

112396

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIZACIÓN
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

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

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"JUAN N. NAVARRO"

"COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN NIÑOS CON EPILEPSIA"

ALUMNA:

Dra. Iraida Ramírez Castañón.

TUTOR TEÓRICO (UNAM):

Dra. Silvia Ortiz León.

TUTOR METODOLÓGICO (UNAM):

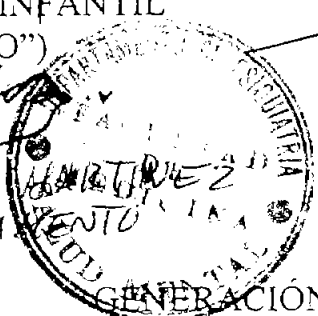
Dr. Jesús Gutiérrez Aguilar.

ASESORES INTERNOS:
(H. PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"JUAN N. NAVARRO")

Dr. Juan Carlos Reséndiz Aparicio.

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores.

Alejandro Díaz
V.C. Bo
DR. ALEJANDRO DÍAZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO



GENERACIÓN 2001 - 2003

SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE PSICOLOGÍA MÉDICA
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA INFANTIL
U.N.A.M.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO A LAS SIGUIENTES PERSONAS, SIN CUYO APOYO Y AYUDA, ESTE ESTUDIO NO HUBIESE PODIDO SER LLEVADO A CABO:

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores
Dr. Juan Carlos Reséndiz Aparicio
Dr. José Rivera Quintero
Dr. Ernesto Rodríguez Rodríguez
Dr. Nelson Ramón Coiscou Domínguez
Dr. Jesús Gutiérrez Aguilar
Dra. Inés Nogales Imaca
Lic. Lorena Basaldúa Romero
Dr. Miguel Silva Claros
Dra. Ma. del Pilar López Salgado
Dr. Francisco de la Peña
Dr. Eduardo Cruz Elizondo
Dra. Mónica Fócil Márquez
Dr. Leonel Gómez Gómez

Al personal del Archivo del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro":

Carlos Domínguez Ramírez
Esteban Mayorga Zavala
Carmen Hernández
Salvador Limón López
Alejandro Carvajal Ávalos
Gregorio Morales Becerra

A todos los pacientes y a sus padres que colaboraron en este estudio

Autoridad de la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a depósito en formato electrónico e impreso de
contenido de la obra. (Institución) (Función)
FOLIO: Froida Romírez
Costa Rica
FECHA: 19-sept-2003
FOLIO: 19

Dedicado a mis padres, Jorge Edgardo y Victoria, a mi hermano Jorge, a mi cuñada Carolina y a
"Bolita"

CONTENIDO

1. HOJA FRONTAL	4
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
4. MÉTODO	9
5. RESULTADOS	13
TABLA 1	15
TABLA 2	15
TABLA 3	16
TABLA 4	17
6. DISCUSIÓN	18
7. CONCLUSIONES	22
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
9. ANEXO. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA ESCOLARES (ESE)	25

TESIS
PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALIZACIÓN
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL,
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “JUAN N. NAVARRO”.

2001- 2003

1. TÍTULO:

“COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN NIÑOS CON EPILEPSIA”

ALUMNA: Dra. Iraida Ramírez Castañón.

TUTOR TEÓRICO (UNAM): Dra. Silvia Ortiz León.

TUTOR METODOLÓGICO (UNAM): Dr. Jesús Gutiérrez Aguilar.

ASESORES INTERNOS: Dr. Juan Carlos Reséndiz Aparicio. Jefe del Servicio de Neuropediatría del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”. (Responsable del Proyecto).
Dra. Rosa Elena Ulloa Flores. Médica Adscrita, Hospital Infantil Psiquiátrico “Juan N. Navarro”.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN:

Siendo la epilepsia un padecimiento común en la población mundial (se estima su prevalencia en alrededor del 1%), sorprende el que, siendo ésta una enfermedad más frecuente en etapas tempranas de la vida (su prevalencia en la edad escolar se considera en alrededor de 1.4 %), exista escasa investigación en cuanto a las complicaciones y entidades nosológicas de tipo psiquiátrico que se asocian a ella; considerando además el hecho de que los campos de la psiquiatría y la neurología están estrechamente asociados y quizá aún más en la infancia. Un estudio mexicano ha reportado una frecuencia de 1.8 % en niños en edad escolar (de 9 años de edad) (27), en la delegación de Tlalpan, en el Distrito federal, siendo ésta una de las prevalencias más altas que se han reportado en el mundo.

En lo que respecta a problemas psiquiátricos relacionados al fenómeno epiléptico, en pacientes adultos se ha señalado que los trastornos psicóticos son de 6 a 12 veces más frecuentes en epilépticos (18, 20, 24, 31); sin embargo, la entidad asociada más estudiada ha sido la depresión, no obstante aún se discute la naturaleza de su asociación con la epilepsia (12, 16, 17, 21, 22, 25, 30). Mientras que la comorbilidad psiquiátrica en adultos con epilepsia ha recibido amplia atención, existen pocos estudios que investiguen los aspectos psiquiátricos de la epilepsia en edades pediátricas (32).

El estudio de la epilepsia en la niñez representa una entidad de estudio especial, ya que en este grupo de edad suelen existir características clínicas, epidemiológicas, genéticas, terapéuticas y pronósticas especiales. Por ejemplo, en los niños con epilepsia se encuentra mayor polimorfismo clínico (diferentes manifestaciones clínicas de la epilepsia en un mismo paciente o bien, cambios en las manifestaciones clínicas con el paso del tiempo), esto quizá debido a la plasticidad cerebral propia de un organismo en pleno desarrollo. En cuanto a factores genéticos de la epilepsia en la niñez, parece claro que no existe un mecanismo patogénico único, ya que existen entidades epilépticas en las que se considera la existencia de un patrón génico ya establecido (gen único), otras en donde se considera la existencia de un patrón poligénico, otras en las que parece heredarse un patrón electroencefalográfico específico más que un tipo de crisis epiléptica específica y otras que parecen responder a una etiología multifactorial (28). En cuanto al pronóstico de la epilepsia en la infancia es importante diferenciar entre el pronóstico epiléptico y el pronóstico neurológico global, ya que no siempre la mejoría en el cuadro epiléptico es igual a mejoría en el desarrollo neurológico del paciente. Sin embargo, los datos indican que el rango global de remisión de epilepsia en la niñez es del 80% (33), lo cual no se encuentra en grupos de otras edades.

Los reportes de la literatura con frecuencia incluyen la depresión, ansiedad y una variedad de dificultades conductuales asociadas a la epilepsia en niños y adolescentes (32). Por otra parte, se sabe que la epilepsia infantil cuenta entre sus complicaciones la alteración del funcionamiento neurocognitivo, el aprendizaje y la memoria (29); además, entre las patologías concurrentes de tipo psiquiátrico que se reportan en la literatura están las psicosis ictales e interictales, los trastornos afectivos, los cambios de personalidad y las complicaciones secundarias a los déficits cognoscitivos (1, 2, 3, 7, 14, 26).

Los datos mundiales apuntan a señalar que la prevalencia de la epilepsia es mayor en niños y ancianos (29). De la mitad de los niños que padecen epilepsia, la enfermedad se atribuye al antecedente de complicaciones obstétricas perinatales (29). Además, en las epilepsias que se originan en la infancia se ha detectado una mayor prevalencia de organizaciones corticales funcionales anómalas, como la dominancia del hemisferio derecho en el lenguaje, la dominancia manual izquierda o la reorganización de las funciones del lenguaje alrededor de las zonas perisilvianas del hemisferio izquierdo (29).

Las investigaciones existentes y la experiencia clínica parecen apuntar hacia el hecho de que la epilepsia infantil se asocia frecuentemente a algunas entidades psiquiátricas. Nuestro estudio pretende realizar un escrutinio respecto a estos trastornos psiquiátricos que pudiesen estar asociados a la epilepsia infantil en la población que acude al hospital sede de la investigación, lo cual podría permitir alertar al clínico acerca de las asociaciones mórbidas más frecuentes y permitir así un oportuno diagnóstico y un adecuado tratamiento, de tal manera que se podría beneficiar a aquellos pacientes epilépticos que no están recibiendo una atención integral en el caso de que cursen con comorbilidad psiquiátrica, por haberse enfocado su tratamiento únicamente en la epilepsia. Este beneficio podría extenderse a la atención clínica paidopsiquiátrica y neuropediátrica futura en el hospital sede y se espera pueda contribuir a incrementar el conocimiento en el campo de la investigación en morbilidad infantil psiquiátrica.

Como datos comparativos para nuestro estudio, contamos con los proporcionados por la Coordinación de Salud Mental (COORSAME) de nuestro país respecto a las principales (diez) causas de demanda de atención psiquiátrica en el Distrito Federal para menores de 15 años de edad en el año de 1998, que se consideran representativas de la prevalencia de padecimientos psiquiátricos en la infancia y adolescencia a nivel nacional, siendo estos mismos datos los que aparecen en el Anuario Estadístico de 1998 de la Secretaría de Salud (6) :

PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA EN CONSULTA EXTERNA
EN MENORES DE 15 AÑOS, EN LAS UNIDADES DEPENDIENTES
DE LA COORSAME EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO, 1998. (6):

	TOTAL
1. Trastornos hiperkinéticos	15 375 (25.54%)
2. Trastorno mental sin especificación	7 197 (11.95%)
3. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	4 462 (7.41 %)
4. Trastornos disociales	4 390 (7.29 %)
5. Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar	2 950 (4.90 %)
6. Trastornos del comportamiento social	2 683 (4.38 %)
7. Trastorno de las emociones	2 249 (3.73 %)
8. Trastornos generalizados del desarrollo	2 038 (3.38 %)
9. Ts. mentales debidos a lesión, disfunción cerebral o enferm.	1 923 (3.19 %)
10. Retraso mental	1 794 (2.98 %)
Subtotal	45 064 (74.86 %)
Las demás	15 133 (25.14 %)
TOTAL	60 197 (100.00%)

Se pretende conocer, mediante este escrutinio, si la frecuencia de padecimientos psiquiátricos que se asocian a la epilepsia es distinta a la que podría encontrarse en otras poblaciones infantiles, es decir, deseamos saber si el grupo de pacientes con epilepsia en edad escolar presenta alguna diferencia significativa en la frecuencia de morbilidad psiquiátrica en comparación con la prevalencia de entidades mórbidas psiquiátricas en la población general en edad escolar de nuestro país.

Es este un campo fértil y poco estudiado, además de que en el hospital sede de la investigación, el servicio de Neurología Pediátrica cuenta con gran número de pacientes epilépticos externos, quienes se verán beneficiados al realizarse un diagnóstico integral y no únicamente enfocado a su trastorno neurológico.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el tipo de padecimientos psiquiátricos que se asocian con más frecuencia al diagnóstico de epilepsia en un grupo de niños en edad escolar que son atendidos en el servicio de Neurología Pediátrica del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" y comparar la frecuencia y tipo de estos padecimientos con los que se reportan en la población general en edad escolar de nuestro país.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Determinar la frecuencia y tipo de padecimientos psiquiátricos que se asocian a la epilepsia en un grupo de pacientes en edad escolar.
- 2.- Comparar la frecuencia y tipo de padecimientos psiquiátricos encontrados en el grupo de pacientes epilépticos en edad escolar, con la frecuencia de dichos padecimientos en la población general en edad escolar de nuestro país.

4. MÉTODO:

TIPO DE ESTUDIO: Se trata de un escrutinio comparativo, abierto y de corte transversal.

4.1 Definición de la muestra:

La población de este estudio está conformada por un grupo de sujetos, constituido por 40 pacientes epilépticos de ambos géneros, en edad escolar, con un nivel de inteligencia normal (siendo éste requisito para la correcta aplicación del instrumento de diagnóstico). Estos pacientes provienen de la consulta externa del servicio de Neuropediatría del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE PACIENTES:

1. Pacientes del género femenino y masculino.
2. Edades comprendidas entre los 6 y los 12 años 11 meses de edad inclusive.
3. Pacientes con diagnóstico de epilepsia confirmado por médicos neuropediatras del servicio de Neurología Pediátrica.
4. Pacientes que cuentan con al menos un EEG que confirma el diagnóstico de epilepsia.
5. Pacientes que cuentan con pruebas psicológicas que descarten el diagnóstico de retraso mental (requisito para la correcta aplicación del instrumento de diagnóstico paidopsiquiátrico).
6. Que por lo menos uno de los padres de cada paciente se encuentre en condiciones de cooperar para responder a las preguntas del estudio.
7. Que cada paciente y al menos uno de sus padres estén dispuestos a colaborar en el estudio, acudiendo a sus citas y respondiendo a las preguntas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE PACIENTES:

1. Pacientes con diagnóstico de retraso mental confirmado por pruebas psicológicas.
2. Pacientes que no aceptaron colaborar en el estudio o cuyos padres no aceptaron colaborar.
3. Pacientes cuyo padecimiento neurológico o psiquiátrico no permitió, por sus características o gravedad, mantener las condiciones necesarias para la aplicación del instrumento diagnóstico, por ejemplo, pacientes con agitación psicomotriz, inquietud extrema o dificultades cognitivas que dificultan la comprensión de las preguntas del instrumento diagnóstico.

4.2 Técnica:

El instrumento de medición que se usó es la Entrevista Semiestructurada para Escolares (ESE). Se trata de una entrevista semiestructurada que se aplica por separado al paciente y a sus padres. Ha sido diseñada y validada en nuestro país, en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".

La variable que explora este instrumento son los diagnósticos psiquiátricos en niños en edad escolar, según criterios de la 4ª. Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana.

El instrumento fue aplicado, según la técnica que exige, a cada paciente y por separado a sus padres o, en su defecto, a uno de ellos, ya que de esta manera se obtiene mayor confiabilidad en el diagnóstico.

Antecedentes del instrumento:

La Entrevista Semiestructurada para Escolares (ESE) es una entrevista diseñada en el Hospital Psiquiátrico Infantil por la Dra. Inés Nogales Imaca (23), en base a la entrevista semiestructurada original: Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), la cual fue creada en el Instituto Nacional de Psiquiatría por De la Peña y cols. según una versión adaptada de la "Life Base Schedule". Fue validada en nuestro país por De la Peña, Cruz-Elizondo y cols. en 1996 (8).

La Entrevista Semiestructurada para Escolares (ESE) fue creada para permitir su aplicación a pacientes en edad escolar, de 6 a 13 años de edad. Fue sometida a estudio de confiabilidad por Nogales (23), obteniendo coeficientes de *confiabilidad temporal* que variaron de 0.41 a 0.88 para valores de Kappa.

La ESE comprende 11 áreas de evaluación: en la primera se incluyen datos demográficos del paciente; la segunda incluye el motivo de consulta y la descripción del padecimiento actual; la tercera a la décima área comprenden las preguntas según los criterios diagnósticos del DSM- IV y la undécima área incluye un interrogatorio acerca de abuso físico y sexual.

La entrevista incluye, al inicio de cada sección de preguntas, una serie de preguntas de salto, lo cual facilita y agiliza su aplicación. Para registrar cada respuesta se incluye un apartado para episodio actual y otro a lo largo de la vida, además de una calificación de intensidad para cada respuesta (grave, moderada, leve), todo lo cual evaluará el clínico al final y el diagnóstico dependerá de su visión global con base a los criterios del DSM- IV que se hayan cubierto.

Las áreas que cubre la entrevista se distribuyen de la manera siguiente:

1. Datos generales (demográficos, escolares y familiograma breve).
2. Motivo de consulta y padecimiento actual.
3. Trastornos externalizados (TDAH, trastorno disocial, negativista desafiante).
4. Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria (pica, rumiación, trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa).
5. Trastorno por tics, trastornos de la eliminación y trastorno de movimientos estereotipados (incluye Tourette, tics motores y vocales transitorios y crónicos, encopresis, enuresis y trastorno de movimientos estereotipados).
6. Trastornos internalizados (se incluye el trastorno por ansiedad de separación, mutismo selectivo, trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno bipolar, trastorno de

angustia, fobia social, fobias específicas, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada).

7. Trastornos somatomorfos (trastorno de somatización, trastorno de conversión, trastorno por dolor, hipocondriasis, trastorno dismórfico corporal).
8. Trastornos del sueño primarios, que incluye disomnias (insomnio primario, hipersomnias primarias, narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración y trastorno del ritmo circadiano) y parasomnias (pesadillas, terrores nocturnos y sonambulismo).
9. Trastornos del control de impulsos (trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, priomanía y tricotilomanía).
10. Trastornos en consecuencia a estresor (trastornos adaptativos y estrés postraumático).
11. Abuso físico y sexual.
12. Cuestionario autoaplicable para padres sobre historia del desarrollo del paciente y antecedentes personales y familiares patológicos. (Opcional).

La ESE no incluye diagnósticos del Eje II, ni abarca los trastornos del desarrollo, aprendizaje, de la comunicación, psicosis ni abuso de sustancias.

4.3 Plan del Procesamiento de la Investigación:

Inicialmente se llevó a cabo el entrenamiento de la alumna en la aplicación del instrumento diagnóstico, por parte de experta en su aplicación (Dra. Rosa Elena Ulloa Flores).

Posteriormente se inició la aplicación del instrumento a los pacientes ya registrados en el acervo de pacientes que acuden regularmente al servicio de Neuropediatría y que cuentan con un diagnóstico comprobado de epilepsia, además de cumplir con los criterios de inclusión para pacientes.

Se ofreció como beneficio a aquellos que acepten participar en la investigación, la posibilidad de detectar padecimientos psiquiátricos no diagnosticados previamente y en algunos casos, se sugirió una intervención oportuna.

Respecto al procesamiento de la información, la obtención de los diagnósticos psiquiátricos a través del instrumento es inmediata a su aplicación.

4.4 Análisis de los Datos:

Se procedió al análisis estadístico de los datos para determinar el tipo de entidades psiquiátricas asociadas a la epilepsia. De manera inicial se emplearon métodos de estadística descriptiva para obtener frecuencias simples y posteriormente de estadística comparativa, aplicando una prueba de *comparación de proporciones* para determinar si las entidades comórbidas psiquiátricas encontradas en nuestra muestra representan alguna diferencia

significativa con los padecimientos psiquiátricos más frecuentemente reportados en los servicios de salud mental en cuanto a la población escolar de nuestro país.

5. RESULTADOS:

La muestra inicial consistió en 42 pacientes, de los cuales dos fueron eliminados debido a que, si bien no se registraba la existencia de retraso mental en el expediente, se detectó que su comprensión estaba disminuida y no permitió la correcta aplicación del instrumento diagnóstico en el apartado "paciente".

La muestra final comprendió a 40 pacientes, 23 (57.5%) del género masculino y 17 (42.5%) del femenino; con edades comprendidas entre 6 y 12 años de edad (12 años 11 meses de edad inclusive), con un *promedio* de edad de 9.95 años (d.e.= 1.41), con una *moda* de edad de 10 años (TABLA 1).

Todos los pacientes tenían algún diagnóstico de epilepsia, los cuales se agruparon en 5 tipos principales: 1) crisis generalizadas convulsivas tónico clónicas, 2) crisis parciales simples, 3) crisis parciales complejas (que incluyó crisis de tipo frontotemporal, temporal, frontal y *otras*), 4) crisis de ausencia (que incluyó crisis de ausencias típicas y atípicas), y 5) epilepsia mioclónica astática/ epilepsias criptogénicas.

De los 40 pacientes, 3 (7.5%) tenían diagnóstico de crisis generalizadas convulsivas tónico clónicas; 2 (5%) de crisis parciales simples; 24 (60%) de crisis parciales complejas; 6 (15%) de ausencias y 5 (12.5%) de epilepsia mioclónica astática/ epilepsias criptogénicas.

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos encontrados en los pacientes por medio de la aplicación del instrumento (ESE), en 4 de los pacientes (todos del género femenino) no se encontró ningún diagnóstico. En los restantes 36 pacientes, se encontró de 1 hasta 7 diagnósticos, siendo más frecuente el diagnosticar 1 entidad psiquiátrica comórbida en nuestra muestra de pacientes (13 pacientes, 32.5 %, con un diagnóstico) (TABLA 2).

Los diagnósticos psiquiátricos **no** encontrados en ningún paciente de nuestra muestra fueron: trastorno disocial, rumiación, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, Tourette, tics motores o vocales transitorios, trastorno de movimientos estereotipados, trastorno depresivo mayor grave sin y con síntomas psicóticos, trastorno bipolar, crisis de angustia (trastorno de pánico), agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de somatización, trastorno de conversión, hipocondría, trastorno dismórfico corporal, hipersomnia primaria, narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano, trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía y tricotilomanía.

Los diagnósticos psiquiátricos encontrados en los pacientes de nuestra muestra, a lo largo de la vida, fueron los siguientes: TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad)/ tipo combinado (9 pacientes, 22.5%), TDAH/ tipo predominio de déficit de atención (7 pacientes, 17.5%), TDAH/ tipo hiperactivo- impulsivo (1 paciente, 2.5%), TDAH/ no especificado (1 paciente, 2.5%); trastorno negativista desafiante (3 pacientes, 7.5%); pica (2 pacientes, 5%); trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia (3 pacientes, 7.5%); tics motores o vocales crónicos (1 paciente, 2.5%); encopresis (2 pacientes, 5%); enuresis (6 pacientes, 15%); trastorno por ansiedad de separación (1 paciente, 2.5%); mutismo selectivo (2 pacientes, 5%); distimia (8 pacientes, 20%);

trastorno depresivo mayor, leve (2 pacientes, 5%); trastorno depresivo mayor, moderado (7 pacientes, 17.5%); fobia específica (7 pacientes, 17.5%); fobia social (4 pacientes, 10%), trastorno por estrés postraumático (2 pacientes, 5%); trastorno por ansiedad generalizada (2 pacientes, 5%); trastorno por dolor/ asociado a factores psicológicos/ agudo (1 paciente, 2.5%), insomnio primario (1 paciente, 2.5%); pesadillas (2 pacientes, 5%); terrores nocturnos (4 pacientes, 10%), sonambulismo (3 pacientes, 7.5%); trastorno adaptativo/ depresivo/ crónico (2 pacientes, 5%), trastorno adaptativo/ ansioso/ crónico (4 pacientes, 10%), trastorno adaptativo/ mixto/ agudo (2 pacientes, 5%), trastorno adaptativo/ mixto/ crónico (2 pacientes, 5%), trastorno adaptativo/ de las emociones y el comportamiento/ crónico (5 pacientes, 12.5%), abuso físico (1 paciente, 2.5%); abuso sexual (3 pacientes, 7.5%). (TABLA 3).

En base a lo anterior, podemos referir que los diagnósticos psiquiátricos más frecuentemente encontrados en nuestra muestra de pacientes epilépticos fueron: 1) el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), incluyendo todos sus subtipos, con 18 pacientes (que representa un 45% del total de la muestra), señalando que los subtipos más frecuentes fueron el combinado (déficit de atención con hiperactividad) y el tipo con predominio de déficit de atención; 2) los trastornos depresivos (incluyendo el trastorno depresivo mayor leve y moderado y la distimia), con 17 pacientes, representando el 42.5% del total de la muestra, y 3) los trastornos de tipo adaptativo, con 15 pacientes, representando el 37.5% del total de la muestra..

Según los datos que proporciona la COORSAME en el Distrito Federal (1998) acerca de las diez principales causas de demanda de consulta externa en menores de 15 años en las unidades de atención en salud mental (6), tal como se refirió en el apartado de "Antecedentes y Justificación", encontramos los trastornos hipercinéticos (TDAH), con 25.54 % (en primer lugar); las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, con 7.41 % (en tercer lugar) y los trastornos de las emociones, con 3.73 % (en séptimo sitio).

Al comparar nuestros datos con los datos proporcionados por la COORSAME en cuanto a frecuencias de diagnósticos, mediante la *comparación de proporciones*, obtuvimos resultados significativos para los tres principales rubros de diagnósticos que encontramos en nuestra muestra: para TDAH se obtuvo una $z = 2.558$ ($p = 0.011$); para trastornos depresivos (trastornos de las emociones), una $z = 10.44$ ($p < 0$) y para los trastornos de tipo adaptativo (reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación), una $z = 6.61$ ($p < 0.01$), (TABLA 4).

TABLA 1
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

N = 40

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
6 años	-	1	1 (2.5 %)
7 años	-	1	1 (2.5 %)
8 años	1	1	2 (5 %)
9 años	6	5	11 (27.5 %)
10 años	5	7	12 (30 %)
11 años	2	4	6 (15 %)
12 años	3	4	7 (17.5 %)
TOTAL	17 (42.5 %)	23 (57.5 %)	40 (100 %)

TABLA 2
NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS POR GÉNERO

N = 40

NÚMERO DE Dx's	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
0	4	-	4 (10 %)
1	6	7	13 (32.5 %)
2	1	5	6 (15 %)
3	1	5	6 (15 %)
4	3	2	5 (12.5 %)
5	-	1	1 (2.5 %)
6	2	2	4 (10 %)
7	-	1	1 (2.5 %)
TOTAL	17 (42.5 %)	23 (57.5 %)	40 (100 %)

TABLA 3

DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS COMÓRBIDOS EN LOS PACIENTES
EN EDAD ESCOLAR CON EPILEPSIA

N = 40

DIAGNÓSTICOS	NÚMERO DE PACIENTES	%
1) TDAH: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad/ combinado Trastorno por déficit de atención con hiperactividad/ predom. def. de atención Trastorno por déficit de atención con hiperactividad/ predom. hiperact.-impuls. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad/ no especificado	18	45
2) TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES: Distimia/ de inicio temprano Trastorno depresivo mayor/ leve Trastorno depresivo mayor/ moderado	17	42.5
3) TRASTORNOS ADAPTATIVOS: Trastorno adaptativo/ depresivo/ crónico Trastorno adaptativo/ ansioso/ crónico Trastorno adaptativo/ mixto/ agudo Trastorno depresivo/ mixto/ crónico Trastorno adaptativo/ de las emociones y el comportamiento/ crónico	15	37.5
4) Fobia específica	7	17.5
5) Enuresis	6	15
6) Fobia social	4	10
7) Terrores Nocturnos	4	10
8) Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia	3	7.5
9) Sonambulismo	3	7.5
10) Trastorno negativista desafiante	3	7.5
11) Abuso sexual	3	7.5
12) Encopresis	2	5
13) Mutismo selectivo	2	5
14) Trastorno por estrés postraumático	2	5
15) Trastorno por ansiedad generalizada	2	5
16) Pesadillas	2	5
17) Pica	2	5
18) Tics motores o vocales crónicos	1	2.5
19) Trastorno por ansiedad de separación	1	2.5
20) Trastorno por dolor/ asociado a factores psicológicos/ agudo	1	2.5
21) Insomnio primario	1	2.5
22) Abuso físico	1	2.5

TABLA 4
COMPARACIÓN DE PROPORCIONES
DE DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS COMÓRBIDOS
VS.
DATOS DE LA COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL
(COORSAME), 1998

	COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN NIÑOS CON EPILEPSIA N = 40 DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES	COORSAME (1998)	PRUEBA DE COMPARACIÓN DE PROPORCIONES
TDAH	18 (45 %)	15 378 (25.54 %)	z = 2.55 p = 0.01
TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES	17 (42.5 %)	2 249 (3.73 %)	z = 10.44 p < 0
TRASTORNOS ADAPTATIVOS	15 (37.5 %)	4 462 (7.41 %)	z = 6.61 p < 0.01

6. DISCUSIÓN:

El grupo de pacientes epilépticos en edad escolar de nuestra muestra estuvo conformado por 40 sujetos. Existió una ligera mayor proporción de sujetos del género masculino (23 sujetos, 57.5 %) con respecto al femenino (17 sujetos, 42.5 %). La muestra de pacientes fue recolectada al azar, tal como los pacientes fueron enviados para participar en el estudio por parte de sus médicos neuropediatras tratantes; no obstante, casi el 60 % de pacientes tenían 9 y 10 años de edad, lo cual parece reflejar la edad promedio de los pacientes epilépticos que son atendidos en el servicio de neuropediatría del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".

Se sabe que, por edad, la incidencia de epilepsia es más alta en niños y ancianos (29), pero las tasas más altas se observan en los primeros meses de la vida (15) y en cuanto al género, se encuentra un ligeramente mayor riesgo en el hombre para desarrollar crisis no provocadas, variando la relación hombre/ mujer de 1:1 a 1:7, según diversos estudios (15), siendo esto consistente con las características de nuestra población estudiada, sin embargo, no todos los estudios coinciden en encontrar una mayor proporción de afectados entre el género masculino, ya que en varios se reportan cifras semejantes entre géneros, y en otros pocos estudios se reporta una ligera mayor frecuencia de epilepsia en el género femenino (13).

En nuestra muestra de pacientes se encontró que la mayoría (36 pacientes, 90 %) cursaban con algún diagnóstico psiquiátrico, los cuales fluctuaban de uno hasta siete diagnósticos, siendo lo más común encontrar sólo un diagnóstico psiquiátrico asociado al diagnóstico de epilepsia: 13 pacientes (32.5 %) cursaban con un diagnóstico psiquiátrico comórbido. Si bien el instrumento diagnóstico empleado en este estudio permite el escrutinio diagnóstico a lo largo de la vida, resulta importante señalar que en nuestra muestra de pacientes, todos los que cumplieron criterios para algún diagnóstico psiquiátrico cursaban, al momento del estudio, con al menos uno de los trastornos.

Resulta interesante el que los cuatro pacientes en quienes no se diagnosticó algún trastorno psiquiátrico –de los trastornos que diagnostica el instrumento- pertenecieron al género femenino. Tanto este dato como el de número de pacientes por tipo de epilepsia (la mayoría de los pacientes en la muestra cursaban con crisis parciales complejas: 60 %) encuentran una limitante en el reducido número de pacientes que conformaron nuestra muestra, ya que no resultan cifras significativas que permitan realizar comparaciones y análisis estadísticos para determinar posibles relaciones, por ejemplo, relaciones género/ diagnóstico psiquiátrico, género/ tipo de epilepsia o tipo de epilepsia/ tipo de diagnóstico psiquiátrico.

Cabe aquí mencionar la dificultad con que nos enfrentamos para reunir un mayor número de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión al estudio, ya que al parecer es alta la proporción de pacientes epilépticos en edad escolar que cursan también con retraso mental lo cual, siendo un criterio de exclusión para nuestro estudio, limitó en buena medida la recolección de un mayor número de pacientes en el tiempo estipulado.

Los diagnósticos psiquiátricos comórbidos en nuestra muestra de escolares con epilepsia mostró datos semejantes a los reportados en la literatura –aunque escasa- existente en este rubro: Cerca de la mitad de los pacientes (18 pacientes, 45 %) cursaban con criterios diagnósticos de

trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), resaltando el hecho de que la mayoría cursaban con TDAH de tipo combinado (déficit de atención e hiperactividad) y TDAH con predominio de déficit de atención. Casi el mismo número de pacientes (17 pacientes, 42.5 %), cursaban con un trastorno de las emociones de tipo depresivo (aquí se incluyó la distimia de inicio temprano, el trastorno depresivo mayor/ leve y el trastorno depresivo mayor/ moderado), siendo de éstos el diagnóstico más frecuente la distimia. En tercer lugar, encontramos los trastornos de tipo adaptativo, con poco más de un tercio de la muestra de pacientes cursando con este diagnóstico (15 pacientes, 37.5 %), siendo más frecuentes los trastornos adaptativos de tipo crónico (de más de 3 meses de evolución).

El resto de diagnósticos encontrados se concentran en la Tabla 4. Entre ellos se encuentra la fobia específica, con 7 pacientes (17.5 %), la cual en su gran mayoría se trató de fobia a *inyecciones*. El abuso sexual fue detectado en 3 pacientes (dos del género femenino y uno del masculino) y aquí es conveniente señalar que en los dos casos de abuso sexual en niñas, éste no se había detectado ni había recibido manejo alguno; en el caso del niño, el abuso ya había sido consignado previamente y ya recibía atención específica al momento del estudio. El mutismo selectivo se registró en 2 de los pacientes (5 %), ambos varones y se trató de un diagnóstico del pasado, no presente en la vida de estos pacientes al momento del estudio.

Si bien existen muy pocos estudios en la literatura que investiguen la comorbilidad psiquiátrica en la epilepsia en edades escolares y por tanto aún no es posible argumentar que los pacientes en edades pediátricas con epilepsia sufran de trastornos psiquiátricos en una mayor proporción que los niños sanos, lo que parece más difícil de dilucidar es si la epilepsia, comparada con otros trastornos crónicos se asocia a una vulnerabilidad especial para padecer problemas psiquiátricos.

Algunos estudios han reportado que niños con epilepsia cursan con un número significativo de problemas de conducta, incluyendo el TDAH, encontrando cifras que varían desde 30 % a 56 % en diversas muestras (9, 32); siendo pertinente señalar que, en muestras comunitarias, los problemas de conducta son menos frecuentes (aproximadamente del 20 %) (5, 32). En la literatura se reporta más el TDAH de tipo inatento relacionado con niños epilépticos, en comparación con el tipo combinado y el hiperactivo- impulsivo, y se especula que los niños varones con epilepsia tienen mayor susceptibilidad para desarrollar este trastorno, además de que si existe la presencia de daño adicional al SNC o crisis de difícil control, ello suele asociarse con un deterioro del funcionamiento cognitivo y por ende, de la atención (9, 32). Dicho sea de paso, éste hecho parece apoyar la hipótesis acerca de que el TDAH parecería constituir, más que un trastorno específico, un síndrome que agrupa diversos trastornos que comparten características semejantes pero con diferencias en su etiología y curso.

Al comparar la proporción de pacientes con TDAH obtenida en nuestro estudio con la proporción reportada en nuestro país (6), se obtuvo una muy significativa mayor proporción de TDAH en este grupo de escolares con epilepsia (45 % vs. 25.54 %, $p = 0.01$), lo cual nos lleva a la necesidad de alertar respecto a la posibilidad de que el diagnóstico y atención de estos pacientes debe tomar en cuenta esta importante relación entre epilepsia y TDAH en escolares.

El segundo rubro de diagnósticos más frecuentemente encontrados en nuestra muestra lo representan los trastornos de las emociones. (en este caso, distimia, y trastorno depresivo mayor leve

y moderado), que al ser comparada su proporción con la reportada en la población menor de 15 años de nuestro país (6), resultó tener una frecuencia mucho más alta y significativa (42.5 % vs. 3.73 %, $p < 0$).

En la literatura se reporta que la depresión mayor es poco común en niños en edad escolar, teniendo una frecuencia aproximada de 2 %, y en adolescentes de 5 % (32) en la población general de estas edades. Sin embargo, Ettinger (11) reportó en su estudio publicado en 1998 una proporción de 26 % en varias series de niños y adolescentes con epilepsia. En este estudio se señala que los principales predictores de depresión en la niñez y adolescencia son: una actitud negativa hacia la enfermedad, malestar en las relaciones familiares y la percepción de un locus de control externo o ausente (fuertes sentimientos de falta de control sobre la propia vida y destino) (11, 32); por otra parte, muchas veces en los niños la depresión puede expresarse mediante síntomas de irritabilidad, de tal manera que el diagnóstico podría pasarse por alto o confundirse como parte de otro trastorno. De tal manera que el clínico, tomando en cuenta estos aspectos, deberá estar alerta ante cualquier manifestación de un trastorno emocional, recordando que la percepción de los padres y del paciente epiléptico puede diferir de manera importante en lo que respecta a los trastornos internalizados, siendo por lo tanto muy importante que se realice un escrutinio sistemático de síntomas depresivos de manera directa en el paciente, apoyándose también en las observaciones de los padres. Esto parece aún más importante cuando conocemos las cifras que proporciona la literatura: los intentos de suicidio en los pacientes epilépticos se han estimado con una frecuencia 2 a 7 veces mayor que en la población general (32, 34), y en sentido inverso, el estudio de Brent (4) reportó que la epilepsia fue la condición médica más frecuentemente encontrada en un grupo de pacientes pediátricos evaluados por intento de suicidio.

La alta prevalencia de depresión en la población de pacientes con epilepsia, confirmada en nuestro estudio, es bien conocida y probablemente es la entidad comórbida psiquiátrica más estudiada en los pacientes epilépticos de todas las edades. Incluso se ha sugerido que la relación entre epilepsia y depresión podría ser bidireccional (10), es decir, que no solamente la epilepsia es un factor de riesgo para padecer depresión, sino que la depresión podría jugar también un papel en el desarrollo de la epilepsia, tal como lo señaló Hipócrates en el siglo IV a.C.: “los epilépticos se vuelven melancólicos y los melancólicos, epilépticos...”.

Respecto a la alta proporción de pacientes en nuestra muestra con trastornos adaptativos, significativamente mucho mayor en comparación con los datos de nuestro país (37.5 % vs. 7.41 %, $p < 0.01$), no tenemos conocimiento de algún otro estudio de niños con epilepsia que reporte resultados similares; pero podemos elucubrar que, ya que estos trastornos pueden incluir sintomatología tanto depresiva como ansiosa y de alteraciones en la conducta, pueden confundirse con otras patologías si no se buscan de manera propositiva; de tal manera que, como sucede en algunos estudios, puede considerarse por ejemplo, la ansiedad como un síntoma y evaluarse como parte del malestar que surge ante las desventajas personales y sociales que pueden asociarse a la epilepsia; de tal manera que se reconoce que la ansiedad y trastornos asociados (fobias, ataques de pánico, ansiedad de separación, etc.), podrían tener una mayor prevalencia en la epilepsia en edades pediátricas que la esperada para ese grupo de edad (32).

En general, los resultados aquí descritos parecen concordar con los pocos estudios existentes en la literatura sobre la comorbilidad psiquiátrica en niños epilépticos en edad escolar. Resalta la alta proporción de los tres principales rubros diagnósticos psiquiátricos comórbidos encontrados en

nuestra muestra, lo cual debe alertarnos a no descuidar la búsqueda de estos diagnósticos en todo paciente epiléptico en edad escolar, de tal forma que el diagnóstico y tratamiento no se enfoque únicamente en el control de la epilepsia, sino en el tratamiento integral de cada paciente, lo cual redundará en un mejor pronóstico.

Por otro lado, habrá que considerar también la posibilidad de que, de manera inversa, se pudiese no diagnosticar algún tipo de epilepsia si no se realiza una adecuada anamnesis y examen neurológico a pacientes que ya están recibiendo atención por alguno de los padecimientos psiquiátricos que en este estudio encontramos con una frecuencia tan importante (TDAH, distimia, trastorno depresivo mayor y trastornos adaptativos).

Nuestra recomendación es que sería muy conveniente se realicen evaluaciones sistemáticas paidopsiquiátricas completas en los pacientes epilépticos en edades pediátricas, dado el peligro de enfocar la atención médica al aspecto neurológico únicamente y, de igual manera, alertar al paidopsiquiatra a tener en cuenta la posibilidad de omitir algún diagnóstico de epilepsia (en especial epilepsias de tipo crisis parciales simples y complejas) en los pacientes con los trastornos psiquiátricos mencionados.

Limitaciones del estudio y recomendaciones:

Consideramos que una importante limitante de nuestro estudio fue la muestra reducida de pacientes, que no permitió realizar análisis más amplios de nuestros resultados, sin embargo, se considera la posibilidad de continuar la investigación en el servicio de Neuropediatría del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, lo cual permitirá también conocer las características demográficas y clínicas de la población de escolares con epilepsia que acuden al hospital, lo cual es recomendable, pues permitiría establecer medidas sistematizadas para hacer diagnósticos de manera integral.

Otra limitante es que nuestro instrumento diagnóstico no incluye la posibilidad de detectar trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar ni trastornos del lenguaje, ya que existen estudios que señalan la existencia de una alta incidencia de estos trastornos en la población de niños y adolescentes con epilepsia (19, 29).

7. CONCLUSIONES:

La muestra de pacientes epilépticos en edad escolar consistió en 40 pacientes, de los cuales 23 (57.5 %) fueron del género masculino y 17 (42.5 %) del femenino. El promedio de edad de la muestra fue de 10 años.

En 36 pacientes (90 % del total de la muestra) se encontró la presencia de algún diagnóstico psiquiátrico, siendo lo más frecuente encontrar un diagnóstico psiquiátrico comórbido, si bien el rango fluctuó entre uno y siete diagnósticos.

Los tres rubros de diagnóstico más frecuentemente encontrados en nuestra muestra de pacientes fueron el TDAH, con 18 pacientes (45 %); los trastornos depresivos (distimia, trastorno depresivo mayor leve y moderado), con 17 pacientes (42.5 %) y los trastornos adaptativos, con 15 pacientes (37.5 %) del total de la muestra.

Al comparar estos datos con los reportados por la Coordinación de Salud Mental en nuestro país, se obtuvieron cifras que reflejan una proporción significativamente más alta de prevalencia de estos diagnósticos en nuestra muestra de escolares con epilepsia. Para TDAH se obtuvo una significancia de $p = 0.01$, para los trastornos emocionales de tipo depresivo una $p < 0$ y para los trastornos adaptativos una $p < 0.01$.

Se alerta al clínico a tomar en cuenta estas asociaciones diagnósticas para evitar omisiones en el proceso de diagnóstico y proporcionar en lo posible una atención integral tanto a los pacientes que acuden únicamente a los servicios de psiquiatría como a los que reciben atención neuropsiquiátrica por padecer epilepsia.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Berkhoff M, Briellman RS, Radanov BP. Developmental background and outcome in patients with nonepileptic versus epileptic seizures: a controlled study. *Epilepsia*; 39 (5): 463- 9, 1998
2. Blumberg HP, Kanwal GS, Relkin N, Mattis S, Viederman M. Psychiatric complications in a patient with complex partial seizures. *Am. J. Psychiatry*, 153 (3); 404- 5, 1996.
3. Blumer D, Montouris G, Hermann B. Psychiatric morbidity in seizure patients on a neurodiagnostic monitoring unit. *J. Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 7 (4): 445- 56, 1995.
4. Brent DA. Overrepresentation of epileptics in a consecutive series of suicide attempters seen at a Children's Hospital 1978- 1983. *J Acad Child Psychiatry*, 25: 242- 246, 1986.
5. Cavazzuti GB. Epidemiology of different types of epilepsy in school age children of Modena, Italy. *Epilepsia*, 21: 57- 62, 1980.
6. Coordinación de Salud Mental, SSA. Boletín de Información Estadística. Anuario Estadístico. México, 1998.
7. Cortesi F, Giannotti F, Ottaviano S. Sleep problems and daytime behavior in childhood idiopathic epilepsy. *Epilepsia*, 40 (11): 1557- 65, 1999.
8. De la Peña F, Cruz- Elizondo E, et al. Estudio de confiabilidad interevaluador de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 67 (suppl): 16, 1996.
9. Dunn DW. Attention. deficit hyperactive disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. En: *Psychiatric Issues in Epilepsy*. (Ettinger AB, Kanner AM, Eds.), pp.111- 126. Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2001.
10. Ettinger AB, Kanner AM. Introduction. En: *Psychiatric Issues in Epilepsy* (Ettinger AB, Kanner AM, Eds.), pp. 1- 5. Lippincott Williams& Wilkins, USA, 2001.
11. Ettinger AB, Weisbrot D, Nolan E, et al. Symptoms of depression and anxiety in pediatric epileptic patients. *Epilepsia*, 39: 595- 599, 1998.
12. Fiordelli E, Beghi e, Bogliun G, Crespi V. Epilepsy and psychiatric disturbance. A cross-sectional study. *Br. J. Psychiatry*, 163: 446- 50, 1993.
13. García- Pedroza F. La epilepsia como problema de salud pública. En: *Epilepsia. Aspectos Neurobiológicos, Médicos y Sociales*. (Feria- Velasco A, Martínez D, Rubio- Donnadieu F, Eds.), pp.402- 414, Trillas, México, 1997.
14. Hackett R, Hackett L Bhakta P. Psychiatric disorder and cognitive function in children with epilepsy in Kerala, South India. *Seizure*, 7 (4): 321- 4, 1998.
15. Hauser WA, Hesdorffer DC. Epidemiology of epilepsy. En: *Neuroepidemiology: A Tribute to Bruce Schoenberg*. (Anderson DW, Ed.), pp. 97- 119, CRC Press, USA, 1991.
16. Hermann BP, Seidenberg M, Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression. *Epilepsia*, 41 Suppl 2: S31- 41, 2000.
17. Jalava M, Sillanpaa M. Concurrent illnesses in adults with childhood- onset epilepsy: a population- based 35- year follow- up study. *Epilepsia*, 37 (12): 1155- 63, 1996.
18. Kanemoto K, Tsuji T, Kawasaki J. Reexamination of interictal psychoses based on DSM-IV psychosis classification and international epilepsy classification. *Epilepsia*, 42 (1): 98- 103, 2001.
19. Leonard EL, George MR. Psychosocial and neuropsychological function in children with epilepsy. *Pediatr. Rehabil*, 3(3): 73- 80, 1999.

20. Makikyro T, Karvonen JT, Hakko H, Nieminen P. Comorbidity of hospital treated psychiatric and physical disorders with special reference to schizophrenia: a 28 year old follow-up of the 1966 northern Finland general population birth cohort. *Public Health*, 112 (4): 221- 8, 1998.
21. Mendez MF, Dors RC, Taylor JL, Salguero P. Depression in epilepsy. Relationship to seizures and anticonvulsant therapy. *J Nerv Ment Dis.*, 181 (7): 444- 447, 1993.
22. Nilsson L, Tomson T, Farahmand BY, et al. Cause- specific mortality in epilepsy: a cohort study of more than 9000 patients once hospitalized for epilepsy. *Epilepsia*, 38: 1062- 1068, 1997.
23. Nogales I I. Diseño y confiabilidad temporal de la Entrevista Semiestructurada para Escolares (ESE), versión padres. Tesis de Especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, 1999.
24. Ottman R, Lipton RB. Comorbidity of migraine and epilepsy. *Neurology*, 44: 2105- 2110, 1994.
25. Paradiso S, Hermann BP, Blumer D, Davies K. Impact of depressed mood on neuropsychological status in temporal lobe epilepsy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 70 (2): 180- 5, 2001.
26. Perini GI, Tosin C, Carraro C, Bernasconi G. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile mioclonic epilepsy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 61 (6): 601- 5, 1996.
27. Rubio- Donnadieu F, García- Pedroza F, Velasco- Fernández R. Prevalence of epilepsy in elementary school children in Mexico. *Epilepsia*, 32 (Suppl 1): 111, 1991.
28. Rubio-Donnadieu F. (1986) Aspectos Generales y Clasificación de la Epilepsia. En: *Epilepsia. Aspectos Neurobiológicos, Médicos y Sociales*. (Feria-Velasco A., Martínez D., Rubio-Donnadieu F., Eds.), pp. 1- 24, Trillas, México, 1997.
29. Snyder PJ. La evaluación neuropsicológica de los pacientes con epilepsia. En: *Comorbilidad Psiquiátrica en la Epilepsia*. (McConnell HW, Snyder PJ), pp. 81- 107, Masson, Barcelona, España, 1999.
30. Tsopelas MD, Sainfort R, Friccione GL. The relationship of psychiatric illness and seizures. *Curr. Psychiatry Rep.*, 3 (3): 235- 42, 2001.
31. Umbricht D, Degreef G, Barr WB, Lieberman JA, Pollack S. Postictal and chronic psychoses in patients with temporal lobe epilepsy. *Am. J. Psychiatry*, 152 (2): 224- 31, 1995.
32. Weisbrot D, Ettinger AB. Psychiatric aspects of pediatric epilepsy. En: *Psychiatric Issues in Epilepsy* (Ettinger AB, Kanner AM, Eds.), pp. 127- 145, Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2001.
33. Yamatogi Y, Terasaki T, Instuka Y, et al. Prognosis of childhood epilepsy observed from long-term follow- ups for more than ten years. En: *Antiepileptic Drugs and Pregnancy* (Sato T, Shinagawa S, Eds.), pp.247- 254, Excerpta Medica, Amsterdam, 1984.
34. Zielinski JJ. Epilepsy and mortality rate and cause of death. *Epilepsia*, 15: 191- 201, 1974.

ANEXO

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
PARA ESCOLARES
(ESE)**

ENTREVISTA PARA PADRES.

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN

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

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

X.- ¿Algunos de los síntomas se han presentado antes de los 7 años?

Y.- ¿Las alteraciones que los síntomas producen las presenta en la escuela, en la casa y con sus amigos (en más de 2 ambientes)?

Z.- ¿A causa de los síntomas tiene marcados problemas en escuela, casa y con sus amigos?

Nota: Especificar subtipo.

TRASTORNO DISOCIAL.

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

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

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

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

2.- ¿Su hijo padece alguna enfermedad que justifique tal conducta, como reflujo esofágico?

C) TRASTORNO DE INGESTIÓN.

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

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

2.- ¿Su hijo padece alguna enfermedad que justifique tales alteraciones en su alimentación?

D) ANOREXIA NERVIOSA.

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

1.- ¿Su hija se resiste a mantener el peso corporal normal o por encima del mínimo considerado para su edad y talla? Nota: El peso es menor al 85% del considerado normal. (Debe ser observado y medido).

2.- ¿Su hija tiene mucho miedo de convertirse en gorda (obesa), aún cuando pesa menos de lo normal, y aunque pierda peso el temor a la obesidad persiste?

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

4.- ¿Su hija ha tenido amenorrea (ausencia de sangrado menstrual durante 3 ciclos)?

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

Restictivo o compulsivo purgativo.

E) BULIMIA NERVIOSA.

SALTO: Alguna vez su hija, ha comido en poco tiempo (menos de 2 hrs) cantidades superiores de comida (a lo que cualquier otro pudiese comer), con una sensación de poco control sobre su comportamiento (ATRACÓN), y después ha intentado

conductas "compensatorias" inadecuadas como sería provocarse el vómito, hacerse enemas, usar laxantes o medicamentos ayunar o un ejercicio excesivo.

1.- ¿Su hija ingiere alimento en un corto espacio de tiempo (<2hrs) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas harían en situación similar, con la sensación de pérdida de control sobre lo que esta comiendo (no poder dejar de comer o controlar el tipo y/o cantidad de lo que ingiere) en forma recurrente? (Atracones)

2.- ¿Su hija presenta de manera repetida conductas compensatorias inapropiadas, con el fin de no ganar peso (después del atracón), como son provocarse el vómito, enemas, ayuno, ejercicio excesivo, y/o uso excesivo de laxantes diuréticos u otros fármacos?

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

4.- ¿La autoevaluación de su hija depende en forma importante de su peso y silueta corporal?

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

TRASTORNO POR TICS

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

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

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

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

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

- Se sugiere pasar a interrogatorio de TOC v TDAH.

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

De la TOURETTE.

1.- ¿Ha tenido en algún momento tics de movimientos múltiples y uno o más tics de vocalización aunque no sean simultáneos?

2.- ¿Los tics se presenta muchas veces al día, de manera continua por más de un año y nunca ha existido un periodo mayor a tres meses sin ellos?

3.- ¿Estos síntomas han provocado algún problema en la escuela en la casa o con sus amigos?

TICS MOTORES O VOCALES CRÓNICOS

1.- ¿En algún momento ha tenido uno o múltiples tics motores ó vocales, pero no ambos?

2.- ¿Los tics aparecen varias veces al día, continua o intermitentemente por más de un año y nunca ha estado más de tres meses sin los tics?

3.- ¿Los tics han provocado algún problema en la escuela, casa o con sus amigos?

TICS TRANSITORIOS (motores o vocales)

1.- ¿Ha tenido uno o múltiples tics motores o vocales?

2.- ¿Los tics se presentan varias veces al día, casi todos los días por más de 1 mes y menos de 1 año?

3.- ¿Los tics han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con sus amigos?

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

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN

SALTO: ¿Se ha hecho popó (caca) o pipí (orina) en la ropa, el suelo u otro lugar inadecuado, durante el día o la noche, después de los 5 años?

Nota: No existe explicación médica ó farmacológica.

ENCOPRESIS.

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

1.- ¿En forma repetida evacua, de manera intencionada o accidental, en lugares no apropiados (ropa, escuela, calle, suelo, cuarto de sus papás)?

2.- ¿Esto ha sucedido por lo menos una vez al mes por más de tres meses seguidos?

Nota:: Edad cronológica mayor a 4 años, o nivel equivalente de desarrollo.

Especificar subtipo. (con o sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento)

ENURESIS.

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

1.- ¿Se orina repetidamente en la cama o la ropa involuntaria o intencionalmente?

2.- ¿Por lo menos dos veces a la semana durante tres meses seguidos, ó la conducta le ha provocado problemas en la escuela, la casa o con sus amigos?

Nota: Edad cronológica mayor a 5 años, o nivel equivalente de desarrollo.

Especificar subtipo. (Nocturna, diurna, ó mixta)

TRASTORNO POR ANSIEDAD DE SEPARACIÓN.

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

1.- ¿En las ocasiones en que ocurre, o cuando el niño anticipa una separación de casa o de sus seres queridos (más cercanos) de modo recurrente experimenta excesivo malestar?

2.- ¿El niño se preocupa de manera persistente y excesiva por la posible pérdida o daño de sus seres más queridos (temor a que les pueda pasar algo, se puedan perder o lastimar cuando el no esta con ustedes)?

3.- ¿Se preocupa excesiva y persistentemente porque pueda pasar algo (extraviarse o ser secuestrado) que los separe?

4.- ¿De forma persistente se resiste o se niega a ir a la escuela ó cualquier otro lugar por miedo a la separación de sus seres más allegados? (casa de alguien, campamentos, etc.)

5.- ¿De manera excesiva y persistente se muestra temeroso ó renuente a quedarse sólo, a menos que una persona que él quiere se quede en casa, o algún adulto en quién confía (maestros, tutores) en otros lugares?

6.- ¿Persistentemente se muestra renuente ó rehusa irse a dormir sin la cercanía de algún ser querido ó dormir fuera de casa?

7.- ¿Sufre de pesadillas recurrentes con temas de separación de sus seres queridos?

8.- ¿Se queja de molestias físicas como dolor de cabeza ó abdominal, náusea, vómito, cuando ocurre o anticipa una separación de sus seres queridos?

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

10.- ¿La conducta ha generado problemas sociales, escolares, familiares y malestar en el niño?

MUTISMO SELECTIVO

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

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

TRASTORNOS MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS.

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

- 1.- ¿Su hijo ha presentado una conducta repetitiva que parece impulsiva y no es funcional?
- 2.- ¿Esta conducta interfiere en sus actividades normales o le produce lesiones corporales que requieran tratamiento médico ó se las provocaría sino se tomaran las medidas preventivas para evitarlo?
- 3.- ¿Esta conducta ha permanecido por más de 4 semanas?

Nota: Especificación con o sin conductas autolesivas.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

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

- 1.- ¿Desde hace más de 15 días, nota un cambio de humor (ánimo) del niño, lo ve irritable, enojón, triste, desanimado, con llanto, la mayor parte del día casi todos los días? Ha tenido algún cambio en su estado de ánimo, tristeza o enojo?
- 2.- ¿Ya no le gusta lo de antes, como jugar, ir de paseo, ver la tele, ir al cine, etc. incluso siente que todo es igual y le aburre, nada le importa?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISTIMIA

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

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

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

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

3.23 ...cambios en el apetito?

3.24 ...cambios en el sueño?

3.25 ...perdida de energía ó fatiga?

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

3.27 ...dificultades para resolver sus problemas, concentrarse y decidir?

3.28 ...la sensación de que nunca va a estar bien y todo va a ir empeorando?

3.- ¿Durante este tiempo nunca ha estado libre de las molestias por más de 2 meses?

4.- ¿Las molestias le han producido problemas en casa, escuela, con tu familia o amigos?

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

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

TRASTORNO BIPOLAR. (episodio maniaco)

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

1.- ¿Existe en su hijo un estado de ánimo claramente diferente al normal, persistentemente elevado, expansivo e irritable por más de una semana?

2.- ¿Durante el periodo de alteración del ánimo han persistido en un grado evidente 3 ó más de los siguientes síntomas? (4 si el ánimo es irritable)

2a ¿Su autoestima se encuentra exagerada, se siente único y lo máximo (grandioso)?

2b ¿Disminución de la necesidad de dormir, se repone con 3 hrs. de sueño?

2c ¿Platica mucho más de lo normal (verborreico)?

2d ¿Su discurso es tan rápido que no completa las ideas, su hijo acepta que su pensamiento esta acelerado?

2e ¿Se distrae muy fácilmente con cualquier cosa?

2f ¿Han observado un aumento intencionado de la actividad escolar, social, etc. ó lo han visto inquieto, agitado, que todo el tiempo se esta moviendo?

2g ¿Lo han visto en actividades placenteras que pudieran ser peligrosas, como irse de viaje, andar en moto, etc.?

3.- ¿Al mismo tiempo ha presentado síntomas de depresión?

4.- ¿La alteración del estado de ánimo ha sido lo suficientemente grave como para producir problemas sociales, escolares, familiares ó incluso ha requerido hospitalización para evitar mayores daños, ó han existido evidencias de pérdida de contacto con la realidad como delirios y alucinaciones?

TRASTORNOS DE ANGUSTIA.

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

A) CRISIS DE ANGUSTIA (Panic attack)

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

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

B) AGORAFOBIA

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

Nota: Codificar con o sin trastorno de angustia.

TRASTORNO DE ANGUSTIA (Panic disorder).

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

- 1.- ¿Las crisis de angustia aparecen de manera inesperada, ósea que nunca sabe cuando le van a dar?
- 2.- ¿Después de alguna de las crisis, por más de un mes, ha presentado inquietud persistente ante la posibilidad de tener más, ó preocupación por las consecuencias de las

crisis como perder el control, sufrir un infarto o volverse loco, ó su manera de ser y comportarse cambio por las crisis?

Nota: Presencia o ausencia de agorafobia. (ver sección específica)

AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA.

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

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

FOBIA ESPECIFICA.

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

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

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

1.- ¿ Ante la presencia o anticipación del animal, objeto, lugar o situación mencionada presenta siempre temor excesivo, persistente y marcado?

2.- ¿Cuándo se enfrenta al temor, inmediatamente se pone nervioso (ansioso, desesperado) como una crisis de angustia o se pone a llorar, hace berrinche, se inhibe o se abraza de alguien?

3.- ¿Considera que su miedo es excesivo y/o absurdo? **NOTA:** Puede faltar en los niños.

4.- ¿Evita la situación fóbica, ó la soporta a costa de una intensa ansiedad o malestar?

5.- ¿Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocado por las situaciones temidas interfiere importantemente con su rutina en la escuela, casa, con amigos o le hace sentir muy mal?

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

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

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

FOBIA SOCIAL.

SALTO: ¿Durante más de 6 meses, el niño ha manifestado mucho miedo al imaginarse ó enfrentarse a situaciones sociales como asistir a fiestas, iniciar o

mantener conversaciones, salir con alguien, participar en grupo, hablar con maestros, porque le da miedo quedar en ridículo o se siente incómodo?.

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

1.- ¿El niño ha presentado temor persistente e intenso por una o más situaciones sociales o actuaciones en las que se ve expuesto a personas que no conoce o a la posible evaluación por parte de otros; que le da miedo actuar de una manera (o muestre síntomas de ansiedad) que se pueda sentir avergonzado o apenado?. **EN NIÑOS:** Debe existir evidencia de buena capacidad de relación social con gente conocida y la ansiedad debe ocurrir en ambientes con individuos de su misma edad, no solamente en las interacciones con los adultos.

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

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

3.- ¿El niño considera que su miedo es excesivo y/o absurdo? **NOTA:** Puede estar ausente.

4.- ¿Evita las situaciones fóbicas, ó las soporta a costa de una intensa ansiedad o malestar?

5.- ¿Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocado por las situaciones temidas interfiere importantemente con tu rutina en la escuela, casa, con amigos o te hace sentir muy mal?

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

Nota: El cuadro no se explica mejor por otra entidad nosológica. Especificar si es o no generalizada.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

SALTO:

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

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

1.- ¿Su hijo experimenta imágenes, impulsos, ó pensamientos de manera persistente y repetida que le producen ansiedad y malestar pues los considera ajenos, intrusos y extraños?

2.- ¿Los pensamientos, imágenes ó impulsos son simples preocupaciones cotidianas?

3.- ¿El niño intenta ignorarlos, suprimirlos ó neutralizarlos por medio de otros pensamientos o actos (compulsiones)?

4.- ¿A pesar de todo su hijo reconoce que estos pensamientos, imágenes ó impulsos surgen de su cabeza (mente)?

5.- ¿El niño presenta conductas (ó actos mentales) repetitivas, que se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe cumplir estrictamente? Pej: Lavarse las manos, poner en orden objetos, caminar pisando o no la línea, repetir conductas como entrar y salir muchas veces de una habitación, rezar, contar o repetir palabras en silencio.

6.- ¿El objetivo de sus conductas (o actos mentales) es prevenir o reducir el malestar de una obsesión, o de algún acontecimiento o situación negativa; no obstante no existe relación entre lo que intenta neutralizar y el suceso o las medidas resultan claramente exageradas?

7.- ¿Alguna vez el niño ha reconocido que las obsesiones y compulsiones resultan excesivas o absurdas?

8.- ¿Las obsesiones y compulsiones producen sufrimiento y pérdida de tiempo en el niño (>1 hora) ó interfieren marcadamente en sus actividades escolares, familiares o sociales?

Especificar: Con poca conciencia de enfermedad (insight)

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

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

1.- ¿El niño ha estado expuesto a un acontecimiento traumático como muertes, asaltos, heridos, accidentes, violaciones, etc. y en respuesta su conducta se ha alterado de modo que lo han visto enojado, inquieto, desesperado, asustado, y sin esperanzas?

- 2.- ¿El niño persistentemente re experimenta el acontecimiento traumático a través de...
- 3.29 ...recuerdos recurrentes e intrusivos que producen mucho miedo, o a veces en sus juegos introduce aspectos del suceso?
 - 3.30 ...sueños o pesadillas terroríficas recurrentes?
 - 3.31 ...experimentar la sensación nuevamente, como volverla a vivir?
 - 3.32 ...lugares, situaciones, objetos que le recuerden y hagan sentir muy asustado y/o tiemble, sude, se maree, le falte el aire, no pueda hablar, palidezca, tenga náusea, etc.?

3.- ¿Persistentemente evita cualquier cosa que se lo recuerde, y lo ha notado como enlentecido, sacado de onda ó atarantado, se da cuenta porque... (<3)

- 3.33 ...hace esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones?
- 3.34 ...hace esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas?
- 3.35 ...no se puede acordar de aspectos importantes del trauma?
- 3.36 ...ya no participa en sus actividades, ni le importa lo que antes le gustaba?
- 3.37 ...lo siente como desconectado, despegado, distanciado de los demás?
- 3.38 ...ya no es cariñoso, se ha vuelto frío, seco, como incapaz de querer?
- 3.39 ...el niño siente que lo que le espera en el futuro es muy feo, triste y desagradable?

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

- 3.40 ...tiene problemas para iniciar o mantener su sueño (se despierta en la noche)?
- 3.41 ...anda irritable y con ataques de ira?
- 3.42 ...le cuesta trabajo concentrarte?
- 3.43 ...esta muy atento de lo que sucede a su alrededor, desconfía, vigila todo y a todos?
- 3.44 ...con cualquier cosa se sobresalta o se asusta?

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

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

Especificar:

Agudo : si los síntomas duran menos de tres meses.

Crónico : si los síntomas duran tres meses o más.

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

TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA.

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

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

TRASTORNOS SOMATOMORFOS:

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

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN.

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

- 1.- ¿Desde hace varios años se queja de síntomas físicos que han necesitado atención médica y han alterado su desempeño en casa, escuela con amigos o familia?

2.- ¿Además ha presentado síntomas...

2.a. ...de dolor en 4 zonas o funciones del cuerpo, pej: cabeza, abdomen, al orinar etc.?

2.b. ...gastrointestinales (>2) no dolorosos, pej: náusea, distensión, vómito, diarrea, etc.?

2.c. ...pseudoneurológicos (1), pej: incoordinación, debilidad, parálisis, desequilibrio, etc.?

3.- ¿Después de un estudio médico adecuado los síntomas descritos no pueden explicarse?

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

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

TRASTORNO DE CONVERSIÓN.

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

1.- ¿Ha presentado uno o más síntomas de los mencionados, que sugieran una enfermedad médica o neurológica?

2.- ¿Los síntomas están muy relacionados a conflictos o situaciones estresantes, incluso se podría decir que son predecibles por estos?

3.- ¿El síntoma no es producido voluntaria e intencionalmente, ni tampoco simulado?

4.- ¿Después de la evaluación y estudio médico no se ha encontrado enfermedad que lo explique?

5.- ¿Los síntomas le han causado problemas en la escuela, su casa o con sus amigos?

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

Especificar :

Con síntomas o déficit motor

Con crisis y convulsiones.

Con síntomas o déficit sensorial

De presentación mixta.

TRASTORNO POR DOLOR.

SALTO: ¿Su hijo ha padecido de dolor, localizado en una o varias partes del cuerpo, que haya sido tan intenso que fue necesaria la atención médica, por el gran malestar que producía altero el desempeño del niño, sin embargo los factores psicológicos

(conflictos, problemas familiares) lo modifican o inician, y el dolor no es simulado ni producido intencionadamente?.

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

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

Especificar tipo:

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos.

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

Para ambos tipos especificar:

Agudo: duración menor a 6 meses.

Crónico: duración igual o mayor a 6 meses.

HIPOCONDRIA.

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

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

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

- 4.- ¿Estos temores le han causado problemas en la escuela, casa o con sus amigos?
- 5.- ¿El problema lleva 6 meses o más?

Nota: No se explica por otro trastorno mental.

Especificar: Con poca conciencia de enfermedad.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL.

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

- 1.- ¿Se preocupa excesivamente, por algún defecto que tiene o imagina en su aspecto?
- 2.- ¿La preocupación le ha generado problemas en la escuela, casa o con sus amigos?

Nota: Descartar cualquier otro trastorno mental.

TRASTORNOS DEL SUEÑO PRIMARIOS:

DISOMNIAS.

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

INSOMNIO PRIMARIO

- 1.- ¿Durante más de un mes, el niño ha tenido dificultades para iniciar-mantener el sueño ó despierta cansado (sueño no reparador)?
- 2.- ¿La alteración del sueño, ó el cansancio relacionado afectan el desempeño del niño en la escuela, la casa, juegos u otras actividades?

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

HIPERSOMNIA PRIMARIA.

- 1.- ¿Desde hace 1 mes, el niño, presenta somnolencia excesiva (o menos de un mes si es recurrente) demostrable por episodios prolongados de sueño nocturno, ó episodios de sueño diurno que suceden casi diario?
- 2.- ¿La excesiva somnolencia afecta el desempeño del niño en la escuela, la casa, juegos u otras actividades?
- 3.- ¿La somnolencia no es el resultado de insomnio o de una cantidad inadecuada de sueño?

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

Especificar

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

NARCOLEPSIA.

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

al empezar- terminar los ataques de sueño ha tenido alucinaciones (como soñar despierto) y se queda rígido, tieso, como paralizado?

Nota: Descartar enfermedad médica o efectos secundarios de fármacos.

TRASTORNO DEL SUEÑO RELACIONADO CON LA RESPIRACIÓN.

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

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

TRASTORNO DEL RITMO CIRCADIANO.

1.- ¿De manera frecuente o por periodos, el niño presenta una pauta de sueño alterada debido a falta de sincronización (acuerdo) entre su ciclo sueño-vigilia (reloj biológico de sueño) y las exigencias cotidianas de espaciamiento y duración del sueño? (ósea que el ciclo día noche de su hijo no checa con el de los demás)

2.- ¿Esta alteración en el sueño afecta el desempeño del niño en la escuela, la casa, juegos u otras actividades?

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

Especificar subtipo.

Tipo sueño retrasado: Acostarse y levantarse tarde.

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

Tipo cambios de turno de trabajo.

Tipo no especificado.

PARASOMNIAS.

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

PESADILLAS

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

TRASTORNO DEL CONTROL DE IMPULSOS.

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

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE.

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

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

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

CLEPTOMANÍA

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

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

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

PIROMANÍA

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

Nota: Descartar otros motivos u otro trastorno mental.

- 1.- ¿Por lo menos una vez, ha provocado un incendio, intencionada y deliberadamente?
- 2.- ¿Antes de hacerlo lo han visto tenso, ansioso, nervioso, o muy emocionado(excitado)?
- 3.- ¿Todo lo que tiene que ver con fuego e incendios le da curiosidad, interés, le atrae ó fascina?

4.- ¿Se observa satisfecho, como liberado y feliz cuando se inicia el fuego, o cuando lo ve o participa en las consecuencias del incendio?

TRICOTILOMANÍA

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

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

Nota: Descartar otro trastorno mental o enfermedad dermatológica.

TRASTORNOS ADAPTATIVOS.

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

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

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

Especificar:

Crónico: si la alteración dura más de 6 meses

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.

Subtipos: Con estado de ánimo depresivo.
Con ansiedad.

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

ABUSO FISICO, SEXUAL Y NEGLIGENCIA.

- 1.- ¿Sabe usted si alguien ha mostrado las partes sexuales de su cuerpo al niño? ¿A qué edad?
- 2.- ¿Sabe usted si alguien ha tocado las partes sexuales del cuerpo del niño? ¿A qué edad?
- 3.- ¿Alguien ha intentado lastimar o lastimado al niño en sus partes sexuales? ¿A qué edad?
- 4.- ¿Alguien ha intentado ó conseguido violar, penetrar o mantener relaciones con el niño? ¿A qué edad? ¿A quién se lo dijo el niño?
- 6.- ¿Alguno de mayor edad (5 años o más) le ha pegado, pateado o maltratado?
- 7.- ¿Alguien le pega, pateo o maltrata actualmente?

ENTREVISTA PARA PACIENTES.

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN.

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

Tiempo: Algunos síntomas antes de los 7 años.

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

X.- ¿Algunos de los síntomas los has tenido desde antes de los 7 años?

Y.- ¿Los has tenido en la escuela, en la casa y con tus amigos (en más de 2 ambientes)?

Z.- ¿A causa de los síntomas has tenido problemas en la escuela, casa ó con tus amigos?

Nota: Especificar subtipo.

TRASTORNO DISOCIAL.

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

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

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

TRASTORNO DESAFIANTE OPOSICIONISTA.

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

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

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

TRASTORNOS DE INGESTIÓN Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

PICA.

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

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

RUMIACIÓN.

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

Nota: No hay datos de enfermedad

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

TRASTORNO DE INGESTIÓN.

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

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

ANOREXIA NERVIOSA.

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

- 1.- ¿Rechazas mantener el peso que dicen que es normal, o por arriba, según tu talla?
Nota: El peso es menor al 85% del considerado normal. (Debe ser observado y medido).
 - 2.- ¿Aunque peses menos de lo normal y pierdas peso constantemente, aún tienes miedo de ser gorda?
 - 3.- ¿Tus padres y otras personas te han dicho que estás muy delgada, crees que no dicen la verdad, te parece que algunas partes de tu cuerpo están muy gordas y tu autoestima se basa en la figura, incluso no crees que sea peligroso estar tan delgada?
 - 4.- ¿Se ha interrumpido tu menstruación por tres o más veces consecutivas?
- Nota: Especificar subtipo. (¿Qué recursos has utilizado en tu afán por perder peso?)

Restrictivo o compulsivo purgativo.

BULIMIA NERVIOSA.

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

Nota: Especificar subtipo.

- 1.- ¿En relación a otras personas de tu edad, en un corto lapso de tiempo (<2hrs) comes muchísimo (tragas), y tienes la sensación de que no puedes dejar de comer ni

controlar la cantidad o el tipo de comida que ingieres(Atracones): esto te pasa en repetidas ocasiones?

- 2.- ¿Para no aumentar de peso, después del atracón intentas compensar y te provocas vómito, usas laxantes, otros medicamentos o enemas, dejas de comer o haces mucho ejercicio?
- 3.- ¿La frecuencia de los atracones y las conductas compensatorias es por lo menos 2 veces por semana desde hace 3 meses?
- 4.- ¿Tu autoestima depende importantemente de tu peso y figura?

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

TRASTORNO POR TICS.

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

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

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

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

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

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

* Se sugiere pasar a interrogatorio de TOC y TDAH.

A) TOURETTE. *

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

B) TICS MOTORES O VOCALES CRÓNICOS.

- 1.- ¿Has tenido uno o múltiples tics motores ó vocales, pero no ambos?

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

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

C) TICS MOTORES O VOCALES TRANSITORIOS. *

1.- ¿Has tenido uno o múltiples tics motores ó vocales?

2.- ¿Los tics se aparecen varias veces al día, casi todos los días, por más de un mes y menos de un año?

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

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

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN.

SALTO: ¿Te has hecho popó (caca) o pipí (orina) en la ropa, el suelo u otro lugar inadecuado, durante el día o la noche, después de los 4 a 5 años?

Nota: No existe explicación médica ó farmacológica.

A) ENCOPRESIS.

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

1.- ¿En forma repetida evacuas, "te haces popo o caca", accidental o intencionalmente en lugares inapropiados, en tu ropa, en la escuela, en el piso, en el cuarto de tus papas, etc.?

2.- ¿Por lo menos una vez al mes por más de tres meses seguidos?

Nota: Edad cronológica mayor a 4 años, o nivel equivalente de desarrollo.

Especificar subtipo. (con o sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento)

B) ENURESIS.

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

1.- ¿En forma repetida te orinas (haces pipí) en la cama ó en la ropa, accidental o intencionalmente?

2.- ¿Por lo menos 2 veces a la semana por más de tres meses seguidos, o que te sientas mal y te produzca problemas en tu escuela, con amigos o en casa?

Nota: Edad cronológica mayor a 5 años, o nivel equivalente de desarrollo.

Especificar subtipo. (Nocturna, diurna, ó mixta)

TRASTORNO POR ANSIEDAD DE SEPARACIÓN.

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

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

MUTISMO SELECTIVO.

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

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

TRASTORNO DE MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS.

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

- 1.- ¿Realizas estos movimientos en forma automática, repetitiva y sin ninguna utilidad?
- 2.- ¿Esta conducta interfiere en tus actividades normales o te produces lesiones en el cuerpo por las que te hayan llevado al doctor ó te las provocarías sino te detienen?
- 3.- ¿Esta conducta ha permanecido por más de 4 semanas?

Nota: Especificación con o sin conductas autolesivas.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

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

- 1.- ¿Tu ánimo (humor) ha cambiado, te has vuelto enojón, irritable, o te sientes triste y vacío, te ha dado por llorar, y así has estado casi todo el tiempo por más de 15 días?
- 2.- ¿Ya no te gusta lo de antes, como jugar, ir de paseo, ver la tele, ir al cine, etc. incluso sientes que todo te da igual y te aburre, nada te importa?
- 3.- ¿Has subido o bajado de peso, se te ha ido el apetito o al contrario tienes mucho?

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

- 4.- ¿Casi todos los días has tenido problemas para dormir, que te de mucho sueño o se te vaya el sueño durante la noche?
- 5.- ¿Has estado muy lento, “pazguato”, o muy inquieto, tanto que los demás te lo han dicho?
- 6.- ¿Te sientes débil, cansado, sin energía, “ponchado”, “agütado”, “apachurrado”?
- 7.- ¿Sientes que no sirves para nada, que nadie te quiere, ni siquiera tus papás?
- 8.- ¿Te cuesta mucho trabajo decidirte (más que nunca) sientes que piensas muy lento, incluso como confundido, y te cuesta mucho trabajo concentrarte? (pej: tardas más con las tareas.)
- 9.- ¿Te sientes tan mal que preferirías estar muerto, o no haber nacido, incluso has pensado en matarte, o que te maten?
- 10.- ¿En algún momento, por más de una semana, te has sentido diferente, como más alegre, o enojón, con ganas de hacer muchas cosas, te cansas menos que antes o no te cansas, ni tienes necesidad de dormir o no te da sueño y puedes hacer muchas cosas, incluso las que te parecían difíciles o incluso imposibles?
- 11.- ¿Los cambios en tu humor (ánimo) te han ocasionado problemas en la escuela, casa o con tus amigos?

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

DISTIMIA

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

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

- 1.- ¿Por más de 1 año, tu ánimo, humor, la mayor parte del día, casi todos los días, ha cambiado y te has sentido enojón, irritable, que de todo te molesta, triste o desanimado?
- 2.- ¿Al mismo tiempo que te has sentido así, tienes...
 - 3.1 ...aumento o disminución de tu apetito?
 - 3.2 ...aumento o disminución en tu sueño?

- 3.3 ...cansancio, pérdida de energía, fatiga?
 - 3.4 ...poca autoestima, te sientes que nadie te quiere por chocante o desagradable?
 - 3.5 ...dificultades para resolver tus problemas, concentrarte y decidir?
 - 3.6 ...la sensación de que nunca te vas a sentir bien y todo va a empeorar?
- 3.- ¿Durante este tiempo nunca te has sentido libre de las molestias por más de 2 meses?
- 4.- ¿Las molestias te han producido problemas en tu casa, escuela, con tu familia o amigos?

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

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

TRASTORNO BIPOLAR. (episodio maníaco)

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

- 1.- ¿ Por más de una semana, de manera persistente te has sentido más alegre, como que eres mejor que todos y eres capaz de hacer cosas que nadie más puede?
- 2.- ¿Además de sentirte muy animado, desbordado ó irritable has ...(>3 ó 4 si esta irritable)
 - ...sentido ser el mejor de todos, ser único y grandioso, portentoso, lo máximo?
 - ...tenido poca necesidad de dormir, descansas perfectamente durmiendo solo 3-4 hrs.?
 - ...notado estar mucho más platicador?
 - ...tenido la sensación de que tus ideas van más rápido, ó que te vienen muchas ideas al mismo tiempo que ni siquiera termina una cuando ya empezó la otra?
 - ...notado que te distraes con cualquier cosa?
 - ...tenido un aumento intencionado de tu nivel de actividad escolar, social, etc. ó has estado inquieto, agitado, que todo el tiempo te estés moviendo?

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

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

TRASTORNOS DE ANGUSTIA.

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

A) CRISIS DE ANGUSTIA. (Panic attack)

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

B) AGORAFOBIA.

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

Nota: Codificar con o sin trastorno de angustia.

TRASTORNO DE ANGUSTIA (Panic disorder).

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

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

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

Nota: Presencia o ausencia de agorafobia. (ver sección específica)

AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA.

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

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

FOBIA ESPECÍFICA.

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

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

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

1.- ¿El temor que sientes es excesivo, persistente y marcado, y se presenta ante la presencia o la anticipación de la situación u objeto específico?

2.- ¿Cuándo te enfrentas al temor, inmediatamente te pones nervioso (ansioso, desesperado) como una crisis de angustia o te pones a llorar, haces berrinche, te inhibes o abrazas a alguien?

3.- ¿Consideras que tu miedo es excesivo y/o absurdo? NOTA: Puede faltar en los niños.

4.- ¿Evitas las situaciones fóbicas, ó las soportas a costa de una intensa ansiedad o malestar?

5.- ¿Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocado por las situaciones temidas interfiere importantemente con tu rutina en la escuela, casa, con amigos o te hace sentir muy mal?

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

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

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

FOBIA SOCIAL.

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

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

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

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

3.- ¿Consideras que tu miedo es excesivo y/o absurdo? **NOTA:** Puede faltar en los niños.

4.- ¿Evitas las situaciones fóbicas, ó las soportas a costa de una intensa ansiedad o malestar?

5.- ¿Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocado por las situaciones temidas interfiere importantemente con tu rutina en la escuela, casa, con amigos o te hace sentir muy mal?

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

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

Especificar si es o no generalizada.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

SALTO:

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

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

- 1.- ¿Aunque no quieres te vienen pensamientos, imágenes, o impulsos (que se repiten y persisten) que te hacen sentir ansioso, incómodo o molesto y te producen "nerviosismo", porque los consideras raros, ó extraños?
- 2.- ¿Estos pensamientos, impulsos ó imágenes son simples preocupaciones (la escuela, la casa, tus amigos) como las que todos podemos tener?
- 3.- Los pensamientos, impulsos ó imágenes ¿Has intentado no hacerles caso, quitarlos o neutralizarlos por medio de otros pensamientos o actos (compulsiones)? Pej: Rezar para evitar que algo malo pase ó lavarte las manos para disminuir el miedo de estar contaminado
- 4.- ¿Tú crees que estos pensamientos, impulsos o imágenes que te incomodan son producto de tu cabeza (mente)?
- 5.- ¿Tienes conductas repetitivas que no puedes evitar hacer según algunas reglas que tu mismo creaste, ó en respuesta a un pensamiento, imagen, impulso obsesivo (las repites de tal manera porque te sientes obligado a hacerlo)? Pej: Lavarte repetidamente las manos, dejar siempre todo muy ordenado, rezar o estar contando las cosas, o al caminar siempre pisando o no las líneas, salir y entrar varias veces de tu cuarto?
- 6.- ¿El motivo de tus conductas (ó actos mentales) es evitar ó hacer menos fuerte las molestias de una imagen, pensamiento o impulso obsesivo, ó de alguna cosa

negativa que pudiera pasar? Nota: Determinar si existe o falta de relación entre lo que intenta neutralizar y el suceso, o si las medidas adoptadas son claramente exageradas.

- 7.- ¿Alguna vez has pensado que estas obsesiones y compulsiones son exageradas ó “locas”?
- 8.- ¿Estas ideas o conductas te hacen sentir mal, nervioso (angustiado), te ocupan más de una hora al día, y han provocado problemas con tus actividades en la escuela, casa o con tus amigos?

Especificar: Con poca conciencia de enfermedad (insight)

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

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

- 1.- ¿Has visto, escuchado, ó sentido un acontecimiento horrible y muy impresionante para cualquiera (trauma) como muertes, asaltos, violaciones, heridos, amenazas y has respondido con enojo, inquietud, desesperación, no saber que hacer, miedo, horror, desilusión, desencanto?
- 2.- ¿Continuamente vuelves a ver, escuchar o sentir el trauma por...
 - 3.7 ...recuerdos repetitivos que te hacen sentir mal, que incluso incluyes en tus juegos?
 - 3.8 ...sueños o pesadillas terroríficas repetitivas?
 - 3.9 ...la sensación de estarlo reviviendo, como si estuviera pasando otra vez?
 - 3.10 ...cosas (películas, lugares) que te lo recuerden y te hagan sentir muy asustado y/o tiembles, sudas, te falte el aire, no puedas hablar, te pongas pálido, mareos ó ascos?
- 3.- ¿Constantemente evitas cualquier cosa que te lo recuerde, y te sientes como enlentecido, sacado de onda ó atarantado, te das cuenta porque... (<3)
 - 3.11 ...haces esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones?

- 3.12 ...haces esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas?
 - 3.13 ...no te puedes acordar de cosas importantes del trauma?
 - 3.14 ...ya no participas en tus actividades, ni te importa lo que antes te gustaba?
 - 3.15 ...te sientes como desconectado, despegado, distanciado de los demás?
 - 3.16 ...ya no eres cariñoso, te has vuelto frío, seco, como incapaz de querer?
 - 3.17 ...sientes que lo que te espera en el futuro es muy feo y triste, desagradable?
- 4.- ¿Has estado muy pendiente y alerta, como más acelerado, y te has dado cuenta porque...(>2)
- 3.18 ...tienes problemas para iniciar o mantener tu sueño (te despiertas en la noche)?
 - 3.19 ...te enojas muy fácilmente y explotas?
 - 3.20 ...te cuesta trabajo concentrarte?
 - 3.21 ...estas muy atento de lo que sucede a tu alrededor vigilas todo y a todos?
 - 3.22 ...te sobresaltas muy fácil, brincas por todo, como asustadizo?
- 5.- ¿Las alteraciones te han durado más de un mes?
- 6.- ¿Las alteraciones te han dado problemas en tu casa, escuela, con tus familiares y/o amigos?

Especificar:

Agudo : si los síntomas duran menos de tres meses.

Crónico : si los síntomas duran tres meses o más.

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

TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA.

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

- 1.- ¿ Durante más de 6 meses te has sentido excesivamente nervioso y preocupado por un montón de cosas, de tu casa, escuela, amigos, etc.?
- 2.- ¿ Para ti es difícil controlarte de tus preocupaciones (dejar de ser preocupón), aunque quieras evitarlas no puedes?
- 3.- ¿Además de este nerviosismo y preocupación, has tenido una de las siguientes molestias...
 - ...inquietud, desesperación o impaciencia
 - ...cansancio fácil (luego luego te cansas)

...dificultades para concentrarte, y poner tu "mente en blanco"

...te enojas por todo, eres irritable

...estar tenso de los músculos (sientes tus músculos duros y te duele el cuerpo)

...te cuesta trabajo empezar a dormir, o te despiertas en la noche y en la mañana te sientes cansado, como si no hubieras dormido nada.

4.- ¿El ser así de preocupón te hace sentir mal y te ha causado problemas en la escuela, tu casa o con tus amigos?

TRASTORNOS SOMATOMORFOS.

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

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN.

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

1.- ¿Desde hace varios años te quejas de síntomas físicos (dolores, náuseas, vómito, debilidad, etc.) por lo que seguido te llevan al doctor, y te han causado problemas en tu casa, escuela con tus familiares o amigos?

2.- ¿Has tenido...

2.a. ...dolores por lo menos en 4 partes del cuerpo, pej: cabeza, abdomen, espalda, etc.?

2.b. ...molestias en tus tripas, como que se te hinche la panza, náuseas, vómito, diarrea?

2.c. ... debilidad, parálisis, nudo de garganta, que se te vaya la voz, que no sientas, que no puedas orinar, que veas doble, o te quedes ciego, sordo, o hayas convulsionado?

3.- ¿Después de ir al doctor te han dicho que son tus nervios, que no tienes nada?

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

4.- ¿Tu voluntaria o intencionalmente te has producido las molestias de que hablamos?

TRASTORNO DE CONVERSIÓN.

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

ESTADO

DE LA

1.- ¿Has presentado uno o más de los síntomas que mencione, que han hecho pensar a tus papás u otras personas que puedas tener una enfermedad?

2.- ¿Es frecuente que te den estos síntomas cuando hay problemas en tu casa, escuela, etc.?

3.- ¿Tu te produces estos síntomas a propósito o los finges?

4.- ¿Después de llevarte al doctor y hacerte estudios te han dicho que no tienes nada, que es psicológico?

5.- ¿Los síntomas te han causado problemas en la escuela, su casa o con sus amigos?

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

Especificar :

Con síntomas o déficit motor

Con crisis y convulsiones.

Con síntomas o déficit sensorial

De presentación mixta.

TRASTORNO POR DOLOR.

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

1.- ¿Has sufrido de fuertes dolores que han hecho que te lleven al doctor?

2.- ¿El dolor te ha causado problemas en la escuela, casa o con tus amigos?

3.- ¿Has notado que ese dolor empieza o empeora después de algún problema en tu casa, en la escuela o con tus amigos/familiares?

4.- ¿El dolor lo finges, inventas, o produces a propósito?

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

Especificar tipo:

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos.

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

Para ambos tipos especificar:

Agudo: duración menor a 6 meses.

Crónico: duración igual o mayor a 6 meses.

HIPOCONDRIA.

SALTO: ¿Por más de 6 meses has estado preocupado por tu salud y con miedo de estar enfermo de algo grave, incluso estas convencido de esto porque tienes algunos síntomas, y a pesar de que te han revisado y explicado que no pasa nada, tu no les

puedes creer; tus temores te hacen sentir mal, y te han dado problemas en casa, escuela, con familiares y amigos?

1.- ¿Tienes preocupación y miedo a padecer alguna enfermedad grave, ó incluso estas convencido de tenerla por algunos síntomas que sientes?

2.- ¿A pesar de que te han revisado y explicado los doctores que no tienes nada, tu miedo continua?

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

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

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

5.- ¿El problema lleva 6 meses o más?

Nota: No se explica por otro trastorno mental.

Especificar, con poca conciencia de enfermedad.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL.

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

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

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

Nota: Descartar cualquier otro trastorno mental.

TRASTORNOS DEL SUEÑO PRIMARIOS:

DISOMNIAS.

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

INSOMNIO PRIMARIO.

1.- ¿Durante más de 1 mes, has tenido problemas en la noche para dormir, no tienes sueño, o tardas mucho en dormir, o despiertas cada rato, o te despiertas muy

temprano cuando todos están durmiendo y ya no puedes volver a dormir, ó despiertas cansado, como sino hubieras dormido?

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

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

HIPERSOMNIA PRIMARIA.

- 1.- ¿Desde hace más de un mes, casi diario, (ó menos si es recurrente) te da mucho sueño durante el día, a pesar de que duermas mucho en la noche ó en el día?
- 2.- ¿Este sueño (somnia) que tienes en el día te causa problemas en la escuela, tu casa o con tus amigos?
- 3.- ¿La somnia te da porque no puedes dormir en la noche o porque duermes poco?

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

Especificar

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

NARCOLEPSIA.

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

Nota: Descartar enfermedad médica o efectos secundarios de fármacos.

TRASTORNO DEL SUEÑO RELACIONADO CON LA RESPIRACIÓN.

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

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

TRASTORNO DEL RITMO CIRCADIANO.

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

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

Especificar subtipo.

Tipo sueño retrasado: Acostarse y levantarse tarde.

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

Tipo cambios de turno de trabajo.

Tipo no especificado.

PARASOMNIAS.

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

PESADILLAS

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

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

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

TERRORES NOCTURNOS

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

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

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

SONAMBULISMO

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

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

Nota: Descartar enfermedad médica mental o uso de sustancias.

TRASTORNO DEL CONTROL DE IMPULSOS.

SALTO: ¿De repente te entran muchas ganas de hacer cosas que pueden ser malas para ti o los demás como destruir, agredir, robar, incendiar, apostar, comerte los cabellos, sientes por dentro como un ansía una necesidad antes de hacerlo y después,

sientes como que descansas y te liberas, pero a veces te arrepientes, o sientes culpa o te reclamas y regañas por lo que hiciste?

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE.

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

1.- ¿En varias ocasiones has destruido cosas, te has puesto agresivo y violento porque no te puedes controlar?

2.- ¿La intensidad de tu agresividad es exagerada en relación con lo que paso?

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

CLEPTOMANÍA

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

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

1.- ¿Frecuentemente, te cuesta mucho trabajo evitar robar cosas que ni siquiera te sirven o incluso no son valiosas?

2.- ¿Antes del robo te sientes cada vez más ansioso, tenso, inquieto, nervioso?

3.- ¿Al estar robando te sientes muy bien, como liberado y tranquilo?

4.- ¿Cuándo robas es porque estas enojado o te estas desquitando de alguien, o porque sientes que una voz te lo ordena o que tienes esa misión, como un elegido?

PIROMANÍA

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

1.- ¿Por lo menos una vez, has provocado un incendio, con toda la intención?

2.- ¿Antes de hacerlo te has sentido tenso, ansioso, nervioso, o muy emocionado(excitado)?

3.- ¿Todo lo que tiene que ver con el fuego y los incendios te da curiosidad, te interesa, te atrae ó te fascina?

4.- ¿Te sientes bien, como liberado y feliz cuando se inicia el fuego, o cuando lo ves o participas en las consecuencias del incendio?

Descartar otros motivos u otro trastorno mental.

TRICOTILOMANÍA

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

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

Nota: Descartar otro trastorno mental o enfermedad dermatológica.

TRASTORNOS ADAPTATIVOS.

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

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

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

Especificar:

Crónico: si la alteración dura más de 6 meses

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.

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

ABUSO FISICO, SEXUAL Y NEGLIGENCIA.

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

Especificar definiciones, de partes sexuales:

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

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

Ano es el hoyito por donde hacemos popó.

Las **nalgas**, pompas o glúteos es en lo que nos sentamos las personas.

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