

112396 6

**DISEÑO Y CONFIABILIDAD TEMPORAL
INTERINFORMANTE DE LA ENTREVISTA
SEMIESTRUCTURADA PARA ESCOLARES (E.S.E)
TESIS PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA.**

DR. JOSÉ ARTURO MENDIZÁBAL RODRÍGUEZ.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL JUAN N. NAVARRO.


DR. FRANCISCO DE LA PEÑA

DR. JESUS DEL BOSQUE G.

TUTORES TEÓRICOS

ING. JOSÉ CORTÉS S.


DR. FRANCISCO DE LA PEÑA

TUTORES METODOLÓGICOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



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.

INDICE.....	2, 3
INTRODUCCION	4
ANTECEDENTES.....	8
Procesos de confiabilidad.	8
Acuerdo prueba re prueba (Temporal)	15
Confiabilidad en psiquiatria infantil.	17
Entrevistas diagnosticas.	21
<i>Generalidades.</i>	21
<i>Estructuradas.</i>	23
<i>Semiestructuradas</i>	26
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
JUSTIFICACION	34
OBJETIVO.	36
MATERIAL Y MÉTODOS	37
POBLACIÓN A ESTUDIAR.	37

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

<i>Universo</i>	37
<i>Criterios de inclusión</i>	37
<i>Criterios de exclusión</i>	37
DISEÑO	38
Tipo de estudio	38
<i>Instrumento.(ver anexo I)</i>	38
PROCEDIMIENTO	40
Análisis de la información	42
RESULTADOS	43
DISCUSION	51
CONCLUSIONES	58
BIBLIOGRAFÍA	59

INTRODUCCIÓN.

En la década de los veinte, gracias a las aportaciones teóricas del psicoanálisis (S. Freud., A. Freud, M. Klein, M. Mahler, etc.) se abordó en forma más sistematizada la atención a los niños y adolescentes; al nacimiento de las clínicas de atención infantil hacia 1923 en los E.E.U.U. siguieron sustanciales cambios en el enfoque de la salud y psicopatología de los menores de edad, con importantes repercusiones dentro del ámbito cultural. Las aportaciones teóricas y las observaciones clínicas del psicoanálisis sentaron las bases para el desarrollo de un campo de conocimientos que sustentó la creación de una especialidad y la capacitación de recursos humanos para la atención de los menores de edad. Desde la década de los años sesenta la psiquiatría infantil entró a una fase de rápido crecimiento, estimulada por los avances de la psiquiatría de adultos y el desarrollo de nuevos y más apropiados métodos de investigación clínicos y epidemiológicos (1,2).

En México, durante la misma década, varios médicos realizaron sus estudios en el extranjero, regresando como paidopsiquiatras y en 1973 fundaron el curso de Paidopsiquiatría en la UNAM. Con el transcurso del tiempo se han formado varias generaciones de especialistas y servicios de atención a la salud mental de los infantes y adolescentes. Los enfoques de diagnóstico y tratamiento han avanzado a la par de los de la psiquiatría de adultos, aunque con menor espectacularidad, en parte debido a las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

limitaciones que aún persisten en las evaluaciones diagnósticas que se apegan más a modelos teóricos que a los sistemas de clasificación internacionales como el DSM IV o el CIE 10, lo que dificulta el acuerdo entre especialistas. (1,3,4)

En la literatura internacional se ha reportado la aplicación de varias entrevistas diagnósticas, que han probado ser útiles en poblaciones clínicas y epidemiológicas de otros países, sin embargo, persisten dificultades en estandarizar las entrevistas y operacionalizar los criterios. El consenso que se ha desarrollado incluye múltiples informantes y repetición de las mediciones en el tiempo (5,6)

Para México en años recientes, De la Peña y cols, diseñaron y midieron la confiabilidad de un instrumento diagnóstico semiestructurado para adolescentes entre 13 y 19 años, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. La Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA) demostró tener una confiabilidad interevaluador y temporal similar a los instrumentos americanos así como una aplicación más expedita, con menores tiempos de capacitación y adiestramiento para su manejo por clínicos. Esta entrevista se encuentra sustentada en los criterios diagnósticos del DSM IV y actualmente se encuentra en su primera revisión. (7-11)

La psiquiatría infantil para establecer sus diagnósticos, ha basado la evaluación de niños entre 6 y 13 años de edad, fundamentalmente en los datos sobre la historia del desarrollo, el funcionamiento familiar, la conducta y el funcionamiento escolar proporcionados por los informantes indirectos (padres, maestros) y en el examen mental por medio del juego, útil para evaluar el significado de fantasías y símbolos,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mientras que la evaluación sistematizada de síntomas a partir del informante directo, prácticamente no ha sido tomada en cuenta por el supuesto de que los escolares no son lo suficientemente capaces cognoscitivamente para proporcionar información detallada en aspectos psicopatológicos. Los reportes de la escasa confiabilidad interinformante y temporal, obtenidos con diferentes entrevistas diagnósticas parecen confirmarlo. Sin embargo existen muchas patologías que pasan desapercibidas para los padres y maestros, no así para el paciente, quién posteriormente sufre las consecuencias. Por lo que muchas investigaciones se han ocupado de tratar de ahondar en la confiabilidad de los escolares (6-13 años) y su capacidad de entender las preguntas, con resultados no concluyentes (12,13,52-55)

Las entrevistas diagnósticas, deben incluir un enfoque que permita la inclusión de todas las variables, y que aborden al escolar de manera directa, con preguntas dirigidas que permitan al niño expresar sus síntomas, sin dejar el resto de la información del lado. (14,15,52,55)

Por lo anterior, pensamos en el desarrollo de una entrevista diagnóstica para escolares, basados en el modelo de la ESA, buscando un medio fácil de utilizar y comprensible para el escolar y sus padres, para obtener diagnósticos codificados por el DSM IV, en una población clínica. De acuerdo con los formatos de otras entrevistas diagnósticas incluimos versión para padres y para niños.

Los trastornos psiquiátricos no son normales a ninguna edad. La mayor parte de los niños sintomáticos no son diagnosticados ni se curan sólo con el paso del tiempo,

por lo que deben de recibir una valoración médica y, de ser necesario, un tratamiento psiquiátrico. La conducta es la variable que indirectamente facilita su atención y los trastornos internalizados pasan desapercibidos.

En nuestro país no existen investigaciones, en las que se aplique un instrumento diagnóstico semiestructurado a una población clínica entre 6 y 13 años, para codificar diagnósticos de acuerdo al DSMIV. Actualmente esta en proceso de traducción al español el K-SADS-PL, sin embargo falta tiempo aún para aplicarse en la clínica. (11)

Aunque las entrevistas diagnósticas para niños han experimentado un gran auge, persisten muchos problemas por resolver, por lo que consideramos útil explorar este campo en México, con un instrumento confiable, diseñado para nuestra población, de manejo sencillo, y sin complicadas reglas de decisión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES.

PROCESOS DE CONFIABILIDAD.

Desde el punto de vista psicométrico la confiabilidad es la reproducibilidad de las diferencias observadas entre algunos aspectos de las personas. Es importante aclarar que la mera reproducción sin discriminación no es suficiente, por lo que la replicación debe ser en términos de ordenar, categorizar o de alguna forma discriminar entre personas u objetos. (16)

La definición psicométrica de la confiabilidad dentro de la teoría clásica puede representarse como, la medida observada X que incluye la suma de 2 componentes no observados, el componente verdadero (T) y el error (E), entonces $X = T + E$. Si X_1 y X_2 , son 2 medidas en una persona seleccionada de una población definida, la T_1 , 2 representan la medida real, el promedio hipotético de múltiples medidas reproducibles y la $E_{1, 2}$ los errores independientes asociados a cada medición. La T y la E reciben el nombre de variables latentes porque no se pueden conocer exactamente (son aproximaciones observacionales). La confiabilidad se define como la proporción de la varianza (variación) de X (medida observada) que es atribuible a la medición verdadera latente (T). dada por el coeficiente de confiabilidad: $R = \frac{T}{T+E}$ que también es conocido como el coeficiente de correlación intraclase. (17)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En una población heterogénea la varianza de las mediciones reales (T) será amplia por definición, por lo que la confiabilidad será alta cuando la varianza de error sea pequeña o moderada. De cualquier manera los mismos valores de error resultaran en valores cercanos a cero del coeficiente de confiabilidad si la población es homogénea, p.ej. cuando T es cercana a cero. Esta es la razón matemática del porque las características de la población afectan la confiabilidad de cualquier procedimiento de medición. Cuando se mide una característica dicotómica, p.ej un juicio diagnóstico presente o ausente, la homogeneidad de la población es determinada por la proporción de respondedores que poseen la característica. En los estudios epidemiológicos esta proporción se denomina prevalencia del trastorno, y en los estudios clínicos se conoce como BASE RATE. Una población con heterogeneidad máxima es una con BASE RATE de 50%, la población se homogeneiza conforme se acerca al 0 ó al 100%, y el mismo número de discrepancias diagnósticas tendrá un mayor impacto sobre la confiabilidad. A la dificultad de obtener diagnósticos confiables en poblaciones homogéneas (aquellas con prevalencias bajas) se le denomina problema BASE RATE. Para el análisis de éste se requiere conocer el concepto de sensibilidad (índice de diagnósticos verdaderamente positivos) como la capacidad de identificar a los enfermos reales y de especificidad (índice de diagnósticos verdaderamente negativos) como la capacidad de identificar a los sanos reales. La suma de ambos determina el valor predictivo de un procedimiento diagnóstico, su capacidad para discriminar sano de enfermo. La confiabilidad de una medición es específica de una población. Una medición confiable en población heterogénea, puede no serlo en una homogénea. (18)

Existen diferentes parámetros estadísticos que se utilizan para medir la correspondencia entre 2 evaluadores ante una variable dicotómica, como el coeficiente pi, la Y de Yule, y el coeficiente kappa. El primero asume que la probabilidad de hacer un diagnóstico correcto en un sujeto enfermo (sensibilidad) equivale a estar acertado en determinar al sujeto sano (especificidad), lo que no es generalmente cierto, por lo que no se recomienda su uso (18). La Y de Yule se recomienda para utilizarse en casos de poblaciones homogéneas con índices de prevalencia bajos. Aunque en BASE RATE cercanos a 0 se comporta igual que kappa, se utiliza en razones de momios y es una medida más bien de asociación, limitada estrictamente a contingencias de 2x2. Algunos autores la proponen para realizar comparaciones entre poblaciones debido a que no toma en cuenta la sensibilidad y especificidad, y por lo mismo es poco precisa. La razón más importante para evitar el uso de Y de Yule como índice de confiabilidad es que conduce inevitablemente al investigador a no tomar en cuenta la medición del error. (16,18-20)

La familia de estadísticas kappa ha probado ser extremadamente útil y versátil en la evaluación y desarrollo de procedimientos y criterios diagnósticos. Kappa (k), es el coeficiente más utilizado para la estimación de la confiabilidad en los diagnósticos psiquiátricos, es definida como la concordancia observada dividida entre la concordancia posible por mera probabilidad (azar):

$$K = \frac{O - C}{1 - C}$$

O = Concordancia observada.

C = Concordancia por probabilidad (azar).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De no tomarse en cuenta, los valores serían sobre estimaciones, porque al 2 evaluadores hacer un diagnóstico, una proporción de éstos coincidirá por azar (21).

Una característica práctica importante de kappa es que puede ser interpretada en términos cuantitativos y cualitativos. En general los valores aproximados o mayores a .75 son considerados como indicadores de un excelente acuerdo, más allá de la probabilidad, y valores aproximados o menores a .40 como de pobre acuerdo. Los valores intermedios de regular a buena concordancia. (22) Sin embargo no debe perderse de vista que estas generalizaciones no siempre son correctas, debido a que el rango de kappa es modificable de acuerdo al BASE RATE.

La estadística K (kappa) ha sido objeto de diferentes críticas de las que destacan (17,19):

1. Su limitación para ser usada en estudios con población general, ya que debido a la baja prevalencia, limita el rango de kappa por la relación que ésta guarda con el BASE RATE, como alternativa se ha propuesto el uso de otros coeficientes, como Y.
2. Su limitación para la comparación entre kappa de diferentes poblaciones, debido a las diferencias en sensibilidad, especificidad e incluso procedimiento.

Las recomendaciones generales para el uso de estadísticas kappa son: La selección de acuerdo a las unidades que se están sometiendo a análisis estadístico, y periodos observacionales equivalentes al tamaño de los bloques de observación ha utilizar en el análisis de datos. Una recomendación propuesta para el manejo del problema BASE RATE ha sido la valoración secuencial, por medio de escalones de atención, escogiéndose instrumentos y recursos poco costosos en los primeros y más sofisticados en los últimos, esto, al ir seleccionando la población resuelve en buena medida el problema de bajas prevalencias, sin modificar sustancialmente los parámetros de sensibilidad y especificidad, permitiendo el uso de estadísticos como kappa. (20)

La teoría mental clásica establece que la confiabilidad restringe a la validez. Para variables dentro del rango de las pruebas mentales clásicas (inteligencia, aptitudes, aprovechamiento) es cierto por la definición del termino "true score", que es el promedio que el sujeto obtuvo de una larga serie de mediciones observadas. Se puede demostrar que: Confiabilidad = r^2 (medida observada vs "true score), y si validez = r^2 (medida observada vs variable criterio), entonces Validez = Confiabilidad; donde p denota el valor del coeficiente r de correlación de Pearson, en la población estudiada. Una variable criterio es una medida única perfecta del constructo que se esta midiendo. En este caso la confiabilidad y la validez son correlaciones cuadradas. La correlación de una medición con un valor perfecto de criterio no puede exceder la correlación de una medida con su propio true score, por lo que el criterio perfecto puede remplazarlo. La

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

confiabilidad diagnóstica difiere de esta concepción porque el true score es 0 si el paciente no esta enfermo y 1 si lo esta. (18)

En teoría la distinción es entonces clara, pero existen situaciones clínicas que dificultan esta distinción, como en el caso de un estudio de confiabilidad prueba re prueba a largo plazo p.ej 6 meses, que puede ser reportado también como de seguimiento, de curso de la enfermedad, o de estabilidad diagnóstica, que son criterios estipulados de validez; ó el caso en que el investigador habla de utilizar un estándar de oro para evaluar la confiabilidad, pero éste (diagnóstico correcto) habla de validez externa. (23)

El fracaso en reproducir mediciones o diagnósticos usualmente implica que las evaluaciones son afectadas por algunas fuentes de variación diferentes al sujeto en estudio. Algunas fuentes de variabilidad en la estimación de la confiabilidad diagnóstica son: (24,29)

A. Variabilidad en la recolección de la información: El entrevistado puede brindar información incorrecta por no entender la pregunta, falta de concentración, resistencia inconsciente o consciente, o porque el entrevistador haya formulado mal la pregunta.

B. Variabilidad en la ocurrencia: Esto depende de la estabilidad en la presentación del fenómeno clínico a medir. El entrevistado puede haber entendido bien

la pregunta y responder honestamente, pero la respuesta puede ser diferente cada vez que se pregunta, porque la condición del sujeto cambia con el tiempo.

C. Variabilidad de criterio: En función de las variaciones idiosincrásicas y culturales entre los aplicadores, en la concepción de los criterios diagnósticos empleados, y la forma de interrogarlos, así como de la experiencia del que lo realiza. Si el entrevistador pregunta utilizando términos subculturales diferentes al resto del equipo, el registro de las respuestas se modificara. La variabilidad de criterio puede disminuir considerablemente con el adiestramiento apropiado de los entrevistadores.

También pueden ser elementos de varianza la inconsistencia, el descuido o las inferencias injustificadas por parte del que diagnostica. Se puede obtener una satisfactoria confiabilidad por medio del uso de criterios diagnósticos, diagnósticos computarizados y entrevistas diagnósticas. (16)

Existen múltiples diseños útiles para evaluar la confiabilidad, entre los que se incluyen: las viñetas clínicas, las entrevistas videograbadas, el acuerdo interevaluador y los diseños prueba reprueba; el último de éstos, cubre el rango de rigurosidad requerido para examinar la confiabilidad diagnóstica. Cada diseño plantea análisis estadísticos diferentes; si hay posibilidad es preferible utilizar más de un diseño, debido a que cada uno es diferente en ventajas y limitaciones, y de esta forma, puedan ser complementarios (18)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ACUERDO PRUEBA REPRUEBA (TEMPORAL)

El más estricto de los diseños para evaluar la confiabilidad diagnóstica es la prueba reprueba, donde los sujetos son reentrevistados después de un lapso de tiempo, corto, de horas a días, o bien largo, de semanas a meses. La reproducibilidad del diagnóstico incluye a la revalidación por otro evaluador diferente, en un día distinto. Es un diseño que permite la valoración de la variabilidad de criterio, permitiendo la máxima aproximación a la conducta del entrevistador en la situación clínica o de investigación. Lo ideal es que los diagnosticadores fuesen intercambiables al azar, como serían los instrumentos de medición en un proceso manufacturado. En la práctica las mediciones completamente independientes son poco posibles, porque el entrevistado es afectado por el instrumento diagnóstico (p. ej. puede suponerse que intentan obtener información diferente a la prueba original, o deliberadamente intentar que ambas evaluaciones sean consistentes); otro problema es el tiempo entre las entrevistas (p. ej. si el lapso es amplio, el fenómeno puede haber desaparecido), en general se aceptan de 1 a 10 días como tiempo adecuado. (26-30) Un factor frecuentemente observado que complica la interpretación de este tipo de diseño, es la atenuación, que se define como la disminución de la expresión de los síntomas en la reentrevista. El pobre acuerdo entre las entrevistas puede ser entonces la resultante de un verdadero cambio clínico, ó un cambio en el desarrollo del síntoma entre el lapso de las entrevistas, ó un "efecto terapéutico" de la primera entrevista (lo que se conoce con el nombre de hipótesis de la catarsis), ó del fenómeno estadístico de "regresión al promedio", ó del mal entendido de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pensar que solamente se busca nueva información en la re prueba por lo que lo anteriormente expuesto se da por entendido y no se menciona, ó bien de la mejor apreciación del entrevistado del umbral apropiado para una respuesta afirmativa, ó de simplemente aprender a negar síntomas con el fin de reducir el tiempo de la reentrevista. Aparentemente la atenuación es mayor en los niños que en los adultos, y en población general más que en clínica. (18,27,30,31). Un paradigma relacionado con la confiabilidad prueba re prueba es el de la estabilidad temporal, donde las entrevistas son elaboradas en momentos ampliamente separados, o en admisiones hospitalarias sucesivas. Aunque ambos paradigmas utilizan evaluaciones independientes en 2 diferentes momentos, sus postulados y énfasis difieren. Según el modelo de Cloninger y cols. (32), sobre las fuentes de desacuerdo entre las evaluaciones temporales, es importante distinguir entre errores del instrumento y un cambio real en el estado clínico. En el paradigma de la estabilidad temporal se asume que ciertos elementos de error no están correlacionados entre las evaluaciones (p.ej el entrevistado olvido lo que contesto en la primera evaluación) y se admite entonces un cambio clínico real entre las evaluaciones, a lo que se denomina estabilidad. Por lo anterior se puede distinguir entre evaluar la reproducibilidad de un instrumento diagnóstico (confiabilidad) y el uso de múltiples mediciones para conformar la validez de los constructos subyacentes (estabilidad). (31,34)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONFIABILIDAD PSIQUIATRIA INFANTIL.

Caracterizar y medir la psicopatología infantil es un problema que aún esta lejos de resolverse en la investigación psiquiátrica actual. Aunque algunos investigadores y clínicos se han apegado al uso de las categorías diagnósticas, otros han pugnado por el uso de medidas dimensionales, más que discretas para evaluar la psicopatología. Por una parte los diagnósticos categóricos sirven para las decisiones terapéuticas, registrar casos, y determinar los índices del trastorno en muestras, tanto de población general, como clínicas (5, 14, 23, 26-28). La visión de modelos categóricos de psicopatología infantil y del adolescente ha dado pauta para el desarrollo de los sistemas internacionales de taxonomía psiquiátrica, como el DSM IV y el CIE 10.

Por otra parte las mediciones continuas de la sintomatología ofrecen importantes ventajas: primera, las escalas cuantitativas de psicopatología poseen un mayor poder estadístico para detectar asociaciones en una muestra determinada; segunda, pueden detectar cambios más sutiles en el curso del trastorno y los efectos del tratamiento; tercera, son por lo general más simples, breves y menos costosas para administrar que las entrevistas diagnósticas. (32,33,35) En la práctica se propone combinar ambos enfoques, como en las reglas politéticas del DSM (que solicitan un número mínimo de criterios de un listado). Ambas representaciones (categórica y dimensional) de la psicopatología se desprenden del mismo grupo de factores sintomáticos. Solo combinan la información en diferentes maneras(36,37).

Recientemente Angold y colaboradores (14,28) han desarrollado un nuevo instrumento llamado CAPA (Child & adolescent psychiatric assessment) por sus siglas en ingles, que intenta combinar las modalidades de diagnóstico que han mostrado ser de utilidad, con el objeto de maximizar la capacidad de la entrevista, combinan el modelo dimensional, el categórico y la estructura o semiestructura de las preguntas, además de tener apartados de definición de síntomas, y una sección de funcionamiento psicosocial para cada uno.

La obtención de información para la evaluación de los trastornos psiquiátricos en los niños, tradicionalmente se sustenta en los padres, los maestros, los pacientes y a veces en familiares allegados. Todos estos informantes brindan información diferente con relación a la presencia, severidad y duración de los síntomas o la conducta del niño. El clínico debe echar mano de su experiencia y entrenamiento para juzgar y reconciliar las discrepancias, y sopesar la información para concluir en un diagnóstico clínico. En los estudios epidemiológicos, la reconciliación de información de los diferentes informantes es particularmente problemática, por lo que se ha intentado combinar la información, por lo menos de los padres y del paciente con buenos resultados. En los escolares se recomienda la entrevista por separado de los padres, y existen múltiples reportes de correlación intercalase para cada diagnóstico, observándose que los pacientes reportan más trastornos internalizados y los padres externalizados. (15,27,38)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se encuentra mayor confiabilidad temporal para los diagnósticos externalizados (trastorno de conducta, desafiante oposicionista, déficit atención con ó sin hiperactividad) que para los internalizados (trastornos de ansiedad y afectivos). Esto sugiere que los primeros son más notorios y problemáticos para los padres, y los segundos son más subjetivos y transitorios. También es más alta la confiabilidad temporal e interevaluador encontrada en las entrevistas con los padres; en los pacientes aumenta con relación a la edad, modificando el acuerdo entre aquellos y éstos. (20, 26, 27, 36-41)

Dentro del campo de psicopatología infantil y del adolescente no hay que perder de vista la integración entre la evaluación y la taxonomía clínicas, que constituyen en apariencia 2 fases del mismo proceso; con la evaluación se intenta detectar las características distintivas de cada caso, mientras que con la taxonomía se intenta agrupar los casos de acuerdo a sus características distintivas. Las diferentes aproximaciones para la evaluación, sustentan la diversidad más que el apoyo en un método único. La aproximación multivariada puede evitar las decisiones clínicas forzadas entre síndromes. Registrando el grado en que cada paciente manifiesta las características de su síndrome, se transforma el registro en formato, luego en patrón y ulteriormente en perfiles sindromático. De este modo la taxonomía se deriva de las diferentes aproximaciones para la evaluación lo que evita errores que pueden originarse al combinar datos, mejorando la confiabilidad de los mismos. (5,26,36,37)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El avance entre el DSM III R (APA 1987) y el DSM IV (APA 1994) ha sido particularmente demostrativo de la trascendencia que ha adquirido la taxonomía dentro de la concepción de la psicopatología infantil y del adolescente. (8) Tomando como ejemplo el trastorno por déficit de atención con hiperactividad aumento de 14 a 18 reactivos en el criterio A, pero además en la última versión se desglosa en 9 para inatención y 9 para hiperactividad e impulsividad, modificando el criterio B a algunos síntomas antes de los 7 años, en lugar de todos como en el DSM IIIR. Se agrega el criterio de deterioro significativo social, escolar y familiar y que las alteraciones se manifiesten en por lo menos 2 de estos ámbitos. Codificándose en la última versión de acuerdo a 4 subtipos. Otro ejemplo es la nueva subtipificación del trastorno de conducta de 3 subtipos (grupal, agresivo solitario e indiferenciado) a 2 (inicio infantil o en adolescencia) de connotaciones más apegadas al curso, pronóstico, así como al manejo (3,42).

Es importante mencionar que el DSM IV no es aún una versión acabada de la clasificación taxonómica de la psiquiatría infantil. Aún existen muchos diagnósticos que siguen codificándose dentro de la psicopatología de los adultos, como los trastornos afectivos y la mayoría de los de ansiedad (45-47). Además de diagnósticos casi imposibles de codificar en la infancia como los de somatización, por los criterios que solicitan y la duración en tiempo (44). Sin embargo, las pautas taxonómicas han tendido a la unificación entre el DSM en su última versión y el CIE 10. (43) Las dificultades se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

incrementan al tener que tomar en cuenta los aspectos del desarrollo y su psicopatología, de acuerdo con la edad y el contexto de cada caso. (48,49)

Dentro de este enfoque taxonómico y de evaluación de donde se derivan los sistemas diagnósticos, ha sido posible diseñar entrevistas diagnósticas que permitan una satisfactoria confiabilidad (acuerdo entre investigadores) y validez. (25, 32)

ENTREVISTAS DIAGNOSTICAS.

GENERALIDADES.

Las entrevistas diagnósticas ofrecen ciertas ventajas sobre otros métodos de evaluación utilizados. p ej. la observación directa, las pruebas psicológicas y los cuestionarios de papel y lápiz. Las entrevistas frente a frente son buenas para establecer "rapport" y en general mantener un nivel adecuado de interés en el interrogado otorgándole mayor compromiso con su padecimiento; también dan pautas para aclarar respuestas poco claras o ambiguas y documentar el contexto y cronicidad de los síntomas. (26)

Las entrevistas diagnósticas proveen un listado de conductas síntomas y eventos blanco, y las guías para dirigir y registrar las respuestas. Sin embargo es difícil su comparación debido a que existen múltiples diferencias entre ellas. Se les puede agrupar en dos de acuerdo al nivel de estructuración impuesto a la entrevista:

Las entrevistas semiestructuradas brindan guías generales y flexibles para conducir la entrevista y registrar la información (15).

Las entrevistas estructuradas son poco o nada flexibles y proporcionan un orden específico y rígido de reactivos para la conducción y registro de respuestas(50).

Algunas de las diferencias más importantes entre las entrevistas estructuradas y las semiestructuradas se especifican en la tabla siguiente (5, 9,14,20,26,28,50-52)

PARÁMETRO	SEMIESTRUCTURADAS.	ESTRUCTURADAS.
Aplicación	Personal especializado.	"Legos" (no especializado)
Capacitación	Minuciosa y prolongada.	Intensiva y corta.
Diagnósticos	Sofisticados.	Sencillos.
Población	Clínica	General y clínica.
Conducción entrevista	Flexible.	Inflexible.
Inferencia del evaluador	Elevada.	Poca ó nula.
Estudios	Clínicos.	Epidemiológicos.
Orden de aplicación	Variable.	Estricto y predeterminado
Duración	30 a 90 min.	40 a 120 min.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dentro de las entrevistas diagnósticas para niños y adolescentes, disponibles en la actualidad, siete han alcanzado el desarrollo suficiente para usarse en la investigación clínica:

ESTRUCTURADAS.

1) D.I.C.A.: (Diagnostic Interview for Children and Adolescents)

Diseñada en la Universidad de Washington en San Luis por Herjanic y cols, con base en los criterios diagnósticos de la CIE 9 y de Feighner (1977). Pensada para poblaciones pediátricas y psiquiátricas y después utilizada en estudios epidemiológicos. En 1981 se desarrolló una versión revisada, patrocinada por el NIMH (National Institute of mental health; Instituto Nacional de salud mental), con base a los criterios del DSM III. Una última revisión en 1988 produjo la DICA-R, de acuerdo al DSM III R. Consta de 3 versiones casi idénticas, una para niños de 6 a 12 años, otra para adolescentes de 13 a 17 y otra para padres. Es una entrevista altamente estructurada, puede ser administrada por clínicos o "legos", con el entrenamiento específico. Consta de aproximadamente 200 reactivos, los síntomas se codifican si, no y a veces, se interroga al padre y al paciente por separado, el rango de edad es de mayores de 6 años. El tiempo de aplicación es de 30 a 40 minutos. La mayor parte de la entrevista esta organizada en forma temática (conducta escolar, relaciones con compañeros) pero también incluye áreas específicas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(abuso de alcohol o drogas) y secciones en función de síndromes (manía, ansiedad). La estructura de la entrevista establece puntos de corte para hacer más rápida su aplicación. La entrevista proporciona algoritmos para generar diagnósticos, incluso por computadora, y cuando se aplica por clínicos expertos permite hacerlos en base a su juicio clínico. La confiabilidad temporal (prueba reprueba) para la DICA R es mayor entre los padres y en los adolescentes que con los niños (rango K de .0 a .21 en trastornos internalizados y K de .32 a .68 para externalizados). La confiabilidad interevaluador en un porcentaje de acuerdo promedio de 89% (rango 80-95), la confiabilidad entre informantes (padre/hijo) es baja con un rango K de .03 a .68. Su validez con especificidad y sensibilidad medias. (26,52,56,57,58)

2) D.I.S.C.: (Diagnostic Interview Schedule for Children)

Desarrollada por el Instituto Nacional de salud Mental de Estados Unidos (National Institute of Mental Health, NIMH), para su uso en estudios epidemiológicos de psicopatología de niños y adolescentes entre 6 y 18 años, similar en sus propósitos al DIS (Diagnostic Interview schedule). La primera evaluación de sus propiedades psicométricas se hizo con una muestra de pacientes psiquiátricos externos y hospitalizados. Es una entrevista muy estructurada en que las instrucciones están pre especificadas, puede ser aplicada por "legos" con el entrenamiento específico adecuado,

de algunos días (3-7). Existen 2 versiones para aplicación paralela el DISC P (para padres) y el DISC C (para el paciente), la primera consta de 302 reactivos y se aplica en 60-70 minutos, la segunda de 264 y tarda 40-60 minutos. Los síntomas son evaluados como cero = no, uno =A veces, dos = sí. Existen 27 escalas sintomáticas que corresponden a los constructos diagnósticos. La estructura de la entrevista establece puntos de corte para hacer más rápida su aplicación. Brinda información sobre un amplio rango de trastornos del DSM III. La confiabilidad temporal (prueba re prueba) en lapso corto (7 días) en promedio es $r = .76$ versión padres y $r = .43$ hijos, el promedio kappa para diagnóstico .55 padres y .37 hijos. La correlación interevaluador promedio $r = .98$ de vídeo cinta. El promedio del acuerdo entre padres e hijos $r = .27$ (26,52,59).

Revisiones posteriores del instrumento resultaron en el DISC-R (2,30,59,60), el DISC 2.1 que incluso fue traducido al español y aplicado en Puerto Rico (61), y el DISC 2.3 (62,63) que codifica diagnósticos del DSM III R. Se ha comparado la confiabilidad prueba re prueba entre "legos" - psiquiatras y "legos - legos" encontrando mayores k entre los primeros. Además se ha evaluado comparándola con diagnósticos de egreso, incluso para diagnósticos poco frecuentes y calculado su sensibilidad (52,64,65). Es importante no perder de vista que su diseño original fue para población general, pero su uso ha sido muy difundido en ámbitos clínicos, lo que puede ser una limitante.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEMIESTRUCTURADAS

1) Kiddie-SADS: (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children)

Diseñada a partir del SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia), basada en los criterios diagnósticos del DSM III, DSM III-R y DSM IV y el RDC. Existen diferentes versiones:

Episodio presente, que abarca los últimos 6 meses (K-SADS-P).

Epidemiológica que hace alusión a toda la historia previa del individuo (K-SADS E).

A lo largo de la vida (K-SADS-L).

Cuarta versión revisada (K-SADS-IVR).

Presente y a lo largo de la vida (K-SADS-PL).

Es una entrevista semiestructurada, que requiere aplicación por un clínico experto y con entrenamiento en el manejo del instrumento. Consta de más de 100 reactivos, se interroga al padre y al paciente (juntos o por separado), el rango de edad es de 6 a 16 años. Los primeros 15-20 minutos son para establecer "rapport", determinar el padecimiento actual con el curso de los principales síntomas así como los tratamientos previos, continua luego la parte más estructurada que dura 30-40 minutos que se enfoca en síntomas específicos, existen 12 escalas sumarias donde se estipula la severidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

expresada como escala Lickert en 6 niveles 1 ausencia y 6 presencia de máxima severidad. La estructura de la entrevista establece puntos de corte para hacer más rápida su aplicación. Brinda información sobre depresión, somatización, trastornos de conducta, psicóticos, y neuróticos no depresivos. El diagnóstico se basa en la visión global del clínico después de la entrevista. La confiabilidad temporal (prueba re prueba) en lapso corto (3 días) en promedio es de .55, la correlación intracase de las escalas sumarias es de .68 y la confiabilidad diagnóstica tiene un rango K de .24 a .70. Para una revisión más exhaustiva se recomiendan varias fuentes(15,26,41,52,65,69,70)

2) I.S.C.: (Interview Schedule for Children)

Diseñada en la Universidad de Pittsburgh con base en los criterios diagnósticos del DSM III y DSM III R. Es una entrevista semiestructurada, orientada de acuerdo a los síntomas, que requiere de un clínico experto con un entrenamiento extenso (6 meses). Se aplica por separado al padre y al paciente. Consta de 43 síntomas principales y 12 reactivos observacionales, se interroga al padre y al paciente en entrevistas separadas, el rango de edad es de 8 a 17 años. El tiempo de aplicación es de 40 a 60 minutos. Los primeros minutos son para establecer "rapport" y determinar el padecimiento actual. Luego la parte más estructurada que se dirige hacia síntomas específicos (ej. ánimo deprimido, irritabilidad, ideación suicida) y se estipula la severidad en una escala tipo Lickert de 9 niveles (0=ausencia - 8=presencia extrema); ocho reactivos sobre examen mental; los reactivos observacionales (disminución concentración, agitación psicomotriz

); dos apartados sobre la historia del desarrollo (nacimiento, conducta sexual) y cinco impresiones clínicas (desaliño, socialización). También utiliza preguntas de "chequeo" para confirmar las respuestas iniciales. Existen 2 formas de la entrevista disponibles una para valoración inicial y otra para seguimiento. La confiabilidad temporal ha sido estudiada, en el mismo día con lapso de 2 hrs entre prueba y re prueba, con kappas de .90, .81 y .66 para Trastorno depresivo mayor, Ansiedad generalizada y TDAH respectivamente. La confiabilidad Interevaluador mostró correlación intraclase entre los síntomas principales de .89, de examen mental .86, observacionales .78 y .77 para impresiones clínicas. Para el área de historia del desarrollo el acuerdo interevaluador fue perfecto. El acuerdo padre - hijo fue de $r=.61$ con rango .02-.95. (15,34,52,71,72)

3) CAS (The Child Assessment Schedule)

Diseñada por Hodges en 1981, para su empleo con poblaciones pediátricas y psiquiátricas, aunque se ha utilizado en estudios epidemiológicos. Permite obtener información relevante para el diagnóstico a partir del niño, debe ser aplicada por clínicos expertos, y requiere del juicio clínico para su calificación, aunque también permite codificar con algoritmos diagnósticos por computadora. La entrevista consiste en 2 partes, en la primera con aproximadamente 75 preguntas se interroga al paciente acerca de diferentes aspectos que incluyen escuela, amigos, actividades, familia, temores, preocupaciones somáticas, autoimagen, ánimo (tristeza), expresión de enojo y trastornos del pensamiento. La segunda parte proporciona un formato al entrevistador

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

para registrar sus observaciones y juicios al terminar la entrevista, hay cerca de 53 reactivos que exploran las áreas de: insight, higiene y aliño, coordinación motora, nivel de actividad (incluye la valoración de lapsos de atención e impulsividad), movimientos y conductas espontáneas, estimación de la habilidad cognoscitiva, calidad de comunicación verbal y las impresiones acerca de la calidad de las interacciones interpersonales. La duración de la entrevista es de 45 min a 1 hora. Para cada respuesta se codifican en si (verdadero), no (falso), ambiguo, no-respuesta o no aplicable. En niños de 6 a 12 años el acuerdo interevaluador es de $K=0.93$, y el temporal es en promedio, $K=0.67$, para los principales diagnósticos (TDAH, Trastorno de conducta, Trastornos ansiosos y depresivos). (52,66)

4) CAPA (Child & Adolescent Psychiatric Assessment)

Diseñada dentro del programa epidemiológico de desarrollo, en la Universidad de Duke en Durham North Carolina, por Angold y cols. en 1992. En su elaboración se contempló que la entrevista no estuviese atada a un solo sistema diagnóstico por lo que se intentó codificar para DSM III R, DSM IV y CIE 10. Es una entrevista semiestructurada para aplicación epidemiológica y clínica. Combina las características de las entrevistas basadas en el investigador y las que se apoyan en el paciente. Se divide para su aplicación en 3 fases, introducción, revisión de síntomas y una sección que mide el grado de incapacidad. En la primera fase entre 10-15 minutos se establece rapport y se establece el cuadro clínico general, en la segunda se proporcionan ejemplos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

detallados de síntomas con base a un exhaustivo glosario de psicopatología, a través de las categorías diagnósticas y en la última fase se mide el deterioro en el área familiar, escolar y de esparcimiento. La entrevista incluye definiciones específicas de psicopatología, así como preguntas de salto y un apartado de 67 reactivos para calificar la conducta observada al final de la entrevista. Existen 2 versiones una para padres y otra para el paciente, de la combinación de ambas y del juicio del clínico, así como de otras fuentes de información se obtienen los diagnósticos finales. La entrevista incluye parámetros para medir severidad y frecuencia, así como la posibilidad de codificar los diagnósticos por medio de algoritmos por computadora. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 60 a 90 minutos. En población de 10 a 18 años de edad existen estudios de confiabilidad temporal con una kappa promedio de 0.70 para los principales diagnósticos. (5, 14, 28, 52, 67,68)

5) E.S.A.:(Entrevista Semiestructurada para Adolescentes)

Diseñada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría por De la Peña y cols, basándose en los criterios diagnósticos del DSM IV y el SCAN. Es una entrevista semiestructurada, que requiere aplicación por un clínico experto y con entrenamiento en el manejo del instrumento. Esta orientada al interrogatorio sistemático en cuatro áreas fundamentales, primera, para los trastornos depresivos, segunda, para los trastornos de la conducta, tercera, para los trastornos ansiosos donde se incluyen el trastorno obsesivo-compulsivo y los tics y una cuarta área para otros trastornos. El rango de edad de los pacientes es de

TEXAS CON
FALLA DE ORIGEN

13 a 19 años. El tiempo de aplicación es de 45 a 90 minutos, la estructura de la entrevista establece puntos de corte para hacerla más expedita. Se interroga al padre y al paciente juntos, y al final de la entrevista al paciente en forma individual. Dentro de las posibilidades de respuesta cada reactivo es codificable para el momento actual, a lo largo de la vida, su reconocimiento como rasgo, o consignar si existe duda por discrepancia no resuelta entre el paciente y el tutor o por exploración incompleta.

Brinda información sobre 16 entidades diagnósticas, sobre abuso físico y sexual, acerca de la historia del desarrollo, de antecedentes y una evaluación del funcionamiento psicosocial con base de una versión adaptada de la "LIFE BASE SCHEDULE" (73,74) en una escala tipo Lickert de 5 niveles. Los primeros minutos son para establecer "rapport" y determinar el padecimiento actual con el curso de los principales síntomas. Luego la parte más estructurada que se dirige hacia las entidades diagnósticas y los antecedentes. El diagnóstico depende de la visión global del clínico de acuerdo a los criterios DSM IV cubiertos; no requiere algoritmos sofisticados, ni correlación sindromática. La confiabilidad global Interevaluador es de 0.85 y la temporal de 0.62 (7-11)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desarrollar una entrevista que facilite la aproximación diagnóstica y que permita establecer elementos para la investigación clínica dentro del grupo de edad escolar, requiere la inclusión de un número bastante amplio de entidades nosológicas y exige incorporar los criterios diagnósticos más recientes (8,35,51).

En nuestro país la demanda de atención médica en el grupo de escolares, ha ido en incremento, se requiere por lo tanto de un instrumento diagnóstico confiable, que pueda utilizarse en la asistencia y en la investigación, en español, que abarque los diagnósticos más frecuentes y que sea acorde con el sistema de taxonomía psiquiátrica más reciente. (DSM IV)

Es necesaria la investigación de la psicopatología del escolar, y para ello es indispensable un método sistematizado que permita establecer los parámetros clínicos básicos para precisar mejor los diagnósticos y los tratamientos. (5)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN.

Para muchos puede resultar inquietante el "¿porqué?" desarrollar una propia entrevista semiestructurada para escolares cuando en la literatura internacional se reportan varias, hemos decidido enumerar los motivos:

1. El antecedente de buena confiabilidad interevaluador y temporal de la Entrevista Semiestructurada para adolescentes, que ha facilitado enormemente el diagnóstico y sistematización de los pacientes en la clínica de la adolescencia del Instituto mexicano de Psiquiatría. (7-11)

2. Las entrevistas diagnósticas más utilizadas en el mundo como el DICA (Diagnostic Interview for Children and Adolescents), K-SADS (Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia), el ISC (Interview Schedule for Children) están siendo traducidas al español y validadas en poblaciones hispanas. La versión 2.1 traducida al español del "Diagnostic interview schedule for children" (DISC 2.1) es la única que brinda una aproximación, pero es de un nivel de estructuración diferente y fue aplicada en Puerto Rico, con varias palabras que dificultan su comprensión en México.

3. Las entrevistas semiestructuradas son las mejores opciones cuando se aplican por clínicos especializados, conocedores de la psicopatología dentro de la población a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estudiar y han reportado mayores índices de confiabilidad que las entrevistas estructuradas, son menos costosas y requieren menos personal (4).

4. El entrenamiento en algunas de las entrevistas como el ISC es prolongado, mayor a seis meses.

5. Son pocas las entrevistas que incluyen criterios diagnósticos para el DSM IV.

6. Las entrevistas semiestructuradas son instrumentos útiles para la evaluación de la psicopatología, curso, comorbilidad, respuesta a tratamiento y otros parámetros de poblaciones clínicas.

7. Ofrecer al clínico una guía general y flexible para conducir la entrevista y registrar la información.

8. Facilitar la adquisición de habilidades clínicas y la sistematización de los datos de acuerdo a la nosología actual, dentro de los programas de entrenamiento clínico de paidopsiquiatras.

9. Facilitar la investigación clínica en la población que acude a la consulta externa del hospital psiquiátrico infantil Juan N. Navarro.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO.

La Construcción sobre la base de la ESA (Entrevista Semiestructurada para adolescentes), y el DSM IV de una **Entrevista Semiestructurada para Escolares (ESE)** entre 6 y 13 años.

Obtener la confiabilidad temporal interinformante (Padre - hijo) de la **Entrevista Semiestructurada para escolares (E.S.E).**

MATERIAL Y MÉTODOS

POBLACIÓN A ESTUDIAR.

UNIVERSO.

Los sujetos incluidos en la investigación serán 82 escolares, entre 6 y 13 años de edad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Ambos sexos.
2. - De 6 a 13 años de edad.
- 3.- Alfabetas que hablen fluidamente el idioma español.
- 4.- Aplicación de entrevista a padre y paciente por separado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.- No aceptación de participar en el estudio. Falta de cooperación por parte del paciente.
- 2.- Incapacidad de pasar el primer año de primaria después de 3 años consecutivos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISEÑO

TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, prospectivo, prueba re prueba.

INSTRUMENTO. (VER ANEXO I)

Entrevista Semiestructurada para escolares. (E.S.E)

El instrumento se denomina Entrevista Semiestructurada para escolares (ESE) y comprende 11 diferentes áreas. La primera incluye la parte general de los datos demográficos del paciente, así como información familiar y escolar básica. La segunda consta del motivo de consulta y la descripción del padecimiento actual. A partir de la tercera y hasta la décima se agrupan las preguntas que abarcan los criterios diagnósticos DSM IV para un total de 44 padecimientos. El área once incluye un apartado que interroga acerca del abuso, y/o maltrato físico o sexual.

La entrevista incluye una sección de preguntas de salto, para facilitar su aplicación y disminuir el tiempo requerido para la anamnesis (sobre todo en consideración de los pacientes), las áreas de la entrevista (entre la 3 y la 10) incluyen para cada reactivo un apartado para episodio actual y otro a lo largo de la vida, además de una calificación de intensidad basada en la frecuencia, para cada respuesta, que es

evaluada por el clínico con base a la información que obtiene del paciente o de los familiares, calificada numéricamente (1=presencia de la alteración de una a dos veces por semana, 2= presencia de la alteración de tres a cinco veces por semana y 3= presencia de la alteración seis o siete veces por semana). Los apartados se distribuyen del modo siguiente:

- 1.- Datos generales (incluye demográficos, escolares y familiograma breve)
- 2.- Motivo de consulta y Padecimiento actual.
- 3.- Trastornos externalizados (incluye TDAH, T disocial, y desafiante oposicionista)
- 4.- Trastornos de ingestión y conducta alimentaria (incluye Pica, Rumiación, T. Ingestión, anorexia y bulimia)
- 5.- Trastorno por tics, eliminación y M. estereotipados. (incluye Tourette, tics crónicos, transitorios, encopresis, enuresis y trastorno por movimientos estereotipados)
- 6.- Trastornos internalizados. (Se incluyen trastorno por ansiedad de separación, mutismo selectivo, Depresión mayor, distimia, Bipolar, trastorno de angustia, fobias, TOC y Ansiedad generalizada)
- 7.- Trastornos somatomorfos (incluyen somatización, conversivo, dolor, hipocondriasis, dismórfico corporal)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8.- Trastornos primarios del sueño (incluyen disomnias y parasomnias)

9.- Trastorno del control de impulsos (incluyen explosivo intermitente, cleptomanía, Piromanía y Tricotilomanía)

10.- Trastornos en consecuencia a estresor (incluye adaptativo y estrés postraumático)

La entrevista no incluye diagnósticos de eje II, ni abarca los trastornos del desarrollo, aprendizaje, ni la comunicación, tampoco incluye psicosis ni abuso de sustancias. Se evalúa la confiabilidad temporal interinformante e intrainformante (75,76)

Además la entrevista contiene un cuestionario autoaplicable sobre desarrollo, que se entrega a los padres entre la prueba y la reprobación, para que en ese lapso lo resuelvan (ver anexo 1).

PROCEDIMIENTO.

Los pacientes son captados del servicio de consulta externa del Hospital psiquiátrico infantil Juan N Navarro, son evaluados por un psiquiatra experto, ciego a la entrevista, y después remitidos con el equipo de entrevista, que está formado por 3 parejas de investigadores, que se intercalan de manera indistinta. Los pacientes fueron entrevistados en el área de consulta externa del Hospital, en un horario diseñado adhoc para la investigación, que no interfiriese con el funcionamiento de la institución (Lunes a viernes 6 a 11 a.m. y fines de semana sábado 18-20 y domingo entre 8 -19 hrs)

Se explica al paciente el procedimiento aclarando que entre la primera y la segunda entrevista deberá llevar contestado un cuestionario autoaplicable sobre desarrollo que se le entregará al finalizar la primera entrevista. La segunda cita se da 7 +/- 3 días después.

El investigador que aplica la entrevista es ciego al expediente clínico y entre ellos mismos no se comunican los diagnósticos, tampoco saben los resultados de la prueba aplicada al paciente o al familiar, por parte del otro investigador de la pareja.

La primera parte de la entrevista, apartados uno y dos, lo interrogan la pareja de clínicos con los padres y el paciente, uno de los investigadores permanece como observador y el otro interroga, en la re prueba el que hablo es observador y viceversa. La información se consigna 2 veces. A partir del apartado tres y hasta el once se dividen los clínicos, uno se va con el paciente y el otro se queda con el familiar El clínico que entrevisto al paciente a partir de los apartados mencionadas es ciego a la información que proporciona el padre al otro clínico en las mismas áreas, en la re prueba se cruzan los investigadores, de modo que cada clínico posee información por separado prueba re prueba paciente - padre o padre - paciente.

Al finalizar la evaluación los investigadores nos reunimos para codificar el funcionamiento psicosocial familiar, de acuerdo a la escala propuesta en el DSM IV (3) denominada EEGAR (Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional), se asigno una sola calificación basándose en lo observado y recabado durante las 2

entrevistas en común que tuvimos los investigadores. Lo anterior porque pensamos que el funcionamiento familiar es difícil de evaluar y una sola entrevista no era suficiente.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Las correlaciones para la confiabilidad interinformante e intrainformante por medio de la prueba Kappa.

Las correlaciones entre las variables de edad, sexo, desempeño académico y conducta escolar fueron analizadas por un modelo lineal de regresión múltiple de estructura exploratoria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

La muestra total incluyó 82 escolares, de los que 7 (8.5%) no regresaron a la re prueba, 2 por enfermedad, 2 por funcionamiento familiar caótico que impidió que regresaran al hospital (v.gr. asentamiento inestable, agresiones sexuales intrafamiliares graves con repercusiones legales) y 3 que regresaron después del periodo estipulado para la re prueba (v.gr. 15, 21, 40 días). La muestra final para la re prueba fue por lo tanto de 75 pacientes. Los pacientes fueron recabados en un lapso de 4 meses (septiembre - diciembre de 1998), de la consulta externa de primera vez del Hospital Juan N. Navarro, dentro de un horario adhoc para tal propósito (entre 6 y 11 a.m. y fines de semana). Para los datos demográficos se incluye la muestra total de n=82, salvo en los casos de la calificación del EEGAR y el lapso de días prueba re prueba, en que se uso la población final de la re prueba n=75.

La distribución por sexo, 24 niñas y 58 niños, 30 % y 70% respectivamente.

La distribución de la muestra con relación a la edad tuvo un rango 6-13 años, promedio = 8.93 con DE 2.27, mediana de 9 y moda de 6. La frecuencia por grupos por edad y sexo se muestra en la tabla 1.

TABLA 1. Distribución por edad y sexo de la muestra total.

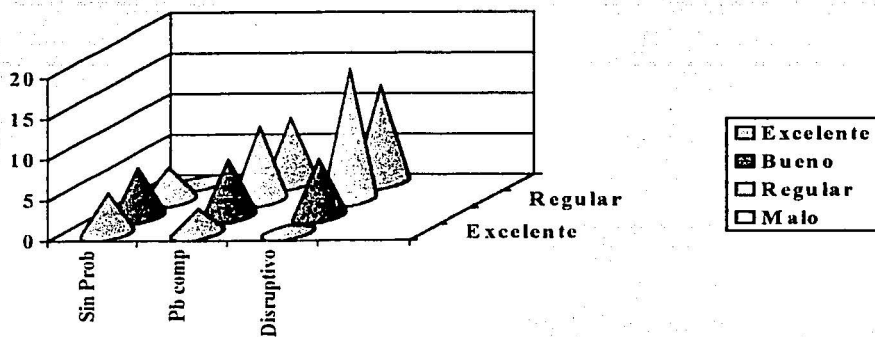
EDAD	Num pacientes	%	Núm. niñas	Núm. niños
6 años	16	19.5	5	11
7 años	9	11	3	6
8 años	16	19.5	6	10
9 años	9	11	2	7
10 años	12	15	3	9
11 años	4	5	0	4
12 años	9	11	2	7
13 años	7	8	3	4

La distribución de la muestra total, con relación a los años de escolaridad cursados (Rango 1-8), promedio de 3.72 años, DE 2.15, mediana 4 y moda 1. Las frecuencias de escolaridad y sexo se muestran en la tabla 2.

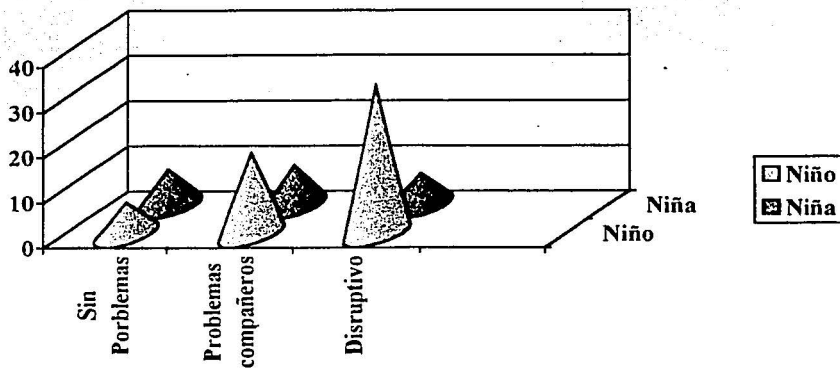
TABLA 2. Distribución por escolaridad y sexo de la muestra total.

ESCOLARIDAD, en años cursados.	Núm. pacientes	%	Núm. niñas	Núm. niños
1	17	20.7	5	12
2	11	13.4	3	8
3	13	15.9	5	8
4	14	17	4	10
5	10	12.2	2	8
6	4	4.9	0	4
7	9	11	2	7
8	4	4.9	3	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



GRAFICA 1.



GRAFICA 2

Con relación al desempeño escolar referido por los padres, durante la primera parte de la entrevista codificamos 2 variables: el desempeño académico y la conducta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

escolar. La primera calificada como 0 = desempeño académico malo, 1 = regular, 2 = bueno, 3 = excelente; la segunda, conducta escolar: 0 = la conducta alterada del paciente solo afecta al mismo, 1 = la conducta afecta a los compañeros de igual edad, y 2 = la conducta es francamente disruptiva y afecta a compañeros y maestros.

Observamos que ambas variables guardan relación numérica inversa, es decir peor conducta (2), mal desempeño académico (0), como se muestra en la gráfica 1.

La distribución por sexo se modifica, en función de la conducta, esto es que cuando la conducta se califica con 0, la proporción niños - niñas es de 1:1 (n=7 y n=8 respectivamente), cuando se califica con 1 es 2:1 (n=18 niños y n=9 niñas) y cuando la conducta se califica con 2, aumenta casi 5:1 (n=40 niños y n=7 niñas), como se muestra en la gráfica 2.

La distribución por edad también se modifica en función del desempeño académico. Los pacientes con calificaciones más bajas tienen un promedio de edad mayor, como se muestra en la tabla 3, donde se registro la edad promedio.

TABLA 3. Distribución de edad desempeño académico y conducta.

Conducta	Desempeño Académico.				
		Malo.	Regular	Bueno	Excelente
Sin problemas	-	10.5	9.8	8.6	
Problemas con compañeros	10	9.6	7.7	7.6	
Disruptivo	9.1	8.7	7.1	8	
		Malo.	Regular	Bueno	Excelente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estos hallazgos, motivaron el análisis matemático por medio de un modelo lineal de estructura exploratoria, con ajuste del 96.6%, $X^2(2)=1.13$, $p=0.56$ con coeficientes beta estándar de regresión múltiple para cada variable que se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Coeficientes Beta estándar de regresión múltiple.

Variable	Coficiente*
Conducta - Desempeño académico	-0.532
Conducta- edad	-0.983
Desempeño académico - edad	-0.822
Conducta - sexo	0.176

* Para todos los valores $p < 0.05$

Lo anterior quiere decir, que para nuestra muestra la variable conducta, predice (con un error menor al 5%), el sexo y el desempeño académico; y la variable desempeño académico predice a la edad. En otras palabras, peor conducta corresponde a sexo masculino, desempeño académico malo y mayor edad promedio.

En lo que respecta al lapso prueba re prueba, el rango fue de 4 a 10 días (7+-3), el promedio fue de 6.68, la DE 1.67, con mediana y moda de 7.

Tomando en cuenta la muestra final (n=75), la frecuencia observada de abuso sexual fue del 25% (n=19) y la de abuso físico 48% (n= 36).

El promedio del EEGAR(Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional) fue de 29.01, la DE 15.78, la mediana 25 y la moda 30. Los resultados son tomando en cuenta la muestra final (n=75) porque consideramos indispensable para evaluar el EEGAR por lo menos el tener 2 entrevistas. El rango de calificaciones del EEGAR fue de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5 a 70, es importante hacer notar que ninguna familia alcanza el puntaje mayor a 81 de las familias con desempeño satisfactorio. La distribución de los pacientes de acuerdo al EEGAR y la presencia de abuso sexual y físico se muestra en la tabla 5.

TABLA 5. Distribución de la muestra final de acuerdo con el EEGAR.

Tipo de familia	EEGAR (<i>Rango de puntaje</i>)	Núm. pacientes.	Abuso Sexual	Abuso Físico.
Caótica	1-20	25	N=11, 44%	N=18, 72%
Problemática	21-40	33	N=4, 12 %	N=11, 33%
Conflictiva	41-60	14	N=3, 21%	N=7, 50%
Funcional	61-80	3	N=1, 33%	0
Satisfactoria	81-100	0	0	0

Con respecto a los informantes, la gran mayoría fueron las madres, su distribución detallada se muestra en la tabla 6.

TABLA 6. Distribución de los informantes.

INFORMANTE	Núm. PACIENTES	%
Ambos padres	8	10%
Padre	8	10%
Madre	63	77%
Otro (hmnos ó abuelos)	3	3%

El acuerdo padre - hijo fue posible de evaluar en 2 momentos de la entrevista, en la prueba y en la reprobación. Disponemos los resultados en forma de tabla, para facilitar su comprensión. De los 44 diagnósticos codificables dentro del ESE, solamente se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tomaron en cuenta los que se asignaron un mínimo de 5 veces, por cuestiones de la estadística empleada de kappa (14,28). Los diagnósticos que nunca fueron asignados son, bulimia y anorexia, agorafobia sin trastorno de pánico, trastorno de somatización, hipocondriasis, narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración y del ciclo circadiano, trastorno explosivo intermitente y tricotilomania. En la tabla 7 se muestran los diagnósticos asignados con frecuencia menor a 5 que no son considerados para la kappa. En la tabla 8 se incluyen todos los diagnósticos con frecuencia mayor a 5. Se muestra la significación estadística para kappa con la Z, todos los valores mayores a 1.96 son estadísticamente significativos $p < .001$.

TABLA 7. Valores de kappa temporal interinformante, para prueba y reprobación.

Diagnóstico	PRUEBA, n=82				REPRUEBA, n=75			
	kappa	Z	% acuerdo	No. dxs	Kappa	Z	% acuerdo	No. dxs
Rumiación	0.49	46.6	97.6	3	0.66	52.7	98.7	2
Trastorno bipolar	0.49	40	97.6	2	0.49	36.5	97.3	2
Agorafobia	1	82	100	1				
T. de pánico	1	82	100	3	0.66	52.7	98.7	2
Fobia social	0.66	57.6	98.8	2				
TAG.	0.79	68.5	98.8	3	0.49	42.7	97.3	3
T. conversivo	0.66	57.6	98.8	2	1	75	100	2
Piromania	0.66	53.5	98.3	4	0.39	36.7	96	4
TEP.	1	82	100	3	0.66	52.7	98.7	2

TAG: Trastorno de ansiedad generalizada, TEP: Trastorno por estrés postraumático. Todos los valores estadísticamente significativos $Z > 1.96$ $p < .001$. Clínicamente no relevantes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 8. Valores de kappa temporal interinformante, para prueba y reprobación.

Diagnóstico	PRUEBA, n=82				REPRUEBA, n=75			
	kappa	Z	% acuerdo	No. dxs	Kappa	Z	% acuerdo	No. dxs
TDAH	0.71	60.7	90.2	61	0.76	57.1	92	59
TC	0.69	56.6	91.5	14	0.47	35.9	85.3	11
TDO	0.20	17	62.2	26	0.13	10.1	57.3	32
T. ingesta					0.12	8.9	88	5
TICS	0.28	23.5	86.6	7	0.43	32.9	86.7	12
Encopresis	0.18	16	91.5	6	0.55	46.4	96	2
Enuresis	0.52	44.3	87.8	9	0.47	37.5	86.7	8
TAS	0.33	29.2	82.9	16	0.19	14.6	81.3	9
Mutismo	0.18	16	91.5	6	0.36	27.6	92	4
EDM	0.04	3.7	65.9	21	0.03	2.1	74.7	10
Distimia	0.18	15.9	80.5	7	0.12	8.9	81.3	10
TOC	0.53	46.1	92.7	9	0.88	66.6	98.7	5
Insomnio	0.37	33.2	92.7	3	0.64	47.8	94.7	6
Pesadillas	0.42	36.4	93.9	6	0.24	22.5	86.7	11
T adaptativos					0.11	10.1	86.7	9

TDAH= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; TC= Trastorno de conducta; TDO= Trastorno desafiante oposicionista; TAS= Trastorno de ansiedad de separación; EDM= Episodio depresivo mayor; TOC= Trastorno obsesivo compulsivo. Todos los valores estadísticamente significativos $Z > 1.96$ $p < .001$.

La Entrevista Semiestructurada para escolares (ESE) es un proyecto extenso y estos resultados deben considerarse como preliminares.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN.

La muestra total de 82 pacientes y la final de 75 es de buen tamaño, de acuerdo con otros instrumentos clínicos semiestructurados y su aplicación. (8,15,28,52-54,65,66)

La aplicación del instrumento en promedio tardó 45 a 60 minutos, 10-15 para la primera parte que incluía la entrevista conjunta y de 30 a 45 minutos la evaluación de los síntomas, nuestro instrumento es más corto de aplicar que el KSADS o la CAPA porque no tiene la sección de escalas propia de aquellos. El ESE en su estructura y diseño se parece poco a la CAS o al ISC que dan mayor relevancia a los síntomas que a las categorías diagnósticas además que siguen la línea de exploración psiquiátrica clásica, por temas específicos, en áreas familiar, escolar y de interrelación lo que alarga aún más su tiempo de aplicación. Pensamos que una entrevista semiestructurada debe ser corta en su aplicación por el tipo de pacientes para las que va dirigida y ayudar al clínico a diagnosticar sistematizando su información. Estas características que posee el ESE en su codificación, serán objeto de futuros análisis para el desarrollo de un instrumento que permita aproximaciones epidemiológicas. (11,14,15,28,52,66,67,71,72)

La edad de los pacientes evaluados, escolares entre 6 y 13 años, fue el elemento que motivó la creación de nuestro instrumento, la muestra cuenta con subgrupos numerosos de 6,8 y 10 años que representan al grupo etario. Sabíamos de las dificultades para la evaluación y de los bajos índices kappa obtenidos por otros

investigadores. En función de lo anterior algunas de las entrevistas de más uso y elaboración como CAPA, han considerado la edad como limitante de la confiabilidad de la información. (pej: se recomienda para niños mayores de 8 años y en los estudios se ha usado con mayores de 10) En este campo el KSADS ha tenido mayor aplicación y ha demostrado su utilidad. Sin embargo, dentro de la literatura al respecto la entrevista más utilizada y probada para evaluar su comprensión y factibilidad con menores de 12 años ha sido sin duda el DISC en sus diferentes versiones. Parte de las razones que pesan en las kappas moderadas a bajas que obtuvimos tiene sin duda que ver con esta variable (la edad). Es importante hacer notar que durante la aplicación de la mayoría de las entrevistas los niños mostraban entenderlas satisfactoriamente y de hecho en ocasiones aportaban términos más adecuados para la formulación de las preguntas. Sin duda, pensamos que este es un campo que apenas se abre y hay mucho por hacer en el diseño de entrevistas específicas para niños escolares, que a pesar de sus aspectos cognoscitivos de desarrollo pueden brindar información relevante para el diagnóstico, de hecho en la evaluación intrainformante de la confiabilidad niño - niño del instrumento se encontraron índices de moderados a buenos de kappa. Con respecto a los aspectos cognoscitivos de desarrollo notamos que las preguntas de salto dificultaban más la aplicación de la entrevista pues por su complejidad y longitud no eran entendibles para el niño, los que respondían mejor si se les preguntaba por fragmentos (desglosar la pregunta en varias "subpreguntas") como ya se ha propuesto por Bretón para los reactivos de DISC . (1,5,8,12,13,14,15,20,26,27,28,39,41,52,53,54,55,63,67,68,76)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En concordancia con otras investigaciones encontramos que los niños a menor edad tienen más dificultades para precisar el tiempo, sobre todo para cuestiones de inicio y duración de sintomatología, y también de frecuencia, pero son capaces desde los 6 años de reconocer los síntomas cuando se les preguntan propositivamente. Esto incide en la confiabilidad de los datos, sin embargo es un aspecto en el que se debe de trabajar más con los padres. Futuras versiones de nuestro instrumento deberán incluir escalas de auto evaluación, a modo de complemento. Sin duda adaptadas para el paciente con dibujos y secuencias, y de fácil llenado para los padres. (48,52-56,77,78)

Un hallazgo interesante es la relación inversa que guardan los aspectos académicos con la conducta, pero la distribución por sexo podría ser una razón que explicase el porque de las mayores frecuencias en población clínica de problemas en escolares del sexo masculino, ya que es muy obvio que los niños son más disruptivos y motivan su referencia con un especialista por parte de la escuela, pensamos que hay necesidad de ahondar en estos aspectos, en futuras investigaciones.

Dentro de los diagnósticos observamos con cierta frecuencia, psicopatología que no codificaba la entrevista por falta de criterios de tiempo, duración, o número de síntomas. Pensamos que esto pueda ser una limitante del estudio y de las entrevistas que se adhieren a un solo sistema diagnóstico, incluso hay criterios que se sobreponen en los diferentes trastornos o reglas de eliminación entre ellos. Estos aspectos confunden al paciente y al clínico y dificultan la exploración. Por ejemplo en el rubro de los trastornos afectivos tuvimos mucha dificultad para codificar entre depresión mayor,

distimia y trastornos adaptativos. En otro caso el Trastorno Desafiante Opositor no es codificable en presencia de distimia o depresión, o en muchos niños la presencia de crisis de angustia sin criterios para un trastorno de ansiedad, e inclusive síntomas somáticos que jamás pudieron encuadrar en trastorno de somatización por la falta de los síntomas de esfera sexual. (3, 44,80)

La frecuencia de abuso sexual y físico del 25 % y 50% de la muestra resulta similar a la reportada por Finkelhor (79), sin embargo los criterios usados de abuso sexual dentro del ESE incluyen visual, de palabra y de contacto, conviene ampliar esta sección y hacerla más precisa. Respecto al abuso físico la mitad de los niños de nuestra muestra eran golpeados, la gran mayoría de veces los agresores eran sus padres, no sabemos si son factores culturales o dependientes del pésimo funcionamiento familiar, pero conviene ampliar estos apartados para futuras versiones. (11)

En este sentido resultó alarmante la disfuncionalidad familiar que evaluamos con el EEGAR (promedio 29) y el que ninguna familia de las 82 haya codificado como satisfactoria. Y aunque no encontramos correlaciones matemáticas entre la agresión y el abuso con el puntaje del EEGAR, pensamos que la familia es elemento ambiental más importante para el curso, tratamiento y pronóstico de los niños. (3,79)

La mayoría de los índices kappa interinformante que obtuvimos fueron bajos ($k < 0.40$), de confiabilidad moderada fueron 4 diagnósticos en la prueba (T. Conducta, enuresis, TOC, pesadillas) y 5 diagnósticos en la reprobación (T. Conducta, tics, encopresis, enuresis e insomnio), de buena confiabilidad en la prueba el TDAH y en la

reprueba TDAH y TOC. Los porcentajes de acuerdo, fueron mayores al 80%, tanto en la prueba como en la reprueba, excepto por el trastorno Desafiante oposicionista y el Trastorno depresivo mayor (en ambas, prueba y reprueba). Esto pone en relieve la dificultad diagnóstica que se presentó para estos trastornos, por los elementos ya comentados. En este sentido como se muestra en las tablas 7 y 8, hubo diagnósticos que se presentaron en la prueba y estuvieron ausentes en la reprueba o viceversa. En particular dentro de los trastornos de la alimentación de inicio en la infancia y de los trastornos afectivos y adaptativos. También entre la fobia social y el mutismo selectivo (ver tablas). La piromancia mostró en la prueba una kappa moderada y en la reprueba bajo su confiabilidad a baja, es interesante observar la marcada falta de acuerdo aún en conductas tan "obvias" como el prender fuego. El diagnóstico no alcanza el número de 5 por lo que no se tomo en cuenta para su valor de kappa. (15-24)

Estos resultados sin embargo son similares a los obtenidos con otros instrumentos diagnósticos, incluso en estudios hechos con adolescentes. La falta de acuerdo puede ser debida a que diferentes informantes proveen diferente pero igualmente válida información, difieren en la presencia o ausencia de síntomas pero no lo hacen tanto en la determinación de caso y la búsqueda de atención. Otro factor a tomar en cuenta es el grado de psicopatología de los padres, que altera sus reportes, y el fenómeno de atenuación que en ellos es más prominentemente observado en las repruebas. Y por último y quizá el más importante es la dimensión que el clínico de a esta "varianza del informante", como utilizar la fórmula y/o con la que con uno que lo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

digas es suficiente (CAPA), ó tener una entrevista conjunta y aclarar las discrepancias entre ambos informantes, ó resolverlo con base a la experiencia del clínico y a su juicio (K-SADS). El acuerdo entre padres e hijos se ha reportado como mejor para los trastornos externalizados que para los internalizados. Para nuestra entrevista también se cumplió: (Prueba re prueba) ESE = 0.53, 0.45 externalizados y ESE= 0.52, 0.40 en los internalizados. Es de mencionarse que para el TOC mejoró el acuerdo ostensiblemente de la prueba a la re prueba (ESE=0.53 a 0.88), pensamos que pudo ser que los evaluados se dieran cuenta por la prueba que lo que ellos consideraban como "rasgo" era síntoma. Es de interés que en otras entrevistas como KSADS los valores de kappa son menores para ese diagnóstico: (vgr. TOC=0.67)

El tercer factor involucrado en la baja confiabilidad interinformante ($k < 0.40$) es la edad, que por las características de nuestra muestra, incidió directamente en nuestros resultados. (5, 14, 26, 27, 28, 33, 52, 55, 67-70, 75, 76, 81).

Algunas estrategias que pueden utilizarse para disminuir la varianza del informante pueden ser la administración de múltiples mediciones en el mismo sujeto para establecer la variación intrainformante, ó sea del mismo sujeto entrevistado de modo directo y con escalas de autoevaluación, y prueba re prueba, de esta última forma se intenta en nuestro estudio disminuir la variación. Otra alternativa es utilizar todas las fuentes colaterales de información, como el expediente clínico y todas las evaluaciones externas posibles, cosa que en la metodología de nuestra investigación no se incluyó. Otra alternativa es someter todas las fuentes al juicio del clínico basándose en la mejor

estimación del diagnóstico, y así decidir a que fuente se le brinda más peso y resolver las discrepancias, lo que nos coloca en el dilema de los diagnósticos clínicos en ausencia de un estándar de oro, y que un clínico experto evalúe cada caso. Como es obvio en estas 2 últimas alternativas se impone la visión diagnóstica categórica, que dentro del campo de la psicopatología infantil tiene muchas dificultades como ya se ha comentado. (5, 14, 15, 23, 26, 28, 41, 67, 68,70,75,76).

Las dificultades en el acuerdo interinformante padres hijos y la elaboración del diagnóstico son muchas y en el campo de la psicopatología infantil aún queda mucho por dilucidar. En este respecto citamos a Adrian Angold: "Resolver la discrepancia interinformante implica darle la razón a uno o a otro pero el incremento del acuerdo no produce mayor veracidad"(40).

CONCLUSIONES.

La confiabilidad temporal interinformante de la ESE (Entrevista semiestructurada para Escolares) es comparable a la de otros instrumentos internacionales similares, pero con un menor tiempo de aplicación.

Para nuestra muestra la conducta escolar predijo el sexo, y el desempeño académico, y éste a su vez la edad.

La E.S.E debe ser revisada para mejorar su confiabilidad en los diagnósticos internalizados.

Para mejorar la confiabilidad del instrumento conviene agregar escalas de auto evaluación tanto para padres como para hijos.

La ESE es un instrumento que permite aproximaciones diagnósticas sin necesidad de utilizar métodos o fórmulas complicadas.

La ESE permite una aproximación sistematizada a la psicopatología de los escolares.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA.

1. Isaías LM, León NA. Historia y orientación del tratamiento psicoanalítico de niños y adolescentes. En Manual de psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes. Salles MM (ed). Editorial planeta, México D.F; México, 1992. Pp 9-40.
2. Schwab-Stone M., Fallon T., Briggs M., Crowther B. Reliability of diagnostic reporting for children aged 6-11 years: A test retest study of the Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised. Am. J. Psychiatry 151: 1048-1054, 1994.
3. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statitiscal Manual of Mental Disorders, cuarta edición. DSM-IV. American Psychiatric Association Press, Washington, DC,; EUA. 1994.
4. Lara M.C. Evolución histórica de las clasificaciones en psiquiatría. Salud Mental 19(suplemento 2): 7-10, 1996.
5. Rutter Michael, Child psychiatric disorder. Measures, causal mechanisms, and interventions. Arch. Gen. Psychiatry 54: 785-89, 1997.
6. Jensen PS. Scales versus categories? Never play against a stacked deck. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 34:485-87, 1995.

7. De La Peña FR, Cruz EE, Ulloa RE, Patiño PM, Mendizábal RA, Cortés SJ, Villamil V, Lara MC. Estudio de confiabilidad interevaluador de la Entrevista Semiestructurada para adolescentes. Revista de la facultad de medicina UNAM, 39 (suplemento 10): 16, 1996.
8. De La Peña FR, Cruz EE, Ulloa RE, Patiño PM, Mendizábal RA, Cortés SJ, Villamil V, Lara MC. La entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. Salud Mental 21:11-18, 1998.
9. Mendizábal RA. Estudio de confiabilidad temporal de la entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Tesis de especialidad en psiquiatría. Facultad de Medicina, UNAM, México, 1997.
10. Patiño PM. Estudio de confiabilidad Interevaluador de la entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Tesis de especialidad en psiquiatría. Facultad de Medicina, UNAM, México, 1997.
11. De La Peña F, comunicación personal, 1998.
12. Breton JJ, Bergeron L, Valla JP, Lepine S, Houde L, Gaudet N. Do children age 9 through 11 years understand the DISC version 2.25 questions?. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 34: 946-54, 1995.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13. Schwab-Stone M. Discussion of: Do children age 9 through 11 years understand the DISC version 2.25 questions?. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 34: 954-56, 1995.
14. Angold A, Prendergast M, Cox A, Harrington R, Simonoff E, Rutter M. The child and adolescent psychiatric assessment (CAPA). *Psychological Medicine* 25:739-53, 1995
15. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children- Present and Lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability & validity data. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 36: 980-88, 1997.
16. Shrout P, Spitzer R., Fleiss J. Quantification of agreement in psychiatric diagnosis revisited. *Arch. Gen Psychiatry* 44: 172-177; 1987.
17. Robins Lee N. Epidemiology: Reflections on testing the validity of psychiatric interviews. *Arch. Gen Psych.* 42: 918-924; 1985.
18. Grove WM, Andreasen NC, McDonald-Scott P. Reliability studies of psychiatric diagnoses, theory and practice. *Arch Gen. Psychiatry* 38: 408-413; 1981.
19. Kraerner HC. Charlie Brown and statics: An exchange. *Arch. Gen. Psychiatry* 44:192-95, 1987

20. Reid JB, Patterson JR, Baldwin DV, Dishion TJ. Observations in the assessment of childhood disorders. En Assessment & diagnosis in child psychopathology. Rutter M (ed) The Guilford press N.Y.; EUA, 1988. Pp 156-95.
21. Dawson Saunders, Robert G. Trapp Bioestadística médica. Manual Moderno, México D.F; México, 1993. Pp 67-68 y 312-313.
22. Landis JR, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 33: 159-74, 1977.
23. Faraone SV, Tsuang MT. Measuring diagnostic accuracy in the absence of a "gold standard". Am J. Psychiatry 51: 650-57; 1994.
24. Regier DA, Burke JD. Epidemiology. En Comprehensive textbook of psychiatry. Kaplan H.I., Sadock B.J. eds. Williams and Wilkins, Baltimore Maryland; EUA, 1995. Pp 377-97.
25. Andreasen NC, Grove WM, Shapiro RW. Reliability of lifetime diagnosis, A multicenter collaborative prespective. Arch Gen. Psych. 38:400-5, 1981.
26. Edelbrock C & Costello A. Structured Psychiatric Interviews for Children. En Assesment and Diagnosis in Child Psychopathology. Rutter M (comp). The Guilford Press, N.Y.; EUA, 1988. Pp 87-112.
27. Jensen P, Roper M, Fisher P, Piacentini J, Canino G, Richters J, Rubio-Stipec M, Dulcan M, Goodman S, Davies M, Rae D, Shaffer D, Bird H, Lahey B, Schwab-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Stone M. Test retest reliability of the diagnostic interview schedule for children(DISC 2.1). Parent, child, and combined algorithms. Arch Gen. Psychiatry 52: 61-71; 1995.

28. Angold A, Costello EJ. A test-retest reliability study of child reported psychiatric symptoms and diagnoses using the child and adolescent psychiatric assessment (CAPA-C). Psychological Medicine 25: 755-62, 1995

29. Boyle M, Pickles A. Strategies to manipulate reliability: Impact on statistical associations. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 37: 1077-84, 1998.

30. Schwab-Stone M, Fisher P, Piacentini J The diagnostic Interview schedule for children-Revised version(DISC-R): II. Test-Retest reliability J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 32: 651-657, 1993.

31. Rice JP, Rochberg N, Endicott J, Lavori P, Miller C. Stability of psychiatric diagnoses. An application to the affective disorders. Arch. Gen. Psych. 49: 824-30; 1992.

32. Rubio-Stipec M, Shrout P.E, Canino G. Empirically defined symptom scales using DISC 2.3 J. Abnormal Child Psychol. 24: 67-83, 1996.

33. Boyle MH, Offord DR, Racine YA, Szatmari P, Sanford M, Fleming JE. Adequacy of interviews VS checklists for classifying childhood psychiatric disorder based on parent reports. Arch. Gen. Psychiatry 54:793-99, 1997.

34. Kovacs M & Gatsonis C. Stability and Change in Childhood-Onset Depressive Disorders: Longitudinal Course as a Diagnostic Validator. En The Validity of Psychiatric Diagnosis. Robins L, Barrett J eds. Raven Press, NY; EUA, 1989. Pp57 - 75
35. Lara-Muñoz MC, Ortega-Soto H. ¿La Clinimetría o la psicometría? Medición en la Práctica Psiquiátrica. Salud Mental, 18:33-40, 1995.
36. Achenbach TM, Integrating assesment and taxonomy. En Assesment and Diagnosis in Child Psychopathology. Rutter M (comp). The Guilford Press, NY; EUA, 1988. Pp 300-343.
37. Rutter M, Tuma AH. Diagnoses and classification: Some outstanding issues. En Assesment and Diagnosis in Child Psychopathology. Rutter M (comp). The Guilford Press , NY; EUA, 1988. Pp 437-452.
38. Rubio-Stipec M, Canino G, Shrout PE. Psychometric proprieties of parents and children as informants in child psychiatry epidemiology with the spanish diagnostic interview schedule for children (DISC. 2.1). J. Abnormal Child Psychol. 22: 703-19, 1994.
39. Herjanic B, Reich W. Development of a structured Psychiatric Interview for Children Agreement Between Child and Parent on Individual Symptoms. J Abnormal Child Psychology, 10:307-24,1982.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

40. Angold A, Weissman M, John K. Parent and Child Reports of depressive Symptoms in Children at Low and High Risk of Depression. *J Child Psychol Psychiat*. 28: 901 - 915, 1987.
41. Chambers WJ, Puig-Antich J, Hirsch M, Paez P, Ambrosini P, Tabrizi MA, Davies M. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. Test retest reliability of the SADS for school age children, present episode version. *Arch. Gen. Psychiatry* 42: 696-702, 1985.
42. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statitiscal Manual of Mental Disorders, Third Edition Revisited. American Psychiatric Association Press, Washington, DC, EUA, 1987.
43. Organización Mundial de la Salud CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra, 1992.
44. Fritz KG, Fritsch S, Hagino O, Somatoform Disorders in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36:1329-1338, 1997.
45. Geller B, Luby J. Child and adolescent bipolar disorder: A review of the past 10 years. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36:1168-1176, 1997.

46. A. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent D, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35:1427-1439, 1996.
- B. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent D, Kaufman. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35:1575-1583, 1996.
47. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35: 1110-19, 1996.
48. Sonuga-Barke EJS. Categorical models of childhood disorder: A conceptual and empirical analysis. *J. Child Psychol Psychiatry* 39:115-133,1998.
49. Leckman JF, Mayes LC. Understanding developmental psychopathology: How useful are evolutionary accounts?. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37: 1011-21, 1998.
50. Young JG, Kaplan D, Pascualvaca D. Psychiatric examination of the infant, child and adolescent. En *Comprehensive textbook of psychiatry*. Kaplan HI, Sadock BJ. Eds. Williams and Wilkins Baltimore Maryland; EUA, 1995. Pp 2169-2206.
51. Páez AF, Nicolini SH. Las entrevistas para el diagnóstico clínico en psiquiatría. *Salud Mental*, 19 (suplemento 2): 19-25, 1996.

52. Hodges K. Structured interviews for assessing children. *J. Child Psychol. Psychiatr*, 34:49-68,1993.
53. Fallon T, Schwab-Stone M. Determinants of reliability in psychiatric surveys of children aged 6-12. *J. Child Psychol. Psychiatr*, 35:1391-1408,1994.
54. Granero PR, Ezpeleta AL, Doménech MJM, Chaparro NO. Characteristics of the subject and interview influencing the test-retest reliability of the diagnostic interview for children and adolescents-revised. *J. Child Psychol. Psychiatr*, 39:963-72, 1998.
55. Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Kalas R, Conover NC. Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child Dev.* 56:265-75, 1985.
56. Boyle M:H, Offord DR, Racine Y. Evaluation of the diagnostic interview for children and adolescents for use in general population samples. *J. Abnormal Child Psychol.* 21: 663-681;1993.
57. Reich W, Cottler L, McCallum K. Computerized interviews as a method of assessing psychopathology in children. *Compr. Psychiatry* 36:40-45;1995.
58. Welner Z, Reich W, Herjanic B, Jung KG, AmadoH. Reliability , validity and parent child agreement studies of the diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 26:649-53,1987.

59. Shaffer D, Schwab-Stone M, Fisher P. The diagnostic Interview schedule revised version: 1. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 643-650; 1993.
60. Piacentini J., Shaffer D., Fisher P., et al. " The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised version (DISC-R): III. Concurrent Criterion Validity." *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 32: 658-665; 1993.
61. Ribera JC., Canino G., Rubio-Stipec M, Bird H. The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.1) in Spanish: Reliability in Hispanic Population. *J. Child Psychol. Psychiat* 37: 195-204; 1996.
62. Schwab-Stone M, Shaffer D, Dulcan M, Jensen P, Fisher P, Bird H. Criterion validity of the NIMH diagnostic interview schedule for children version 2.3 (DISC 2.3). *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 35: 878-88; 1996.
63. Breton JJ, Bergeron L, Valla JP, Berthiaume C, St-Georges M. Diagnostic interview schedule for children (DISC-2.25) in Quebec: Reliability findings in light of the MECA study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998, 37(11):1167-1174.
64. Fisher PW, Shaffer D, Piacentini JC. Sensitivity of the Diagnostic Interview Schedule for Children, 2nd Edition (DISC 2.1) for specific diagnoses of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 32: 666-673; 1993.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

65. Aronen ET, Noam GG, Weinstein SR. Structured diagnostic interviews and clinicians' discharge diagnoses in hospitalized adolescents. *J. Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 32: 674-681; 1993.
66. Hodges K, Mcknew D, Cytryn L, Stern L, Kline J. The child assessment schedule (CAS) diagnostic interview: A report on reliability and validity. *J. Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 21: 468-73; 1982.
67. Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A, Worthman CM. The great smoky mountains study of youth. Goals, design, methods and the prevalence of DSM III R disorders. *Arch Gen Psychiatry* 53:1129-36, 1996.
68. Simonoff E, Pickles A, Meyer JM, Silberg JL, Maes HH, Loeber R, Rutter M, Hewitt JK, Eaves LJ. The Virginia twin study of adolescent behavioral development. *Arch Gen Psychiatry* 54:801-8, 1997.
69. Cantwell DP, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley J. Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *J. Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 36: 610-19; 1997.
70. Nguyen N, Whittlesey S, Scimeca K, DiGiacomo D, Bui B, Parsons O, Scarbrough A, Paddock D. Parent-child agreement in prepubertal depression: Findings with a modified assessment method. *J. Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 33: 1275-83; 1994.

71. Kovacs. The Interview Schedule for Children (ISC). *Psychopharmacology Bull*, 21: 991 - 994, 1985.
72. Kovacs M. The cildrens´depression study. *Psychopharmacology Bull*, 21: 995 - 998, 1985.
73. Keller D, Lavori P, Friedman B. The Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation: A Comprehensive Method for Assessing Outcome in Prospective Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 540 - 548, 1987.
74. Roa U, Ryan N, Birmaher B. Unipolar Depression in adolescents: Clinical Outcome in Adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 34: 566 - 578, 1995.
75. Nogales IIA. Diseño y confiabilidad temporal intrainformante (padre - padre) de la entrevista semiestructurada para escolares (ESE). Tesis de especialidad en Paidopsiquiatría, Facultad de medicina UNAM 1998.
76. Coello HF. Diseño y confiabilidad temporal intrainformante (niño - niño) de la entrevista semiestructurada para escolares (ESE). Tesis de especialidad en Paidopsiquiatría, Facultad de medicina UNAM 1998.
77. Higuera Felix, comunicación personal, 1998.
78. Angold A, Erkanli A, Rutter M. Precision, reliability and accuracy in the dating of symptom onsets in child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiat*. 37:657-64. 1996.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

79. Finkelhor D. Abuso sexual al menor. Editorial Pax, México 1990.

80. Boyle MH, Offord DR, Racine Y, Szatmaria P, Fleming JE, Sanford M. Identifying thresholds for classifying childhood psychiatric disorder: Issues and prospects. *J. Am. Acad. Child and adolescent psychiatry* 35: 1440-48, 1996.

81. Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Kalas R, Conover NC. Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *J. Child Psychol Psychiatr.* 27:181-90, 1986.

ANEXO I

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

SEMIESTRUCTURADA PARA

ESCOLARES.

México D.F., 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENTREVISTA PARA PACIENTES.

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN.

SALTO: ¿De manera persistente eres distraído, te cuesta trabajo poner atención, eres muy inquieto y desesperado, en tu escuela, casa o con tus juegos, tanto que has tenido problemas por esta situación?

NOTA: Algunos síntomas antes de los 7 años.

- 1.- ¿Te equivocas frecuentemente por no poner atención suficiente a los detalles o cometes en errores por descuido en las tareas, trabajo u otras actividades?
- 2.- ¿Te cuesta trabajo mantener la atención en tus tareas, incluso en tus juegos?
- 3.- ¿La gente te ha dicho que parece que no escuchas cuando te hablan directamente?
- 4.- ¿Es frecuente que no sigas instrucciones y no termines tus tareas, obligaciones o encargos?
- 5.- ¿A menudo te es difícil organizar tus tareas y actividades?
- 6.- ¿Con frecuencia evitas, te disgustas o resistes dedicarte a tareas que requieren tu atención por mucho rato, en los que no te puedes distraer?
- 7.- ¿Es frecuente que pierdas las cosas que necesitas para tareas o actividades? Pej: lápices, libros, juguetes, herramientas.
- 8.- ¿Te distraes fácilmente por estímulos sin importancia, hasta porque voló la mosca?
- 9.- ¿Eres poco cuidadoso con tus tareas u obligaciones diarias (tender tu cama, lavar trastos), las haces mal, muy rápido o se te olvidan?
- I.- ¿Mueves mucho tus manos o pies, o te mueves de un lado a otro de tu asiento?
- II.- ¿A menudo te paras de tu asiento cuando la gente espera que estés sentado, como en la escuela, el cine o la iglesia?
- III.- ¿Corres o saltas mucho, en situaciones donde no es correcto que lo hagas?
- IV.- ¿Te cuesta trabajo estar tranquilo para jugar u otras actividades divertidas?
- V.- ¿No dejas de moverte ni un segundo, como si trajeras un motor puesto?
- VI.- ¿Te han dicho que hablas mucho?
 - A.- ¿Frecuentemente te adelantas a responder antes de que terminen de preguntarte?
 - B.- ¿A menudo te cuesta trabajo esperar tu turno, por ejemplo en una fila o un juego?
 - C.- ¿Frecuentemente llegas a interrumpir o meterte en las actividades de otros, como cuando juegan o hablan?
- X.- ¿Algunos de los síntomas los has tenido desde antes de los 7 años?
- Y.- ¿Los has tenido en la escuela, en la casa y con tus amigos (en más de 2 ambientes)?
- Z.- ¿A causa de los síntomas has tenido problemas en la escuela, casa ó con tus amigos?

Nota: Especificar subtipo.

ENTREVISTA PARA PADRES.

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN

SALTO: ¿Desde antes de los 7 años, notan que frecuentemente el niño es distraído, le cuesta trabajo poner atención (sentarse a hacer la tarea, hacer las cosas de principio a fin, es olvidadizo) que pareciera que no escucha cuando le hablan, es muy desesperado, impaciente e inquieto como si trajera un motor puesto, y esto le ha producido problemas para su desempeño en la casa, escuela o con sus amigos?

- 1.- ¿Se equivoca frecuentemente por no poner la suficiente atención a los detalles, o comete errores por descuidos en sus tareas, trabajos u otras actividades?
- 2.- ¿Tiene dificultad para mantener la atención en sus tareas o incluso en sus juegos?
- 3.- ¿A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente?
- 4.- ¿Le cuesta trabajo seguir instrucciones y terminar las tareas, encargos u obligaciones?
- 5.- ¿Tiene dificultades para organizar sus tareas o actividades?
- 6.- ¿Le molesta o evita hacer tareas o trabajos en que debe esforzarse mentalmente?
- 7.- ¿Es frecuente que pierda los objetos que necesita para tareas o actividades escolares?
- 8.- ¿Se distrae fácilmente por cualquier cosa, hasta porque voló la mosca?
- 9.- ¿Es descuidado con sus actividades diarias, las hace mal ó se le olvidan?
- I.- ¿Se mueve constantemente, manos ó pies, ó se mueve de un lado a otro en su asiento?
- II.- ¿Con frecuencia se para de su asiento cuando debería estar sentado como en la escuela, iglesia o en el cine?
- III.- ¿Continuamente corre y brinca mucho en lugares y situaciones que no debería hacerlo?
- IV.- ¿Cuando juega lo hace siempre hablando o gritando y no puede permanecer callado y tranquilo?
- V.- ¿El niño no deja de moverse ni un segundo, como si trajera un motor puesto?
- VI.- ¿Continuamente habla mucho?
- A.- ¿A menudo contesta antes de que terminen de hacerle la pregunta?
- B.- ¿Tiene dificultades para esperar su turno, en los juegos, las filas, etc.?
- C.- ¿Suele interrumpir o meterse en las conversaciones o juegos de los demás?
- X.- ¿Algunos de los síntomas se han presentado antes de los 7 años?
- Y.- ¿Las alteraciones que los síntomas producen las presenta en la escuela, en la casa y con sus amigos (en más de 2 ambientes)?
- Z.- ¿A causa de los síntomas tiene marcados problemas en escuela, casa y con sus amigos?

Nota: Especificar subtipo.

TRASTORNO DISOCIAL.

SALTO: ¿Tu comportamiento siempre se caracteriza por molestar a los demás, hacer cosas que les molesten, no cumplir con las indicaciones o normas de tu casa, la escuela, ó la sociedad, incluso acostumbras agredir, destruir la propiedad de otros, robar o "transar" y no respetar reglas?

Nota: Mínimo 3 en el último año y uno en 6 meses.

- 1.- ¿Eres fanfarrón, te gusta amenazar o asustar a otros?
- 2.- ¿Eres de los que empiezan las peleas?
- 3.- ¿Has utilizado algún objeto (botellas, ladrillo, navajas, etc.) para tratar de lastimar a otros?
- 4.- ¿Has maltratado personas?
- 5.- ¿Has maltratado animales?
- 6.- ¿Has robado enfrentándote a la víctima, como arrebatar bolsos o atacando?
- 7.- ¿Has forzado, obligado, a alguien a tener actividad sexual contra su voluntad?
- 8.- ¿Has voluntaria e intencionadamente provocado incendios?
- 9.- ¿En forma voluntaria y con intención de hacer daño, has destruido propiedad de otros?
- 10.- ¿Ha entrado a la casa o coche de otros sin su permiso?
- 11.- ¿Mientes para conseguir lo que quieres o evitar obligaciones, timas o defraudas a otros?
- 12.- ¿Has robado objetos a escondidas (robo en tiendas, falsificaciones)?
- 13.- ¿A menudo no llegas a dormir a tu casa en la noche, a pesar de las prohibiciones de tus papás?
- 14.- ¿Te has escapado de tu casa durante la noche? Nota: Mínimo 2 veces ó 1 larga.
- 15.- ¿Te has ido de "pinta" de la escuela?

TRASTORNO DESAFIANTE OPOSICIONISTA.

SALTO: ¿Desde hace más de 6 meses, frecuente y repetidamente, has sido retador, rebelde, desafiante, desobediente, hostil y contradicte a las figuras de autoridad como tus papas o maestros?

- 1.- ¿Frecuentemente te enojas y haces berrinches?
- 2.- ¿A menudo alegas, discutes, rezongas, ó contestas a los adultos?
- 3.- ¿Acostumbras desafiar abiertamente a los adultos, ó negarte a cumplir lo que te manden?
- 4.- ¿Con frecuencia estas molestando a propósito (fastidiando) a los demás ?
- 5.- ¿Comúnmente acusas, ó le echas la culpa, a otros de tus errores o tu mala conducta?
- 6.- ¿Te enojas o molestas fácilmente por lo que otros te dicen?
- 7.- ¿Eres *bilioso (colérico)* y *resentido*? ¿Con frecuencia estas enojado y resentido?
- 8.- ¿Eres rencoroso o vengativo? ¿No olvidas fácilmente lo que te hacen y buscas desquitarte?
- 9.- ¿Estos síntomas te han generado problemas en la escuela, casa o con tus amigos?

Nota: Se cumple un criterio, solo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada en sujetos de su edad y nivel de desarrollo. Estos síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo. No debe tener diagnóstico conjunto de trastorno disocial.

TRASTORNO DISOCIAL.

SALTO: ¿Su hijo, se comporta persistente y repetidamente en forma que viola los derechos básicos de los demás, ó incluso las normas sociales importantes, como sería agredir, destruir la propiedad de otros, robar o "transar" y en general no respetar las reglas; y esto le ha provocado problemas dentro de la sociedad?

Nota: Mínimo 3 criterios durante el último año y uno en los últimos 6 meses.

- 1.- ¿Con frecuencia es fanfarrón, amenaza o intimida a otros?
- 2.- ¿Frecuentemente inicia peleas físicas (es "peleonero")?
- 3.- ¿Con el objeto de lastimar a otros, ha utilizado armas que pueden causar daño físico grave como bates, botellas, navajas, pistola etc.?
- 4.- ¿Suele ser cruel, físicamente, con personas?
- 5.- ¿Suele ser cruel, físicamente, con animales?
- 6.- ¿Ha robado, enfrentando a la víctima, como sería arrebatar bolsos, ataque con violencia, extorsión ó asalto?
- 7.- ¿Alguna vez ha forzado (abusado), obligado, a alguien a tener actividad sexual?
- 8.- ¿En forma deliberada, buscando hacer daño, ha provocado incendios?
- 9.- ¿En forma deliberada, buscando hacer daño, ha destruido propiedad ajena?
- 10.- ¿Ha penetrado al terreno, casa o coche de otros, en forma violenta?
- 11.- ¿Engaña a otros para obtener beneficios o evitar obligaciones (fraude, timo)?
- 12.- ¿Ha robado objetos, sin enfrentar a la víctima y sin destrozos o violencia como robar en tiendas ó falsificaciones?
- 13.- ¿Ha permanecido fuera de casa, en la noche, no obstante las prohibiciones?
- 14.- ¿Se ha escapado de casa durante la noche? **Nota:** Mínimo 2 veces ó 1 larga.
- 15.- ¿Se ha ido de "pinta" de la escuela?

Nota: Especificar tipo según edad de inicio (infantil, adolescencia) y gravedad.

TRASTORNO DESAFIANTE OPOSICIONISTA

SALTO: ¿Por más de 6 meses frecuente y repetidamente, la conducta del niño ha sido desafiante, desobediente, hostil, rebelde, y a todos contradice y reta?

- 1.- ¿Frecuentemente pierde la calma, se enoja, y hace berrinches?
- 2.- ¿Continuamente discute, alega, argumenta, contesta o rezonga a los adultos?
- 3.- ¿A menudo desafía o desobedece las reglas de los adultos?
- 4.- ¿Continuamente molesta (fastidia) a los demás?
- 5.- ¿A menudo culpa a otros de sus errores o mal comportamiento?
- 6.- ¿Es fácil que otros lo molesten o lo hagan enojar?
- 7.- ¿Frecuentemente está enojado y resentido?
- 8.- ¿Es rencoroso o vengativo?
- 9.- ¿Estos síntomas le han generado problemas en la escuela, casa o con sus amigos?

Nota: Se cumple un criterio, solo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada en sujetos de su edad y nivel de desarrollo. Estos síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo. No debe tener diagnóstico conjunto de trastorno disocial.

TRASTORNOS DE INGESTIÓN Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

PICA.

SALTO: ¿Por más de 1 mes has comido sustancias que normalmente no se comen (por ej: tierra, cal, cabellos, pintura, yeso, cuerda, etc.)? **Nota:** No corresponde al nivel de desarrollo.

- 1.- ¿Has comido de forma persistente, por más de un mes, sustancias no nutritivas como cal, tierra, pintura, gises, cabellos, o cosas parecidas?
- 2.- ¿En tu casa otras personas hacen lo mismo? (costumbre familiar y/o cultural).
- 3.- ¿Te han llevado al doctor debido a que comes tierra, gises, etc.?

RUMIACIÓN.

SALTO: ¿Durante más de 1 mes después de comer has regresado los alimentos del estómago a la boca y los vuelves a masticar?

Nota: No hay datos de enfermedad

- 1.- ¿Desde que lo haces no te da asco ni ganas de vomitar? (>1mes)
- 2.- ¿Te han dicho que tengas una enfermedad en tu pancita que explique lo que te pasa?

TRASTORNO DE INGESTIÓN.

SALTO: ¿Desde que eras más pequeño(antes de los 6 años), no te gustaba comer o comías muy poco, eras mas bien flaquito, y tus papas te exigían comer? **Nota:** Descartar falta de alimento, maltrato, abuso, ó negligencia.

- 1.- ¿ Por más de un mes, has tenido de manera persistente dificultad para comer adecuadamente, te pones irritable (enojón) e inconsolable durante las comidas, son batallas para hacerte comer, y no has aumentado de peso o al contrario has bajado?
- 2.- ¿Tienes alguna enfermedad que explique tu falta de apetito?
- 3.- ¿ Comer poco o no comer. se debe a falta de comida en tu casa , o a que te castiguen sin darte de comer, o que a tus papas se les olvide alimentarte?

ANOREXIA NERVIOSA.

SALTO: ¿Has tenido mucho miedo de engordar, y aunque todos te digan que estas bien de peso ó incluso flaca, a ti te parece que estas gorda y te asusta la idea de aumentar de peso, por lo que has dejado de comer y has hecho mucho ejercicio, incluso usado laxantes o purgantes con tal de permanecer delgada, pero ante el espejo te sigues viendo gorda?

- 1.- ¿Rechazas mantener el peso que dicen que es normal, o por arriba, según tu talla? **Nota:** El peso es menor al 85% del considerado normal. (Debe ser observado y medido).
- 2.- ¿ Aunque peses menos de lo normal y pierdas peso constantemente, aún tienes miedo de ser gorda?

TRASTORNOS DE INGESTIÓN Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

A) PICA.

SALTO: ¿Su hijo come sustancias no nutritivas como tierra, cal, pintura, cabellos o cosas similares, y lo ha hecho por más de 1 mes? Nota: No corresponde al nivel de desarrollo.

- 1.- ¿Ha notado que su hijo de forma persistente, por más de un mes, ingiera sustancias no nutritivas como cal, tierra, pintura, gises, cabellos, o cosas parecidas?
- 2.- ¿Existe alguna costumbre familiar o cultural de comer gises, cal, tierra, etc.?
- 3.- ¿Han notado que su hijo rechaza el resto de la comida?
- 4.- ¿Este problema le ha producido complicaciones médicas? (Ha necesitado llevarlo al doctor debido a que come tierra, gises, etc.?)

B) RUMIACIÓN.

SALTO: Su hijo, ha regurgitado (regresar el alimento del estómago a la boca) y remasticado sin señales de desagrado en repetidas ocasiones, durante al menos un mes, el alimento.

Nota: No hay datos de enfermedad

- 1.- ¿Ha notado, por más de un mes, que aparecen alimentos medio masticados y digeridos en la boca de su hijo(a), sin que muestre datos de náusea o vómito ?
- 2.- ¿Su hijo padece alguna enfermedad que justifique tal conducta, como reflujo esofágico?

C) TRASTORNO DE INGESTIÓN.

SALTO: Su hijo, ha tenido incapacidad para comer adecuadamente, por lo que ha perdido peso, o no lo adquirió en forma adecuada antes de los 6 años. Nota: Descartar falta de alimento, maltrato, abuso, ó negligencia.

- 1.- ¿Su hijo desde antes de los 6 años ha tenido alteraciones en su alimentación manifestadas por la persistente dificultad de comer adecuadamente (se vuelve irritable e inconsolable durante las comidas, son batallas para hacerlo comer) con una importante incapacidad para aumentar de peso o con pérdida significativa de este, durante más de un mes?
- 2.- ¿Su hijo padece alguna enfermedad que justifique tales alteraciones en su alimentación?

D) ANOREXIA NERVIOSA.

SALTO: ¿Su hija, ha tenido mucho miedo a subir de peso (convertirse en gorda), y ha dejado de comer, ha hecho mucho ejercicio o ha usado purgas con el objeto de estar o permanecer delgada?

- 1.- ¿Su hija se resiste a mantener el peso corporal normal o por encima del mínimo considerado para su edad y talla? Nota: El peso es menor al 85% del considerado normal. (Debe ser observado y medido).
- 2.- ¿Su hija tiene mucho miedo de convertirse en gorda (obesa), aún cuando pesa menos de lo normal, y aunque pierda peso el temor a la obesidad persiste?

3.- ¿Tus padres y otras personas te han dicho que estás muy delgada, crees que no dicen la verdad, te parece que algunas partes de tu cuerpo están muy gordas y tu autoestima se basa en la figura, incluso no crees que sea peligroso estar tan delgada?

4.- ¿Se ha interrumpido tu menstruación por tres o más veces consecutivas?

Nota: Especificar subtipo. (¿Qué recursos has utilizado en tu afán por perder peso?)

Restictivo o compulsivo purgativo.

BULIMIA NERVIOSA.

SALTO: ¿Has comido en poco tiempo (menos de 2 horas) cantidades mayores de comida, es decir mucho más de lo que los demás comen, con la sensación de que no puedes controlar esos deseos de comer de esa manera (atracon), y después has intentado compensar tu conducta provocándote el vómito, usando enemas, laxantes, medicamentos, ó ayunando y haciendo muchísimo ejercicio? **Nota:** Especificar subtipo.

1.- ¿En relación a otras personas de tu edad, en un corto lapso de tiempo (<2hrs) comes muchísimo (tragas), y tienes la sensación de que no puedes dejar de comer ni controlar la cantidad o el tipo de comida que ingieres (**Atracones**); esto te pasa en repetidas ocasiones?

2.- ¿Para no aumentar de peso, después del atracón intentas compensar y te provocas vómito, usas laxantes, otros medicamentos o enemas, dejas de comer o haces mucho ejercicio?

3.- ¿La frecuencia de los atracones y las conductas compensatorias es por lo menos 2 veces por semana desde hace 3 meses?

4.- ¿Tu autoestima depende importantemente de tu peso y figura?

Nota: La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa. Especificar subtipo (purgativo o no purgativo).

TRASTORNO POR TICS.

SALTO: ¿Has tenido movimientos o ruidos extraños con la boca, que aparecen de repente son rápidos, se repiten, sin ningún ritmo, sin ninguna utilidad y que a veces puedes evitar o retrasar? Eso es un tic.

Por ejemplo: (Se actúa)

Tics motores simples: Parpadear, sacudir el cuello, levantar los hombros, toser, muecas.

Tics motores complejos: Gestos faciales, otros relacionados con el aseo, saltar, tocar, pisotear y olfatear objetos. Ecocinesia (imitar movimientos)

Tics vocales simples: Carraspear, gruñir, inspirar, resoplar, ladrar, chasquear la lengua

Tics vocales complejos: Repetición de palabras o frases fuera de contexto, de obscenidades coprolalia; de los propios sonidos o palabras, palilalia; de lo que acaba de oír, ecolalia.

Nota: No existen datos de consumo de medicamentos, drogas o enfermedad médica que lo expliquen.

* Se sugiere pasar a interrogatorio de TOC y TDAH.

A) TOURETTE. *

1.- ¿Has tenido múltiples tics motores y uno o más vocales, aunque no al mismo tiempo?

2.- ¿Los tics se aparecen varias veces al día, casi todos los días, o intermitentemente durante más de un año, y nunca has estado más de 3 meses seguidos sin los tics?

3.- ¿Los tics te hacen sentir mal y te producen problemas en tu escuela, con amigos o en casa?

- 3.- ¿Considera que su hija tiene una alteración en la percepción del peso o silueta corporales (le han dicho, lo delgada que se ve, no obstante, ella permanece preocupada por la "gordura" de algunas partes de su cuerpo), de modo que su autoevaluación se basa en su figura ó niega los peligros que conlleva el bajo peso corporal?
- 4.- ¿Su hija ha tenido amenorrea (ausencia de sangrado menstrual durante 3 ciclos)?

Nota: Especificar subtipo. (¿ Qué recursos ha utilizado en su afán por perder peso?)

Restringido o compulsivo purgativo.

E) BULIMIA NERVIOSA.

SALTO: Alguna vez su hija, ha comido en poco tiempo (menos de 2 hrs) cantidades superiores de comida (a lo que cualquier otro pudiese comer), con una sensación de poco control sobre su comportamiento (ATRACÓN), y después ha intentado conductas "compensatorias" inadecuadas como sería provocarse el vómito, hacerse enemas, usar laxantes o medicamentos ayunar o un ejercicio excesivo.

- 1.- ¿Su hija ingiere alimento en un corto espacio de tiempo (<2hrs) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas harían en situación similar, con la sensación de pérdida de control sobre lo que esta comiendo (no poder dejar de comer o controlar el tipo y/o cantidad de lo que ingiere) en forma recurrente? (Atracones)
- 2.- ¿Su hija presenta de manera repetida conductas compensatorias inapropiadas, con el fin de no ganar peso (después del atracón), como son provocarse el vómito, enemas, ayuno, ejercicio excesivo, y/o uso excesivo de laxantes diuréticos u otros fármacos?
- 3.- ¿La frecuencia de los atracones y las conductas compensatorias es por lo menos 2 veces por semana desde hace 3 meses?
- 4.- ¿La autoevaluación de su hija depende en forma importante de su peso y silueta corporal?

Nota: La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa. Especificar subtipo (purgativo o no purgativo).

TRASTORNO POR TICS

SALTO: Un tic es, un sonido o movimiento rápido, repentino, que se repite, que no sigue un ritmo, sin ninguna utilidad, que hace porque le parece inevitable, pero que a veces puede evitar o retrasarlo. Por ejemplo: (Se actúa)

Tics motores simples: Parpadear, sacudir el cuello, levantar los hombros, toser, muecas.

Tics motores complejos: Gestos faciales, otros relacionados con el aseo, saltar, tocar, pisotear y olfatear objetos. Ecocinesia (imitar movimientos)

Tics vocales simples: Carraspear, gruñir, inspirar, resoplar, ladrar, chasquear la lengua

Tics vocales complejos: Repetición de palabras o frases fuera de contexto, de obscenidades coprolalia; de los propios sonidos o palabras, palilalia; de lo que acaba de oír, ecolalia.

- Se sugiere pasar a interrogatorio de TOC v TDAH.

Nota: No hay datos de consumo de medicamentos, drogas o enfermedad médica que lo explique.

De la TOURETTE.

- 1.- ¿Ha tenido en algún momento tics de movimientos múltiples y uno o más tics de vocalización aunque no sean simultáneos?
- 2.- ¿Los tics se presenta muchas veces al día, de manera continua por más de un año y nunca ha existido un periodo mayor a tres meses sin ellos?
- 3.- ¿Estos síntomas han provocado algún problema en la escuela en la casa o con sus amigos?

B) TICS MOTORES O VOCALES CRÓNICOS.

- 1.- ¿Has tenido uno o múltiples tics motores ó vocales, pero no *ambos*?
- 2.- ¿Los tics se aparecen varias veces al día, casi todos los días, o intermitentemente durante más de un año, y nunca has estado más de 3 meses seguidos sin los tics?
- 3.- ¿Los tics te hacen sentir mal y te producen problemas en tu escuela, con amigos o en casa?

C) TICS MOTORES O VOCALES TRANSITORIOS. *

- 1.- ¿Has tenido uno o múltiples tics motores ó vocales?
- 2.- ¿Los tics se aparecen varias veces al día, casi todos los días, por más de un mes y menos de un año?
- 3.- ¿Los tics te hacen sentir mal y te producen problemas en tu escuela, con amigos o en casa?

* *Especificar episodio simple (1) o recurrente.*

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN.

SALTO: ¿Te has hecho popó (caca) o pipí (orina) en la ropa, el suelo u otro lugar inadecuado, durante el día o la noche, después de los 4 a 5 años? **Nota:** No existe explicación médica ó farmacológica.

A) ENCOPRESIS.

SALTO: ¿Te has hecho "popo" ó "caca", en algún lugar inadecuado como en tu ropa o en el suelo?.

- 1.- ¿En forma repetida evacuas, "te haces popo o caca", accidental o intencionalmente en lugares inapropiados, en tu ropa, en la escuela, en el piso, en el cuarto de tus papas, etc.?
 - 2.- ¿Por lo menos una vez al mes por más de tres meses seguidos?
- Nota::** Edad cronológica mayor a 4 años, o nivel equivalente de desarrollo.
Especificar subtipo. (con o sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento)

B) ENURESIS.

SALTO: ¿Te has hecho "pipí" ú "orinado", durante el día o la noche, en algún lugar inadecuado como en tu ropa o en el suelo?.

- 1.- ¿En forma repetida te orinas (haces pipí) en la cama ó en la ropa, accidental o intencionalmente?
 - 2.- ¿Por lo menos 2 veces a la semana por más de tres meses seguidos, o que te sientas mal y te produzca problemas en tu escuela, con amigos o en casa?
- Nota::** Edad cronológica mayor a 5 años, o nivel equivalente de desarrollo.
Especifica subtipo. (Nocturna, diurna, ó mixta)

TRASTORNO DE MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS.

SALTO: ¿Te mueves de manera repetitiva y automática, no lo puedes controlar además que no te sirve para nada hacerlo, como agitar ó sacudir las manos, golpetear con los dedos, balancearte, morderte o pincharte la piel, morder o darles vuelta a objetos, dar cabezazos, ó golpearte?

- 1.- ¿Realizas estos movimientos en forma automática, repetitiva y sin ninguna utilidad?

TICS MOTORES O VOCALES CRÓNICOS

- 1.- ¿En algún momento ha tenido uno o múltiples tics motores ó vocales, pero no ambos?
- 2.- ¿Los tics aparecen varias veces al día, continua o intermitentemente por más de un año y nunca ha estado más de tres meses sin los tics?
- 3.- ¿Los tics han provocado algún problema en la escuela, casa o con sus amigos?

TICS TRANSITORIOS (motores o vocales)

- 1.- ¿Ha tenido uno o múltiples tics motores o vocales?
- 2.- ¿Los tics se presentan varias veces al día, casi todos los días por más de 1 mes y menos de 1 año?
- 3.- ¿Los tics han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con sus amigos?

* *Especificar episodio simple (1) o recurrente.*

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN

SALTO: ¿Se ha hecho popó (caca) o pipí (orina) en la ropa, el suelo u otro lugar inadecuado, durante el día o la noche, después de los 5 años? Nota: No existe explicación médica ó farmacológica.

ENCOPRESIS.

SALTO: ¿Se ha hecho "popo" ó "caca", en algún lugar inadecuado como en su ropa o en el suelo, involuntaria o intencionadamente?.

- 1.- ¿En forma repetida evacua, de manera intencionada o accidental, en lugares no apropiados (ropa, escuela, calle, suelo, cuarto de sus papás)?
- 2.- ¿Esto ha sucedido por lo menos una vez al mes por más de tres meses seguidos?

Nota: Edad cronológica mayor a 4 años, o nivel equivalente de desarrollo.
Especificar subtipo. (con o sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento)

ENURESIS.

SALTO: ¿Se ha hecho "pipí" ú "orinado", durante el día o la noche, en algún lugar inadecuado como en su ropa o en el suelo?.

- 1.- ¿Se orina repetidamente en la cama o la ropa involuntaria o intencionalmente?
- 2.- ¿Por lo menos dos veces a la semana durante tres meses seguidos, ó la conducta le ha provocado problemas en la escuela, la casa o con sus amigos?

Especificar subtipo. (Nocturna, diurna, ó mixta)

TRASTORNOS MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS.

SALTO: ¿Su hijo, en forma repetitiva, y aparentemente impulsiva, sin un fin determinado, ha presentado movimientos con las manos como agitarlas ó sacudir las, golpetear con los dedos, girar ó mordisquear objetos, balancearse, dar cabezazos, auto morderse o pincharse la piel auto golpearse?.

Nota: Descartar tics, TOC, etc.

- 1.- ¿Su hijo ha presentado una conducta repetitiva que parece impulsiva y no es funcional?

2.- ¿Esta conducta interfiere en tus actividades normales o te produces lesiones en el cuerpo por las que te hayan llevado al doctor ó te las provocarías sino te detienen?

3.- ¿Esta conducta ha permanecido por más de 4 semanas?

Nota: Especificación con o sin conductas autolesivas.

TRASTORNO POR ANSIEDAD DE SEPARACIÓN.

SALTO: ¿Por más de un mes te has puesto muy nervioso, ansioso, preocupado ó te ha dado mucho miedo cuando te alejas de tu casa, tus papás ó de algún otro ser querido; ó te preocupas mucho por la posibilidad de que algo malo les pueda pasar?.

- 1.- ¿Cuándo te separas o sabes que te vas a separar de tus seres queridos (papás), en repetidas ocasiones te has sentido mal?
- 2.- ¿Te preocupas frecuente e intensamente por tus seres queridos, pues te da miedo que se puedan perder o lastimar (crees que algo malo va a suceder) si tú no estas con ellos?
- 3.- ¿Frecuente e intensamente te preocupas de que pueda pasar algo (que te pierdas tú o que te rapten) que te aleje ó separe de tus seres queridos?
- 4.- ¿Frecuentemente no quieres ir o has dejado de ir a la escuela o a otro lugar (campamentos, casa de amigos, etc.) por miedo a separarte de tu casa o tus seres queridos?
- 5.- ¿Frecuentemente te da mucho miedo quedarte sólo, por lo que te resistes, a menos que alguien que tu quieres y confías se quede contigo?
- 6.- ¿Frecuentemente te resistes o no quieres irte a dormir, a menos que alguno de tus seres queridos te acompañe, ó no te interesa dormir fuera de tu casa (porque te da miedo)?
- 7.- ¿Frecuente y repetidamente tienes pesadillas en las que te separas de tus seres queridos?
- 8.- ¿Cuándo te separas o sabes que te vas a separar de tus seres queridos (papás), frecuentemente tienes molestias físicas como dolor (cabeza ó panza), asco o ganas de vomitar?
- 9.- ¿Esto que te sucede lleva más de 4 semanas?
- 10.- ¿Esto que te sucede te causa muchos problemas en la escuela, tu casa o con tus amigos?

MUTISMO SELECTIVO.

SALTO: ¿Cuándo estás en dónde hay mucha gente, o cuando juegas con varios niños (as), y ellos (as)esperan que hables, no puedes hacerlo, pero en otras situaciones si puedes?

- 1.- ¿De manera persistente eres incapaz de hablar cuando los demás lo esperan, como podría ser en la escuela, ó delante de mucha gente, pero en otras ocasiones si puedes, pe: en clase sabes la respuesta pero no la dices, a pesar de que nadie la puede contestar?
- 2.- ¿Este problema ha llegado a interferir con tu rendimiento escolar o la comunicación con tus amigos u otras personas?
- 3.- ¿Esta alteración ha durado más de un mes? (Excluir el primer mes de escuela)

- 2.- ¿Esta conducta interfiere en sus actividades normales o le produce lesiones corporales que requieran tratamiento médico ó se las provocaría sino se tomaran las medidas preventivas para evitarlo?
- 3.- ¿Esta conducta ha permanecido por más de 4 semanas?

Nota: Especificación con o sin conductas autolesivas.

TRASTORNO POR ANSIEDAD DE SEPARACIÓN.

SALTO: ¿Su hijo se pone nervioso, ansioso, preocupado, cuando se separa de casa, de ustedes o de algún otro familiar muy cercano, ó se preocupa excesivamente por la posibilidad de perderlos, y esto ha permanecido por más de 4 semanas?

- 1.- ¿En las ocasiones en que ocurre, o cuando el niño anticipa una separación de casa o de sus seres queridos (más cercanos) de modo recurrente experimenta excesivo malestar?
- 2.- ¿El niño se preocupa de manera persistente y excesiva por la posible pérdida o daño de sus seres más queridos (temor a que les pueda pasar algo, se puedan perder o lastimar cuando el no esta con ustedes)?
- 3.- ¿Se preocupa excesiva y persistentemente porque pueda pasar algo (extraviarse o ser secuestrado) que los separe?
- 4.- ¿De forma persistente se resiste o se niega a ir a la escuela ó cualquier otro lugar por miedo a la separación de sus seres más allegados? (casa de alguien, campamentos, etc.)
- 5.- ¿De manera excesiva y persistente se muestra temeroso ó renuente a quedarse sólo, a menos que una persona que él quiere se quede en casa, o algún adulto en quién confía (maestros, tutores) en otros lugares?
- 6.- ¿Persistentemente se muestra renuente ó rehusa irse a dormir sin la cercanía de algún ser querido ó dormir fuera de casa?
- 7.- ¿Sufre de pesadillas recurrentes con temas de separación de sus seres queridos?
- 8.- ¿Se queja de molestias físicas como dolor de cabeza ó abdominal, náusea, vómito, cuando ocurre o anticipa una separación de sus seres queridos?
- 9.- ¿Esta conducta ha permanecido por más de 4 semanas?
- 10.- ¿La conducta ha generado problemas sociales, escolares, familiares y malestar en el niño?

MUTISMO SELECTIVO

SALTO: ¿Cuándo el niño esta en dónde hay mucha gente, o jugando entre varios niños, y los demás esperan que hable, no puede hacerlo, pero en otras situaciones si puede?

- 1.- ¿Frecuentemente no puede hablar en la escuela, o cuando otros esperan que lo haga (en público) sin embargo es capaz de hacerlo en otras situaciones, con menos gente?
- 2.- ¿Este problema ha dificultado su rendimiento escolar o la comunicación con sus amigos u otras personas?
- 3.- ¿Esta alteración ha durado más de un mes? (Excluir el primer mes de escuela).

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

SALTO: ¿Por más de 2 semanas, todo el día casi todos los días, te has sentido enojón, irritable, triste, ya no disfrutas las cosas que antes te gustaban, todo te da igual, has perdido las ganas, el interés, (escuela, amigos, juegos) no quieres hacer nada, estas aburrido, te sientes muy lento o inquieto, se te olvidan las cosas, han cambiado tu apetito y tu sueño, y crees que así te vas a sentir siempre, que nadie te quiere y te gustaría más estar muerto o quitarte la vida?

- 1.- ¿Tu ánimo (humor) ha cambiado, te has vuelto enojón, irritable, o te sientes triste y vacío, te ha dado por llorar, y así has estado casi todo el tiempo por más de 15 días?
- 2.- ¿Ya no te gusta lo de antes, como jugar, ir de paseo, ver la tele, ir al cine, etc. incluso sientes que todo te da igual y te aburre, nada te importa?
- 3.- ¿Has subido o bajado de peso, se te ha ido el apetito o al contrario tienes mucho? **Nota:** Valorar el aumento ponderal de peso y el fracaso en alcanzar su peso adecuado.
- 4.- ¿Casi todos los días has tenido problemas para dormir, que te de mucho sueño o se te vaya el sueño durante la noche?
- 5.- ¿Has estado muy lento, "pazguato", o muy inquieto, tanto que los demás te lo han dicho?
- 6.- ¿Te sientes débil, cansado, sin energía, "ponchado", "agüitado", "apachurrado"?
- 7.- ¿Sientes que no sirves para nada, que nadie te quiere, ni siquiera tus papás?
- 8.- ¿Te cuesta mucho trabajo decidirte (más que nunca) sientes que piensas muy lento, incluso como confundido, y te cuesta mucho trabajo concentrarte? (pej: tardas más con las tareas.)
- 9.- ¿Te sientes tan mal que desearías estar muerto, no haber nacido, has pensado matarte, o que te maten?
- 10.- ¿En algún momento, por más de una semana, te has sentido diferente, como más alegre, o enojón, con ganas de hacer muchas cosas, te cansas menos que antes o no te cansas, ni tienes necesidad de dormir o no te da sueño y puedes hacer muchas cosas, incluso las que te parecían difíciles o incluso imposibles?
- 11.- ¿Los cambios en tu humor (ánimo) te han ocasionado problemas en la escuela, casa o con tus amigos?

Nota: Descartar causa médica, fármacos, drogas, duelo.

DISTIMIA

SALTO: ¿Por más de 1 año, durante casi todo el tiempo, muchos días, te has sentido irritable, enojón, que de todo te molestan, ó triste desanimado, y al mismo tiempo te ha cambiado el apetito (más menos hambre-peso) y el sueño (calidad y cantidad), te sientes cansado, te cuesta trabajo concentrarte y resolver problemas (tomar decisiones) te sientes poca cosa y que nadie te quiere y has pensado que nunca te vas a volver a sentir bien y todo va a ir empeorando? **Nota:** Nunca ha estado libre de los síntomas por más de 2 meses.

- 1.- ¿Por más de 1 año, tu ánimo, humor, la mayor parte del día, casi todos los días, ha cambiado y te has sentido enojón, irritable, que de todo te molestan, triste o desanimado?
- 2.- ¿Al mismo tiempo que te has sentido así, tienes...
 - 2.1 ...aumento o disminución de tu apetito?
 - 2.2 ...aumento o disminución en tu sueño?
 - 2.3 ...cansancio, pérdida de energía, fatiga?
 - 2.4 ...poca autoestima, te sientes que nadie te quiere por chocante o desagradable?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

SALTO: ¿Durante más de 2 semanas, de manera persistente, durante casi todo el día, todos los días, ha notado que su hijo está enojado, irritable o triste o ya no disfruta de las cosas que antes le gustaban, ha perdido interés, (escuela, amigos, juegos) lo nota apático, lento o inquieto apocado, desanimado, distraído, con cambios en sus patrones de sueño o apetito, o con ganas de morir?

1.- ¿Desde hace más de 15 días, nota un cambio de humor (ánimo) del niño, lo ve irritable, enojón, triste, desanimado, con llanto, la mayor parte del día casi todos los días? Ha tenido algún cambio en su estado de ánimo, tristeza o enojo?

2.- ¿Ya no le gusta lo de antes, como jugar, ir de paseo, ver la tele, ir al cine, etc. incluso siente que todo es igual y le aburre, nada te importa?

3.- ¿Ha subido o bajado de peso, ha disminuido o aumentado su apetito?

Nota: Valorar el aumento ponderal de peso y el fracaso en alcanzar su peso adecuado.

4.- ¿Casi todos los días has tenido problemas para dormir, que le de mucho sueño o insomnio?

5.- ¿Ha estado muy inquieto o por el contrario muy lento en sus movimientos?

6.- ¿Lo nota muy débil, fatigado, cansado o aburrido?

7.- ¿Ha menudo le escucha decir que no sirve para nada, que nadie lo quiere, ni sus padres?

8.- ¿Tiene dificultad para concentrarse o lo nota muy indeciso y como lento para pensar?

9.- ¿Ha manifestado deseos de morir, juegos, fantasías o conversaciones sobre la muerte?

10.- ¿Por más de una semana han notado a su hijo diferente, mucho más alegre, simpático, comunicativo o enojón, con muchos proyectos e ideas y con ganas de hacer muchas cosas, y que al hacerlas no se cansa, duerme pocas horas (<4) y sin embargo conserva un nivel de energía (ánimo) elevado, digamos maniaco?

11.- ¿Los cambios en su humor (ánimo) le han ocasionado problemas en la escuela, casa o con sus amigos?

Nota: Descartar causa médica, fármacos, drogas, duelo.

DISTIMIA

SALTO: ¿Por más de 1 año, el niño, la mayor parte del día, la mayoría de los días ha estado irritable, enojón (de todo se molesta), triste ó desanimado y al mismo tiempo ha estado con cambios en su apetito, sueño, disminución de energía, problemas para concentrarse y tomar decisiones disminución de su autoestima y desesperanza?

Nota: Nunca ha estado libre de los síntomas por más de 2 meses.

1.- ¿Por más de 1 año, su ánimo, humor, la mayor parte del día, casi todos los días, ha cambiado y lo ha observado enojón, irritable, que de todo se molesta, triste o desanimado?

2.- ¿Al mismo tiempo que lo ha notado así hay...

2.1. ...cambios en el apetito?

2.2. ...cambios en el sueño?

2.3. ...pérdida de energía ó fatiga?

2.4. ...poca autoestima, siente que nadie lo quiere por chocante o desagradable?

- 2.5 ...dificultades para resolver tus problemas, concentrarte y decidir?
- 2.6 ...la sensación de que nunca te vas a sentir bien y todo va a empeorar?

- 3.- ¿Durante este tiempo nunca te has sentido libre de las molestias por más de 2 meses?
- 4.- ¿Las molestias te han producido problemas en tu casa, escuela, con tu familia o amigos?

Nota: Descartar otro trastorno afectivo, psicótico, médico ó uso de sustancias.

Antes del inicio de la distimia pudo haber un episodio depresivo mayor, con remisión (> de 2 meses asintomático); después del primer año puede haber trastornos depresivos mayores superpuestos y se deben codificar ambos.

TRASTORNO BIPOLAR. (episodio maníaco)

SALTO: ¿ Alguna vez o ahora te sientes diferente, como más alegre, o enojón, con ganas de hacer muchas cosas, te cansas menos que antes o no te cansas nada, no tienes necesidad de dormir o no te da sueño y puedes hacer muchas cosas o crees que puedes hacer cosas que antes te parecían difíciles o incluso imposibles?

- 1.- ¿ Por más de una semana, de manera persistente te has sentido más alegre, como que eres mejor que todos y eres capaz de hacer cosas que nadie más puede?

- 2.- ¿Además de sentirte muy animado, desbordado ó irritable has ...(>3 ó 4 si esta irritable)

- 2.1. ...sentido ser el mejor de todos, ser único y grandioso, portentoso, lo máximo?

- 2.2. ...tenido poca necesidad de dormir, descansas perfectamente durmiendo solo 3-4 hrs.?

- 2.3. ...notado estar mucho más platicador?

- 2.4. ...tenido la sensación de que tus ideas van más rápido, ó que te vienen muchas ideas al mismo tiempo que ni siquiera termina una cuando ya empezó la otra?

- 2.5.notado que te distraes con cualquier cosa?

- 2.6. ...tenido un aumento intencionado de tu nivel de actividad escolar, social, etc. ó has estado inquieto, agitado, que todo el tiempo te estés moviendo?

- 2.7. ...estado haciendo cosas que a los demás les parecen peligrosas, "locas", o arriesgadas, como acrobacias en coches o motos, o irte de viaje sin destino, ó cosas que antes no te animabas a hacer?

- 3.- ¿Durante este período has sentido síntomas depresivos, al mismo tiempo?

- 4.- ¿Los cambios en tu estado de ánimo han sido lo suficientemente intensos como para producirte problemas con tus amistades, familiares, en la escuela o la casa, ó incluso han tenido que hospitalizarte para evitar más problemas, ó has perdido el contacto con la realidad con delirios (ideas que solo tú aceptas) y alucinaciones?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 2.5. ...dificultades para resolver sus problemas, concentrarse y decidir?
- 2.6. ...la sensación de que nunca va a estar bien y todo va a ir empeorando?

- 3.- ¿Durante este tiempo nunca ha estado libre de las molestias por más de 2 meses?
- 4.- ¿Las molestias le han producido problemas en casa, escuela, con tu familia o amigos?

Nota: Descartar otro trastorno afectivo, psicótico, médico ó uso de sustancias.

Antes del inicio de la distimia pudo haber un episodio depresivo mayor, con remisión (> de 2 meses asintomático); después del primer año puede haber trastornos depresivos mayores superpuestos y se deben codificar ambos diagnósticos.

TRASTORNO BIPOLAR. (episodio maníaco)

SALTO: ¿Por más de una semana han notado a su hijo diferente, mucho más alegre, simpático, comunicativo o enojón, con muchos proyectos e ideas y con ganas de hacer muchas cosas, y que al hacerlas no se cansa, duerme pocas horas (<4) y sin embargo conserva un nivel de energía (ánimo) elevado, digamos maníaco?

- 1.- ¿Existe en su hijo un estado de ánimo claramente diferente al normal, persistentemente elevado, expansivo e irritable por más de una semana?
- 2.- ¿Durante el periodo de alteración del ánimo han persistido en un grado evidente 3 ó más de los siguientes síntomas? (4 si el ánimo es irritable)
 - 2.1. ¿Su autoestima se encuentra exagerada, se siente único y lo máximo (grandioso)?
 - 2.2. ¿Disminución de la necesidad de dormir, se repone con 3 hrs. de sueño?
 - 2.3. ¿Platica mucho más de lo normal (verborreico)?
 - 2.4. ¿Su discurso es tan rápido que no completa las ideas, su hijo acepta que su pensamiento esta acelerado?
 - 2.5. ¿Se distrae muy fácilmente con cualquier cosa?
 - 2.6. ¿Han observado un aumento intencionado de la actividad escolar, social, etc. ó lo han visto inquieto, agitado, que todo el tiempo se esta moviendo?
 - 2.7. ¿Lo han visto en actividades placenteras que pudieran ser peligrosas, como irse de viaje, andar en moto, etc.?
- 3.- ¿Al mismo tiempo ha presentado síntomas de depresión?
- 4.- ¿La alteración del estado de ánimo ha sido lo suficientemente grave como para producir problemas sociales, escolares, familiares ó incluso ha requerido hospitalización para evitar mayores daños, ó han existido evidencias de pérdida de contacto con la realidad como delirios y alucinaciones?

TRASTORNOS DE ANGUSTIA.

Nota: Codificar crisis de angustia, y/o agorafobia, si no existen evidencias, pasar a otra sección.

A) CRISIS DE ANGUSTIA. (Panic attack)

SALTO: ¿Has sentido en forma repentina muchísimo miedo (malestar, angustia, desesperación, nervios), que empieza en forma brusca, y llega al máximo en 10 minutos, acompañado de al menos 4 de los siguientes: Taquicardia (que te late más rápido el corazón), sudoración, temblor o sacudidas, disnea (que te falta el aire como si te ahogaras), atraganto (como cuando algo se te atora en la garganta), opresión en el pecho, náuseas o dolor abdominal, mareo o desmayo (como si te fueras a caer), desrealización (como si nada de lo que te rodea fuera real), despersonalización (como si tú no fueras tú), miedo de volverte loco o perder el control, miedo de morir, parestesias (como si se te entumiera u hormigucara el cuerpo), escalofríos ó sofocos, como cuando te da mucha fiebre.

B) AGORAFOBIA.

SALTO: ¿Has sentido muchísimo miedo (malestar, angustia, desesperación, nervios), de estar en un lugar o situación donde te puedas sentir mal, y no te puedas ir, o nadie te pueda ayudar, peje en la calle, la escuela, entre la gente, en viajes; por lo que las evitas, o las resistes pero sintiendo muy mal, por lo que intentas siempre ir con alguien ?

Nota: Codificar con o sin trastorno de angustia.

TRASTORNO DE ANGUSTIA (Panic disorder).

SALTO: ¿Has tenido en repetidas ocasiones, sin que te lo esperes, **CRISIS DE ANGUSTIA**, y por lo menos por un mes te has preocupado frecuentemente de que te vuelvan a dar, con el miedo de lo que te pueda pasar (infarto, volverte loco, perder el control), y tu sientes que por culpa de estas crisis, ha cambiado tu forma de ser y comportarte?.

1.- ¿Las crisis de angustia aparecen de manera inesperada, ósea que nunca sabes cuando te va a dar?

2.- ¿Después alguna de las crisis, por más de un mes, has presentado inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis, ó preocupación por las consecuencias de las crisis como perder el control, sufrir un infarto o volverte loco, ó tu manera de ser y comportarte cambia por las crisis?

Nota: Presencia o ausencia de agorafobia.

(ver sección específica)

AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA.

1.- ¿Por el temor a tener síntomas como mareos o diarrea (similares a la angustia) has tenido "agorafobia" (ver sección de salto)?

Nota: Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos de trastorno de angustia.

TRASTORNOS DE ANGUSTIA.

Nota: Codificar crisis de angustia, y/o Agorafobia, si no existen evidencias, pasar a otra sección.

A) CRISIS DE ANGUSTIA (Panic attack)

SALTO: ¿Alguna vez le ha sucedido, que de repente tiene mucho miedo (malestar, angustia, desesperación, nervios), que empieza en forma brusca, llega al máximo en 10 minutos, y se acompaña de (al menos 4 de las siguientes):

- 1.- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
- 2.- Sudoración.
- 3.- Temblores o sacudidas.
- 4.- Sensación de ahogo o falta de aliento
- 5.- Sensación de atragantarse
- 6.- Opresión o malestar en el pecho.
- 7.- Náuseas o molestias abdominales.
- 8.- Inestabilidad mareo o desmayo
- 9.- Sensación de ser ajeno a lo que sucede.
- 10.- Miedo a perder el control o volverse loco.
- 11.- Miedo a morir.
- 12.- Sensación de entumecimiento u hormiguelo.
- 13.- Escalofríos o sofocaciones.?

B) AGORAFOBIA

SALTO: ¿El niño ha presentado mucho miedo (malestar, angustia, desesperación, nervios), cuando está en lugares o situaciones de donde escapar pueda resultar difícil o embarazoso o donde no va a ser posible recibir ayuda de inmediato, pej salir solo de la casa, estar en multitudes, esperar en la fila, viajar en un autobús, tren, etc. por lo que evita las situaciones que predisponen estos síntomas y constantemente requiere la presencia de alguien para sentirse tranquilo?

Nota: Codificar con o sin trastorno de angustia.

TRASTORNO DE ANGUSTIA (Panic disorder).

SALTO: ¿De manera inesperada y repetitiva, desde hace más de un mes, ha presentado crisis de angustia, y se ha preocupado frecuentemente de que le vuelvan a dar, con miedo a sus consecuencias (pej: infartarse, volverse loco, perder el control), y usted considera que por culpa de estas crisis ha cambiado la manera de comportarse del niño?

- 1.- ¿Las crisis de angustia aparecen de manera inesperada, ósea que nunca sabe cuando le van a dar?
- 2.- ¿Después de alguna de las crisis, por más de un mes, ha presentado inquietud persistente ante la posibilidad de tener más, ó preocupación por las consecuencias de las crisis como perder el control, sufrir un infarto o volverse loco, ó su manera de ser y comportarse cambio por las crisis?

Nota: Presencia o ausencia de agorafobia.

(ver sección específica)

AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA.

1.- ¿Por el temor a tener síntomas como mareos o diarrea (similares a la angustia) ha presentado síntomas de "Agorafobia" (ver sección de salto)?

Nota: Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos de trastorno de angustia.

FOBIA ESPECÍFICA.

SALTO: ¿Durante más de 6 meses, has tenido mucho miedo, al imaginarte o enfrentarte a algún animal, lugar o cosa como podrían ser los insectos, la escuela, los maestros, las personas disfrazadas, salir a la calle, viajar, las alturas, las tempestades, los sonidos fuertes, los truenos, adquirir una enfermedad, desmayarte, la sangre, las inyecciones, a caerte, los espacios cerrados, los coches, elevadores etc. Tanto miedo que seas capaz de todo para no estar ahí (evitarlo). Y cuando no te queda más remedio que enfrentarlo te sientes muy mal, "nervioso (a)", y parece que no puedes aguantar mucho tiempo, "te sientes morir", lloras, quieres abrazarte de alguien, haces berrinche o te quedas como paralizado? Nota: Averiguar si existen datos de crisis de angustia, ante el estímulo fóbico. (El entrevistador deberá descartar la presencia de crisis de angustia)

- 1.- ¿El temor que sientes es excesivo, persistente y marcado, y se presenta ante la presencia o la anticipación de la situación u objeto específico?
- 2.- ¿Cuándo te enfrentas al temor, inmediatamente te pones nervioso (ansioso, desesperado) como una crisis de angustia o te pones a llorar, haces berrinche, te inhibes o abrazas a alguien?
- 3.- ¿Consideras que tu miedo es excesivo y/o absurdo? NOTA: Puede faltar en los niños.
- 4.- ¿Evitas las situaciones fóbicas, ó las soportas a costa de una intensa ansiedad o malestar?
- 5.- ¿Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocado por las situaciones temidas interfiere importantemente con tu rutina en la escuela, casa, con amigos o te hace sentir muy mal?
- 6.- ¿Estos síntomas se han presentado por más de 6 meses?

Nota: El cuadro no se explica mejor por otra entidad nosológica.

Especificar subtipo (animal, ambiental, sangre-inyección-daño, situacional, otros).

FOBIA SOCIAL.

SALTO: ¿Durante más de 6 meses, has sentido mucho miedo, al imaginarte o enfrentarte a situaciones sociales como iniciar o mantener pláticas, participar en grupo, salir con alguien, hablar con maestros o autoridades o incluso asistir a fiestas, porque te da miedo quedar en ridículo?. Nota: Averiguar en niños más pequeños la presencia de llanto, tartamudez, parálisis, aferrarse a un familiar incluso mutismo, ó en niños mayores timidez, retraimiento, evitar el contacto con los demás, no ir a la escuela, soslayar juegos, mantenerse con los adultos.

1.- ¿Has sentido temor persistente y marcado por una o más situaciones sociales o actuaciones en las que te ves expuesto a personas que no conoces o a la posible evaluación por parte de otros; que te da miedo actuar de una manera (o mostrar síntomas de ansiedad) que te puedas sentir avergonzado o apenado (que sea humillante ó embarazosa)?. **EN NIÑOS:** Debe existir evidencia de buena capacidad de relación social con gente conocida y la ansiedad debe ocurrir en ambientes con individuos de su misma edad, no solamente en las interacciones con los adultos.

2.- ¿En las ocasiones que has tenido que enfrentarte a estas situaciones invariablemente te has sentido ansioso (nervioso, desesperado, angustiado) con síntomas de crisis de angustia?

Nota: Puede haber llanto, berrinches, retraimiento e inhibición.

- 3.- ¿Consideras que tu miedo es excesivo y/o absurdo? NOTA: Puede faltar en los niños.
- 4.- ¿Evitas las situaciones fóbicas, ó las soportas a costa de una intensa ansiedad o malestar?
- 5.- ¿Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocado por las situaciones temidas interfiere importantemente con tu rutina en la escuela, casa, con amigos o te hace sentir muy mal?

FOBIA ESPECIFICA.

SALTO: ¿Durante más de 6 meses, ha sentido mucho miedo, al imaginar o ante la presencia de algún animal, lugar o cosa como podrían ser los insectos, la escuela, los maestros, personas disfrazadas, salir a la calle, viajar, las alturas, sonidos intensos, los truenos, adquirir una enfermedad, la sangre, las inyecciones, desmayarse, los espacios cerrados, los coches, elevadores etc. Tanto miedo que sea capaz de todo para evitarlo. Y cuando no le queda más remedio que enfrentarlo, se siente muy mal, "nervioso", llora, los abraza como muy asustado, hace berrinche o lo notan muy inhibido, y parece que no puede aguantar?.

Nota: Averiguar si existen datos de crisis de angustia, ante el estímulo fóbico.

(El entrevistador deberá descartar la presencia de crisis de angustia)

- 1.- ¿Ante la presencia o anticipación del animal, objeto, lugar o situación mencionada presenta siempre temor excesivo, persistente y marcado?
- 2.- ¿Cuándo se enfrenta al temor, inmediatamente se pone nervioso (ansioso, desesperado) como una crisis de angustia o se pone a llorar, hace berrinche, se inhibe o se abraza de alguien?
- 3.- ¿Considera que su miedo es excesivo y/o absurdo? **NOTA:** Puede faltar en los niños.
- 4.- ¿Evita la situación fóbica, ó la soporta a costa de una intensa ansiedad o malestar?
- 5.- ¿Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocado por las situaciones temidas interfiere importantemente con su rutina en la escuela, casa, con amigos o le hace sentir muy mal?
- 6.- ¿Estos síntomas se han presentado por más de 6 meses?

Nota: El cuadro no se explica mejor por otra entidad nosológica.

Especificar subtipo (animal, ambiental, sangre-inyección-daño, situacional, otros).

FOBIA SOCIAL.

SALTO: ¿Durante más de 6 meses, el niño ha manifestado mucho miedo al imaginarse ó enfrentarse a situaciones sociales como asistir a fiestas, iniciar o mantener conversaciones, salir con alguien, participar en grupo, hablar con maestros, porque le da miedo quedar en ridículo o se siente incómodo?.

Nota: Averiguar en niños más pequeños la presencia de llanto, tartamudez, parálisis, aferrarse a un familiar, hacer berrinche, incluso mutismo, ó en niños mayores timidez, retraimiento, evitar el contacto con los demás, no ir a la escuela, soslayar juegos, mantenerse con los adultos.

- 1.- ¿El niño ha presentado temor persistente e intenso por una o más situaciones sociales o actuaciones en las que se ve expuesto a personas que no conoce o a la posible evaluación por parte de otros; que le da miedo actuar de una manera (o muestre síntomas de ansiedad) que se pueda sentir avergonzado o apenado?. **EN NIÑOS:** Debe existir evidencia de buena capacidad de relación social con gente conocida y la ansiedad debe ocurrir en ambientes con individuos de su misma edad, no solamente en las interacciones con los adultos.
 - 2.- ¿En las ocasiones que ha tenido que enfrentarse a estas situaciones invariablemente se ha sentido ansioso (nervioso, desesperado, angustiado) con síntomas de crisis de angustia?
- Nota:** Puede haber llanto, berrinches, retraimiento e inhibición.
- 3.- ¿El niño considera que su miedo es excesivo y/o absurdo? **NOTA:** Puede estar ausente.
 - 4.- ¿Evita las situaciones fóbicas, ó las soporta a costa de una intensa ansiedad o malestar?
 - 5.- ¿Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocado por las situaciones temidas interfiere importantemente con tu rutina en la escuela, casa, con amigos o te hace sentir muy mal?

6.- ¿Estos síntomas se han presentado por más de 6 meses?

Nota: El cuadro no se explica mejor por otra entidad nosológica.

Especificar si es o no generalizada.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

SALTO:

Definición de obsesión: ¿Frecuente y repetidamente te llegan a la cabeza ideas, pensamientos, impulsos, ó imágenes que consideras raras, ajenas, que se meten en tus pensamientos y te ponen nervioso, ansioso y te hacen sentir muy mal? Pej: Miedo a contraer una enfermedad por darle la mano a alguien, intenso malestar ante el desorden de objetos, miedo a causar daño a otros o a matarlos, temor a decir algo incorrecto, temor a que algo terrible pueda pasar, etc.

Definición de compulsión: ¿Frecuente y repetidamente haces cosas (conductas, actos mentales, rituales) para prevenir o aliviar los nervios, ansiedad o malestar que te produjo la obsesión, ó para prevenir un suceso, situación negativo ó desastroso. Pej: Lavarte repetidamente las manos, verificar o comprobar puertas cerraduras, acomodar y ordenar repetidamente los objetos, rezar, contar o repetir palabras en silencio (mentalmente), caminar sobre la misma línea, etc.

- 1.- ¿Aunque no quieres te vienen pensamientos, imágenes, o impulsos (que se repiten y persisten) que te hacen sentir ansioso, incómodo o molesto y te producen "nerviosismo", porque los consideras raros, ó extraños?
- 2.- ¿Estos pensamientos, impulsos ó imágenes son simples preocupaciones (la escuela, la casa, tus amigos) como las que todos podemos tener?
- 3.- Los pensamientos, impulsos ó imágenes ¿Has intentado no hacerles caso, quitarlos o neutralizarlos por medio de otros pensamientos o actos (compulsiones)? Pej: Rezar para evitar que algo malo pase ó lavarte las manos para disminuir el miedo de estar contaminado
- 4.- ¿Tú crees que estos pensamientos, impulsos o imágenes que te incomodan son producto de tu cabeza (mente)?
- 5.- ¿Tienes conductas repetitivas que no puedes evitar hacer según algunas reglas que tu mismo creaste, ó en respuesta a un pensamiento, imagen, impulso obsesivo (las repites de tal manera porque te sientes obligado a hacerlo)? Pej: Lavarte repetidamente las manos, dejar siempre todo muy ordenado, rezar o estar contando las cosas, o al caminar siempre pisando o no las líneas, salir y entrar varias veces de tu cuarto?
- 6.- ¿El motivo de tus conductas (ó actos mentales) es evitar ó hacer menos fuerte las molestias de una imagen, pensamiento o impulso obsesivo, ó de alguna cosa negativa que pudiera pasar? Nota: Determinar si existe o falta de relación entre lo que intenta neutralizar y el suceso, o si las medidas adoptadas son claramente exageradas.
- 7.- ¿Alguna vez has pensado que estas obsesiones y compulsiones son exageradas ó "locas"?
- 8.- ¿Estas ideas o conductas te hacen sentir mal, nervioso (angustiado), te ocupan más de una hora al día, y han provocado problemas con tus actividades en la escuela, casa o con tus amigos?

Especificar: Con poca conciencia de enfermedad (insight)

6.- ¿Estos síntomas se han presentado por más de 6 meses?

Nota: El cuadro no se explica mejor por otra entidad nosológica.

Especificar si es o no generalizada.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

SALTO:

Definición de obsesión: Ideas, pensamientos, impulsos, ó imágenes de carácter persistente que son consideradas extrañas, ajenas, intrusivas e inapropiadas y producen ansiedad o malestar intensos. Pej: Miedo a contraer una enfermedad por darle la mano a alguien, intenso malestar ante el desorden de objetos, miedo a causar daño a otros o a matarlos, temor a decir algo incorrecto, etc.

Definición de compulsión: Comportamientos (conductas) o actos mentales (pensamientos), o rituales repetitivos, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar que conlleva la obsesión o para prevenir un suceso, situación negativos o desastrosos. Pej: Lavarse repetidamente las manos, verificar o comprobar puertas cerraduras, acomodar y ordenar repetidamente los objetos, rezar, contar o repetir palabras en silencio (mentalmente), etc.

- 1.- ¿Su hijo experimenta imágenes, impulsos, ó pensamientos de manera persistente y repetida que le producen ansiedad y malestar pues los considera ajenos, intrusos y extraños?
- 2.- ¿Los pensamientos, imágenes ó impulsos son simples preocupaciones cotidianas?
- 3.- ¿El niño intenta ignorarlos, suprimirlos ó neutralizarlos por medio de otros pensamientos o actos (compulsiones)?
- 4.- ¿A pesar de todo su hijo reconoce que estos pensamientos, imágenes ó impulsos surgen de su cabeza (mente)?
- 5.- ¿El niño presenta conductas (ó actos mentales) repetitivas, que se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe cumplir estrictamente? Pej: Lavarse las manos, poner en orden objetos, caminar pisando o no la línea, repetir conductas como entrar y salir muchas veces de una habitación, rezar, contar o repetir palabras en silencio.
- 6.- ¿El objetivo de sus conductas (o actos mentales) es prevenir o reducir el malestar de una obsesión, o de algún acontecimiento o situación negativa; no obstante no existe relación entre lo que intenta neutralizar y el suceso o las medidas resultan claramente exageradas?
- 7.- ¿Alguna vez el niño ha reconocido que las obsesiones y compulsiones resultan excesivas o absurdas?
- 8.- ¿Las obsesiones y compulsiones producen sufrimiento y pérdida de tiempo en el niño (>1 hora) ó interfieren marcadamente en sus actividades escolares, familiares o sociales?

Especificar: Con poca conciencia de enfermedad (insight)

TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA.

SALTO: ¿Constantemente te preocupas demasiado por todo o casi todo (escuela, tareas, exámenes, casa, amigos, etc.), y la mayor parte de la gente te dice que eres muy aprensivo?

- 1.- ¿Durante más de 6 meses te has sentido excesivamente nervioso y preocupado por un montón de cosas, de tu casa, escuela, amigos, etc.?
- 2.- ¿Para ti es difícil controlar tus preocupaciones (no ser preocupón), aunque quieras evitarlas no puedes?
- 3.- ¿Además de este nerviosismo y preocupación, has tenido... (por lo menos una)
 - 3.1 ...inquietud, desesperación o impaciencia
 - 3.2 ...cansancio fácil (luego luego te cansas)
 - 3.3 ...dificultades para concentrarte, y poner tu mente en blanco"
 - 3.4 ...te enojas por todo, eres irritable
 - 3.5 ...estar tenso de los músculos (sientes tus músculos duros y te duele el cuerpo)
 - 3.6 ...te cuesta trabajo empezar a dormir, o te despiertas en la noche y en la mañana te sientes cansado, como si no hubieras dormido nada.
- 4.- ¿El ser así de preocupón te hace sentir mal y te ha causado problemas en la escuela, tu casa o con tus amigos?

TRASTORNOS SOMATOMORFOS.

SALTO: ¿Frecuentemente te quejas de molestias físicas, como dolores en diferentes partes de tu cuerpo, adormecimientos, ó te preocupas exageradamente por tu salud, tienes miedo de enfermarte de algo grave, ó sientes tener algún defecto horrible en el cuerpo; por la intensidad de las molestias y los problemas que te han dado has tenido que ir con doctores y ellos han dicho que "son tus nervios" ?

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN.

SALTO: ¿ Desde hace varios años, con frecuencia te quejas de múltiples síntomas físicos (dolores en diferentes partes del cuerpo, náusea, vómito, debilidad, etc.), tanto que hayas tenido que ir al doctor y tomar medicina ó te afecten en tu casa, escuela, actividades con familiares o amigos?

- 1.- ¿Desde hace varios años te quejas de síntomas físicos (dolores, náuseas, vómito, debilidad, etc.) por lo que seguido te llevan al doctor, y te han causado problemas en tu casa, escuela con tus familiares o amigos?
 - 2.- ¿Has tenido...
 - 2.a. ...dolores por lo menos en 4 partes del cuerpo, pe: cabeza, abdomen, espalda, etc.?
 - 2.b. ...molestias en tus tripas, como que se te hinche la panza, náuseas, vómito, diarrea?
 - 2.c. ... debilidad, parálisis, nudo de garganta, que se te vaya la voz, que no sientas, que no puedas orinar, que veas doble, o te quedes ciego, sordo, o hayas convulsionado?
 - 3.- ¿Después de ir al doctor te han dicho que son tus nervios, que no tienes nada?
- Nota:** Sea porque no hay causa médica que los avalé, o no corresponden con la intensidad.
- 4.- ¿Tu voluntaria o intencionalmente te has producido las molestias de que hablamos?

TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA.

SALTO: ¿Su hijo constantemente se preocupa de forma excesiva por todo o casi todo (escuela, casa, amigos, tareas, exámenes, actividades), de modo que a la mayoría de las personas que lo conocen les resulta obvio que es muy aprensivo?

- 1.- ¿Durante más de 6 meses ha mostrado excesiva ansiedad y preocupación con respecto a una amplia gamma de actividades o sucesos, como su rendimiento escolar, social, etc.?
- 2.- ¿Al niño le resulta difícil controlar su estado de constante preocupación?
- 3.- ¿Alguna de las siguientes molestias se ha presentado junto a la ansiedad y preocupación:
 - 3.1 Inquietud, desesperación o impaciencia.
 - 3.2 Fatiga fácil (se cansa rápidamente).
 - 3.3 Dificultades para concentrarse o poner la mente en blanco.
 - 3.4 Irritabilidad (se enoja con facilidad).
 - 3.5 Tensión o contracturas musculares (dolor).
 - 3.6 Alteraciones en el sueño (Problemas para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertar de sueño no reparador.
- 4.- ¿La ansiedad, la preocupación o las molestias físicas producen sufrimiento en el niño, así como problemas en la escuela con sus compañeros, o en la casa con la familia?

TRASTORNOS SOMATOMORFOS.

SALTO: ¿El niño, frecuentemente se queja de molestias físicas, como dolores en diferentes partes de su cuerpo, adormecimientos, ó se preocupa exageradamente por su salud, con temor a enfermar de algo grave, ó por algún defecto que cree tener en el cuerpo; por la intensidad de las molestias y los problemas que han producido ha sido necesario acudir con médicos y ellos lo han estudiado y dicho que no tiene nada, que "son sus nervios" ?

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN.

SALTO: ¿ Desde hace varios años, el niño, con frecuencia se queja de múltiples y recurrentes síntomas físicos, que hayan necesitado tratamiento o le afecten para su desempeño en casa, escuela, con sus amigos ó familiares?

- 1.- ¿Desde hace varios años se queja de síntomas físicos que han necesitado atención médica y han alterado su desempeño en casa, escuela con amigos o familia?
- 2.- ¿Además ha presentado síntomas...
 - 2.a. ...de dolor en 4 zonas o funciones del cuerpo, pej: cabeza, abdomen, al orinar etc.?
 - 2.b. ...gastrointestinales (>2) no dolorosos, pej: náusea, distensión, vómito, diarrea, etc.?
 - 2.c. ...pseudoneuroológicos (1), pej: incoordinación, debilidad, parálisis, desequilibrio, etc.?
- 3.- ¿Después de un estudio médico adecuado los síntomas descritos no pueden explicarse?

Nota: Sea porque no hay causa médica que los avalé, o no corresponden con la intensidad.

- 4.- ¿Los síntomas los produce intencionalmente o los simula (finge)?

TRASTORNO DE CONVERSIÓN.

SALTO: ¿Te has dado cuenta que cuando hay problemas serios en tu casa o familia, te pones enfermo de tu cuerpo y no te puedes mover bien, pej: incoordinación, pérdida de equilibrio, parálisis o debilidad muscular, problemas para tragar como nudo en la garganta, ó no sientes bien el dolor, la temperatura, cuando te tocan, ves doble, te quedas ciego o sordo ó convulsiones?

- 1.- ¿Has presentado uno o más de los síntomas que mencione, que han hecho pensar a tus papás u otras personas que puedas tener una enfermedad?
- 2.- ¿Es frecuente que te den estos síntomas cuando hay problemas en tu casa, escuela, etc.?
- 3.- ¿Tu te produces estos síntomas a propósito o los finges?
- 4.- ¿Después de llevarte al doctor y hacerte estudios te han dicho que no tienes nada, que es psicológico?
- 5.- ¿Los síntomas te han causado problemas en la escuela, su casa o con sus amigos?

Nota: No se explica por otro trastorno mental, y no consiste sólo de dolor.

Especificar :

Con síntomas o déficit motor

Con crisis y convulsiones.

Con síntomas o déficit sensorial

De presentación mixta.

TRASTORNO POR DOLOR.

SALTO: ¿Has sufrido por algún dolor, en una o varias partes del cuerpo, que haya sido tan fuerte que fue necesario llevarte al doctor, y altero tus actividades y relaciones con tu familia y amigos, en la casa y escuela? ¿Te has dado cuenta si los problemas hacen que tu dolor aumente o se aparezca, o tu has fingido el dolor intencionalmente?

- 1.- ¿Has sufrido de fuertes dolores que han hecho que te lleven al doctor?
- 2.- ¿El dolor te ha causado problemas en la escuela, casa o con tus amigos?
- 3.- ¿Has notado que ese dolor empieza o empeora después de algún problema en tu casa, en la escuela o con tus amigos/familiares?
- 4.- ¿El dolor lo finges, inventas, o produces a propósito?

Nota: El dolor no se explica mejor por otro trastorno mental.

Especificar tipo:

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos.

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica.

Para ambos tipos especificar:

Agudo: duración menor a 6 meses.

Crónico: duración igual o mayor a 6 meses.

HIPOCONDRIA.

SALTO: ¿Por más de 6 meses has estado preocupado por tu salud y con miedo de estar enfermo de algo grave, incluso estas convencido de esto porque tienes algunos síntomas, y a pesar de que te han revisado y explicado que no pasa nada, tu no les puedes creer; tus temores te hacen sentir mal, y te han dado problemas en casa, escuela, con familiares y amigos?

- 1.- ¿Tienes preocupación y miedo a padecer alguna enfermedad grave, ó incluso estas convencido de tenerla por algunos síntomas que sientes?
- 2.- ¿A pesar de que te han revisado y explicado los doctores que no tienes nada, tu miedo continua?

TRASTORNO DE CONVERSIÓN.

SALTO: ¿El niño presenta en asociación a factores psicológicos (conflictos, situaciones estresantes) síntomas neurológicos que afectan las funciones de movimiento (incoordinación, falta de equilibrio, parálisis o debilidad muscular, dificultad para tragar, nudo en la garganta, etc.) la sensibilidad (perdida al tacto, temperatura, dolor, visión doble, ceguera, sordera) ó convulsiones?

- 1.- ¿Ha presentado uno o más síntomas de los mencionados, que sugieran una enfermedad médica o neurológica?
- 2.- ¿Los síntomas están muy relacionados a conflictos o situaciones estresantes, incluso se podría decir que son predecibles por estos?
- 3.- ¿El síntoma no es producido voluntaria e intencionalmente, ni tampoco simulado?
- 4.- ¿Después de la evaluación y estudio médico no se ha encontrado enfermedad que lo explique?
- 5.- ¿Los síntomas le han causado problemas en la escuela, su casa o con sus amigos?

Nota: No se explica por otro trastorno mental, y no consiste sólo de dolor.

Especificar :

- Con síntomas o déficit motor
- Con crisis y convulsiones.
- Con síntomas o déficit sensorial
- De presentación mixta.

TRASTORNO POR DOLOR.

SALTO: ¿Su hijo ha padecido de dolor, localizado en una o varias partes del cuerpo, que haya sido tan intenso que fue necesaria la atención médica, por el gran malestar que producía altero el desempeño del niño, sin embargo los factores psicológicos (conflictos, problemas familiares) lo modifican o inician, y el dolor no es simulado ni producido intencionadamente?.

- 1.- ¿El niño ha padecido de dolor en una o varias partes de su cuerpo, de suficiente intensidad como para requerir atención médica?
- 2.- ¿El dolor le ha causado problemas en la escuela, casa o con sus amigos?
- 3.- ¿Los factores psicológicos (conflictos familiares, situaciones estresantes) inician o modifican la persistencia e intensidad del dolor?
- 4.- ¿Los cuadros de dolor son simulados o producidos de manera intencionada?

Nota: El dolor no se explica mejor por otro trastorno mental.

Especificar tipo:

- Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos.
- Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica.

Para ambos tipos especificar:

- Agudo: duración menor a 6 meses.
- Crónico: duración igual o mayor a 6 meses.

HIPOCONDRIA.

SALTO: ¿Por 6 meses o más, el niño, ha estado preocupado por su salud y con miedo de enfermarse de algo grave, incluso esta convencido de esto gracias a síntomas que tiene, las explicaciones y revisiones médicas no sirven para que se tranquilice, y sus temores le producen malestar con problemas en casa, escuela, con familiares y amigos?

- 1.- ¿El niño, tiene preocupación y miedo a padecer alguna enfermedad grave, ó incluso esta convencido de tenerla por algunos síntomas que presenta?
- 2.- ¿A pesar de las evaluaciones y explicaciones médicas apropiadas, el temor persiste?

3.- ¿A pesar de darte cuenta que exageras en tu miedo, no lo puedes evitar?

Nota: No se limita a preocupaciones sobre su aspecto físico.

4.- ¿Estos temores te han causado problemas en la escuela, casa o con tus amigos?

5.- ¿El problema lleva 6 meses o más?

Nota: No se explica por otro trastorno mental. **Especificar, con poca conciencia de enfermedad.**

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL.

SALTO: ¿Frecuentemente te preocupas muchísimo por algún defecto en tu aspecto físico, que es mínimo o los demás te dicen que no existe, y esto te ha producido problemas en casa, escuela, ó con tus amigos?

1.- ¿Te preocupas excesivamente, por algún defecto que tienes o crees tener en tu aspecto?

2.- ¿La preocupación te ha generado problemas en la escuela, casa o con tus amigos?

Nota: Descartar cualquier otro trastorno mental.

TRASTORNOS DEL SUEÑO PRIMARIOS:

DISOMNIAS.

SALTO: ¿Cuándo vas a dormir, te cuesta trabajo comenzar a dormir o no te da sueño hasta muy tarde, o despiertas a cada rato, o más bien despiertas muy temprano aún cuando todos están durmiendo, o al contrario te cuesta mucho despertar y te sientes cansado, y todo el día te andas durmiendo, o a pesar de haber dormido sin problemas durante el día te da mucho sueño?. ¿Roncas?

INSOMNIO PRIMARIO.

1.- ¿Durante más de 1 mes, has tenido problemas en la noche para dormir, no tienes sueño, o tardas mucho en dormir, o despiertas cada rato, o te despiertas muy temprano cuando todos están durmiendo y ya no puedes volver a dormir, ó despiertas cansado, como sino hubieras dormido?

2.- ¿Estas dificultades que tienes para dormir, ó el estar cansado te han ocasionado problemas en la escuela (te duermes en clases, no puedes prestar atención, o has bajado de calificaciones), en tu casa o con tus amigos (se burlan de ti y no quieren jugar contigo)?

Nota: La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de otra disomnía o parasomnía, ni de otro trastorno mental, o por efectos de medicamentos o drogas.

HIPERSOMNIA PRIMARIA.

1.- ¿Desde hace más de un mes, casi diario, (ó menos si es recurrente) te da mucho sueño durante el día, a pesar de que duermas mucho en la noche ó en el día?

2.- ¿Este sueño (somnia) que tienes en el día te causa problemas en la escuela, tu casa o con tus amigos?

3.- ¿La somnolencia te da porque no puedes dormir en la noche o porque duermes poco?

Nota: No aparece exclusivamente en el transcurso de otra disomnía o parasomnía, ni de otro trastorno mental, o por efectos de medicamentos o drogas.

Especificar

Recidivante: Hay períodos de excesiva somnolencia que duran más de 3 días, y se suceden varias veces al año, por más de 2 años.

3.- ¿El niño acepta que esta exagerando, sin embargo persiste su miedo?

Nota: No se limita a preocupaciones sobre su aspecto físico.

4.- ¿Estos temores le han causado problemas en la escuela, casa o con sus amigos?

5.- ¿El problema lleva 6 meses o más?

Nota: No se explica por otro trastorno mental.

Especificar: Con poca conciencia de enfermedad.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL.

SALTO: ¿El niño, constantemente se preocupa en exceso por algún defecto en su aspecto físico, que es mínimo o no existe, y esto le produce problemas en casa, escuela, con sus amigos?

1.- ¿Se preocupa excesivamente, por algún defecto que tiene o imagina en su aspecto?

2.- ¿La preocupación le ha generado problemas en la escuela, casa o con sus amigos?

Nota: Descartar cualquier otro trastorno mental.

TRASTORNOS DEL SUEÑO PRIMARIOS:

DISOMNIAS.

SALTO: ¿Alguna vez, su hijo, ha tenido problemas con su horario para dormir, menos tiempo (insomnio) más tiempo (hipersomnias), ó mala calidad (ronquidos, despertares en la noche y falta de recuperación) del sueño ó somnolencia durante el día?

INSOMNIO PRIMARIO.

1.- ¿Durante más de un mes, el niño ha tenido dificultades para iniciar-mantener el sueño ó despierta cansado (sueño no reparador)?

2.- ¿La alteración del sueño, ó el cansancio relacionado afectan el desempeño del niño en la escuela, la casa, juegos u otras actividades?

Nota: La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de otra disomnias o parasomnias, ni de otro trastorno mental, o por efectos de medicamentos o drogas.

HIPERSOMNIA PRIMARIA.

1.- ¿Desde hace 1 mes, el niño, presenta somnolencia excesiva (o menos de un mes si es recurrente) demostrable por episodios prolongados de sueño nocturno, ó episodios de sueño diurno que suceden casi diario?

2.- ¿La excesiva somnolencia afecta el desempeño del niño en la escuela, la casa, juegos u otras actividades?

3.- ¿La somnolencia no es el resultado de insomnio o de una cantidad inadecuada de sueño?

Nota: No aparece exclusivamente en el transcurso de otra disomnias o parasomnias, ni de otro trastorno mental, o por efectos de medicamentos o drogas.

Especificar

Recidivante: Hay períodos de excesiva somnolencia que duran más de 3 días, y se suceden varias veces al año, por más de 2 años.

NARCOLEPSIA.

- 1.- ¿Todos los días, por más de 3 meses, has tenido "ataques" de sueño que no puedes evitar ni resistir, y cuando despiertas te sientes muy descansado y recuperado?
- 2.- ¿De repente y por momentos sientes que se te va la fuerza y te caes sobre todo cuando estas muy emocionado?; ¿Cuando comienzan o terminan tus ataques de sueño te quedas rígido, duro, paralizado, sin poderte mover ó ves y oyes cosas "alucinas" como si soñaras despierto?

Nota: Descartar enfermedad médica o efectos secundarios de fármacos.

TRASTORNO DEL SUEÑO RELACIONADO CON LA RESPIRACIÓN.

- 1.- ¿Te han dicho que roncas cuando duermes, o que tengas problemas para respirar o respires por la boca, o dejes de respirar y esto te cause sueño en el día o que te sientas cansado, o que en la noche no puedas dormir o despiertes a cada rato ?

Nota: No se debe a otro trastorno mental, efectos de fármacos, o a otra enfermedad médica.

TRASTORNO DEL RITMO CIRCADIANO.

- 1.- ¿Frecuentemente o por épocas cambia tu sueño de horario, de manera que cuando debes estar despierto te da sueño y cuando debes estar dormido estas despierto?
- 2.- ¿Este cambio en tu sueño te causa problemas en la escuela, casa o con tus amigos?

Nota: La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de otra disomnía o parasomnía, ni de otro trastorno mental, o por efectos de medicamentos o drogas.

Especificar subtipo.

Tipo sueño retrasado: Acostarse y levantarse tarde.

Tipo *jet lag*: Ritmo sueño vigilia inadecuado por viajes.

Tipo cambios de turno de trabajo.

Tipo no especificado.

PARASOMNIAS.

Salto: ¿Cuándo te estas durmiendo, o dormido has tenido sueños horribles que incluso te despiertan porque los sientes muy reales y largos (pesadillas), ó te han dicho que te paras y haces cosas dormido (sonámbulo), ó que parezcas aterrizado y no te puedan despertar?

PESADILLAS

Salto: ¿Frecuentemente despiertas por tener sueños largos y "muy reales" extremadamente, horribles y terroríficos (pesadillas), que tratan sobre monstruos, o tu vida y seguridad corren peligro, te persiguen, y te despiertas rápido y estas consciente de todo lo que pasó, y por culpa de tus pesadillas no te quieres dormir, o se te va el sueño y eso te ha producido problemas en la casa, escuela, con tus familiares o amigos?

- 1.- ¿Al estar dormido, despiertas varias ocasiones, a causa de sueños horribles, terroríficos, que tu sientes muy reales y largos, donde tu vida, o seguridad corren peligro, aparecen monstruos, etc.?
- 2.- ¿Te despiertas rápido del sueño terrorífico, y te das cuenta de lo que pasó, no te sientes confuso ni atarantado?
- 3.- ¿Las pesadillas, no te dejan dormir, porque te da miedo, se te va el sueño y eso te ha causado problemas en casa, escuela, con familiares y amigos?

Nota: No hay otro trastorno mental, ni es producido por sustancias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NARCOLEPSIA.

- 1.- ¿Diariamente, por más de 3 meses, el niño, ha presentado episodios "ataques" de sueño que no puede resistir y de los que despierta muy recuperado?
- 2.- ¿Presenta episodios breves y súbitos en los que se pone flácido y se cae (pérdida bilateral del tono muscular), la mayoría de las veces debido a emociones intensas; ó al empezar- terminar los ataques de sueño ha tenido alucinaciones (como soñar despierto) y se queda rígido, tieso, como paralizado?

Nota: Descartar enfermedad médica o efectos secundarios de fármacos.

TRASTORNO DEL SUEÑO RELACIONADO CON LA RESPIRACIÓN.

- 1.- ¿Durante el sueño, el niño, tiene problemas en su respiración como roncar, o respirar por la boca, o a momentos dejar de respirar, y esto le produce somnolencia excesiva o insomnio?

Nota: No se debe a otro trastorno mental, efectos de fármacos, o a otra enfermedad médica.

TRASTORNO DEL RITMO CIRCADIANO.

- 1.- ¿De manera frecuente o por periodos, el niño presenta una pauta de sueño alterada debido a falta de sincronización (acuerdo) entre su ciclo sueño-vigilia (reloj biológico de sueño) y las exigencias cotidianas de espaciamiento y duración del sueño? (que el ciclo día noche de su hijo no checa con el de los demás)
- 2.- ¿Esta alteración en el sueño afecta el desempeño del niño en la escuela, la casa, juegos u otras actividades?

Nota: La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de otra disomnia o parasomnia, ni de otro trastorno mental, o por efectos de medicamentos o drogas.

Especificar subtipo.

Tipo sueño retrasado: Acostarse y levantarse tarde.

Tipo *jet lag*: Ritmo sueño vigilia inadecuado por viajes.

Tipo cambios de turno de trabajo.

Tipo no especificado.

PARASOMNIAS.

Salto: ¿El niño, durante el sueño, o cuando se esta durmiendo/despertando ha presentado conductas "extrañas", como serían las pesadillas, el sonambulismo (caminar o hacer cosas dormido), ó que se agite, sofoque, sude, que parezca que esta aterrorizado, pero este profundamente dormido y cuando lo despiertan no se acuerda de nada?

PESADILLAS

Salto: ¿El niño, constantemente despierta (Noche ó siesta) por presentar sueños largos y "muy reales" extremadamente terroríficos, que tratan sobre amenazas a su vida, seguridad o autoestima; y cuando despierta se da cuenta de lo que le pasa (consciente), y como consecuencia de las pesadillas no quiere dormir, o duerme mal, poco, con temor y su desempeño en casa, escuela, con familiares y amigos, se ha afectado?

- 1.- ¿Durante el periodo de sueño, se despierta varias ocasiones, a causa de sueños horribles, terroríficos, que él siente como muy reales y largos, que tratan sobre amenazas a su vida, seguridad o autoestima?
- 2.- ¿Al despertarse del sueño terrorífico, lo hace rápidamente, se da cuenta clara de lo que pasa, esta consciente, orientado, y para nada confuso?

3.- ¿Las pesadillas, o las alteraciones del sueño que producen, afectan su desempeño en casa, escuela, con familiares y amigos?

Nota: No hay otro trastorno mental, ni es producido por sustancias.

TERRORES NOCTURNOS

Salto: ¿En repetidas ocasiones te han dicho que gritas al estar dormido, como angustiado, que te han visto asustado, que tiembles, sudas, te falta el aire, y aunque quieran calmarte no les haces mucho caso, te despiertas luego de manera brusca y ni te acuerdas de lo que pasó? ¿Esto te ha generado problemas en casa, escuela o en tus actividades?

- 1.- ¿Varias veces te han dicho que has tenido episodios que comienzan con un grito de angustia, de los que te despiertas bruscamente? Nota: Primer tercio del episodio de sueño.
- 2.- ¿Durante el episodio te ven muy asustado, sudoroso, agitado, sofocado, inquieto, etc.?
- 3.- ¿Cuándo intentan tranquilizarte o despertarte, es difícil, porque no los reconoces?
- 4.- ¿Al día siguiente no te acuerdas de nada?
- 5.- ¿Los episodios han provocado problemas en tu escuela, casa o para realizar tus cosas?

Nota: Descartar otra enfermedad mental o médica, o uso de sustancias.

SONAMBULISMO

Salto: ¿Eres sonámbulo, esto es, en repetidas ocasiones, estando totalmente dormido te han dicho que te levantas de la cama y andas por la casa, con la mirada fija y perdida, sin hacer caso de nadie (incluso han intentado despertarte), y cuando despiertas no recuerdas lo que pasó, y a los pocos minutos te encuentras normal (como siempre)?

- 1.- ¿En repetidas ocasiones, al estar completamente dormido, te has levantado de la cama y caminado por la casa? Nota: Durante el primer tercio del sueño.
- 2.- ¿Al caminar, te han dicho que tienes la mirada fija y perdida, no contestas y solo reaccionas o despiertas después de mucho esfuerzo?
- 3.- ¿Al despertar no recuerdas nada de lo que pasó?
- 4.- ¿A los pocos minutos de haber despertado estas completamente consciente y normal?
- 5.- ¿Los episodios de sonambulismo te han provocado problemas en tu casa, escuela, ó actividades?

Nota: Descartar enfermedad médica mental o uso de sustancias.

TRASTORNO DEL CONTROL DE IMPULSOS.

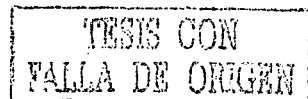
SALTO: ¿De repente te entran muchas ganas de hacer cosas que pueden ser malas para ti o los demás como destruir, agredir, robar, incendiar, apostar, comerte los cabellos, sientes por dentro como un ansia una necesidad antes de hacerlo y después, sientes como que descansas y te liberas, pero a veces te arrepientes, o sientes culpa o te reclamas y regañas por lo que hiciste?

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE.

SALTO: ¿En varias ocasiones has sido incapaz de controlarte y te has puesto agresivo, violento, has destruido cosas, y la verdad es que tu reacción es mucho mayor a lo que te hicieron?

- 1.- ¿En varias ocasiones has destruido cosas, te has puesto agresivo y violento porque no te puedes controlar?
- 2.- ¿La intensidad de tu agresividad es exagerada en relación con lo que paso?

Nota: Otros trastorno mental, uso de sustancias ó enfermedad médica han sido claramente descartados.



TERRORES NOCTURNOS

Salto: ¿En repetidas ocasiones el niño ha gritado de angustia al estar dormido, se ve asustado, que tiembla, suda, se sofoca, y no se tranquiliza aunque los demás lo intenten calmar y cuando despierta lo hace de manera brusca, pero no se acuerda de nada de lo que pasó? ¿Estos episodios producen alteraciones en su desempeño en casa, escuela, con familiares ó amigos?

- 1.- ¿El niño, ha presentado varios episodios que inician con un grito de angustia de los que se despierta bruscamente? **Nota:** Primer tercio del episodio de sueño.
- 2.- ¿Durante el episodio se ve muy asustado, sudoroso, agitado, sofocado, inquieto, etc.?
- 3.- ¿Cuándo intentan tranquilizarlo o despertarlo, es difícil, parece que no los reconoce?
- 4.- ¿Al día siguiente no recuerda lo que pasó?
- 5.- ¿Los episodios han provocado problemas en la escuela, casa o para realizar sus actividades?

Nota: Descartar otra enfermedad mental o médica, o uso de sustancias.

SONAMBULISMO

Salto: ¿El niño es sonámbulo, esto es, en repetidas ocasiones, estando totalmente dormido se levanta de la cama y anda por la casa, con la mirada fija y perdida, sin hacer caso de los demás (incluso si intentan despertarlo), y cuando despierta no recuerda lo que pasó, y a los pocos minutos no presenta cambios de su conducta, se encuentra normal (como siempre)?

- 1.- ¿El niño, en repetidas ocasiones, al estar completamente dormido, se ha levantado de la cama y caminado por la casa, durante el primer tercio de su sueño?
- 2.- ¿Al caminar, tiene la mirada fija y perdida, no contesta y solo reacciona o despierta después de mucho esfuerzo?
- 3.- ¿Al despertar no recuerda nada de lo que sucedió?
- 4.- ¿A los pocos minutos de haber despertado del episodio esta completamente consciente y no presenta alteraciones de su comportamiento, se encuentra como siempre?.
- 5.- ¿Los episodios han provocado problemas en su desempeño? (casa, escuela, actividades)

Nota: Descartar enfermedad médica mental o uso de sustancias.

TRASTORNO DEL CONTROL DE IMPULSOS.

SALTO: ¿El niño tiene el impulso, motivación, o la tentación de hacer algo que puede ser perjudicial para él o los demás como destruir, agredir, robar, incendiar, apostar, comerse los cabellos y usted nota que no se puede controlar, incluso se nota tenso e inquieto hasta que no lo hace, y después parece tranquilo como aliviado, aunque a veces se arrepienta, se autorreproche o se sienta culpable por lo que paso?

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE.

SALTO: ¿Ha presentado varios episodios caracterizados por la dificultad para controlar sus impulsos agresivos, lo que resulta en violencia o destrucción de la propiedad, la intensidad de la agresividad es desproporcionada con respecto al estímulo que la provocó?

- 1.- ¿En varias ocasiones ha destruido cosas o sido violento por la falta de control de sus impulsos agresivos?
- 2.- ¿El nivel de agresividad durante el episodio es desproporcionado a la situación que lo inicio?

Nota: Otros trastorno mental, uso de sustancias ó enfermedad médica han sido claramente descartados.

CLEPTOMANÍA

SALTO: ¿En varias ocasiones y de manera repetida te es imposible controlar las ganas de robar o llevarte cosas que no son necesarias para tu uso personal o que no valen mucho; antes de hacerlo te sientes ansioso, tenso, inquieto y en el momento de tomarlo te sientes bien, como liberado?

Nota: Descartar que el móvil sea enojo, venganza, una idea delirante o alucinación, u otro trastorno mental.

- 1.- ¿Frecuentemente, te cuesta mucho trabajo evitar robar cosas que ni siquiera sirven o incluso no valen?
- 2.- ¿Antes del robo te sientes cada vez más ansioso, tenso, inquieto, nervioso?
- 3.- ¿Al estar robando te sientes muy bien, como liberado y tranquilo?
- 4.- ¿Cuándo robas es porque estas enojado o te estas desquitando de alguien, o porque sientes que una voz te lo ordena o que tienes esa misión, como un elegido?

PIROMANÍA

SALTO: ¿En más de una ocasión (adrede) con toda la intención has provocado un incendio, antes de hacerlo te emocionas o estas muy tenso, ansioso, nervioso, y te sientes bien cuando se inicia el fuego, además te dan curiosidad, interesan, atraen, fascinan las cosas que tengan que ver con el fuego y los incendios? **Nota:** Descartar otros motivos u otro trastorno mental.

- 1.- ¿Por lo menos una vez, has provocado un incendio, con toda la intención?
- 2.- ¿Antes de hacerlo te has sentido tenso, ansioso, nervioso, o muy emocionado(excitado)?
- 3.- ¿Todo lo que tiene que ver con el fuego y los incendios te da curiosidad, te interesa, te atrae ó te fascina?
- 4.- ¿Te sientes bien, como liberado y feliz cuando se inicia el fuego, o cuando lo ves o participas en las consecuencias del incendio?

Descartar otros motivos u otro trastorno mental.

TRICOTILOMANÍA

SALTO: ¿Frecuente y repetidamente te arrancas el cabello (los pelos), tanto que hasta se te nota, y aunque te dicen que no lo hagas no lo puedes evitar porque te pones muy tenso, nervioso y esto aumento hasta que finalmente te lo arrancas, y entonces te sientes tranquilo, aliviado y bien? ¿Esta conducta te ha generado problemas en la casa, escuela con tu familia o amigos?

- 1.- ¿Frecuente y repetidamente te arrancas el cabello (pelos), tanto que se te notan cachos pelones?
- 2.- ¿No puedes evitarlo y cuando lo intentas te vas poniendo tenso, nervioso o enojado?
- 3.- ¿Al arrancarte el cabello te tranquilizas, relajas, alivias, te sientes bien, descansas?
- 4.- ¿Esta conducta te ha provocado problemas en la escuela, la casa, o con tus amigos?

Nota: Descartar otro trastorno mental o enfermedad dermatológica.

TRASTORNOS ADAPTATIVOS.

SALTO: ¿Cuando te has enfrentado a un problema grave(situación difícil, estresante) como reprobado en la escuela, que se burlen de tí, que te peguen, cambiarte de casa, que tus papas peleen mucho ó se hayan divorciado, etc. Antes de que pasen 3 meses te has sentido muy triste, enojón, preocupado, inquieto, ansioso, asustado ó te has portado mal, desobediente, agresivo, respondón, rebelde. Tu crees que tu reacción ha sido muy intensa (más de lo que debiera) ó has tenido problemas en tu casa, escuela, amistades? ¿Después de terminada la situación, te volviste a sentir como siempre antes de 6 meses?

CLEPTOMANÍA

SALTO: ¿El niño en forma recurrente tiene dificultad para controlar los impulsos de robar (cosas que no necesita para su uso personal o que no valgan mucho), se le observa tenso, ansioso inquieto antes del robo y liberado, satisfecho al cometerlo?

Nota: Descartar que el móvil sea enojo, venganza, una idea delirante o alucinación, u otro trastorno mental.

- 1.- ¿Frecuentemente, le cuesta mucho trabajo controlar el impulso de robar cosas que no necesita para su persona o incluso no son valiosas?
- 2.- ¿Antes del robo se observa cada vez más ansioso, tenso, inquieto, nervioso?
- 3.- ¿Al estar robando se sientes muy bien, como liberado y tranquilo?
- 4.- ¿Cuándo roba es porque esta enojado o se esta vengando de alguien, o porque se siente como un elegido, que merece tener todo o incluso porque una voz se lo ordene?

PIROMANÍA

SALTO: ¿El niño, en más de una ocasión en forma intencionada y deliberada ha provocado incendios, antes de hacerlo se veía emocionado, excitado, tenso, ansioso, nervioso y al inicio del fuego, satisfecho, liberado y contento, además muestra mucho interés, atracción, curiosidad, fascinación por el fuego, los incendios y todo lo relativo?

Nota: Descartar otros motivos u otro trastorno mental.

- 1.- ¿Por lo menos una vez, ha provocado un incendio, intencionada y deliberadamente?
- 2.- ¿Antes de hacerlo lo han visto tenso, ansioso, nervioso, o muy emocionado(excitado)?
- 3.- ¿Todo lo que tiene que ver con fuego e incendios le da curiosidad, interés, le atrae ó fascina?
- 4.- ¿Se observa satisfecho, como liberado y feliz cuando se inicia el fuego, o cuando lo ve o participa en las consecuencias del incendio?

TRICOTILOMANÍA

SALTO: ¿El niño presenta de manera recurrente la conducta de arrancarse el cabello, de modo que se le note, aunque le digan que no lo haga, han observado que se pone muy nervioso, tenso y aumenta el malestar, hasta que se lo arranca, luego de lo cual, se ve bien, liberado, satisfecho; y esta conducta le ha generado problemas en la casa, escuela, con la familia o con sus amigos?

- 1.- ¿Frecuente y repetidamente el sólo se arranca cabello, es evidente por áreas calvas?
- 2.- ¿Ha visto que no puede contenerse y cuando lo hace se pone tenso, nervioso o irritable?
- 3.- ¿Al arrancarse el cabello se encuentra más tranquilo, satisfecho, liberado o aliviado?
- 4.- ¿Esta conducta le ha provocado problemas en la escuela, la casa, o con sus amigos?

Nota: Descartar otro trastorno mental o enfermedad dermatológica.

TRASTORNOS ADAPTATIVOS.

SALTO: ¿Ante un evento psicosocial estresante (estresor) como ir a la escuela, divorcio de los padres, peleas frecuentes, violencia intrafamiliar, etc. El niño ha presentado síntomas emocionales o de comportamiento dentro de los 3 meses siguientes al inicio del problema y la reacción ha producido un marcado malestar superior a lo esperado, ó un deterioro importante en su desempeño normal (escuela, casa, amistades). Además, una vez que desapareció el estresor y sus consecuencias los síntomas desaparecieron antes de 6 meses?

- 1.- ¿Te pusiste triste, enojón, preocupado, inquieto, ansioso, asustado ó te portaste mal, desobediente, agresivo, respondón, rebelde, en los 3 primeros meses que siguieron después del problema grave(situación difícil, estresor)?
- 2.- ¿Tu crees que tu reacción ante el problema grave, ha sido muy intensa (más de lo que debiera) ó te ha generado más problemas en tu casa, escuela, amistades?
- 3.- Una vez que el problema desapareció, ¿te volviste a sentir como siempre antes de 6 meses?

Nota: No cumple criterios para otro diagnóstico del Eje I, y no responde a reacción de duelo.

Especificar:

Crónico: si la alteración dura más de 6 meses

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.

- Subtipos:**
- Con estado de ánimo depresivo.
 - Con ansiedad.
 - Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.
 - Con alteraciones de comportamiento.
 - Con alteración mixta de las emociones y comportamiento.
 - No especificado

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

SALTO: ¿Has visto, escuchado, ó sentido un acontecimiento horrible y muy impresionante para cualquiera (trauma) como muertes, asaltos, violaciones, heridos y después, durante más de 1 mes has sufrido de mucho miedo, no puedes olvidar lo que paso incluso se repite constantemente en tu cabeza, has tratado de evitar las cosas que te lo recuerden, te has sentido como "enlentecido, sacado de onda ó atarantado", y a la vez muy al pendiente de todo, como muy alerta y acelerado? ¿Esto te ha ocasionado problemas en la escuela, en la casa, con tu familia o tus amigos?

1.- ¿Has visto, escuchado, ó sentido un acontecimiento horrible y muy impresionante para cualquiera (trauma) como muertes, asaltos, violaciones, heridos, amenazas y has respondido con enojo, inquietud, desesperación, no saber que hacer, miedo, horror, desilusión, desencanto?

- 2.- ¿Continuamente vuelves a ver, escuchar o sentir el trauma por...
 - 2.1 ...recuerdos repetitivos que te hacen sentir mal, que incluso incluyes en tus juegos?
 - 2.2 ...sueños o pesadillas terroríficas repetitivas?
 - 2.3 ...la sensación de estarlo reviviendo, como si estuviera pasando otra vez?
 - 2.4 ...cosas (películas, lugares) que te lo recuerden y te hagan sentir muy asustado y/o tiembles, sudas, te falte el aire, no puedas hablar, te pongas pálido, mareos ó ascos?
- 3.- ¿Constantemente evitas cualquier cosa que te lo recuerde, y te sientes como enlentecido, sacado de onda ó atarantado, te das cuenta porque... (<3)
 - 3.1. ...haces esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones?
 - 3.2. ...haces esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas?
 - 3.3. ...no te puedes acordar de cosas importantes del trauma?
 - 3.4. ...ya no participas en tus actividades, ni te importa lo que antes te gustaba?
 - 3.5. ...te sientes como desconectado, despegado, distanciado de los demás?
 - 3.6. ...ya no eres cariñoso, te has vuelto frío, seco, como incapaz de querer?
 - 3.7. ...sientes que lo que te espera en el futuro es muy feo y triste, desagradable?

- 1.- ¿Los síntomas iniciaron dentro de los 3 primeros meses que siguieron a la aparición del estresor identificado?
- 2.- ¿La respuesta ante el estresor es mayor a lo esperado, ó ha producido disminución de su desempeño normal en la escuela, casa, amistades?
- 3.- Una vez que el estresor se quitó, ¿los síntomas desaparecieron antes de 6 meses?

Nota: No cumple criterios para otro diagnóstico del Eje I, y no responden a reacción de duelo.

Especificar:

Crónico: si la alteración dura más de 6 meses

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.

- Subtipos:**
- Con estado de ánimo depresivo.
 - Con ansiedad.
 - Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.
 - Con alteraciones de comportamiento.
 - Con alteración mixta de las emociones y comportamiento.
 - No especificado

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

SALTO: ¿El niño ha sido víctima, testigo o le han contado, sobre algún acontecimiento traumático como asaltos, heridos, violaciones, muertes o cualquier otra amenaza para su vida o la de otras personas y a consecuencia de esto por más de 1 mes ha presentado mucho miedo, no puede olvidar lo que paso incluso se repite constantemente en su mente, ha tratado de evitar las cosas que se lo recuerden, esta como "enlentecido, sacado de onda ó atarantado", y a la vez muy al pendiente de todo, como muy alerta y acelerado? ¿Esto ha ocasionado problemas en la escuela, casa, con la familia o sus amigos?

- 1.- ¿El niño ha estado expuesto a un suceso traumático (muertes, asaltos, heridos, violaciones, accidentes), y en respuesta se ha alterado de modo que lo han visto enojado, inquieto, desesperado, asustado, y sin esperanzas?
- 2.- ¿El niño persistentemente re experimenta el acontecimiento traumático a través de...
 - 2.1 ...recuerdos recurrentes e intrusivos que producen mucho miedo, ó a veces en sus juegos introduce aspectos del suceso?
 - 2.2 ...sueños o pesadillas terroríficas recurrentes?
 - 2.3 ...experimentar la sensación nuevamente, como volverla a vivir?
 - 2.4 ...lugares, situaciones, objetos que le recuerden y hagan sentir muy asustado y/o tiemble, sude, se maree, le falte el aire, no pueda hablar, palidezca, tenga náusea, etc.?
- 3.- ¿Persistentemente evita cualquier cosa que se lo recuerde, y lo ha notado como enlentecido, sacado de onda ó atarantado, se da cuenta porque... (<3)
 - 3.1 ...hace esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones?
 - 3.2 ...hace esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas?
 - 3.3 ...no se puede acordar de aspectos importantes del trauma?
 - 3.4 ...ya no participa en sus actividades, ni le importa lo que antes le gustaba?
 - 3.5 ...lo siente como desconectado, despegado, distanciado de los demás?
 - 3.6 ...ya no es cariñoso, se ha vuelto frío, seco, como incapaz de querer?
 - 3.7 ...el niño siente que lo que le espera en el futuro es muy feo, triste y desagradable?

- 4.- ¿Has estado muy pendiente y alerta, como más acelerado, y te has dado cuenta porque...(>2)
- 4.1 ...tienes problemas para iniciar o mantener tu sueño (te despiertas en la noche)?
- 4.2 ...te enojas muy fácilmente y explotas?
- 4.3 ...te cuesta trabajo concentrarte?
- 4.4 ...estas muy atento de lo que sucede a tu alrededor vigilas todo y a todos?
- 4.5 ...te sobresaltas muy fácil, brincas por todo, como asustadizo?
- 5.- ¿Las alteraciones te han durado más de un mes?
- 6.- ¿Las alteraciones te han dado problemas en tu casa, escuela, con tus familiares y/o amigos?

Especificar:

Agudo : si los síntomas duran menos de tres meses.

Crónico : si los síntomas duran tres meses o más.

De inicio demorado: Los síntomas inician después de 6 meses del trauma.

ABUSO FISICO, SEXUAL Y NEGLIGENCIA.

INTRODUCCIÓN: En la escuela o nuestros papás nos explican o nos enseñan como se llaman por donde hacemos pipí o popó. ¿te han dicho algo?

Especificar definiciones, de partes sexuales:

Genitales: vagina es la parte sexual de la mujer, pene es la parte sexual del hombre.

Entrepierna es la región que está entre las piernas de una persona.

Ano es el hoyito por donde hacemos popó. Las **nalgas**, **pompas** o **glúteos** es en lo que nos sentamos las personas.

- 1.- ¿Alguien te ha enseñado partes sexuales de su cuerpo sin que tu quisieras? ¿ Cuantos años tenías?
- 2.- ¿Alguien te ha tocado las partes sexuales de tu cuerpo sin que tu quisieras? ¿ Cuantos años tenías?
- 3.- ¿ Alguien ha intentado lastimar o te ha hecho daño en partes sexuales de tu cuerpo? ¿ Cuantos años tenías?
- 4.- ¿Alguien ha intentado ó conseguido tener relaciones sexuales contigo, violarte o penetrarte? ¿A que edad?
- 5.- ¿Se lo dijiste a alguien? ¿ A quién?
- 6.- ¿Alguna persona mayor que tu (5 años o más) te ha pegado, pateado o maltratado?
- 7.- ¿ Actualmente alguien te pega patea o maltrata?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.- ¿Lo ha notado muy pendiente y alerta, como más acelerado, desconfiado, vigilante y se ha dado cuenta porque...(>2)

4.1. ...tiene problemas para iniciar o mantener su sueño (se despierta en la noche)?

4.2. ...anda irritable y con ataques de ira?

4.3. ...le cuesta trabajo concentrarte?

4.4. ...esta muy atento de lo que sucede a su alrededor, desconfía, vigila todo y a todos?

4.5. ...con cualquier cosa se sobresalta o se asusta?

5.- ¿Las alteraciones han durado más de un mes?

6.- ¿Las alteraciones le han dado problemas en casa, escuela, con familiares y/o amigos?

Especificar: De inicio demorado: Los síntomas inician después de 6 meses del trauma.

Agudo : si los síntomas duran menos de tres meses. **Crónico :** si los síntomas duran tres meses o más.

ABUSO FISICO, SEXUAL Y NEGLIGENCIA.

1.- ¿Sabe usted si alguien ha mostrado las partes sexuales de su cuerpo al niño? ¿A qué edad?

2.- ¿Sabe usted si alguien ha tocado las partes sexuales del cuerpo del niño? ¿A qué edad?

3.- ¿Alguien ha intentado lastimar o lastimado al niño en sus partes sexuales? ¿A qué edad?

4.- ¿Alguien ha intentado ó conseguido violar, penetrar o mantener relaciones con el niño? ¿A qué edad?

5.- ¿A quién se lo dijo el niño?

6.- ¿Alguno de mayor edad (5 años o más) le ha pegado, pateado o maltratado?

7.- ¿Alguien le pega, pateo o maltrata actualmente?

ANEXO II

CARTA DE CONSENTIMIENTO.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL JUAN N. NAVARRO.

Fecha: _____

A quién corresponda:

Acepto participar en la entrevista semiestructurada para diagnóstico de escolares, me comprometo a asistir con mi hijo (a), en 2 ocasiones e invertir una hora en cada ocasión, además de contestar el cuestionario que me será entregado la primera entrevista y devolveré en la segunda.

No existe NINGÚN riesgo, pues solo es responder una entrevista, y mi participación contribuirá a mejorar los instrumentos de diagnóstico del hospital.

Si no deseo participar no existen repercusiones para el tratamiento ni la atención de mi hijo.

El Doctor Arturo Mendizábal y/o la Doctora Inés Nogales, me explicaron con detalle y acepto voluntariamente participar.

ATENTAMENTE

Nombre

Firma:

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN