivel de tono del entrevistado (cada uno tiene un nivel de tono diferente). Una vez que se ha establecido esta referencia, será posible notar fluctuaciones en el tono que indicarán que se trata de un comentario negativo o positivo en función del curso del discurso. Una vez más, es importante recordar que se debe clasificar de forma conservadora, si existen dudas, no clasificar un comentario como positivo.

Frases positivas. Recuento de la frecuencia de las declaraciones que elogian o que indican aprobación o reconocimiento del niño. Las declaraciones globales positivas sobre el niño contarían como comentario positivo. Por ejemplo:

“Miguel es maravilloso”

“Susana es una niña fantástica”

“Juan es especial, es único” (advertencia: en este caso es importante tener en cuenta el tono y el contexto para aclarar que esta declaración es positiva)

Una declaración positiva de los padres sobre la persistencia de las características o rasgos de personalidad del niño (el tipo de persona que es el niño) también contaría como comentario positivo. Por ejemplo:

“Clara es muy cariñosa.”

“Jorge es muy creativo.”

“Marcos es un niño muy sociable.”

Además también se consideran como comentarios positivos aquellas descripciones sobre comportamientos específicos del niño, sus preferencias, habilidades o competencias cuando se acompañan de un tono positivo o un comentario evaluativo de los padres indicando que les gusta o valoran dicho comportamiento, habilidad o competencia. Por ejemplo:

“Juan es muy bueno haciendo puzzles y compecabezas” (dicho con tono positivo)

“Miguel es uno de los mejores estudiantes de matemáticas de quinto, lo cual es fantástico”

“David es un genio al ajedrez; casi siempre nos gana a mí y a su padre” (dicho con tono positivo)

“Marcos hace un gran trabajo haciendo cola en el supermercado, lo que hace que ir a comprar con él sea mucho más fácil”

“A Fran le encanta leer. Es muy bueno, realmente le animamos” (advertencia: si los padres solo dicen “A Fran le encanta leer,” no se clasificaría como un comentario positivo)

Advertencia: un comentario mencionando mejoría sin una descripción posterior no contaría como una declaración evaluativa positiva. Por ejemplo:

“Marta se está tomando sus medicinas sin ningún problema, esto es un progreso” (dicho de esta forma, esta declaración no se clasificaría como un comentario positivo)

Declaraciones mencionando mejoría

Si los padres comentan una mejoría del niño sin mencionar ningún comentario posterior en el que

enfaticen aspectos o habilidades positivas del niño, se clasificará como neutro:

“Sam ha ampliado su dieta.”

Sin embargo, si los padres hacen una declaración inmediatamente después en la que claramente se enfatiza lo positivo de la mejoría, se clasificará como positivo. Por ejemplo:

“Sam ha ampliado su dieta. Antes solo comía carbohidratos; ahora come pollo, pescado y huevos. Ya no tengo que hacer una comida especial para él, lo cual es genial”

Directrices para la evaluación de una sucesión de comentarios positivos

- Las declaraciones sobre rasgos de personalidad o comportamientos no relacionados se clasifican como comentarios positivos independientes. Por ejemplo:

“Jesús es un chico brillante y es deportista”

Dado que se describen dos rasgos de personalidad (inteligencia y deportista) que no están relacionados, se puntuará como dos comentarios positivos.

- Las declaraciones sobre rasgos de personalidad o comportamientos similares se puntúan como un comentario positivo.

“Se le da bien la música, toca el piano y canta.”

Dado que todas las declaraciones están relacionadas con la habilidad del niño para la música, se puntuará como un comentario positivo.

No valorar como positivo:

- Comentarios positivos enunciados de forma negativa: por ejemplo, “no es un mal chico”, “Sam no es tonto.”
- Comentarios calificativos: por ejemplo, “es bastante bueno” o “es bastante brillante”
- Declaraciones sobre el niño realizadas en pasado.

Instrucciones para clasificar la EE (emoción expresada) en alta, baja y “límite”

En cierto modo, en la ASFMSS, las directrices para clasificar la EE como alta y baja son más sencillas que en la FMSS. La clasificación de alta EE se realiza cuando los padres (1) reciben al menos una calificación general negativa o baja y (2) tienen un mayor número de comentarios críticos que de comentarios positivos. Si no es así, se clasificaría como una EE baja.

Una clasificación de EE límite se otorgaría si los padres reciben al menos una calificación general baja o negativa en la declaración inicial, la calidez, la relación o alta sobreimplicación emocional.

ANEXO 2

PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN DE EMOCIONES EXPRESADAS PARA PADRES DE INDIVIDUOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS

Autism Specify Five Minutes Speech Sample – ASFMSS

Pautas para la administración del Manual ASFMSS:

A. Contexto

Únicamente el evaluador y la persona que será evaluada deben estar presentes en la habitación donde se realizará la entrevista. Es importante estar solo con la persona que será evaluada durante la entrevista para que él/ella no se sienta inhibido, no se distraiga y no sea interrumpido. Si esto no es posible, se debe facilitar alguna tarea de distracción (como papel y lápices de colores) para el niño/a y se le ofrecerá al/a la padre/madre la opción de sostener la grabadora y hablar por sí mismo/a. Para disminuir las interrupciones cuando la evaluación se lleva a cabo en el domicilio de la persona, solicite a los padres que descuelguen el teléfono durante los 5 minutos en los que se

administra la ASFMSS. Minimizar las distracciones e interrupciones ayudará a garantizar la consistencia y precisión de los datos.

B. Material

La calidad del equipo es muy importante, especialmente la calidad del micrófono. Asimismo, si se utiliza una grabadora con la función de iniciar la grabación automáticamente en respuesta al sonido (VOR), la función VOR debe estar desactivada. Para la administración de la ASFMSS es necesario el siguiente material:

1. Una buena grabadora
2. Un micrófono de alta calidad
3. Un cronómetro

Compruebe siempre el equipo antes de administrar la ASFMSS. El nivel de batería del equipo siempre debe comprobarse justo antes de iniciar la grabación. Es importante, para identificar a la persona evaluada cuando se realice la codificación del discurso, registrar al comienzo de la grabación todos los datos de identificación (por ejemplo, nombre del estudio, código de identificación, miembro de la familia, fecha, nombre del evaluador). *Cuando administre la ASFMSS, deje la grabadora encendida mientras da las instrucciones textuales al sujeto.*

Calcule el tiempo de la ASFMSS con un cronómetro o reloj digital para obtener resultados más precisos. Se desaconseja el uso de un temporizador con alarma ya que puede sobresaltar a la persona evaluada. Es importante que el/la padre/madre hable durante 5 minutos. Si es incapaz de continuar durante los 5 minutos completos, incluso después de haberle dado la indicación adecuada, la grabadora debe continuar grabando hasta que transcurra el tiempo.

C. Instrucciones textuales

Para garantizar la coherencia de los datos, al administrar la ASFMSS las siguientes instrucciones deben ser leídas en voz alta de forma literal:

Primera evaluación:

EVALUADOR: *Me gustaría escuchar sus pensamientos y sentimientos sobre (nombre del niño/a), con sus propias palabras y sin que yo le interrumpa con alguna pregunta o comentario. Cuando yo le pida que comience, me gustaría que hablara durante 5 minutos, explicándome qué tipo de persona es (nombre del niño/a) y cómo ha sido vuestra relación en los últimos seis meses. Una vez usted comience a hablar, prefiero no responder ninguna pregunta hasta que hayan pasado los 5 minutos. ¿Tiene alguna pregunta antes de empezar?*

Segunda y tercera evaluación:

EVALUADOR: *Me gustaría escuchar sus pensamientos y sentimientos sobre (nombre del niño/a), con sus propias palabras y sin que yo le interrumpa con alguna pregunta o comentario. Cuando yo le pida que comience, me gustaría que hablara durante 5 minutos, explicándome qué tipo de persona es (nombre del niño/a) y cómo ha sido vuestra relación desde la última vez que nos vimos/ desde la última vez que usted habló con uno de nuestros investigadores. Una vez usted comience a hablar, prefiero no responder ninguna pregunta hasta que hayan pasado los 5 minutos. ¿Tiene alguna pregunta antes de empezar?*

IMPORTANTE: *Una vez la persona empiece a hablar, el evaluador solo puede hacer un comentario. "Por favor, hábleme de cualquier cosa relacionada con (nombre del niño/a) unos minutos más".*

D. Abordando las preguntas formuladas antes del discurso.

1. "¿Qué quiere que yo le explique exactamente?" y/o "¿Quiere que empiece desde que (nombre del niño/a) era pequeño/a?"

Respuesta: “Aquello que usted considere importante sobre (nombre del niño/a) y cómo es la relación entre vosotros dos”.

2. “Quiero saber cómo está mi hija”.

Respuesta: “Creo que esta pregunta sería respondida de forma más adecuada por alguien que haya trabajado más estrechamente con (nombre del niño/a) que yo. No obstante, si usted quiere, podemos hablar más sobre esto una vez hayamos terminado la entrevista”.

E. Abordando las preguntas formuladas durante el discurso.

1. “¿Lo estoy haciendo bien?”

Respuesta: *Responda asintiendo con la cabeza o diciendo “bien”. Es mejor asentir porque la distracción es menor.*

2. “¿Cuánto tiempo me queda?”

Respuesta: “Un par de minutos más”. “Un minuto aproximadamente”.

Nota: No le diga a la persona evaluada el tiempo exacto que queda, ya que esto puede provocar que se ponga ansioso/a.

3. “¿Quieres que continúe y te hable sobre su enfermedad?”

Respuesta: “Por favor, hábleme de cualquier cosa relacionada con (nombre del niño/a) unos minutos más”.

F. Abordando problemas y preocupaciones durante el discurso.

1. Si la persona deja de hablar antes de que hayan transcurrido los 5 minutos.

Acción: Espere 30 segundos antes de actuar ya que a menudo la persona continúa hablando por sí misma.

Si es necesario, intervenga **tantas veces como sea necesario tras cada 30 segundos de silencio a lo largo de la entrevista** diciendo:

“Por favor, hábleme de cualquier cosa relacionada con (nombre del niño/a) unos minutos más”. Si aún así la persona no habla, **simplemente deje transcurrir los 5 minutos completos antes de apagar la grabadora.**

Acción: Apague la grabadora una vez transcurridos los 5 minutos y permita que la persona finalice su pensamiento o idea.

2. Compruebe en la grabadora la cantidad de tiempo real que ha hablado la persona evaluada.

G. Acciones que el evaluador no debe realizar.

1. **No diga nada** mientras la persona está hablando, ni siquiera “mm-hmm”.

2. No use las instrucciones principales, tales como “¿Podría hablarme un poco más sobre cómo es su relación con (el nombre del niño/a)?” o “¿Podría hablarme más sobre qué tipo de persona es (el nombre del niño/a)?”

3. Evite mirar a la persona mientras él/ella está realizando el discurso. Tome notas durante el discurso. No moleste a la persona evaluada de ningún modo. A algunas personas puede resultarles incómodo la falta de contacto visual, en este caso, un contacto visual mínimo puede disminuir el bloqueo verbal de la persona.

Pautas generales para la puntuación

1) Califique el discurso directamente desde la grabadora. Las transcripciones pueden usarse para mejorar la precisión o para ayudar a nuevos codificadores a familiarizarse con la codificación.

2) Cada frase del discurso debe escucharse atentamente.

3) Recuerde tener en cuenta el tono de voz en las calificaciones. Preste especial atención al uso del sarcasmo.

4) Codifique siempre moderadamente. En caso de duda no haga calificaciones que puedan derivar en una puntuación de EE alta.

ANEXO 3

Código del estudio
Codificador
Fecha

HOJA DE CODIFICACIÓN AS-FMSS

Declaración Inicial

Calidez

Sobreimplicación Emocional

Relación

Comentarios críticos

Comentarios positivos

Periodo de tiempo que han hablado los padres

Otros comentarios:

Calificación EE

EE Alta

EE Límite

EE Baja
