

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

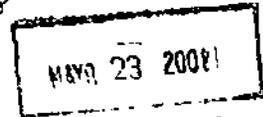
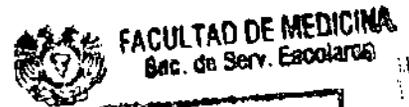
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA.

CLINICA DEL ADOLESCENTE.

PROTOCOLO DE TESIS DE LA
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA.

**Diseño y Determinación de la Estructura Factorial de la Escala Dimensional
de Psicopatología para Adolescentes (EDPA)**

Dr. José Alfredo Suárez Reynaga.



Unidad de Estudios Escolares
MINIM de (Posgrado)

Asesor Teórico

Dr. Francisco R. De la Peña Olvera.

No. Bo.

Dr. Alejandro

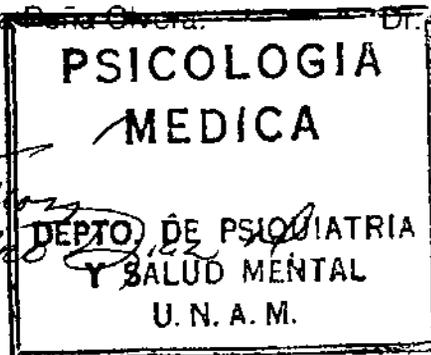
Asesor Metodológico

Dr. Héctor Ortega Soto.

292627

Febrero de ~~1~~

2001





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

ANTECEDENTES	3
PREVALENCIA DE LA PSICOPATOLOGÍA EN LA ADOLESCENCIA	3
DIFICULTADES PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO EN ADOLESCENTES	5
ENFOQUES DIAGNÓSTICOS	8
ÍNDICES CLINIMÉTRICOS	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
OBJETIVOS	15
TIPO DE ESTUDIO	15
METODOLOGÍA	15
DISEÑO DE LA ESCALA DIMENSIONAL DE PSICOPATOLOGÍA PARA ADOLESCENTES (EDPA)	15
<i>Validación de contenido de la EDPA</i>	16
<i>Descripción del formato de la EDPA</i>	22
MUESTRA	22
<i>Criterios de inclusión y de exclusión</i>	23
APLICACIÓN DE LA EDPA	24
<i>Aplicación de la EDPA a la Población Escolar</i>	24
<i>Aplicación de la EDPA a la población Clínica</i>	24
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	25
ASPECTOS ÉTICOS	25
RESULTADOS	26
ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA EDPA	28
CONSISTENCIA INTERNA DE LA EDPA	29
EVALUACIÓN TEST-RETEST.....	30
ÍNDICE DE CORRELACIÓN INTERINFORMANTE	30
DIFERENCIAS ENTRE LOS TOTALES DE EDPA DE ACUERDO A SEXO, EDAD Y ESCOLARIDAD.	31
DIFERENCIAS EN LAS SUBESCALAS Y RESULTADOS TOTAL DE LA EDPA ENTRE POBLACIONES.	31
DISCUSIÓN	33
ANEXOS	36
BIBLIOGRAFÍA	37

Antecedentes

La evaluación de la psicopatología en adolescentes constituye un área trascendental dentro de la psiquiatría por la importancia del diagnóstico temprano de los trastornos mentales. Este último, el diagnóstico temprano, puede servir para establecer métodos terapéuticos más adecuados con la finalidad mejorar la calidad de vida del paciente y con miras a prevenir graves consecuencias de la psicopatología crónica (32).

A continuación se presentan una serie de antecedentes importantes para el este estudio, tratando de dar un enfoque de lo general a lo particular. En un primer momento se abordan datos relacionados a la prevalencia de la psicopatología en la población infantil y adolescente, con la finalidad de dar una idea de la magnitud del problema en estos grupos de edad. Posteriormente se abordan las dificultades que existen en el establecimiento de los diagnósticos psiquiátricos en los niños y adolescentes. Como tercer punto se describen los distintos enfoques diagnósticos que se emplean en la psiquiatría infantil y del adolescente, describiendo brevemente sus ventajas y principales diferencias entre ellos. Por último, se citan algunos de los índices clinimétricos más utilizados para el establecimiento de diagnósticos y valoración de la psicopatología en los niños y adolescentes.

Prevalencia de la psicopatología en la adolescencia

Para conocer la magnitud del problema que implica el realizar diagnóstico temprano se puede tomar en consideración importantes investigaciones multicéntricas y otros estudios comunitarios en los que se intenta determinar la prevalencia de las enfermedades mentales en la población infantil y adolescente.

La Organización Mundial de la Salud, en el Reporte Anual de Salud de 1995 (basado en un estudio multicéntrico de 14 países en los cinco continentes), estimó que la prevalencia de patología mental en el grupo de edad de 4 a 19 años era del 6.83 % tomando en cuenta únicamente los diez trastornos mentales más importantes de la población general (ver Tabla No. 1). En el mismo reporte se menciona que el 9.5 % de las personas con trastornos mentales presentaban comorbilidad de dos o más trastornos (38). El problema para utilizar este estudio como referencia para la población infantil y de adolescentes, es que está basado sobre la población en general y no se contemplaron trastornos mentales

importantes en la población de estos grupos de edad, como son el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) entre otros.

Tabla 1 .- Prevalencia mundial estimada en 1995, de los 10 trastornos mentales más importantes de la población general, en la población de 4 a 19 años.

Trastorno mental	Prevalencia (%)
Trastorno de Ansiedad Generalizada	2.41
Trastornos Somatoformes	1.08
Trastorno Obsesivo Compulsivo	0.87
Esquizofrenia	0.72
Epilepsia	0.53
Depresión	0.51
Trastorno por Estrés Postraumático	0.29
Trastorno de Pánico	0.27
Trastorno Bipolar	0.15
Demencia	0.00
Total	6.83

Fuente: Üstün TB, Satorius N, OMS, 1996.

En otro estudio multicéntrico, realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, por su siglas en inglés) como parte del estudio de la MECA (Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders), se valoraron 1285 sujetos con edades comprendidas entre los 9 y 17 años, se reportan diferentes prevalencias de trastornos mentales de acuerdo a puntajes obtenidos en la Escala de Evaluación Global para Niños (CGAS, por sus siglas en inglés) y el diagnóstico realizado utilizando el DISC-2.3 (Diagnostic Interview Schedule for Children). Dichas prevalencias fluctúan entre 5.4%, para sujetos que cumplieran criterios diagnósticos de acuerdo al DIS-2.3 y una puntuación igual o menor a 50 puntos en la CGAS, y 32.8% para todos los sujetos que cumplieran con criterios diagnósticos para un trastorno no importando la puntuación de la CGAS (35) (ver Tabla No. 2). También dentro del estudio se reporta la prevalencia, obtenida con los diagnósticos obtenido a través de una entrevista clínica combinada con los adolescentes y sus padres (sin el DISC), la cual se eleva a 50.6 % para los adolescentes que cumplen criterios para un trastorno mental sin tomar en cuenta la puntuación en la CGAS. Lamentablemente dentro de este estudio no se reporta la prevalencia de comorbilidad que se presentó en la muestra observada.

Tabla 2.- Prevalencia de trastornos mentales en la población de 9 a 17 años en el estudio de la MECA, diagnosticados con el DISC 2.3, para diferentes escalas del CGAS.

<i>Instrumento diagnóstico</i>	<i>Cumple criterios (%)</i>	<i>CGAS ≤ 70 Leve (%)</i>	<i>CGAS ≤ 60 Moderado (%)</i>	<i>CGAS ≤ 50 Severo (%)</i>
Cuestionario padres	19.2	10.2	5.5	2.7
Cuestionario adolescente	19.6	12.3	6.1	2.8
Ambos cuestionarios	32.8	20.9	11.5	5.4

Fuente: Shaffer D, et al: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35:7 Julio 1996.

En 1987 Kashani y colaboradores (24), en un intento de reportar la prevalencia de psicopatología en una muestra de comunidad de 150 sujetos, encontró que el 18.7 % padecía cuando menos un trastorno mental, de acuerdo a criterios del DSM-III. De estos últimos los que tuvieron una prevalencia más alta son: trastornos de ansiedad (8.7 %), trastornos de conducta (8.7 %), trastornos depresivos (8.0 %), trastorno oposicionista (6.0 %), abuso o dependencia de alcohol (6.0 %) y abuso o dependencia de otras sustancias diferentes al alcohol (5.3 %). La comorbilidad presentada en los sujetos con dos a más diagnósticos fue del 75 %, con una media de 2.4 diagnósticos.

Dificultades para el establecimiento del diagnóstico en adolescentes

La diferencia entre las prevalencias presentadas en los datos anteriores es muy amplia y se puede explicar en parte por los métodos diagnósticos, los tipos de población, los criterios diagnósticos y los instrumentos utilizados para establecer los diagnósticos. De acuerdo con Costello AJ, el diagnóstico ha jugado un papel importante en la psiquiatría infantil, pero a pesar del amplio conocimiento que se tiene de los diagnósticos infantiles aun esto tiene pocas implicaciones para el conocimiento de la etiología, el tratamiento o el pronóstico (13). Por si esto fuera poco, en la población infantil y de adolescentes, el establecimiento de los diagnósticos suele ser más complicado que en la población adulta, ya que existen dificultades para la definición y limitación de las entidades patológicas. Entre las dificultades más importantes están: las variaciones que en un mismo sujeto presenta en la sintomatología de una posible entidad nosológica a través del tiempo; la similitud de la sintomatología manifestada entre diferentes entidades; la presencia de diferentes síntomas en ambos sexos en una misma entidad nosológica; la fuente de información que reporta los síntomas para establecer el diagnóstico, la cual puede ser autorreporte, reporte por algún familiar, reporte por un cuidador o maestro o por medio de la observación clínica, y; la prevalencia de comorbilidad con otros trastornos mentales, del desarrollo o médicos en general.

Aparentemente, en la mayoría de los casos, la sintomatología de los adolescentes con trastornos mentales no es patognomónica o lo suficientemente bizarra para que no se encuentren síntomas parecidos entre los sujetos normales. La sintomatología en los niños y los adolescentes es similar al comportamiento cotidiano, diferenciándose únicamente en la duración, en la frecuencia, en el número de los síntomas, e sexo o el estadio de desarrollo en el que se presentan (34). Un ejemplo de lo anterior lo constituye el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el cual puede persistir desde la infancia hasta la edad adulta. La inquietud manifiesta tiende a disminuir con la edad y la impulsividad toma una forma más consciente que en la infancia. Los niños presentan mayor incidencia que las niñas, siendo la distribución por sexos desde 3 a 1 hasta 5 a 1, en donde influyen el medio social y las diferencias culturales. No es sorprendente que se tienda a diagnosticar más en el sexo femenino el subtipo de inatención que a los del sexo masculino (6).

La valoración de la patología psiquiátrica infantil y del adolescente pasa a ser una tarea difícil y en especial la clasificación de dicha patología en entidades nosológicas bien definidas para el establecimiento del diagnóstico. Bien sabemos que el clasificar es una tarea netamente humana, con la cual se aumenta la capacidad de observación a través de la abstracción y con eso poder formular hipótesis sobre la base de la experiencia acumulada. En psiquiatría, como en otras áreas científicas y no científicas, la clasificación nos permite hacer el uso de la información para propósitos de comunicación, predicción y explicación de diversos trastornos o fenómenos diversos (40).

A pesar de los esfuerzos por crear una clasificación que cumpla con los requerimientos anteriores, encontramos que algunos "síntomas no específicos" difícilmente se pueden encuadrar en una sola patología. En la similitud de la sintomatología en diferentes trastornos hay que tomar en cuenta los siguientes factores: la sobreposición de criterios diagnósticos, como la irritabilidad que se presenta en varios trastornos; la división artificial de los síndromes, como los distintos tipos de trastornos de ansiedad; el que un trastorno pueda ser una manifestación temprana de otro trastorno, como el trastorno de conducta puede ser precursor del trastorno de la personalidad antisocial, y; cuando un trastorno es parte de otro trastorno, como un aparente Trastorno de Ansiedad puede ser parte de Trastorno Depresivo Mayor (11).

Continuando con las dificultades para establecer diagnósticos, se abordará brevemente sobre la fuente de información. Existen varias razones por las cuales la información sobre la

sintomatología de los adolescentes, obtenida a través de los padres y maestros, debe ser complementada con autoreportes de los mismos adolescentes. La variedad de clases y maestros en escuelas medias, disminuye la posibilidad de los maestros para observar individualmente al adolescente durante el curso del día. La información obtenida a través de los padres se ve limitada ya que el adolescente se desenvuelve en varias esferas fuera del ambiente familiar donde él puede encubrir algunos actos que ellos saben que son desaprobados por sus padres. Es poco probable que estados internalizados de depresión y de ansiedad sean aparentes para los padres y maestros, sobre todo cuando los adolescentes buscan ser más independientes y son renuentes a manifestarlos (12).

Otra de las dificultades para establecer diagnósticos en adolescentes es la comorbilidad. La tasa de comorbilidad no ha sido bien establecida, pero queda claro en estudios epidemiológicos exceda la tasa esperada por simple azar (4, 26). En algunos estudios donde se investiga la comorbilidad en determinados grupos de pacientes se han encontrado tasas de comorbilidad muy elevadas, alrededor del 50% o más, como las reportadas por Munir en 1987, al estudiar pacientes con TDAH, en donde reporta que el 96% de los pacientes tenían más de un diagnóstico (30). En otros estudios de seguimiento de pacientes con TDAH, se ha encontrado una comorbilidad más elevada que en los grupos control y con mayor probabilidad de padecer además trastornos de conducta, afectivos, ansiedad o otros tipos al término del seguimiento (7, 8, 9). Hay que tomar en cuenta que lo anterior quizá se vea afectado por los artefactos de detección, como los factores de referencia, donde los casos que llegan al investigador suelen ser los que no se pudieron atender o manejar en otros niveles de atención, así como los factores de sesgo que pueden imprimir el tamizaje y vigilancia estrecha durante las investigaciones.

En la literatura en general no se suele enfatizar la comorbilidad de los trastornos en estos grupos de edad y suele utilizarse pacientes de hospitales no psiquiátricos, como controles, donde no se considera la comorbilidad con otros trastornos médicos o los procesos del desarrollo. Hay dos razones principales del porqué la falla de no poner atención en la comorbilidad hace que los investigadores generen conclusiones engañosas. La primera es que el estudio de una condición "X" produce resultados que de hecho son ampliamente consecuencia directa de una condición ignorada de comorbilidad. La segunda, cuando es ignorada la comorbilidad, la suposición implícita realizada de que el significado de la condición "A" es el mismo sin tomar en cuenta la presencia o ausencia de la condición "B". La solución a este tipo de problemas puede ser la utilización de grupos donde se

excluyan los casos de comorbilidad, situación que aparentemente no está vinculada con la realidad clínica (11).

Enfoques diagnósticos

Se han identificado tres acercamientos diferentes a la clasificación de trastornos mentales: el categórico, el dimensional y el ideográfico.

El diagnóstico categórico consiste en asignar al paciente una "categoría diagnóstica", la cual está definida por criterios diagnósticos específicos que funcionan como reglas para ubicar al paciente en una categoría (25).

El segundo de ellos, el dimensional, es uno de los más importantes dentro de la clasificación en la psicopatología del niño y del adolescente. La concepción dimensional de la psicopatología simpatiza conceptualmente con la noción de un continuo, agrupando síntomas y enumerándolos de acuerdo a su presencia y determinando su severidad. De esta manera se puede establecer que un paciente padece un trastorno cuando presenta varios de los síntomas específicos de una agrupación dimensional, que hace contraste con lo que se esperaría que mostrara de acuerdo a su edad y sexo, acorde con una base de datos, la cual ha sido sometida a un análisis multivariado previamente (10).

El diagnóstico ideográfico es más común en la práctica clínica. En él los clínicos escogerán una serie de problemas en los que intervendrán los cuales pueden estar relacionados con algún diagnóstico categórico o dimensional. Tienen algunos usos en situaciones tales como la terapia familiar, pero presenta serias limitaciones para la comunicación clínica o para propósitos de investigación y reproducción de resultados (40).

Índices clinimétricos

Tal parece que el creciente entendimiento de las características psiquiátricas del niño y adolescente dificulta más la labor del psiquiatra porque implica tomar en cuenta un mayor número de variables. De hecho, la necesidad actual de más precisión en la valoración y diagnóstico de los trastornos mentales y la creciente demanda de investigación ha hecho necesario incrementar el uso de estrategias sofisticadas. Esto ha llevado a la creación de múltiples instrumentos clinimétricos, entre los que destacan las entrevistas estructuradas, semiestructuradas y los cuestionarios autoaplicables, cada vez

más utilizados por investigadores y clínicos ya que evita en cierto modo la variabilidad de acuerdos entre ellos (14).

De acuerdo con Snaith las técnicas en las que la investigación psiquiátrica confía para la detección y cuantificación de los trastornos mentales son: los índices psicofisiológicos; el desempeño en pruebas de la función cognitiva y habilidad intelectual; la observación directa del comportamiento o reportes de tal comportamiento por el sujeto o por otros; el registro de eventos, como la frecuencia de manifestaciones de un trastorno o la graficación en un registro, y; los autoreportes que acceden ampliamente al dominio del estado mental de la persona basado sobre lo que la persona manifiesta. Dicho acceso se puede llevar a cabo por una entrevista estandarizada o por el llenado de formularios. Algunos instrumentos tienen la propiedad de mezclar de las técnicas antes mencionadas (36).

Desde hace más de una década se ha presenciado un incremento en el número de escalas e instrumentos para la evaluación psicopatológica, disponible para clínicos e investigadores. El desarrollo y la continua revisión de esos instrumentos han incrementado su utilidad y la capacidad de determinar la severidad del deterioro de los pacientes, en ocasiones ayudando a los clínicos a enterarse de áreas problemáticas que no han sido valoradas de otra manera o sirven como índices para la valoración de cambios terapéuticos.

En psiquiatría se cuenta con diversos tipos de instrumentos de medición los cuales se dividen a grosso modo en dos grandes grupos: los que se utilizan para realizar mediciones categóricas (establecer diagnósticos) y los que se ocupan para mediciones ordinales como las escalas globales y las escalas de síntomas (25). En la psiquiatría infantil y del adolescente se encuentran varios instrumentos estandarizados para hacer diagnóstico, aunque no de todas existen versiones en español, los más conocidos son: la entrevista estructurada DICA (Diagnostic Interview for Children and Adolescents), la entrevista estructurada DISC-2.3 (Diagnostic Interview Schedule for Children, en la versión 2.3), la entrevista semiestructurada K-SADS (Child Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) y la entrevista semiestructurada ISC (Interview Schedule for Children). Por otro lado, existe una gran variedad de escalas para las mediciones ordinales, desde las de impresión clínica global (CGAS), las escalas de sintomatología en general, hasta las escalas de sintomatología específica (14).

Actualmente se cuenta con entrevistas en español como el DISC para el desarrollo de investigaciones en psicopatología infantil y del adolescente, pero el costo operativo de la misma hace poco factible su implementación en la investigación a corto plazo.

Mientras que las entrevistas estructuradas y semiestructuradas son usadas frecuentemente para determinar si los síntomas reportados por los niños alcanzan el umbral diagnóstico, el objetivo de los instrumentos autoaplicables es utilizarlos para medir el grado en el cual el paciente alcanza una sintomatología clínicamente significativa en un área problemática particular.

A continuación se mencionarán algunas de las escalas que están más relacionadas con la finalidad del estudio, creación y validación de una entrevista autoaplicable tipo likert para la valoración de psicopatología general.

Existen varios intentos de crear un inventario de los síntomas psiquiátricos que pueda utilizarse para generar una medida global de severidad, o para detectar la presencia de psicopatología significativa y al menos hacer un intento preliminar de clasificar la naturaleza del problema. Aparentemente el instrumento que ha dominado más en esta búsqueda es el CBCL (Child Behavior Checklist) diseñado por Achenbach y Edelbrock en 1983. De los instrumentos disponibles actualmente parece ser el que por mucho presenta el mejor desempeño de información. Fue utilizada una extensa población para generar los datos normativos (N = 4475, en el perfil de 1991), para que la frecuencia de distribución de cada síntoma y la suma total de los síntomas fuera bien conocida y así la probabilidad de encontrar datos inusuales pueda ser calculada. Por medio de un riguroso análisis factorial las respuestas se agruparon en dos amplios rangos de síntomas, síntomas internalizados y síntomas externalizados, así como también varios atributos relacionados con la competencia académica. Dentro de estos amplios rangos de síntomas presenta 113 ítems agrupados en los siguientes síndromes: retraimiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, comportamiento delictivo, comportamiento agresivo y problemas de sexo. La estructura de los factores no es estable a través de los diferentes grupos de edad y sexo, por lo que es necesario comparar independientemente por el rango de edad y sexo. El instrumento cubre el rango de edad de 4 a 18 años. Es altamente confiable y razonablemente resistente a los sesgos del informante. Existe la versión para padres y para maestros y su aplicación dura aproximadamente 20 minutos (1).

Paralelamente al CBCL se desarrolló el YSR (Youth Self-Report) para adolescentes de 11 a 18 años de edad, el cual es una escala para la valoración de sintomatología general, autoaplicable y de tipo likert. Consta de 112 ítems y abarca los mismos amplios rango de síntomas, internalizados y externalizados, que el CBCL. En él se exhiben ocho síndromes: retraimiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, comportamiento delictivo y comportamiento agresivo (2). Se entrevistaron a 2108 sujetos para el estudio de validez del perfil de 1991.

En poblaciones clínicas no se ha encontrado que existe poca correlación entre los diagnósticos obtenidos con DISC y el CBCL, lo que es atribuible a los dos enfoques diagnósticos que utilizan categórico para el primero y dimensional para el segundo (15).

Algunos autores han mostrado que las escalas y su fundamento en constructos dimensionales son más predictivos (en términos de resultados a largo plazo) que diagnósticos per se, ya que se puede tomar como una regla estas escalas únicamente tienden a discriminar formas generales de psicopatología del funcionamiento normal, en lugar de discriminar formas específicas de psicopatología (23).

Varios instrumentos autoaplicables han sido diseñados para valorar problemas internalizados o externalizados específicos. Entre los más importantes están: el Inventario de Depresión Infantil (CDI, por sus siglas en inglés, 1992), Escala de Depresión Infantil de Reynolds (RCDS, 1989), Escala Revisada de Manifestación Infantil de Ansiedad (RCMAS, 1985), Inventario de Condición-Rasgo de Ansiedad para Niños (STAIC, 1973), Autorreporte del Adolescente (YSR, 1991) (28), descrito en párrafos anteriores, y el desarrollado por Conners/Wells (12) Adolescent Self-Report of Symptoms (CASS) el cual es una entrevista autoaplicable que consta de 64 reactivos diseñada para valoración de la sintomatología del TDAH.

Otro antecedente de importante lo es el SCL-90 (Symptoms Check List-90). Es un instrumento autoaplicable de 90 ítems, desarrollado en 1976 (19, 20), para valorar diversas dimensiones de la psicopatología, las cuales son: Somatización (12 reactivos), Obsesivo Compulsivo (10 reactivos), Sensibilidad Interpersonal (9 reactivos), Ansiedad Fóbica (7 reactivos), Ideación Paranoide (6 reactivos), Depresión (13 reactivos), Ansiedad (10 reactivos), Hostilidad (6 reactivos), Psicoticismo (10 reactivos), y tres Escalas Adicionales (7 reactivos). Provee un registro estandarizado detallado que permite la comparación para evaluar los cambios. Ofrece una administración rápida y eficiente (menos de 30 minutos), puede ayudar en la entrevista del paciente, permite un alto grado de aceptación del

paciente y provee una evaluación multidimensional. Actualmente existen versiones cortas de 71, 64 y 58 ítems (3). Se han hecho estudios con adolescentes internados (22) y en intervención crisis, con resultados aceptables. En cuanto a depresión y trastornos de conducta en adolescentes ha demostrado tener una alta especificidad y baja sensibilidad (26).

En México, los estudios de normatividad de los diferentes instrumentos utilizados para la asistencia y la investigación en psicopatología de los adolescentes son relativamente jóvenes. Ejemplo de los instrumentos desarrollados es la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA) la que hace aproximadamente dos años se realizaron las investigaciones de confiabilidad temporal e interevaluador en población clínica (18, 33). La ESA está basada en los criterios del DSM-IV y su aplicación dura en promedio de 60 a 90 minutos.

Como otro ejemplo, en 1996 se reportó la traducción al español y validez de constructo de la Escala de Birteson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia (17). Fue realizada en una población de 349 sujetos, incluyendo población clínica y población abierta, con edades comprendidas entre los 13 y 19 años, presentado una sensibilidad del 87 % y una especificidad del 74 %.

Se espera que para finales de 1999 se termine la traducción y validación el YSR, ya que se están realizando dos investigaciones independientes. La primera bajo la asesoría del Dr. Francisco Paez del Instituto Mexicano de Psiquiatría y otra como tesis de la subespecialidad en paidopsiquiatría en el Hospital psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

Planteamiento del problema

La necesidad del diagnóstico oportuno y valoración de la intensidad de la psicopatología en la adolescencia es importante para el manejo de la misma. La oportunidad de un mejor manejo es vital ya que la adolescencia corresponde a una etapa de desarrollo y adquisición de habilidades para la autosuficiencia del individuo. Como es bien sabido, en muchos trastornos se tiene peor pronóstico si tiene una edad de inicio más temprana y la intervención psiquiátrica es más tardía. Tomando en cuenta las tasas de prevalencia conservadoras de la patología mental en los adolescentes (5.4 %), en México la población adolescente con trastornos mentales podría llegar a ser millonaria. Aunado a lo anterior, la falta de información de la población sobre la patología mental incrementa el problema. En estudios sobre el primer episodio psicótico, como el de Apiquián y cols. (5), muestran que dichos episodios suelen ser diagnosticados después de 6 años de iniciado el trastorno mental, problema que va paralelo al deterioro del paciente. El ejemplo anterior puede dar una idea de cómo la sociedad puede ser tolerante ante la patología psiquiátrica, muy probablemente por desconocimiento de la misma.

Las limitaciones para el diagnóstico oportuno de los adolescentes esta marcada, por un lado, por la falta de la infraestructura necesaria para la atención masiva de la población, y por el otro, al desconocimiento social sobre la patología mental.

En cuanto a la valoración de la sintomatología hay que tomar en cuenta varios aspectos que pueden ser más marcados en el trabajo cotidiano con pacientes de este grupo de edad. Los adolescentes son capaces de describir cronológicamente sus síntomas. Los adolescentes pueden estar preocupados por la confidencialidad de la información que proporcionan. A los adolescentes se le puede abordar con técnicas de final abierto, pero suelen existir silencios durante la entrevista, en los cuales el clínico no puede romper el hielo y restablecer la comunicación. En la práctica clínica la entrevista debe incluir una exploración de los pensamientos suicidas, las conductas agresivas, los fenómenos psicóticos, el uso de sustancias y las relaciones sexuales.

Las escalas de autorreporte pueden funcionar como un instrumento de tamizaje o de valoración de la intensidad de la sintomatología, con costos de aplicación muy bajos y de gran utilidad en la práctica clínica. De ahí la importancia de desarrollar un instrumento como la Escala Dimensional de Psicopatología para Adolescentes (EDPA), la cual se intenta que tenga la función de servir como un instrumento de tamizaje y también pueda

ser empleada como un instrumento para valorar la severidad de la psicopatología en adolescentes.

Objetivos

1. Diseño de la Escala Dimensional de Psicopatología para Adolescentes
 - Definir dominios de psicopatología en los adolescentes de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y otras características clínicas de las entidades psicopatológicas más comunes en los adolescentes, sin incluir los trastornos del desarrollo.
 - Creación de un formulario enfocado hacia la valoración de diferentes dominios de la psicopatología en adolescentes.
2. Realizar el análisis factorial de la Escala Dimensional de Psicopatología para Adolescentes en población abierta y en población clínica.
3. Determinar la consistencia interna de las subescalas y del total de la EDPA.
4. Determinar la estabilidad temporal de las subescalas de síntomas internalizados, síntomas externalizados y del total de la EDPA en la población clínica.
5. Determinar la confiabilidad interinformante entre la población escolar y clínica de los adolescentes y sus padres o tutores, en las subescalas de síntomas internalizados, síntomas externalizados y del total de la EDPA.
6. Establecer las diferencias en las subescalas y resultado total de la EDPA entre la población sana y la población clínica.

Tipo de estudio

Transversal y descriptivo.

Metodología

Diseño de la Escala Dimensional de Psicopatología para Adolescentes (EDPA)

Se realizó el diseño de la Escala Dimensional de Psicopatología para Adolescentes (EDPA), en versión para adolescentes y versión para padres, basado en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSMIV) y otras

características clínicas de las entidades psicopatológicas más comunes en los adolescentes. Se tomaron en cuenta los siguientes grupos de trastornos: trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos y esquizofrenia, trastornos de ansiedad, Trastorno obsesivo compulsivo y fics, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de conducta disruptiva, trastornos relacionados con consumo de sustancias, trastornos de la alimentación y trastornos de la eliminación.

Validación de contenido de la EDPA

Los enunciados del formato de la EDPA se sometieron a un proceso de validación de contenido, por dos expertos del área (psiquiatras adscritos a la Clínica de Adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría), hasta que de acuerdo a su experiencia, se estableció que la EDPA puede ser una medida válida para lo que se intenta a través de ella. Se procuró que fueran en frases sencillas, escritas en forma coloquial.

En la Tabla 3 se muestra la lista de enunciados y la relación de los mismos con el grupo de trastornos mentales con el que se puede asociar clínicamente. También se establece una posible categorización en síntomas internalizados o externalizados, intentando seguir una clasificación de acuerdo al CBCL. En esta tabla se intenta el grupo diagnóstico en el cual se pretende que encaje el síntoma.

Tabla 3. Lista de enunciados contenidos en la EDPA, trastornos mentales con los que se asocian clínicamente y su categorización en Síntomas internalizados o Externalizados.

No.	Pregunta	TD	MH	TP	TA	TOCT	TCA	TDAH	TC	TND	TRS	TE	TS
1	Discuto con mis padres u otros adultos									*			E
2	Me canso	*											I
3	Tengo miedos				*								I
4	Siento que me falta energía	*											I
5	Me siento frustrado	*											I
6	Amenazo a los demás								*				E
7	Me siento solo	*											I
8	Soy grosero								*				E
9	Se quejan de que ignoro a la gente cuando me habla							*					E
10	Soy atrabancado							*					E

No.	Pregunta	TD	MH	TP	TA	TOCT	TCA	TDAH	TC	TNO	TRS	TE	TS
11	Me lesiono a propósito el cuerpo	*											E
12	Disfruto lo que hago (**)	*											I
13	Me siento nervioso				*								I
14	Robo								*				E
15	Siento que la gente me quiere hacer daño			*									I
16	Empiezo los golpes en las peleas								*				E
17	Tengo mal humor									*			E
18	Fumo										*		E
19	Me emborracho										*		E
20	Consumo drogas										*		E
21	Me dicen que soy descuidado							*					E
22	Soy terco								*				E
23	Amenazo a otros con armas								*				E
24	Reto a los demás									*			E
25	Me siento enojado									*			I
26	Pierdo el hilo de lo que platico		*										E
27	Me cuesta trabajo concentrarme	*											I
28	Estoy subiendo de peso						*						E
29	Destruyo las cosas de otros							*	*				E
30	Me escapo por las noches							*	*				E
31	Me siento triste	*											I
32	Estoy bajando de peso						*						E
33	Molesto a propósito a los demás								*				E
34	Me cuesta trabajo seguir instrucciones							*					I
35	Me falla la memoria	*											I
36	Me cuesta trabajo organizar mis actividades o tareas							*					I
37	Me siento como un inútil	*											I
38	Lloro	*											E
39	Me la paso solo			*									E
40	Soy inquieto							*					E
41	Pierdo la calma							*					E
42	Escucho voces que nadie escucha			*									I
43	Siento que la gente puede leer mi mente			*									I
44	Me hago del baño en la ropa o en la										*		E

No.	Pregunta	TD	MH	TP	TA	TOCT	TCA	TDAH	TC	TND	TRS	TE	TS
45	Me duermo durante el día	*											E
46	Me provocho el vómito						*						E
47	En las noches me despierto	*											I
48	Me dan ganas de morirme	*											I
49	Me late rápido el corazón				*								I
50	Tengo ideas molestas que se repiten					*							I
51	Me hace falta el aire				*								I
52	Me suda el cuerpo por cualquier cosa				*								I
53	Tengo tics					*							E
54	Voy mal en la escuela							*					E
55	Mi relación con los demás es mala			*									I
56	Causo problemas en mi casa								*				E
57	Soy lento para hacer las cosas	*											I
58	Soy platicón		*										E
59	Mi pensamiento esta acelerado		*										I
60	Me da miedo salir a la calle				*								I
61	Veo cosas que los demás no ven			*									I
62	Tengo miedo a morirme				*								I
63	Realizo actos repetitivos que me molestan					*							E
64	Me doy atracones de comida						*						E
65	Soy mentiroso								*				E
66	Siento que me contamina al tocar algunas cosas					*							I
		*	15	3	6	7	4	4	8	10	5	3	1

TD= Trastornos Depresivos (Trastorno depresivo mayor y/o distimia de inicio temprano); MH= Manía o hipomanía; TP= Trastornos psicóticos; TA= Trastornos de Ansiedad; TOC T= Trastorno Obsesivo Compulsivo y Tics; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria; TDAH= Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TC= Trastorno de Conducta; TND= Trastorno Negativista Desafiante; TRS= Trastornos Relacionados con Sustancias; TE= Trastornos de la Eliminación. TS= Tipo de Sintomatología; E = Síntoma externalizado; I = Síntoma Internalizado. ** Reactivo que se evalúa de negativo a positivo, siendo la opción "nunca" la mas negativa.

De acuerdo a lo comentado en los antecedentes, la sintomatología en los adolescentes tiende a ser un poco más inespecífica que en los adultos, cosa que incluso puede deberse a la comorbilidad, lo que genera la dificultad para encasillar un síntoma dentro de un sólo grupo de psicopatología. La pretensión de este estudio es buscar un apego a lo establecido en la Tabla 3, buscando que un ítem sólo califique en un grupo de

psicopatología. En la tabla 4 se establece la posibilidad de que algunos síntomas se puedan encasillar en otros grupos de psicopatología, aunque no sea la sintomatología principal del grupo.

Tabla 4.

No.	Pregunta	TD	MH	TP	TA	TOCT	TCA	TDAH	TC	TND	TRS	TE
1	Discuto con mis padres u otros adultos	+	+							*		
2	Me canso	+										
3	Tengo miedos	-		-	*	-	-					
4	Siento que me falta energía	+		-								
5	Me siento frustrado	+		-	-	+	-			+		
6	Amenazo a los demás		-	-					*	+		
7	Me siento solo	+		-						-		
8	Soy grosero		+	-		+		+	*	+		
9	Se quejan de que ignoro a la gente cuando me habla	+	-	+				*	-	-		
10	Soy atrabancado		+					*	+	-		
11	Me lesiono a propósito el cuerpo	+				-		-				
12	Disfruto lo que hago (**)	+		+		+	-	-		-		
13	Me siento nervioso	-		-	*	+		-				
14	Robo		-					-	*		+	
15	Siento que la gente me quiere hacer daño			*						+		
16	Empiezo los golpes en las peleas		-					+	*	+		
17	Tengo mal humor	-	-			-		-		+		
18	Fumo		-					-	+		*	
19	Me emborracho		-					-	+		*	
20	Consumo drogas		-	-				-	+		*	
21	Me dicen que soy descuidado	-	-	+				*				
22	Soy terco	-	-	-				-		*		

No.	Pregunta	TD	MH	TP	TA	TOCT	TCA	TOAH	TC	TMD	TRS	TE
23	Amenazo a otros con armas		-	-					*			
24	Reto a los demás		-						+	*		
25	Me siento enojado	-	-							+		
26	Pierdo el hilo de lo que piatico	-	-	-				+				
27	Me cuesta trabajo concentrarme	+	+	+	-	-		+				
28	Estoy subiendo de peso	-	-				-					
29	Destruyo las cosas de otros		-					-	*	+		
30	Me escapo por las noches		-						*	-	-	
31	Me siento triste	*										-
32	Estoy bajando de peso	+		-			+					
33	Molesto a propósito a los demás		-					-	*	+		
34	Me cuesta trabajo seguir instrucciones	+	+			-		*				
35	Me falla la memoria	*		-				+				
36	Me cuesta trabajo organizar mis actividades o tareas	+	+			-		*				
37	Me siento como un inútil	*				-		+				
38	Lloro	*	-									
39	Me la paso solo	+		*		-				-	-	-
40	Soy inquieto	-	+					*				
41	Pierdo la calma		+					+		+		
42	Escucho voces que nadie escucha			*								
43	Siento que la gente puede leer mi mente			*								
44	Me hago del baño en la ropa o en la cama											*
45	Me duermo durante el día	*										
46	Me provocho el vómito						*					
47	En las noches me despierto	+	+	+								

No.	Pregunta	TD	MH	TP	TA	TOCT	TCA	TDAH	TC	TND	TRS	TE	
48	Me dan ganas de morirme	*											
49	Me late rápido el corazón				*								
50	Tengo ideas molestas que se repiten			-	+	*							
51	Me hace falta el aire				+								
52	Me suda el cuerpo por cualquier cosa				+								
53	Tengo tics					*							
54	Voy mal en la escuela	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+		
55	Mi relación con los demás es mala	+	-	+	-	-	-	+	-	+	-		
56	Causo problemas en mi casa	-	-		-	-	-	+	+	+	+	-	
57	Soy lento para hacer las cosas	*		+									
58	Soy platicón		+					+					
59	Mi pensamiento esta acelerado		*		-								
60	Me da miedo salir a la calle			-	*	-							
61	Veo cosas que los demás no ven			*									
62	Tengo miedo a morirme				*								
63	Realizo actos repetitivos que me molestan					*							
64	Me doy atracones de comida	+	+				*						
65	Soy mentiroso							-	*	+	-		
66	Siento que me contamina al tocar algunas cosas					*							
		-	10	22	15	5	12	6	14	3	6	14	4
		+	17	11	8	4	5	2	11	7	14	3	0
		*	7	1	5	5	4	2	6	9	3	3	1

TD= Trastornos Depresivos (Trastorno depresivo mayor y/o distimia de inicio temprano); MH= Manía o hipomanía; TP= Trastornos psicóticos; TA= Trastornos de Ansiedad; TOCT= Trastorno Obsesivo Compulsivo y Tics; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria; TDAH= Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TC= Trastorno de Conducta; TND= Trastorno Negativista Desafiante; TRS= Trastornos Relacionados con Sustancias; TE= Trastornos de la Eliminación. * Muy relacionado con el constructo. +

Medianamente relacionado con el constructo. – Escasamente relacionado con el constructo. ** Reactivo que se evalúa de negativo a positivo, siendo la opción nunca la más negativa.

Descripción del formato de la EDPA

La entrevista es autoaplicable y consta de dos partes: una sección de datos demográficos y una sección en la que se muestra un listado de algunos comportamientos y sentimientos que pueden experimentar los adolescentes y que tienen relación con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

La entrevista es anónima en ambas versiones y fueron apareadas por número de folios iguales. Dentro de la sección de datos demográficos sólo se pregunta la edad (variable continua), el sexo (variable dicotómica) y la escolaridad (variable continua). En la versión para padres o tutores se pregunta además la relación de parentesco con el adolescente (variable categórica). En la sección de listado de "comportamientos y sentimientos" tuvieron que elegir entre tres opciones de frecuencia (nunca, a veces o siempre en los 66 reactivos (variables ordinales, tipo likert)), de acuerdo a cómo se sintieron o comportaron los adolescentes en las dos últimas semanas antes de la aplicación de la entrevista..

Muestra

Se aplicó la EDPA a una muestra de adolescentes de población abierta (alumnos inscritos en el Colegio Montaignac) y de población clínica (pacientes de la Clínica de adolescentes de Instituto Mexicano de Psiquiatría) en el periodo de junio a noviembre de 1998.

Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión para la Población Escolar

Utilizando el método Muestreo Accidental o de Muestreo por Conveniencia se incluyeron en la Población Escolar a los alumnos inscritos en el Colegio Montaignac de junio a noviembre de 1998, de educación media y media superior (secundaria y bachillerato), que aceptaron participar en el estudio y que reunieron los siguientes criterios de inclusión:

1. Ser adolescentes entre 13 y 19 años de edad.
2. Ser alumnos inscritos en el Colegio Montaignac durante los meses de junio a noviembre de 1998.

3. Que contaran con la autorización escrita de sus padres.
4. Que supieran leer y escribir.

Criterios de inclusión para la Población clínica

Utilizando el método de Muestreo Accidental o Muestreo por Conveniencia incluyeron en el estudio a los pacientes captados por primera vez en la Clínica de Adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría durante el periodo comprendido entre junio y noviembre de 1998 y que cumplieran con los siguientes criterios de exclusión:

1. Ser adolescentes entre 13 y 19 años de edad.
2. Que aceptaron participar en el estudio de validación de la EDPA.
3. Que contaron con autorización explícita de cualquiera de sus padres o tutores.
4. Que pudieran leer y escribir.
5. Que contaran con al menos un diagnóstico del Eje I de acuerdo a la clasificación del DSM-IV, realizado por medio de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes la cual les fue aplicada por un especialista capacitado (asesor teórico de este trabajo).

Criterios de exclusión

Se excluyó del estudio a los adolescentes que presentaron cualquiera de los siguiente criterios de exclusión:

1. Adolescentes que no cumplieron con todos los criterios de inclusión de la Población Escolar o de la Población Clínica.
2. Adolescentes que padecían cualquier trastorno generalizado del desarrollo.
3. Adolescentes que no hablaran fluidamente el idioma español.
4. Adolescentes que se rehusaron a participar en el estudio posterior a haber aceptado participar aunque contaban con autorización de sus padres.

Aplicación de la EDPA

Aplicación de la EDPA a la Población Escolar

Previo a la aplicación de la EDPA en la Población Escolar, se envió un tríptico el cual contenía: una explicación breve sobre la finalidad, justificación e importancia del estudio del estudio, así como también la explicación sobre la forma de participar y el formulario para la autorización de los padres o tutores para la participación del adolescente en el estudio. El formulario fue recolectado en coordinación con el personal administrativo y académico del Colegio Montaignac.

En los meses de julio a noviembre de 1998 se aplicó la EDPA (cuestionario de autoregistro) a la Población Escolar en coordinación con las autoridades y docentes del Colegio Montaignac de tal manera que los alumnos participantes fueran lo menos afectados en sus labores académicas.

El encargado de la investigación acudió a cada salón llevando los cuestionarios, proporcionando una breve explicación a todos los alumnos sobre la finalidad del estudio y aplicó la EDPA a los adolescentes que tenían autorización escrita de sus padres o tutores. Durante la aplicación del cuestionario fueron resueltas todas las dudas que formularon los adolescentes sobre el mismo. Se le entregó a cada participante el formato de EDPA para padres o tutores y un sobre rotulado. El formato para padres o tutores fue regresado en el sobre cerrado. Dicho sobre fue devuelto al investigador en los siguientes tres días hábiles después de la aplicación al adolescente.

Aplicación de la EDPA a la población Clínica

Los pacientes fueron captados mediante la asistencia voluntaria al servicio de urgencias/filtro del IMP, en donde se les valoró a través de una preconsulta. Posteriormente fueron canalizados a cita de primera vez a la Clínica de Adolescentes. Durante la preconsulta se les asignará diagnóstico presuncional. El tiempo de captación de pacientes fue de junio a noviembre de 1998.

Posteriormente el adolescente fue citado a una consulta de primera vez, a la cual asistió con uno de sus padres o tutores.

Dentro de la cita de primera vez se le solicitó el consentimiento informado, tanto al adolescente como al padre o tutor para su participación en la investigación,

explicándole en que consiste el instrumento y notificándoles su utilidad en la clínica y en la investigación, así como la confidencialidad de los datos obtenidos.

Se le entregó al adolescente y a su padre o tutor el formato de EDPA correspondiente a cada uno y se le pidió que lo contestaran en forma independiente. El médico que valoró al paciente aclaró las dudas que presentaron sobre los enunciados de la EDPA.

Después de contestar la EDPA se le aplicó, al adolescente y al padre o tutor, la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA) para establecer algún diagnóstico en el Eje I de acuerdo a los criterios diagnósticos de DSM-VI. En el anexo se presenta una copia de la entrevista.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación y sin rotación VARIMAX para determinar la estructura factorial del instrumento de los 66 ítems de la EDPA. Se utilizó los coeficientes de correlación r (de Pearson) para el análisis interinformante y se determinaron los coeficientes Alpha de Cronbach para determinar la consistencia interna del instrumento. Se utilizaron pruebas t y χ^2 según correspondió a las variables.

Aspectos éticos

1. Los datos obtenidos en esta investigación sólo serán utilizados para fines científicos.
2. No se entrevistará a ningún adolescente en contra de su voluntad y sin el consentimiento expreso de cualquiera de sus padres o tutores.
3. La participación en la investigación no tendrá ningún costo para ningún miembro de las poblaciones en estudio.

Resultados

Durante el estudio se recolectó 686 formularios de EDPA contestados. Se excluyeron 22 formatos de sujetos adolescentes por salir estar fuera del rango de edad establecido para este estudio quedando 666 formularios. La muestra total del estudio estuvo conformada por 645 sujetos, los cuales quedaron distribuidos en 4 grupos y que para fines prácticos del estudio quedaron designados de la siguiente manera: **1) Población Sana** (presumiblemente), en la cual se incluyeron a los alumnos de y preparatoria de una

escuela particular que contestaron la EDPA (N= 357); 2) **Padres de Población Sana**, constituida por los padres o tutores de los sujetos de la Población Sana que contestaron la versión para padres de la EDPA (N=207); 3) **Población Clínica**, pacientes de la Clínica de Adolescentes de Instituto Mexicano de Psiquiatría que accedieron a contestar la EDPA(N=60), y; 4) **Padres de la Población Clínica**, constituida por los padres o tutores que contestaron la EDPA (N=21). Cabe hacer mención que existe una subpoblación de la Población Clínica (N=19) la cual contestó un RE-TEST en un promedio de una semana después de su primera aplicación y se le denomina **Población Clínica RT**.

En la Tabla 5 se describe la distribución del sexo en las distintas poblaciones de estudio. No está contabilizada la totalidad de la muestra ya que en 13 de los formatos de los padres de la Población Sana no registraron dato en el campo de sexo. En la Tabla 6 se describe la distribución por edad y escolaridad de las distintas poblaciones de estudio. No están contemplados 82 formatos de EDPA en la sección de edad y 86 en la sección de escolaridad ya que no fueron llenados esos campos.

Tabla 5. Tamaño de la muestra estudiada y sus distribución por poblaciones de estudio.

	Sexo				Total
	Femenino		Masculino		
	N	%	N	%	
Pob. Sana	231	64.7%	126	35.3%	357
Padres Pob. Sana	150*	77.3%*	44*	22.7%*	207
Pob. Clínica	18	30.0%	42	70.0%	60
** Pob. Clínica RT	3	15.8%	16	84.2	19
Padres Pob. Clínica	20	95.2%	1	4.8%	21
Total	419	66.3%	213	33.7%	645

* Resultados calculados sin considerar datos perdidos.

** Población Clínica con RE-TEST, sus cantidades no están cuantificadas en los totales.

Tabla 6. Distribución por edad y sexo de las poblaciones de estudio.

	Población	N	Media	Desviación Std.	Mínimo	Máximo
Edad	Pob. Sana	357	15.54	1.76	13	19
	Padres Pob. Sana	134	45.31	6.23	33	68
	Pob. Clínica	60	15.65	1.74	13	19

	<i>Población</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Std.</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
	* Pobl. Clínica RT	19	15.05	1.54	13	18
	Padres Pobl. Clínica	12	43.08	6.20	36	55
	Total	563	23.23	13.44	13	68
Escolaridad	Pob. Sana	357	9.83	1.91	7	13
	Padres Pob. Sana	130	14.24	2.58	6	20
	Pob. Clínica	60	8.88	1.00	2	14
	* Pobl. Clínica RT	19	8.58	1.22	6	10
	Padres Pobl. Clínica	12	9.08	3.55	3	16
	Total	559	10.74	2.88	2	20

* Población Clínica con RE-TEST la cual es subconjunto de la Población Clínica y sus cantidades no están cuantificadas en los totales. No se documentaron diferencias significativas entre adolescentes sanos y enfermos para la edad. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la escolaridad entre la Población Sana y la Población clínica ($p=0.003$) y entre los Padres de la población sana y los Padres de la Población Clínica ($p=0.0001$).

En la tabla 7 se describe la media, desviación standard y el porcentaje de comorbilidad en la Población Clínica y su subconjunto de la población que realizó el RE-TEST (Población Clínica con RE-TEST).

Tabla 7.

	<i>N</i>	<i>Media de Diagnósticos</i>	<i>Desviación Std.</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>% de Comorbilidad</i>
Pob. Clínica	60	2.90	1.34	1	6	83.3%**
Pob. Clínica RT*	19	3.11	1.41	1	6	84.2%**

* Población Clínica con RE-TEST la cual es subconjunto de la Población Clínica.

** Comorbilidad de dos diagnósticos o más.

Análisis de la estructura factorial de la EDPA.

Se realizó una serie de análisis factoriales de componentes principales sin rotación para determinar la estructura factorial de la EDPA. Se utilizó análisis factoriales de componentes principales con rotación ortogonal VARIMAX para ayudar a interpretar, en el supuesto de que no quedaran claras en las matrices de pesos factoriales no rotadas, tratando de minimizar el número de variables que hay con pesos o saturaciones elevadas en cada factor. Se realizaron cuatro agrupaciones a las que se les realizó el análisis factorial sin

rotación y con rotación VARIMAX. Las agrupaciones son las siguientes: a) Población Sana y Población Clínica; b) Padres de Población Sana y Padres de Población Clínica; c) Población Sana y Padres de Población Sana; y; d) Población Clínica y Padres de Población Clínica.

De acuerdo a como lo plantea Visauta (39), con la finalidad de valorar que el análisis factorial resultara pertinente a priori y pudiera proporcionarnos resultados satisfactorios, se revisaron los siguientes aspectos:

1. Que los coeficiente de correlación de Pearson en la mayoría de los casos fueran altamente significativos en las matrices de correlación (16).
2. Que los determinantes de las matrices de correlaciones fueran relativamente bajos.
3. Que los índices de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) considerados en los rangos de buenos a excelentes.
4. Que los resultados de los test de Bartlett con una χ^2 elevadas con p significativas, mostraran que no se traba de matrices de identidad.
5. Que hubiera valores muy bajos en las matrices anti-imagen.
6. Que hubiera valores de MSA (Measures of Sampling Adequace) bastantes altos en la diagonal de la matriz de correlaciones anti-imagen.

Sólo en los primeros tres análisis factoriales se cumplieron los anteriores criterios. En el análisis de la Población Clínica y Padres de la Población Clínica el programa estadístico SPSS no pudo continuar con el proceso ya que en algunas variables encontró una varianza de CERO.

De acuerdo con el mismo autor para la evaluación de los resultados de los análisis se siguió el "Principio de estructura simple", el cual consiste en:

- Que cada factor debe tener unos pocos pesos altos y el resto próximos a cero.
- Cada variable no debe estar saturada más que en un solo factor.
- No deben existir factores con la misma distribución.

Para lograr lo anterior se procedió de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Cada factor debería tener un peso significante (mayor de .30) y tener un peso menor de .30 en otros factores.

2. Con la finalidad de buscar una construcción racional del instrumento, los ítems que no respaldaran una coherencia en el factor fueron eliminados.
3. Se extrajeron tantos factores como hubo en la solución con eigenvalues (valores propios) superiores a la unidad.

Tras este procedimiento se obtuvieron de 19, 18 y 17 eigenvalues para los primeros tres análisis. Al aplicar los criterios de peso factoriales sólo quedó un factor para cada análisis. Los ítems que quedaron en común en los tres análisis factoriales son: Le cuesta trabajo seguir instrucciones; Se siente como inútil; Tiene ideas molestas que se repiten; Le cuesta trabajo sus actividades o tareas. Pierde el hilo de lo que platica; Se siente nervioso, y; Su relación con los demás es mala.

Consistencia interna de la EDPA

Se llevó a cabo una sumatoria total del instrumento con el fin de ser utilizado como una medida de psicopatología general. Además se diseñó una subescala de síntomas internalizados y una de externalizados. En la Tabla 8 que se muestra a continuación se ilustra los promedios con desviación estándar para cada una de las poblaciones clínicas estudiadas junto con sus respectivas consistencias internas.

Tabla 8. Consistencia interna de la EDPA y de sus subescalas.

Subescala	N	N de ítems	Media	Desviación Std.	α de Cronbach
Total de EDPA	517	66	97.8414	14.2844	.9257
De Síntomas Externalizados	562	36	53.5907	7.5935	.8583
De Síntomas Internalizados	572	30	44.5262	8.0400	.8936
TD	605	15	23.8744	4.4622	.8168
MH	630	3	5.4270	1.3165	.4043
TP	627	6	4.4880	1.5118	.5777
TA	622	7	10.2894	2.2205	.6786
TOC T	622	4	5.0354	1.2519	.5114
TCA	629	4	5.5529	1.2277	.3461
TDAH	615	8	13.6472	3.0926	.7687
TC	623	10	13.1509	2.5873	.7731

Subescala	N	N de items	Media	Desviación Std.	α de Cronbach
TND	635	4	7.220	1.3122	.5438
TRS	638	3	3.5752	.9425	.5103

TD= Trastornos Depresivos (Trastorno depresivo mayor y/o distimia de inicio temprano); MH= Manía o hipomanía; TP= Trastornos psicóticos; TA= Trastornos de Ansiedad; TOC T= Trastorno Obsesivo Compulsivo y Tics; TCA= Trastornos de la conducta alimentaria; TDAH= Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TC= Trastorno de Conducta; TND= Trastorno Negativista Desafiante; TRS= Trastornos Relacionados con Sustancias.

Evaluación test-retest.

En 19 casos se repitió la aplicación del instrumento con un intervalo de 1 semana en promedio con el fin de obtener la evaluación de estabilidad temporal. Los resultados del coeficiente de correlación intraclass se muestran a continuación:

Test retest EDPA total	0.87
Test retest EDPA internalizados	0.72
Test retest EDPA externalizados	0.84

Índice de correlación interinformante

Se determinó el índice de correlación interinformante con 186 adolescentes de la Población Sana y sus padres, y con 21 adolescentes de la Población Clínica y sus padres, de las subescalas de Síntomas Internalizados y Externalizados, así como también del total de la EDPA. Los resultados se exponen a continuación:

Síntomas Internalizados	$r = .404$	$p = < .01$	(2 colas)
Síntomas Externalizados	$r = .275$	$p = < .01$	(2 colas)
Sima total de EDPA	$r = .325$	$P = < .01$	(2 colas)

Diferencias entre los totales de EDPA de acuerdo a sexo, edad y escolaridad.

Diferencias en las subescalas y resultados total de la EDPA entre poblaciones.

En la Tabla 9 se muestra la distribución de los puntajes en los distintos grupos de la EDPA y sus subescalas de síntomas internalizados y de síntomas externalizados.

Tabla 9. Totales de la EDPA y de sus subescalas de Síntomas Internalizados y Externalizados.

		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Std.</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Suma total de EDPA	Pob. Sana	357	99.33	11.93	72	143
	Padres Pob. Sana	207	88.82	12.27	43	124
	Pob. Clínica	60	112.40	17.92	60	141
	Padres Pob. Clínica	21	115.71	13.26	90	145
	Total	645	97.71	14.81	43	145
Total de síntomas internalizados	Pob. Sana	357	44.99	6.50	31	68
	Padres Pob. Sana	207	39.63	6.66	14	61
	Pob. Clínica	60	53.15	9.58	29	73
	Padres Pob. Clínica	21	54.38	8.89	38	77
	Total	645	44.33	8.14	14	77
Total de síntomas externalizados	Pob. Sana	357	54.34	6.54	40	78
	Padres Pob. Sana	207	49.19	6.65	29	68
	Pob. Clínica	60	59.25	9.92	31	82
	Padres Pob. Clínica	21	61.33	8.75	46	86
	Total	645	53.37	7.78	29	86

A continuación se presenta en la Tabla 10 las diferencias estadísticas entre las diferentes poblaciones en relación con el total de la EDPA y las Subescalas de Síntomas Internalizados y Externalizados.

Tabla 10. Diferencias estadísticas entre las Poblaciones de Estudio en la EDPA y sus subescalas de Síntomas internalizados y Externalizados.

<i>Variable Dependiente</i>	<i>(I) Tabla</i>	<i>(J) Tabla</i>	<i>Diferencia (I-J)</i>	<i>Error Std.</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Total de EDPA	Pob. Sana	Padres Pob. Sana	10.51*	1.114	75.993	.000
		Pob. Clínica	-13.07*	1.779	75.993	.000
		Padres Pob. Clínica	-16.38*	2.863	75.993	.000
	Padres Pob. Sana	Pob. Sana	-10.51*	1.114	75.993	.000
		Pob. Clínica	-23.58*	1.869	75.993	.000
		Padres Pob. Clínica	-26.89*	2.920	75.993	.000

Variable Dependiente	(1) Tabla	(2) Tabla	Diferencia (1-2)	Error Std.	F	Sig.
	Pob. Clínica	Pob. Sana	13.07*	1.779	75.993	.000
		Padres Pob. Sana	23.58*	1.869	75.993	.000
		Padres Pob. Clínica	-3.31	3.232	75.993	.306
	Padres Pob. Clínica	Pob. Sana	16.38*	2.863	75.993	.000
		Padres Pob. Sana	26.69*	2.920	75.993	.000
		Pob. Clínica	3.31	3.232	75.993	.306
Subescala de Síntomas Internalizados	Pob. Sana	Padres Pob. Sana	5.36*	.609	78.955	.000
		Pob. Clínica	-8.16*	.973	78.955	.000
		Padres Pob. Clínica	-9.39*	1.566	78.955	.000
	Padres Pob. Sana	Pob. Sana	-5.36*	.609	78.955	.000
		Pob. Clínica	-13.52*	1.023	78.955	.000
		Padres Pob. Clínica	-14.75*	1.597	78.955	.000
	Pob. Clínica	Pob. Sana	8.16*	.973	78.955	.000
		Padres Pob. Sana	13.52*	1.023	78.955	.000
		Padres Pob. Clínica	-1.23	1.768	78.955	.487
	Padres Pob. Clínica	Pob. Sana	9.39*	1.566	78.955	.000
		Padres Pob. Sana	14.75*	1.597	78.955	.000
		Pob. Clínica	1.23	1.768	78.955	.487
Subescala de Síntomas Externalizados	Pob. Sana	Padres Pob. Sana	5.15*	.614	49.655	.000
		Pob. Clínica	-4.91*	.980	49.655	.000
		Padres Pob. Clínica	-6.99*	1.578	49.655	.000
	Padres Pob. Sana	Pob. Sana	-5.15*	.614	49.655	.000
		Pob. Clínica	-10.06*	1.030	49.655	.000
		Padres Pob. Clínica	-12.14*	1.609	49.655	.000
	Pob. Clínica	Pob. Sana	4.91*	.980	49.655	.000
		Padres Pob. Sana	10.06*	1.030	49.655	.000
		Padres Pob. Clínica	-2.08	1.782	49.655	.243
	Padres Pob. Clínica	Pob. Sana	6.99*	1.578	49.655	.000

<i>Variable Dependiente</i>	<i>(I) Tabla</i>	<i>(J) Tabla</i>	<i>Diferencia (I-J)</i>	<i>Error Std.</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
		. Sana				
		Padres Pob. Sana	12.14*	1.609	49.655	.000
		Pob. Clínica	2.08	1.782	49.655	.243

* La diferencia es significativa al nivel .05.

Discusión

A través de este estudio se ha encontrado que este primer diseño de la Escala Dimensional de Psicopatología para Adolescentes no confirma tener una estructura factorial específica la cual permita intentar utilizarla como un instrumento ni de valoración de sintomatología, ni como un instrumento de tamizaje. Por tal motivo se cree pertinente retomar algunos aspectos teóricos en los cuales se falló dentro del diseño del instrumento. El principal es que para construir un instrumento breve se tienen que tomar muy en cuenta las 6 reglas propuestas por Susan Embretson (21), las cuales son: 1) La medición del error standard difiere a través de los resultados, pero se generaliza a través de la población; 2) Los test cortos pueden ser mas confiables que los extensos; 3) La estimación imparcial de las propiedades de los ítems pueden ser obtenidas de muestras no representativas; 4) los resultados significantes de escalas pueden ser obtenidas por comparación de las distancias de varios ítems, y; 6) Las propiedades de intervalos de las escalas pueden alcanzarse por modelos de medición justificables, no por la distribución de resultados. La dificultad que existe para llevar a cabo tal propuesta es necesario conocer más a fondo la metodología para realizar los instrumentos en forma tradicional, para así comprender las ventajas de esta nueva propuesta.

Ortodoxamente se puede explicar la falla del instrumento desde el planteamiento de los constructos los cuales tendría que evaluar. Es conocido desde hace tiempo que un constructo es una hipótesis sobre algún comportamiento o sentimiento que no se puede medir directamente, pero que puede ser medido a través de la inferencias con ayuda de ítems (ideas expresadas en preguntas) relacionados con el mismo. Durante el proceso de elaboración se considera que cada idea debe ser preguntada cuando menos por dos ítems, considerando que siempre debe una ser asesorado por que pueda clarificar

algunos tópicos en el área. Revisar si las afirmaciones o preguntas tienen relación efectiva con el objetivo del instrumento y sobre todo someterlos a un estricto proceso de valides de apariencia y concurrencias, así como también al de contenido (30, 31).

Dentro de los resultados arrojados en la investigación se muestra que existe una diferencia muy estrecha entre los resultados obtenidos en la EDPA entre la Población Sana y la Población Clínica, siendo aproximadamente 12 puntos la diferencia entre las medias. Esto se puede deber a una serie de sesgos que pueden haber influido como son las diferencias estadísticas en la escolaridad entre la Población Sana y la Población Clínica; y otro factor no considerado en el estudio, que la Población Sana no se determinó con auxilio algún instrumento el que realmente no presente patología psiquiátrica, cuando es sabido que puede existir una prevalencia alta entre poblaciones abiertas. Tampoco se considero el que la Población Sana proviene de una escuela de corte tradicional y privada, pudiendo ser más equiparable una población de adolescentes que acuden a escuela pública.

Aparentemente la información proporcionada por los padres o tutores puede también estar sesgada, ya que existe una diferencia significativa en la escolaridad de los padres de ambas muestras.

Durante la captación de la información hubo una cantidad importante de datos perdidos por el mal llenado de los formularios, lo que hace necesario la implementación de otro tipo de estrategias para la recolección de la información, ya sea por un cheque más estrecho a la hora de recoger los formularios y/o rediseñar el formulario que sea más fácilmente comprendido por el usuario. Dicho rediseño también tiene que tomar en cuenta, la dificultad que algunos adolescente presentaron al contestarlo, ya sea porque aun no se entendían algunos términos como el de "atrabancado" o el enunciado de "las ideas molestas que se repiten" o "Soy muy platicón". También se debe considerar aumentar el número de opciones de respuesta, ya que varios adolescentes insistían en poner un termino medio entre ellas o contestaban dos opciones, lo que a la postre anularía la respuesta.

Finalmente, se cree conveniente que la idea de construir un instrumento breve para la valoración de la intensidad de la sintomatología o para el tamizaje de psicopatología se debe ir perfeccionando dentro del difícil espectro de la psicopatología del adolescente.

Anexos

participantes y personas interesadas en noviembre de 1998. Dicha actividad se llevará a cabo en coordinación con el Colegio Montaignac.

¿INQUIETUDES Y DUDAS?

El manejo del tema de la Salud Mental es algo muy delicado, situación que genera múltiples inquietudes en los adolescentes y sus familiares.

En ésta investigación sólo tiene como objetivo analizar la información que se obtenga al aplicar la EDPA a la población de estudiantes de secundaria y preparatoria y sus familiares. La participación de los alumnos de la muestra y sus familiares será ANÓNIMA y confidencial. No se podrá detectar con la EDPA adolescentes con posibles padecimientos mentales, ya que aún no se ha demostrado científicamente su efectividad para ello.

Nosotros, los papás del alumno(a) :

del grupo : _____ , (SI) (NO)
aceptamos que nuestro(a) hijo(a)
conteste la *Escala Dimensional de
Psicopatología para Adolescentes.*
Atentamente :

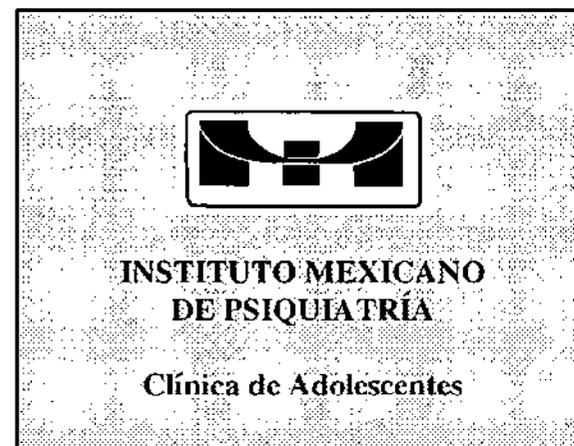
Nombre y firma de padre

Nombre y firma de la madre

Fecha : _____

Muy probablemente, dentro del desarrollo de la investigación, se propiciarán un sinnúmero de inquietudes y dudas sobre el estado de la salud mental de los participantes. Dichas inquietudes y dudas se intentarán resolver, en forma colectiva o particular, durante las visitas a las aulas. En caso de ser necesario, y de acuerdo con los interesados y sus padres o tutores, se canalizarán los alumnos a la Clínica de Adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría o a otras instituciones especializadas para su estudio o manejo.

Atentamente
Clínica de Adolescentes del
Instituto Mexicano de Psiquiatría
Dr. José Alfredo Suárez Reynaga
Dr. Francisco de la Peña Olvera
Tel. 655 79 79, 655 71 20,
655 30 80 y 6550311 ext. 310
Correo electrónico :
adolesc@imp.edu.mx



El
**Instituto Mexicano de
Psiquiatría**
A través de la
Clínica de Adolescentes
y en coordinación con el
Colegio Montaignac

Les invitan a participar en el
estudio de validación de la
**Escala Dimensional de
Psicopatología para Adolescentes**
(EDPA)

¿EN QUE CONSISTE LA ESCALA DIMENSIONAL DE PSICOPATOLOGÍA PARA ADOLESCENTES (EDPA)?

La Escala Dimensional de Psicopatología para Adolescentes es un cuestionario con el que se busca identificar algunos sentimientos o comportamientos importantes en los adolescentes, sobre diferentes padecimientos mentales, en forma fácil y rápida.

El cuestionario consta de 66 reactivos de opción múltiple acerca de la frecuencia de algunas conductas y sentimientos que pueden presentar los adolescentes. Existe una versión para adolescentes y otra para padres.

La EDPA actualmente se encuentra en proceso de comparación de los resultados en población clínica (pacientes) y población abierta (alumnos de secundaria y preparatoria).

¿POR QUÉ ES NECESARIO INVESTIGAR PADECIMIENTOS MENTALES EN LOS ADOLESCENTES ?

Tal vez se esté acostumbrado a pensar que la persona que tiene un padecimiento mental es un 'loco' o un 'retrasado mental', pero eso es en cierta medida un error de apreciación.

Los padecimientos mentales son muchos y más comunes de lo que la gente cree. Entre ellos se encuentran LA DEPRESIÓN, LA ANSIEDAD, LAS FOBIAS O MIEDOS EXTREMOS

A LAS COSAS O SITUACIONES, LOS TICS, PROBLEMAS DE CONDUCTA, CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS, ORINARSE O DEFECAR EN LUGARES INAPROPIADOS, ESQUIZOFRENIA y muchos más.

Varios de los padecimientos mentales se presentan o comienzan en la adolescencia, provocando problemas en el desarrollo del adolescente.

Frecuentemente los familiares, amigos y maestros de los adolescentes que tienen un padecimiento mental no lo saben y por tal motivo desconocen cómo apoyarlos o ayudarlos.

La identificación de enfermedades mentales en los adolescentes puede prevenir o disminuir las consecuencias a futuro.

Actualmente no contamos en México con datos epidemiológicos precisos sobre los padecimientos mentales en los adolescentes. El principal obstáculo es la dificultad para la evaluación de dichos padecimientos en poblaciones abiertas. Una estimación conservadora sería afirmar que cerca del 5% de los adolescentes padecen un trastorno mental, como los mencionados en párrafos anteriores.

¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE LA EDPA?

La Escala Dimensional de Psicopatología para Adolescentes (EDPA) esta diseñada para evaluar síntomas importantes de diferentes padecimientos mentales. A pesar de que no se pretende utilizar la EDPA para hacer el diagnóstico de trastornos mentales,

si buscará ser un registro para detectar a adolescentes que puedan padecerlos.

Se pretende que la EDPA sea un instrumento de fácil aplicación y de bajo costo.

¿CÓMO SE PUEDE PARTICIPAR EN LA VALIDACIÓN DE LA ESCALA DIMENSIONAL DE PSICOPATOLOGÍA PARA ADOLESCENTES ?

Durante los meses de junio, julio, agosto y setiembre de 1998 pasará un médico del Instituto Mexicano de Psiquiatría a las aulas de los alumnos de secundaria y preparatoria.

En la visita se les proporcionará información sobre la EDPA y datos relevantes sobre los padecimientos mentales. A los alumnos que deseen participar en el estudio, y que cuenten con el consentimiento escrito de sus padres, se les proporcionará un cuestionario de opción múltiple para contestar en ese momento y otro para ser contestado por sus padres en casa.

El cuestionario es anónimo, lo que quiere decir que no se tendrá que poner el nombre y así se estará seguro de que sólo los médicos investigadores sabrán lo que se contestó en él. La comparación de la información aportada por los alumnos y sus padres será controlada por medio de cuestionarios foliados.

Los resultados del trabajo de investigación sobre la comparación entre la información de la población clínica, la población abierta y de sus familiares, se darán a conocer a los

Escala Dimensional de Psicopatología para Adolescentes (EDPA)

Instituto Mexicano de Psiquiatría
Clínica de Adolescentes

Folio: 0101-767

Formato para adolescentes

Fecha : _____

Edad : _____ (años cumplidos) Sexo : _____ (m/f) Escolaridad : _____

Instrucciones :

Las siguientes afirmaciones mencionan comportamientos o sentimientos que pueden tener los adolescentes. Lee cada una con cuidado y decide qué tanto los has presentado en las últimas dos semanas marcando con X, una de las tres opciones (nunca, a veces o siempre). No hay respuestas buenas ni malas.

No.	Comportamientos o Sentimientos	Nunca	A veces	Siempre
1	Discuto con mis padres u otros adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Me canso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tengo miedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Siento que me falta energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Me siento frustrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Amenazo a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Me siento solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Soy grosero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Se quejan de que ignoro a la gente cuando me hablan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Soy atrabancado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Me lesiono a propósito el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Disfruto lo que hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Me siento nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Robo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Siento que la gente me quiere hacer daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Empiezo los golpes en las peleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Tengo mal humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Fumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Me emborracho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Consumo drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Me dicen que soy descuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Soy terco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Amenazo a otros con armas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Reto a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Me siento enojado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Pierdo el hilo de lo que platico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Me cuesta trabajo concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Estoy subiendo de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Destruyo las cosas de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Me escapo por las noches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No.	Comportamientos o Sentimientos	Nunca	A veces	Siempre
31	Me siento triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Estoy bajando de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Molesto a propósito a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Me cuesta trabajo seguir instrucciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Me falla la memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Me cuesta trabajo organizar mis actividades o tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Me siento como un inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Lloro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Me la paso solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Soy inquieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Pierdo la calma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Escucho voces que nadie escucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Siento que la gente puede leer mi mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Me hago del baño en la ropa o en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Me duermo durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Me provoco el vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	En las noches me despierto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Me dan ganas de morirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Me late rápido el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Tengo ideas molestas que se repiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Me hace falta el aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Me suda el cuerpo por cualquier cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Tengo tics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Voy mal en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Mi relación con los demás es mala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Causo problemas en la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Soy lento para hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	Soy platicón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Mi pensamiento esta acelerado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	Me da miedo salir a la calle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	Ve cosas que los demás no ven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	Tengo miedo a morirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	Realizo actos repetitivos que me molestan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	Me doy atracones de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Soy mentiroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	Siento que me contamina al tocar algunas cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala Dimensional de Psicopatología para Adolescentes (EDPA)

Instituto Mexicano de Psiquiatría
Clínica de Adolescentes

Folio: 0101-767

Formato para padres o tutores

Fecha : _____

Edad : _____ (años cumplidos) Sexo : _____ (m/f) Escolaridad : _____

Parentesco con el adolescente : _____

Instrucciones :

Las siguientes afirmaciones mencionan comportamientos o sentimientos que pueden tener los adolescentes. Lea cada una con cuidado y decida qué tanto las ha presentado su hijo en las últimas dos semanas marcando con X, una de las tres opciones (nunca, a veces o siempre). No hay respuestas buenas ni malas.

No.	Comportamientos o Sentimientos	Nunca	A veces	Siempre
1	Discute con sus padres u otros adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Se cansa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tiene miedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Siente que le falta energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Se siente frustrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Amenaza a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Se siente solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Es grosero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Se quejan de que ignora a la gente cuando le hablan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Es atrabancado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Se lesiona a propósito el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Disfruta lo que hace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Se siente nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Roba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Siente que la gente le quiere hacer daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Empieza los golpes en las peleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Tiene mal humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Se emborracha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Consume drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Le dicen que es descuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Es terco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Amenaza a otros con armas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Reta a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Se siente enojado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Pierde el hilo de lo que platica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Le cuesta trabajo concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Esta subiendo de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Destruye las cosas de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No.	Comportamientos o Sentimientos	Nunca	A veces	Siempre
30	Se escapa por las noches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Se siente triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Esta bajando de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Molesta a propósito a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Le cuesta trabajo seguir instrucciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Le falla la memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Le cuesta trabajo organizar sus actividades o tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Se siente como un inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Llora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Se la pasa solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Es inquieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Pierde la calma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Escucha voces que nadie escucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Siente que la gente puede leer su mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Se hace del baño en la ropa o en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Se duerme durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Se provoca el vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	En las noches se despierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Le dan ganas de morir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Le late rápido el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Tiene ideas molestas que se repiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Le hace falta el aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Le suda el cuerpo por cualquier cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Tiene tics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Va mal en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Su relación con los demás es mala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Causa problemas en la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Es lento para hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	Es platicón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Su pensamiento esta acelerado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	Le da miedo salir a la calle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	Ve cosas que los demás no ven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	Tiene miedo a morir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	Realiza actos repetitivos que le molestan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	Se da atracones de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Es mentiroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	Siente que se contamina al tocar algunas cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)
del Instituto Mexicano de Psiquiatría
(Relacionada para los criterios del DSM-IV)**

Indice

A. Presentación	2
B. Procedimiento	2
1. Datos Generales	3
2. Motivo de Consulta y Padecimiento Actual	4
3. Trastorno Depresivo Mayor	5 - 6
4. Distimia	6 - 7
5. Trastorno Bipolar (Episodio Maníaco)	7 - 8
6. Trastorno por Déficit de Atención	8 - 9
7. Trastorno de Conducta	9 - 10
8. Trastorno Desafiante Oposicionista	10-11
9. Trastornos por Tics	11-12
Trastorno por Tics Transitorio	11
Trastorno por Tics Crónico Motor o Vocal	12
Trastorno Gilles Tourette	12
10. Trastorno de Ansiedad de Separación	12-13
11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo	13-14
12. Trastorno de Crisis de Angustia (Agorafobia)	14-15
13. Trastorno por Fobia Específica	16
14. Abuso de Sustancias	16-17
15. Dependencia de Sustancias	17
16. Esquizofrenia	17-19
17. Interrogatorio Acerca del Abuso Físico y Sexual	19
18. Trastornos de la Eliminación	20-21
Enuresis	20
Encopresis	20-21
19. Historia del Desarrollo	21-22
Embarazo y Parto	21
Desarrollo Motor	21
Desarrollo Lenguaje	21
Desarrollo Social-Adaptativo	21
Desarrollo Académico	22
Desarrollo de los Hábitos	22
Desarrollo Sexual	22
20. Antecedentes	22-23
Antecedentes Personales No Patológicos	22
Antecedentes Personales Patológicos	23
Antecedentes Heredo-Familiares	23
21 Evaluación del Funcionamiento Psicosocial	23-24

A. Presentación

La presente entrevista semiestructurada esta diseñada para corresponder con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM-IV), y para ser aplicada por psiquiatras o por residentes en psiquiatría a adolescentes entre los 13 y los 19 años.

B. Procedimiento

El entrevistador debe presentarse, explicando al paciente se trata de una entrevista bajo un diseño específico por lo que la mayoría de las preguntas ya están establecidas y obligan a ciertas restricciones en las respuestas, sin embargo al final de la misma, el paciente tendrá tiempo suficiente para profundizar en cualquier área que así lo desee.

Se debe solicitar la autorización por escrito del adolescente y de uno de los padres para la realización de la entrevista, explicando se trata de un proyecto de investigación cuyos resultados serán confidenciales y sólo servirán para fines científicos, si el adolescente se niega, se deberá insistir tratando de indagar los motivos por los cuáles pudiera negarse, explicándole detalladamente el procedimiento y haciendo énfasis en la confidencialidad, si pese a ésto persiste en su negativa, la entrevista se suspende en este momento.

La entrevista se realizará con el adolescente y con la presencia de uno o ambos padres o tutores, los apartados de consumo de alcohol y sustancias y del área sexual se buscará interrogar en privado con el paciente.

Todas las preguntas están orientadas al adolescente, se debe solicitar al padre que participe en las respuestas cuando se percate de imperfecciones u omisiones en lo contestado por su hijo; en caso de diferencias se buscará un acuerdo entre ambos, si después de ésto persistieran queda a criterio del entrevistador consignar la respuesta. Debe tenerse en consideración que las conductas externalizadas incluyendo el área de los trastornos de conducta, oposicionista desafiante y déficit de atención pueden ser bien reportadas por los padres, las conductas internalizadas incluyendo el área de los trastornos de ansiedad y depresión pueden ser bien reportadas por los adolescentes.

1. Datos Generales

- 1.1. ¿Cómo te llamas?
- 1.2. ¿Cuántos años tienes? (codificar al lado el número de expediente de la institución)
- 1.3. ¿Cuándo y dónde naciste? (*día, mes y año, así como ciudad, Fdo. y país*)
- 1.4. ¿Qué estudias, en que escuela, (*especificar si es escuela pública o privada*) y en que año estás o cuál fue el último curso que terminaste?
- 1.5. (*Sólo si no estudia actualmente*) ¿Hace cuánto tiempo (*en meses*) dejaste de estudiar? (*Anotar cuántos periodos y por cuánto tiempo (en meses) cada uno, dejó en alguna ocasión de estudiar*)
- 1.6. ¿Alguna vez reprobaste año desde la primaria (*en caso afirmativo*) cuáles?
- 1.7. ¿Estás trabajando, cuánto tiempo llevas trabajando? (*buscar que el adolescente detalle sobre las características del trabajo*)
- 1.8. ¿Cuántos trabajos has tenido? (*buscar que el adolescente detalle cada uno de éstos*)
- 1.9. ¿Cuál es tu dirección?
- 1.10. ¿Cuál es tu teléfono (*si no tiene teléfono*) en qué teléfono podemos localizarte y de quién es?
- 1.11. ¿Con quién vives? (*Detallar edades de cada uno de los familiares con los que vive, sino menciona a uno de los dos padres preguntar dirigidamente por él/ella con motivo de muerte, separación, etc. o tiempo de no verlo*)
- 1.12. ¿Desde hace cuánto vives con ellos?
- 1.13. ¿Qué religión tienes?

(Interrogatorio dirigido al padre)

- 1.14. ¿Cuál es su nombre y edad?
- 1.15. ¿Cuál es su relación con el paciente (*es el padre o la madre u otro familiar*)?
- 1.16. ¿Cuáles son sus estudios?
- 1.17. ¿Cuál es su ocupación?
- 1.18. ¿Vive usted con el paciente?

2. Motivo de Consulta y Padecimiento Actual

Preguntarle al adolescente si viene por su propia voluntad o si es traído sin su total aprobación, comenzar el interrogatorio centrados en el paciente dirigiendo las preguntas directamente al adolescente.

2.1. ¿Porqué vienes con nosotros, en que podemos ayudarte?

Posteriormente se preguntará al adulto que lo acompaña:

2.1. ¿En qué podemos servirle, cuál es el problema de su hijo?

Se recomienda que una vez expresado el motivo de consulta y el problema inicialmente referido se haga un interrogatorio por áreas abarcando la familiar, la escolar, la de amigos, la laboral, etc.

2.2 al 2.5. ¿Qué otros problemas tienes?

Una vez que el paciente y el padre consideren agotados los problemas que llevaron al paciente a consulta el entrevistador enumerará de forma sintomática o sindromática los problemas referidos por el paciente, solicitando su acuerdo y marcando su evolución en semanas (listado del 2.1 al 2.5 en la hoja de respuestas). Cuando el entrevistador tenga claro el motivo de consulta y el padecimiento actual del adolescente, decidirá cuál será el orden de aplicación de los diferentes apartados conforme a la enumeración hecha de los mismos. Deberá igualmente decidir si el interrogatorio se realizará para el padecimiento actual, a lo largo de la vida o ambos, se consignará la presencia o la ausencia del síntoma así como tiempo de evolución en la hoja de respuestas, debe recordarse que puede establecerse el síntoma como un elemento caracterológico y así deberá consignarse en la hoja de respuestas en rasgo. Es posible que también exista duda sobre el síntoma aun después de un interrogatorio completo o bien que la exploración fuera incompleta ésto deberá quedar registrado en cada síntoma. Existen puntos de salto que permiten acelerar la entrevista cuando no existe evidencia de síntomas fundamentales del apartado, estos puntos de salto están marcados en algunas áreas con letras cursivas.

Se recomienda permitirle tribuna libre al paciente o al familiar, otorgando una duración aproximada de 15 a 30 minutos en este apartado.

3. Trastorno Depresivo Mayor

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 3.1 ¿Has tenido algún cambio en el estado de ánimo, te sientes triste o enojado?
- 3.2. ¿Disfrutas hacer las cosas tanto como antes, salir con amigos, ver la T.V., ir al cine?
- 3.3. ¿Has bajado de peso sin estar a dieta?
- 3.4. ¿Tienes problemas para dormir, te cuesta trabajo empezar, te levantas a mitad de la noche o mucho antes de la hora que acostumbras o duermes de más durante el día?
- 3.5. ¿Has estado más agitado o inquieto o por el contrario lento en los movimientos?
- 3.6. ¿Te has sentido cansado o con menos energía?
- 3.7. ¿Te has sentido inútil o muy culpable?
- 3.8. ¿Has tenido problemas para poner atención, concentrarte o te has sentido muy indeciso?
- 3.9. ¿Te han surgido ideas continuas sobre la muerte o el suicidio?
- 3.10. ¿En algún momento durante la última semana te has sentido muy alegre, con mucha seguridad en ti mismo, duermes mucho menos, hablas continuamente o sientas que tus ideas pasan muy rápidamente?
- 3.11. ¿Estos síntomas que me has referido te han ocasionado problemas o han deteriorado tu funcionamiento en la casa, con tus amigos, en la escuela o en el trabajo?
- 3.12. ¿Estos síntomas se han presentado asociados al estar consumiendo alguna medicina o alguna droga o vinculados con cualquier otro padecimiento fuera de los psiquiátricos?

3.13. ¿Ha muerto algún familiar cercano o algún amigo en los últimos meses?

3.14. ¿Hace cuánto?

Criterios de Corroboración para el Trastorno Depresivo Mayor

Se recomienda que los siguientes cuatro reactivos se confirmen como un listado de chequeo con el paciente y el padre cuando al menos cuatro síntomas del TDM estén presentes.

(Si el paciente no cumple con cuatro síntomas del apartado 3 se pasará al siguiente apartado)

3.15. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que durante los últimos tiempos te has sentido triste o infeliz o con sufrimiento o con llanto? *(Debe haber evidencia expresada recientemente de tristeza, infelicidad, sufrimiento o llanto)*

3.16. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que durante los últimos tiempos has tenido un cambio de conducta en tu casa o en la escuela o con tus amigos? *(Deben haber antecedentes de un cambio de conducta de las últimas dos semanas hasta hace un año)*

3.17. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que en los últimos tiempos has tenido problemas en tus actividades en casa o con tus amigos o has bajado en tu desempeño escolar? *(Debe haber evidencia de un deterioro reciente en las actividades sociales y/o una declinación en el desarrollo académico)*

3.18. *Dos o más de los siguientes síntomas deberán estar presentes: problemas para dormir, problemas con el apetito, pérdida de la energía o del interés usual, reducción de las actividades, expresar ideas de autodeprecación, amenazas o conductas suicidas.*

4. Distimia

¿Durante todo un año o más tiempo te has sentido triste o enojado la mayor parte del tiempo?

(Si es negativa la respuesta se debe suspender el interrogatorio de distimia)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

4.1. ¿Durante el último año has estado triste o sintiéndote enojado la mayor parte del tiempo, (dos de los siguientes seis) con poco apetito o comiendo de más, con insomnio o durmiendo mucho, con poca energía o fatigado, sintiéndote que vales poco, con pobre concentración y dificultades para tomar decisiones o sin esperanzas?

4.2. Me has dicho que hasta por lo menos un año te has sentido triste la mayor parte del tiempo, en alguna ocasión durante este periodo ha habido algún tiempo hasta de dos semanas o más en los cuales la tristeza fuera mucho más importante? *(Se debe descartar la presencia de un TDM durante el año de aparición de la distimia y sólo se consignara depresión doble si el TDM comenzó después del año)*

4.3 ¿Durante el año o el periodo en que han aparecido estos síntomas te has sentido excesivamente alegre o acelerado o ha habido episodios mixtos de tristeza y alegría?

4.4. ¿Durante este tiempo en el cual te has sentido triste has tenido la completa seguridad que alguien te perseguía y te quería hacer daño o que escucharas voces, vieras imágenes, luces o sombras, te llegaran olores extraño o sintieras que te tocaran de forma continua.? *(Se debe de descartar la presencia de sintomatología psicótica crónica)*

4.5. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

4.6. ¿Los síntomas han provocado algún problema en tus actividades escolares, familiares o con las amistades?

5. Trastorno Bipolar (Episodio Maníaco)

El entrevistador debe corroborar la presencia de un episodio anormal, persistente de ánimo elevado, expansivo o irritable con duración mínima de una semana. Este

criterio pudo haber sido interrogado dentro del apartado de TDM de manera suficiente, si no fuera así deberá proseguir el interrogatorio.

(Si no se cumple con este criterio de la definición de manía se descarta el resto del interrogatorio para el apartado)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 5.1. ¿Te has sentido con una gran autoestima, te sientes grandioso? ¿Sientes que eres el mejor?
- 5.2. ¿Has tenido poca necesidad de dormir, te sientes descansado durmiendo sólo tres horas?
- 5.3. ¿Has estado mucho más platicador?
- 5.4. ¿Tienes la sensación que tus ideas van muy rápido?
- 5.5. ¿Has tenido problemas para poner atención y te distraes por cualquier cosa?
- 5.6. ¿Has estado muy agitado o inquieto con tus amigos, en la escuela o en la casa?
- 5.7. ¿Has tenido mayor actividad sexual que la usual, o has iniciado negocios con una fuerte inversión o has gastado mucho más dinero de lo acostumbrado?
- 5.8. ¿Estos síntomas te han provocado problemas en la escuela, la casa, los amigos o el trabajo?
- 5.9. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

6. Trastorno por Déficit de Atención

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

- 6.1. ¿Tienes problemas para poner atención o eres de los que comenten errores por falta de cuidado en el trabajo escolar o en cualquier actividad?

- 6.2. ¿Tienes problemas para mantener la atención en tareas o en juegos?
- 6.3. ¿Te han dicho que pareciera que no escuchas cuando se te habla?
- 6.4. ¿Te cuesta trabajo seguir las instrucciones o terminar las tareas?
- 6.5. ¿Se te dificulta organizar tus tareas o actividades?
- 6.6. ¿Te molestan o evitas las tareas o trabajos donde debas mantener la atención por un buen rato, sostenidamente?
- 6.7. ¿Eres de los que pierden fácilmente las cosas?
- 6.8. ¿Eres de los que se distraen por cualquier cosa?
- 6.9. ¿Se te olvidan los trabajos que debes hacer durante el día?
- 6.10. ¿Eres de los que se mueven continuamente, se frotan las manos o están de un lado a otro en el asiento?
- 6.11. ¿Eres de los que se paran del asiento cuando deberías permanecer sentado, como pudiera suceder en la escuela?
- 6.12. ¿Tienes una sensación continua de estar inquieto o de chico corriendo en lugares en donde no se debía?
- 6.13. ¿Eres de los que no pueden jugar calladamente?
- 6.14. ¿Andas como si trajeras un motor puesto?
- 6.15. ¿Eres de los que habla mucho?
- 6.16. ¿Eres de los que contestas antes de terminar de hacerte la pregunta?
- 6.17. ¿Se te dificulta esperar tu turno, en las filas, etc.?
- 6.18. ¿Eres de los que llegas e interrumpes las conversaciones o los juegos?
- 6.19. ¿Algunos de los síntomas se han presentado antes de los siete años?
- 6.20. ¿Has tenido algún problema debido a los síntomas en la escuela, la casa o con tus amigos?
- 6.21. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

7. Trastorno de Conducta

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 7.1. ¿Amenazas o intimidas a otros?
- 7.2. ¿Eres de los que inician peleas físicas?
- 7.3. ¿Has utilizado algún instrumento para herir o dañar?
- 7.4. ¿Has maltratado físicamente a un animal?
- 7.5. ¿Has maltratado físicamente a una persona?
- 7.6. ¿Has robado sin enfrentarte al dueño?
- 7.7. ¿Has robado enfrentándote al dueño?
- 7.8. ¿Has obligado a alguien a tener relaciones sexuales?
- 7.9. ¿Has incendiado buscando causar daño?
- 7.10. ¿Has destruido deliberadamente la propiedad de otros?
- 7.11. ¿Te has metido al auto o la casa de alguien sin su permiso?
- 7.12. ¿Eres mentiroso para obtener un beneficio a tu favor o evitar hacer obligaciones?
- 7.13. ¿Te has quedado fuera de casa en alguna ocasión pese a que te lo prohibieran? (antes de los 13 años)
- 7.14. ¿Te has escapado en la noche? (más de dos veces o una si tarda en regresar)
- 7.15. ¿Te has ido de pinta? (antes de los 13 años)
- 7.16. ¿Estos síntomas han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con tus amigos?

8. Trastorno Desafiante Opositor

¿Dirías tu que eres una persona negativista que a todo dices que no, que llevas la contraria, que eres agresivo y que desafías sobre todo la autoridad de los adultos ya sean tus padres o maestros? *(El entrevistador debe determinar por medio de cuestionamiento directo al adolescente y al padre la presencia de una conducta negativista, hostil (agresiva) y desafiante durante los últimos 6 meses.)*

(Si se responde negativamente a la presencia de esta conducta, se descarta el interrogatorio de Trastorno Desafiante Opositor)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroga la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroga sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 8.1. ¿Es seguido que pierdas la calma?
- 8.2. ¿Es frecuente que discutas con los adultos?
- 8.3. ¿Eres de los que seguido desafías o desobedeces las reglas de los adultos?

- 8.4. ¿Es frecuente que molestes a los demás?
- 8.5. ¿Culpas a otros de tus errores?
- 8.6. ¿Te irritas y enojas fácilmente por lo que otros te dicen?
- 8.7. ¿Estás frecuentemente enojado y resentido?
- 8.8. ¿Eres malicioso y vengativo?
- 8.9. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con sus amigos?
- 8.10. Estos síntomas deben de presentarse independientes a un trastorno psicótico o depresivo. *(Puede incluirse la presentación mixta si durante el periodo de la manifestación existieron independientemente).*
- 8.11. El adolescente no debe tener diagnóstico conjunto de trastorno de conducta y de ser mayor de 18 años no se deberá cumplir con criterios para un trastorno antisocial de la personalidad.

9. Trastornos por Tics

¿Tienes algún movimiento o haces ruidos extraños con la boca (vocalización estereotipada), que te venga de repente, que sea rápida, que se repita (recurrente) y que no tenga ningún ritmo (arrítmica), como tics?

(Si responde negativamente a la definición operacional de tic, se descarta el interrogatorio de Trastornos por Tics)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

Trastorno por Tics Transitorio

- 9.1. ¿Has tenido múltiples tics motores y/o vocales?
- 9.2. ¿Los tics se te han presentado muchas veces al día, casi todos los días las últimas 4 semanas pero no más de 12 meses consecutivos?
- 9.3. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

9.4. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?

9.5. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

Trastorno por Tics Crónico Motor o Vocal

9.6. ¿Has tenido uno o múltiples tics motores o vocales, pero no ambos simultáneamente?

9.7. ¿Los tics se presentan muchas veces al día, continua o intermitentemente por más de un año y nunca has estado más de 3 meses consecutivos sin la molestia?

9.8. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

9.9. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?

9.10. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

9.11. (El Trastorno de G. Tourette siempre ha estado ausente)

Trastorno de G. Tourette

9.12. ¿Has tenido tanto tics motores como vocales en algún momento de la enfermedad aunque no sean simultáneos?

9.13. ¿Los tics se te presentan muchas veces al día, de manera continua por más de un año y nunca ha existido un periodo de 3 meses sin ellos?

9.14. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

9.15. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?

9.16. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

10. Trastorno de Ansiedad de Separación

¿Te da mucho miedo separarte de tus papás o salir de tu casa o piensas que algo muy malo les pueda pasar?

Si responde negativamente se suspende el interrogatorio para este apartado

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

10.1. ¿Te pones muy nervioso o te da mucho miedo cuando te separas de tu casa, de tu mamá o de tu papá?

10.2. ¿Te preocupa mucho que se pueda enfermar o que algo le pueda pasar a tu mamá o tu papá?

10.3. ¿Tienes miedo a que te separen de tu mamá o tu papá?

10.4. ¿Has dejado de ir a la escuela o de ir a otro lado por miedo a separarte de tu casa o papás?

10.5. ¿Te da miedo estar solo o sin adultos?

10.6. ¿Te da miedo dormir solo o fuera de la casa?

10.7. ¿Tienes pesadillas frecuentes?

10.8. ¿Eres de los que continuamente se están quejando de un dolor o una molestia en el cuerpo?

10.9. ¿Llevas 4 semanas con estas molestias?

10.10. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo

¿Tienes o has tenido ideas, imágenes o conductas repetitivas, que te incomoden, que las sientas ajenas, que te ocupen por más de una hora al día y que te produzcan malestar?, por ejemplo, hay persona que piensan continuamente que al saludar a los demás se contaminarán las manos y deben lavárselas continuamente, esto los ocupa hasta una hora o más al día, ¿te sucede eso a ti o algo similar?

(Si responde negativamente a la pregunta, se descarta el interrogatorio completo de trastorno Obsesivo-Compulsivo).

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

11.1. ¿Tienes imágenes, impulsos o pensamientos continuos (persistentes o recurrente) que se repitan, que te sientas incómodo con ellos, que los sientes ajenos a ti, que te invaden (intrusivos e inapropiados) y que te produzcan ansiedad y tensión?

11.2. ¿Estas imágenes, impulsos o pensamientos son más que preocupaciones simples en torno a los problemas convencionales de la vida diaria?

11.3. ¿Has intentado ignorar o suprimir las imágenes, impulsos o pensamientos o neutralizarlos con otros pensamientos o acciones?

11.4. ¿Reconoces que las imágenes, impulsos o pensamientos son producto de tu mente o piensas que una fuerza extraña domina tus acciones y tus pensamientos?

11.5. ¿Tienes conductas repetitivas como lavarte las manos o rezar y hablar en quedito o estar contando las cosas? ¿Sientes que ésto lo haces por una idea obsesiva o por ciertas reglas que deben de ser aplicadas rígidamente?

11.6. ¿Cuándo tienes estas conductas te sientes menos tenso o te relajas? (El entrevistador debe determinar si las conductas están conectadas realísticamente al motivo que las originó, si las neutraliza, si las previene o son claramente excesivas).

11.7. ¿Has reconocido en alguna ocasión que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o irrazonables? (Este criterio no se aplica en niños, queda a criterio del entrevistador aplicarlo en el adolescente).

11.8. ¿Las obsesiones y las compulsiones te generan mucha tensión, te ocupan mucho, más de una hora al día, o interfieren significativamente con tu rutina normal diaria, con tu trabajo o tus estudios o en tus relaciones sociales o de amigos?

11.9. El entrevistador debe determinar que las obsesiones o las compulsiones no estén restringidas al contexto de otra patología del eje I comórbida, por ejemplo: preocupación por la comida en un trastorno del comer, jalarse los cabellos en la presencia de tricotilomanía, preocupación por las drogas en el caso de abuso o dependencia, etc.

11.10. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

12. Crisis de Angustia

¿Has tenido durante un periodo específico mucho miedo y tensión que te venga de repente te dure algún tiempo y luego se te quite con alguno (*deben estar presentes por lo menos cuatro*) de éstos síntomas: aceleración del corazón, palpitaciones, sudoración, temblor o sacudidas, dificultad para respirar, sensación de desbordarte, molestia o dolor en el cuello, náusea o molestias abdominales, mareado, sensación de ser ajeno a lo que te sucede, miedo a perder el control o volverte loco, miedo a morir, hormigueos o calofríos?

(Si el adolescente no alcanza el criterio de crisis de angustia se detiene aquí el interrogatorio para este apartado)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroga la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroga sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

12.1 ¿Tienes recurrentes e inesperadas crisis de angustia?

12.2. ¿Has tenido preocupaciones por las crisis, que te repitan, que tengan consecuencias o implicaciones en tu salud o has tenido cambios en la conducta relacionados por las crisis? (Estas preocupaciones o estos cambios de conducta, al menos uno, deben estar presentes hasta después de un mes o más de alguna de las crisis, por lo que el lapso deberá ser interrogado por el entrevistador).

12.3. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

12.4. El entrevistador debe descartar que las crisis de angustia no formen parte de otro padecimiento como fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, etc., que las explique mejor.

12.5. Debe establecerse la presencia o no de agorafobia

(La agorafobia se define como la ansiedad asociada de estar en lugares o situaciones de donde escapar pueda resultar difícil o embarazoso o donde la ayuda no pueda estar disponible en el caso que la situación predisponga una crisis de angustia, se incluyen situaciones como salir sólo de casa, estar en multitudes, esperar en la fila, viajar en un autobús, tren, etc.)

(Si no se alcanza la definición de agorafobia se suspende en este momento el interrogatorio para este apartado)

12.6. ¿Has evitado las situaciones que predispongan estos síntomas, o requieres la presencia de un acompañante para sentirte tranquilo?

12.7.(La ansiedad o la evitación fóbica no se explican mejor con otro diagnóstico como: fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático)

13. Trastorno por Fobia Específico

¿En alguna ocasión te ha sucedido que algo(animal, objeto o situación) te de mucho miedo de una forma excesiva, te sude el cuerpo, te cueste trabajo respirar, te lata rápida el corazón y que tengas que cambiar tu conducta como cambiar la acera por donde caminas al toparte con un perro o que tengas que salir del salón cuando te toque hablar, etc.?

Si no cumple con el criterio anterior se suspende el interrogatorio de este apartado.

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

13.1. ¿Te da mucho miedo algo? (El entrevistador debe determinar que sea excesivo e irracional el miedo ya sea anticipatorio o ante la presencia de un objeto o situación)

13.2. ¿Cuando estás frente a lo que te da miedo (animal, situación, cosa, etc.) invariablemente te provoca la respuesta? (La respuesta mimetiza una crisis de angustia o un estado catastrófico)

13.3. ¿Reconoces que el miedo que te da es excesivo e irracional? (Para los niños puede estar ausente este criterio)

13.4. ¿Tratas de evitar a como de lugar la situación o el animal que te da miedo?

13.5. ¿Este miedo, o las actitudes para evitarlo te han provocado problemas en la casa, con tus amigos o en la escuela?, ¿Te preocupa mucho que te venga el miedo?

13.6. ¿Llevas por lo menos seis meses con este miedo?

13.7. El entrevistador debe determinar si el miedo, las crisis de angustia o la evitación fóbica no se explican mejor por otra enfermedad como el trastorno Obsesivo-Compulsivo, el trastorno por estrés postraumático el trastorno de ansiedad de separación, etc.

14. Abuso de Sustancias

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 16)

(Se deberá interrogar comenzando por alcohol, cannabis, inhalantes, fármacos, cocaína, otros y consignar en la hoja de respuestas para cada uno).

(Si responde negativamente al consumo de cualquier sustancia se suspende aquí el interrogatorio para abuso y dependencia a sustancias). (El consumo negativo de sustancias se entiende cuando: para alcohol es menor o igual a dos copas al mes, para otras sustancias como inhalantes, cannabis, cocaína, etc. cuando es nulo o experimental en ocasión única)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

- 14.1. ¿El uso de la sustancia te impide cumplir tus tareas u obligaciones?
- 14.2. ¿Has usado la sustancia en situaciones peligrosas como manejar, nadar, patinar, etc.?
- 14.3. ¿Has tenido problemas con la ley por el uso de la sustancia?
- 14.4. ¿Has seguido usando la sustancia a pesar de que te ocasionen problemas con tu familia, tus amigos o aumenten los que ya tenías?

15. Dependencia de Sustancias

- 15.1. ¿Has tenido tolerancia, has aumentado el consumo o los efectos ahora son menos con la misma cantidad de la sustancia?
- 15.2. (¿Se ha presentado supresión?), ¿Has tenido la necesidad de consumir la sustancia para aliviar los síntomas cuando no la tomas?
- 15.3. ¿Has tomado la sustancia por más tiempo o por más cantidad de lo que planeabas o pensabas?
- 15.4. ¿Tienes el deseo continuo de dejar de consumir la sustancia?
- 15.5. ¿Utilizas gran parte de tu tiempo para conseguir la sustancia?
- 15.6. ¿Has reducido o abandonado actividades académicas, sociales o deportivas por consumir la sustancia?
- 15.7. ¿Reconoces que la sustancia te ha producido un problema físico o psicológico?

16. Esquizofrenia

¿En alguna ocasión te ha sucedido que escuches voces que sólo tu pueda oír, que veas cosas que solamente tu puedas ver, que sientas que te vigilan, que te persiguen, que tienes alguna misión especial que cumplir o bien te has olvidado mucho de tu higiene personal, de bañarte o andar limpio o no quieres salir a la calle y prefieres siempre, siempre estar solo?

(Si no cumple con alguno de los síntomas interrogados anteriormente se suspende el interrogatorio de esquizofrenia)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

(Dos de los siguientes cinco reactivos deben estar presentes por lo menos durante un mes)

16.1. ¿Has tenido la sensación de ser perseguido, vigilado, que hablen de ti o que te quieran hacer daño?, ¿Tienes una misión espiritual o sagrada que realizar en el mundo? (El entrevistador puede utilizar cualquier pregunta para determinar ideas delirantes someténdolas a prueba de realidad).

16.2. ¿Has escuchado voces que solamente tu puedas oír?, ¿Has visto imágenes luces o sombras que solamente tu puedas ver?, ¿Te han llegado olores que sólo tu puedas oler?, ¿Has sentido que te toquen sin que haya nadie junto a ti?

16.3. (El entrevistador debe determinar si existe desorganización en el discurso o en el lenguaje, incoherencia y establecerlo).

16.4. (El entrevistador debe determinar si existe conducta desorganizada o catatónica).

16.5. (El entrevistador debe determinar si existe la presencia de síntomas negativos como aplanamiento afectivo, aislamiento, abulia, etc.).

16.6. ¿Estos síntomas te han provocado problemas en el desempeño académico o laboral, en las relaciones familiares o con tus amigos?

16.7. ¿Has tenido estos síntomas durante los últimos 6 meses? (Deben estar presentes al menos dos de los síntomas del 16-1 al 16.5 por un mes continuo o menos si hubo tratamiento oportuno, sin embargo entre el periodo prodrómico o los síntomas residuales se debe cumplir el periodo de 6 meses con síntomas menos intensos o exclusivamente sintomatología negativa).

16.8. (El entrevistador debe excluir la presencia de sintomatología depresiva o maníaca).

16.9. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

16.10. (En el caso de existir un trastorno profundo (generalizado) del desarrollo el diagnóstico de esquizofrenia sólo se establece si existen alucinaciones o delirios importantes)

17. Interrogatorio Acerca del Abuso Físico y Sexual

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 18)

Para este estudio hablaremos de órganos sexuales de la siguiente manera: vagina es la parte sexual de la mujer, pene es la parte sexual del hombre, entrepierna es el área que existe entre las piernas de una persona, el ano es la apertura posterior del organismo por donde se defeca, las nalgas son las asentaderas o gluteos de una persona, senos son las mamas en la mujer.

17.1. ¿Alguien te ha enseñado las partes sexuales de su cuerpo cuando tu no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.2. ¿Alguien te ha amenazado con tener sexo cuando no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.3. ¿Alguien ha tocado tus zonas sexuales cuando no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.4. ¿Alguien ha intentado tener sexo contigo o alguien te ha atacado sexualmente cuando tu no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.5. ¿Si alguna vez alguien te atacó sexualmente, se lo dijiste o lo reportaste a alguien? (Si responde afirmativamente con quién habló).

17.6. ¿Antes de los 16 años alguna persona mayor que tu 5 ó más años te pegó o te pateó?

17.7. ¿Actualmente alguien de tu edad o mayor te pega o te patea?

18. Trastornos de la Eliminación

Enuresis

¿Te has hecho pipí, te orinas en la cama o en la ropa involuntaria o intencionalmente después de los 5 ó 6 años?

(Si responde negativa la pregunta anterior se suspende el interrogatorio de enuresis)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

18.1. ¿Te has hecho pipí por lo menos dos veces a la semana en los últimos 3 meses? o ¿hacerte pipí te ha provocado problemas en la escuela, en la casa o con tus amigos?

18.2. (Este diagnóstico no se aplica para menores de 5 años)

18.3. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

Encopresis

¿Te has hecho popó, caca, en lugares inapropiados, en la ropa o en el piso involuntaria o intencionalmente después de los 5 ó 6 años?

(Si responde negativa la pregunta anterior se suspende el interrogatorio de encopresis)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá

preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

18.4. ¿Te has hecho por lo menos una vez al mes popó en los últimos 3 meses?

18.5. (Este diagnóstico no se aplica para menores de 4 años)

18.6. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general excepto por mecanismos que involucren la constipación?

19. Historia del Desarrollo

El entrevistador deberá interrogar la edad a la cual se presentaron cada una de las siguientes apartados de preferencia con el apoyo de uno de los padres: *(se recomienda que el clínico haga una breve descripción para cada reactivo en esta etapa de la entrevista)*

Embarazo y Parto

19.1. Embarazo planeado

19.2. Embarazo con complicaciones

19.3. Tipo de parto

19.4. Peso al nacer

19.5. Talla al nacer

19.6. APGAR

Desarrollo Motor

19.7. Sostén cefálico

19.8. Sedestación

19.9. Gateo

19.10. Bipedestación

19.11. Deambulación

Desarrollo del Lenguaje

19.12. Primeros Fonemas

19.13. Primeras Palabras

19.14. Primeras Frases

19.15. Frases Estructuradas

Desarrollo Social-Adaptativo

- 19.16. Control de Esfínter Vesical
- 19.17. Consolidación del Esfínter Vesical
- 19.18. Control de Esfínter Anal
- 19.19. Consolidación del Esfínter Anal

Desarrollo Académico

- 19.20. Edad a la que asistió a guardería
- 19.21. Edad a la que ingresó a preescolar (kinder) y años que cursó, conducta y aprovechamiento
- 19.22. Edad a la que ingresó a primaria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.23. Edad a la que ingresó a secundaria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.24. Edad a la que ingresó a la preparatoria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.25. Otros estudios

Desarrollo de los Hábitos

- 19.26. ¿Hubo alimentación al seno materno y por cuántos meses?
- 19.27. ¿Cuál fue la edad de ablactación?
- 19.28. ¿Hubo problemas para la alimentación?
- 19.29. ¿Cuándo durmió la primera noche completa?
- 19.30. ¿Hubo o hay problemas para el dormir? (Interrogar propositivamente noctilalia, bruxismo, sonambulismo, terrores nocturnos)

Desarrollo Sexual

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugere pasar al apartado 20))

- 19.31. ¿A que edad se presentó tu interés en el sexo?
- 19.32. ¿A que edad se presentaron juegos con roles sexuales?
- 19.33. ¿A que edad se presentaron los caracteres sexuales secundarios?
- 19.34. ¿A qué edad se presentó la menstruación? ¿A qué edad se presentó la primera eyaculación?
- 19.35. ¿A qué edad se inició la masturbación?
- 19.36. ¿Cuál es la frecuencia de masturbación?
- 19.37. ¿Cuándo comenzó la vida sexual activa?
- 19.38. ¿Cuál es la preferencia sexual expresada?

20. Antecedentes

Antecedentes Personales No Patológicos

- 20.1. Interrogar sobre el tipo de familia e integración
- 20.2. Interrogar sobre el tipo de vivienda
- 20.3. Interrogar sobre la situación económica

Antecedentes Personales Patológicos

- 20.4. Interrogar sobre antecedentes patológicos generales de enfermedades importantes (interrogar sobre tabaquismo).
- 20.5. Interrogar sobre número y circunstancias de hospitalizaciones
- 20.6. Interrogar sobre número y circunstancias de intervenciones quirúrgicas
- 20.7. Interrogar sobre intervenciones psicológicas o psiquiátricas previas, número, motivos y circunstancias de cambio o abandono

Antecedentes Heredo Familiares

- 20.8. Interrogar sobre antecedentes de enfermedades no psiquiátricas en familiares de primer grado en línea paterna y materna
- 20.9. Interrogar sobre antecedentes de enfermedades psiquiátricas o neurológicas en familiares de primer grado en línea paterna o materna

21. Evaluación del Funcionamiento Psicosocial

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente)

Esta evaluación del funcionamiento psicosocial es una versión adaptada del "LIFE Base Schedule" para ser interrogadas por el entrevistador, consta de seis rubros del aspecto social y uno global que se responden del 1 al 5, 1 equivale a un funcionamiento superior y 5 equivale a un grave deterioro. En el caso de no aplicación, (debido a no inicio de vida sexual o no inicio de actividades laborales, etc.) se consignará NA.

Trabajo

- 21.1. ¿Cómo te desempeñas en tu escuela?
- 21.2. ¿Cómo te desempeñas con tus obligaciones en casa?
- 21.3. ¿Cómo te desempeñas en tu empleo?

Relaciones Interpersonales

- 21.4. ¿Cómo te llevas con tu novia, tu pareja?
- 21.5. ¿Cómo te llevas con los miembros de tu familia?
- 21.6. ¿Cómo te llevas con tus amigos?

Funcionamiento Sexual

- 21.7. ¿Qué tan frecuente tienes relaciones sexuales?
- 21.8. ¿Qué tanto disfrutas las relaciones sexuales?

Satisfacción con la Vida

- 21.9. ¿Te sientes satisfecho con la vida?

Actividades Recreacionales

- 21.10. ¿Qué tan frecuente sales al cine, al deportivo, a divertirte?
- 21.11. ¿Qué tanto disfrutas salir a divertirte?

Valoración Global

- 21.12. El entrevistador debe determinar cuál es el funcionamiento psicosocial global y calificarlo en la hoja de respuestas, basándose en los puntos anteriores del área.

Francisco R. de la Peña Olvera
Instituto Mexicano de Psiquiatría
1996

Bibliografía

1. Achenbach TM: Manual for the Child Behavior Check-list/4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991.
2. Achenbach TM: Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991.
3. Alvir JM, Schooler NR, Borenstein MT, Woerner MG, Kane JM: The reliability of a shortened version of the SCL-90. *Psychopharmacol Bull*, 24:2, Febrero, 1988.
4. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA : DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 44:1, Enero 1987.
5. Apiquián R, Páez F, Loyzaga C, Cruz E, Gutiérrez D, Suárez JA, Ulloa RE, Fresán A, Vallejo G, Nicolini H, Medina-Mora ME: Estudio Mexicano Sobre el Primer Episodio Psicótico: Resultados Preliminares. Características sociodemográficas y Clínicas. *Salud Mental* 20:Supl, octubre, 1997.
6. Arnold E, Jensen P: Attention-Deficit Disorders. En Kaplan HI, Sadock BJ (ed): *Comprehensive Textbook of Psychiatry / VI*. Williams & Wilkins, 1995.
7. Biederman J, Faraone S, Milberger S, Guite J, Mick E, Chen L, Mennin D, Marris A, Ouellette C, Moore P, Spencer T, Norman D, Wilens T, Kraus I, Perrin J: A Prospective 4-Year Follow-up Study of Attention-Deficit Hyperactivity and Related Disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 53:5, Mayo 1996.
8. Biederman J, Faraone SV, Milberger S, Garcia-Jetton J, Chen L, Mick E, Greene RW, Russell RL: Is Childhood Oppositional Defiant Disorder a Precursor to Adolescent Conduct Disorder? Findings from a Four-Year Follow-up Study with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:9, Septiembre 1996.
9. Biederman J, Newcorn J, Sprich S: Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder With Conduct, Depressive, Anxiety, and Other Disorders. *Am J Psychiatry*, 148:5, Mayo 1991.
10. Brasic JR, Young JG: Research Design, Measures, and Statistics. En Robson KS (ed): *Manual of Clinical Child and Adolescent Psychiatry*. American Psychiatry Press, Inc. 1994.
11. Caron C, Rutter M: Comorbidity in Child Psychopathology: Concepts, Issues And Research Strategies. *J Child Psychol Psychiatry*, 32:7, 1991.
12. Conners CK, Wells KC, Parker JA, Sitarenios G, Diamond JM, Powell JW: A New Self-Report Scale for Assessment of Adolescent Psychopathology: Factor Structure, Reliability, Validity, and Diagnostic Sensitivity *J Abnorm Child Psychol* 25:6, 1997
13. Costello AJ: Assessment of Children and Adolescents - An Overview. *Psychiatric Annals*, 15:1, Enero 1985.
14. Costello AJ: Use of Rating Scales and Questionnaires. En: Wiener JM (ed): *Textbook of Child & Adolescent Psychiatry*. American Psychiatry Press Inc. 1991.
15. Costello EJ, Edelborck CS & Costello AJ: Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children: a comparison between psychiatric and pediatric referrals. *J Abnorm Child Psychol*, 13:4, Diciembre 1985.

16. Dawson-Saunders B, Trapp RG: Bioestadística Médica. El Manual Moderno S. A. de C. V., México 1993.
17. De la Peña F, Lara MC, Cortés J, Nicolini H, Páez F, Almeida L: Traducción al español y validez de la Escala de Birtleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental, Supl.*, Octubre 1996.
18. De la Peña F, Patiño M, Mendizabal A, Cotés J, Cruz E, Ulloa RE, Villamil V, Lara MC: La Entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. *Salud Mental, 21:6*, Diciembre 1998.
19. Derogatis LR, Cleary PA: Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. *Br J Soc Clin Psychol, 16:4*, Noviembre, 1977.
20. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF: The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry, 128:3*, Marzo, 1976.
21. Embretson SE: The New Rules of Measurement. *Psychological Assessment, 8:4*, Diciembre 1996.
22. Hart KM, Bryer JB, Martines KA: SCL-90-R symptom patterns for adolescent psychiatric inpatients. *J Pers Assess, 56:1*, Febrero, 1991.
23. Jensen P S, Salzberg A D, Richters J E, Watanabe H K: Scales, Diagnoses, and Child Psychopathology: I. CBCL and DISC Relationships. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32:2*, Marzo 1993.
24. Kashani JH, Beck NC, Hooper EW, Fallahi C, Corcoran CM, McAllister JA, Rosenberg TK, Reid JC: Psychiatric Disorders in a Community Sample of Adolescents. *Am J Psychiatry, 144:5*, Mayo 1987.
25. Lara MC, Ortega H: ¿La clinimetría o la psicometría? Medición en la práctica psiquiátrica. *Salud Mental, 18:4*, Diciembre 1995.
26. McGough J, Curry JF: Utility of the SCL-90-R with depressed and conduct-disordered adolescent inpatients. *J Pers Assess, 59:3*, Diciembre, 1992.
27. Michael KD, Merrel KW: Reliability of Children's Self-Reported Internalizing Symptoms Over Short to Medium-Length Time Intervals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 37:2*, Febrero, 1998.
28. Michael KD, Merrel KW: Reliability of Children's Self-Reported Internalizing Symptoms Over Short to Medium-Length Time Intervals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 37:2*, Febrero, 1998.
29. Munir K, Biederman J, Knee BA: Psychiatric Comorbidity in Patients With Attention Deficit Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 26:6*, Junio 1987.
30. Nadelsticher MA: Técnicas para la construcción de cuestionarios de actitudes y opción múltiple. Instituto Nacional de Ciencia Penales, México, 1983.
31. Nunnally JC: Teoría Psicométrica. Editorial Trillas. México 1991.
32. Parry-Jones WLL: The Future of Adolescent Psychiatry. *Br J Psychiatry, 166:3*, Marzo 1995.
33. Patiño M: Entrevista Semiestructurada Para Adolescentes (ESA). Según criterios del DSM-IV. Confiabilidad Interevaluador. Tesis para el diploma de especialista en psiquiatría, Clínica de Adolescentes, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Departamento

de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, 1997.

34. Saffer D, Bettis B: Concepts of Diagnostic Classification. En: Wiener JM (ed.): Textbook of Child & Adolescent Psychiatry. American Psychiatry Press, Inc. 1997
35. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino G, Regier DA: The MINH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, Acceptability, Prevalence Rates, and Performance in the MECA Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35:7, Julio 1996.
36. Snaith RP: Measurement in Psychiatry. Br J Psychiatry, 159:1, Enero 1991.
37. Üstün TB, Satorius N: Mental Illness in General Health Care an International Study. John Wiley & Sons, Baffins Lane, Chichester, UK, 1996.
38. Üstün TB, Satorius N: Mental Illness in General Health Care an International Study. John Wiley & Sons, Baffins Lane, Chichester, UK, 1996.
39. Vlasuta VB: Análisis estadístico con SPSS para Windows. Estadística Multivariante. McGraw-Hill/Interamericana de España, S. A. U. Madrid, 1998.
40. Volkmar FR: Classification in Child and Adolescent Psychiatry: Principles and Issues. En Lewis M (ed): Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Williams & Wilkins, 1991.