

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGÍA  
MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
"RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

TITULO: EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN  
ADOLESCENTES CON ANTECEDENTE DE  
VIOLACIÓN Y/O ABUSO SEXUAL Y SU ASOCIACIÓN  
CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

T E S I S  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
PSIQUIATRÍA

PRESENTA: Dra. Flora Alma Lenz Ramírez

ASESORES:

Teórico:

Dra. Luciana Ramos Lira.

Metodológico:

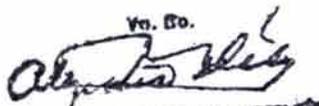
Dr. Héctor Ortega Soto.

Co-asesor:

Dr. Lino Palacios Cruz

MÉXICO D.F.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA  
DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,  
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

Vo. Bo.  
  
DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ

SEPTIEMBRE 2004



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
"RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ"

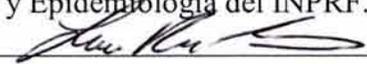
  
SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

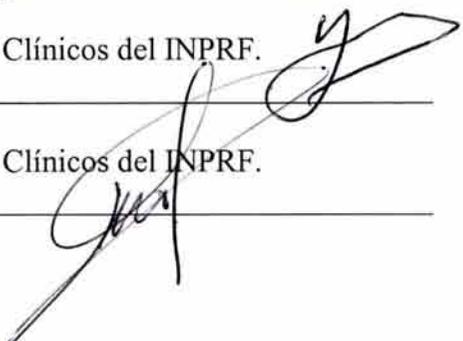
TESIS DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN  
PSIQUIATRÍA (2001-2005):

**EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN ADOLESCENTES**  
**CON ANTECEDENTE DE VIOLACIÓN Y/O ABUSO**  
**SEXUAL Y SU ASOCIACIÓN CON TRASTORNOS**  
**PSIQUIÁTRICOS**

REALIZA: Dra. Flora Alma Lenz Ramírez  
R4 del INPRF.

TUTOR TEÓRICO: Dra. Luciana Ramos Lira.  
Dirección de Sociales y Epidemiología del INPRF.

TUTOR METODOLÓGICO:   
Dr. Héctor Ortega Soto.  
Dirección de Servicios Clínicos del INPRF.

CO-TUTOR:   
Dr. Lino Palacios Cruz.  
Dirección de Servicios Clínicos del INPRF.

## **1 TÍTULO:**

EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN ADOLESCENTES CON ANTECEDENTE DE VIOLACIÓN Y/O ABUSO SEXUAL Y SU ASOCIACIÓN CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

## **2 INTRODUCCIÓN**

La violencia sexual es un problema que puede tener efectos severos en cualquier época de la vida, pero se vuelve especialmente importante cuando la sufren los niños o los adolescentes, ya que en estos estadios, el desarrollo cognitivo y psicosexual aún no está definido, por lo que suele tener un impacto mucho mayor.

En la clínica se observa frecuentemente la confusión que viven las víctimas por lo que les representa el suceso y por la interpretación que le otorgan a las sensaciones y emociones que experimentaron durante el abuso. Asimismo, son notorios los mecanismos de defensa que se elaboran para sobrevivir al abuso, entre éstos, destacan los síntomas disociativos o también llamados experiencias disociativas.

La escasa investigación relacionada con este problema y su alta prevalencia, me llevó a considerar de interés para los clínicos en general y para los que atienden pacientes adolescentes en particular, el conocer la frecuencia y tipo de experiencias disociativas que presentan los adolescentes con antecedentes de violación y/o abuso sexual. Consideré relevante evaluar si dichos síntomas o experiencias disociativas varían dependiendo de la presencia o no de algún trastorno psiquiátrico, poniendo especial énfasis en el trastorno por estrés postraumático.

Actualmente sabemos que son más frecuentes los síntomas o experiencias disociativas en las personas con antecedente de violencia en la infancia (predominantemente de tipo sexual), en los adolescentes y en personas con trastorno por estrés postraumático.

Esta tesis aborda la relación entre esas variables que son mencionadas en la literatura como de mayor frecuencia en experiencias disociativas: un grupo de adolescentes con antecedente de violación y/o abuso sexual asociado a trastornos psiquiátricos en especial con el trastorno por estrés postraumático. Esta tesis constituye el proyecto para obtener el grado de Especialidad Médica en Psiquiatría.

La investigación consistió en la realización de un estudio multicéntrico en la Ciudad de México, con adolescentes con antecedente de violación y/o abuso sexual, evaluando y comparando las experiencias disociativas mediante la Escala de Experiencias Disociativas de Bernstein y Putnam validada en México por Mendoza y Graff-Guerrero. Y asociando dichos resultados de experiencias disociativas con trastornos psiquiátricos y algunas características del abuso sexual.

Este estudio propone que son más frecuentes las experiencias disociativas cuando se reúnen en un mismo individuo las variables de adolescencia, abuso sexual y trastorno por estrés postraumático. Así como evidenciar, en los adolescentes, las repercusiones clínicas del abuso sexual mostrando la elevada frecuencia de trastornos psiquiátricos según el MINI-kid.

### **3 ANTECEDENTES / MARCO TEÓRICO**

Es necesario iniciar este trabajo delimitando definiciones y criterios. Sin esto, sería imposible una comprensión total del mismo, ya que nos encontramos con variedad de sistemas de clasificación diagnósticas y de definiciones conceptuales. Utilizaremos algunas definiciones y criterios del DSM-IV para los trastornos por estrés postraumático y por estrés agudo. En el caso de otras definiciones se especificará referencia.

#### **3.1 ADOLESCENCIA**

La adolescencia viene a representar el puente evolutivo entre la media infancia o latencia y la edad adulta. También marca una discontinuidad en el desarrollo basada en factores biológicos, psicológicos y sociales que separan este período de la infancia y la edad adulta.

Trabajos recientes han tratado de definir la adolescencia como una subcultura distinta con sus propias tradiciones y reglas. Aunque algunos quieren considerar la adolescencia como equivalente de la pubertad, no es fácil justificar tal postura. Sin embargo, el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios es una de las tareas esenciales de la adolescencia. A ello podrían añadirse las adaptaciones psicológicas y sociales que son secundarias a las demandas biológicas internas y externas.

Una definición de adolescencia ha de ajustarse a tres factores: las demandas biológicas, sociales y psicológicas de este período. Biológicamente el término *pubertad* indica haber alcanzado la capacidad para procrear como miembro maduro de una especie. El crecimiento y el desarrollo apropiados de los órganos genitales externos, así como de los ovarios, los testículos y sus productos, el óvulo y el espermatozoide, viables y listos para la fertilización y la formación de un gameto, son esenciales para la supervivencia. La noción de pubertad como una fase en el ciclo vital biológico es más importante desde el punto de vista psicológico, debido a que las características externas (es decir, los caracteres sexuales secundarios) de ambos sexos se convierten en prominentes signos sociales. En las muchachas la pubertad ocurre dos años antes que en los muchachos; los primeros signos son la aparición del desarrollo mamario, seguido del crecimiento del vello púbico y axilar y el logro de un hábito corporal de tipo femenino, con ensanchamiento de las caderas.

En Estados Unidos las muchachas alcanzan la menarquia a una edad media de 12.7 años; el 5% comienza a los 11-11.5 años, el 25% a los 12-12,5 años y el 60% a los 13 años. El 9% de las muchachas normales presentan la menarquia hasta 5 años después de que comience el desarrollo mamario. También comienza un brote de crecimiento de talla a los 11 años, que alcanza su máximo a los 12 y decae a los 14 ó 15. Pronto surge la tarea de adaptación a una nueva morfología corporal, lo que influye en el contenido psicológico y se convierte en un importante rasgo de adaptación social. En los muchachos el brote de crecimiento comienza algo más tarde, a los 12 años, alcanza su máximo en torno a los 14 y empieza a declinar hacia los 16 o 17 años. Simultáneamente el pene y los testículos van adquiriendo el tamaño y la forma adultos. También el vello pubiano y axilar comienza a desarrollarse, al igual que el hábito corporal masculino, y la voz se hace grave.

Organización cognitiva en la adolescencia: Mientras se producen estos cambios corporales tiene lugar el desarrollo intelectual y cognitivo. Piaget (1952) sugirió que la inteligencia operativa lograda a los 7 años de edad es una inteligencia *abstracta* avanzada en la adolescencia. El adolescente se halla entonces preparado para madurar hacia operaciones formales y dejar atrás las operaciones concretas. Por

ejemplo, la muchacha adolescente, en lugar de insinuar a su madre que debería darle permiso para pintarse los labios ya que todas las demás chicas lo hacen, ahora puede argüirle que, dado su grado de madurez demostrado por sus nuevos logros y su edad, debería estar autorizada para tomar decisiones sobre pintarse los labios, del mismo modo que se le permite tomar decisiones de otra índole.

La aparición de un razonamiento sofisticado, donde intervienen el pensamiento causal y el combinatorio, caracteriza la actitud abstracta. Sin embargo, el logro del hito que supone la inteligencia abstracta no ocurre uniformemente a los 14 años de edad, como se presumía. Ciertos datos sugieren que sólo el 10% de los individuos de 14 años y el 35% de los de 16-17 años alcanzan operaciones formales. El 60% de los calificados como adolescentes con talento lo consiguen. Esta última cifra contrasta notablemente con la registrada por término medio en la población adulta, donde lo logran el 25-33%.

Estos procesos en la maduración cognitiva y biológica proporcionan las bases y la materia prima para diversos problemas psicosociales y han dado lugar a múltiples observaciones que han contribuido a formar el concepto de adolescencia.

Determinantes sociales de la adolescencia: Las características susceptibles de discusión son más evidentes ahora que hace dos siglos. Por aquel entonces la educación formal no llegaba a la mayoría de los adultos jóvenes. Con el inicio de la pubertad, que coincidía con la capacidad para trabajar o para independizarse y ganar dinero, también podía comenzar una nueva vida. Lo que ahora se consideran años adolescentes coincidía entonces con la edad del adulto joven, y los jóvenes adoptaban ese espíritu aventurero tan exaltado por la historia popular.

El significado social de la adolescencia no se afianzó hasta que las ganancias económicas vinieron determinadas por los períodos largos de educación y la continuación de la dependencia económica. De hecho, una de las consecuencias de la adolescencia es el conflicto experimentado por organismos biológicamente maduros que todavía dependen de la ayuda familiar, tanto social como psicológicamente. Tal conflicto no parece producirse cuando la educación es financiada por el Estado o por gobiernos socialistas.

La disposición de más tiempo de ocio, la urbanización y las mayores demandas de servicios en comparación con las de trabajos manuales han provocado una necesidad creciente de educación y entrenamiento especializado. Se ha desarrollado una verdadera “adolescencia social” que incluye también componentes psicológicos.

Los psiquiatras deben ocuparse de estos asuntos no sólo por el hecho de tratar adolescentes, sino porque los temas y los conflictos de la adolescencia persisten en la edad adulta.

Al considerar los determinantes sociales de la adolescencia hay que mantenerse al corriente de los cambiantes patrones sociales que afectan a los adolescentes. Por ejemplo, ¿cuáles son los efectos de los cambios que desmembran la familia nuclear y de un porcentaje de divorcios que ha superado el 50%? Directamente relacionado con este último tema se halla el hecho de que en Estados Unidos hay más de 8 millones de familias monoparentales. Además los porcentajes de divorcios alcanzan su máximo inicial en los dos primeros años de matrimonio, pero luego vuelven a incrementarse cuando las familias tienen hijos adolescentes.

Otras fuerzas sociales representadas por la emancipación de la mujer han cambiado los patrones familiares, de modo que ambos progenitores trabajan fuera de casa y las mujeres comienzan o finalizan su educación cuando los niños empiezan a ser capaces de cuidarse por sí solos físicamente, aunque no psicológicamente. Esta última circunstancia modifica la distribución del tiempo de las familias, disponiéndose de menos ocasiones para la intimidad y para intercambios de toda índole.

No hay duda de que la pobreza sigue ejerciendo también un efecto importante. La sociopatía, el abuso de drogas y las complicaciones legales relacionadas con los trastornos psiquiátricos tienen una representación mucho más nutrida en las clases socioeconómicamente inferiores.

Así pues, factores biológicos y sociales convergen para crear la adolescencia. Pero ¿cómo afectan estos factores al desarrollo psicológico de estos niños mayores?

Psicología de la adolescencia: Entre los primeros psicoanalíticos, el mismo Freud describió el tratamiento de un adolescente mayor. Fue durante el tratamiento de este paciente, cuando Freud desarrolló el concepto de la *contratransferencia*. Quizás era lógico que el proceso de desarrollo de un adolescente diera lugar a que el psicoterapeuta en ciernes se preguntara a sí mismo cómo influían sus propios sentimientos sobre sus acciones.

La adolescencia fue en gran parte ignorada por los analistas hasta que Anna Freud describió una rápida oscilación entre excesos y ascetismo durante la adolescencia. Esta autora consideró que los rápidos cambios de conducta y de humor eran secundarios al efecto que ejercen sobre la conducta los impulsos estimulados por la madurez sexual y las hormonas durante la pubertad. La inestabilidad de las defensas recién acentuadas contra los impulsos se consideró como la contribución del Yo a las conductas erráticas manifestadas. Esta visión de la adolescencia como tumulto y tormento dio colorido a la perspectiva de los siguientes investigadores.

El concepto de Erikson (1959) de *tormenta de la adolescencia* y su noción concomitante de *difusión de la identidad* se convirtieron en los hitos de nuestra visión sobre la adolescencia normal. Aunque Erikson advirtió que la difusión era un estado temporal de mala adaptación, señaló también que todos pasamos más o menos por esta fase.

En estudios evolutivos normativos llevados a cabo más tarde mediante la observación directa de los adolescentes se ha constatado menos tormento y alteración de lo que antes se creía. Sólo ahora se aceptan las formulaciones de Offer y Offer (1975), quienes mostraron que la adolescencia es una etapa mucho más tranquila de lo que se venía considerando, ellos sugieren que incluso tras la influencia ambiental ejercida por fuerzas sociales poderosas, como el medio educativo, la exposición precoz y prolongada a los valores de los padres ejerce efectos significativos sobre la adaptación a largo plazo.

Variedades de desarrollo psicológico del adolescente: Los Offer describieron tres vías de desarrollo que denominaron de *crecimiento continuo*, *crecimiento súbito* y *crecimiento tumultuoso*.

En el grupo del *crecimiento continuo* eran menos frecuentes los casos de separaciones importantes, fallecimientos y enfermedades graves. Los padres estimulaban la independencia y los adolescentes mostraban capacidad para lo que se ha descrito como buenas relaciones humanas. Eran capaces de lograr intimidad eriksoniana, exhibir sentimientos de vergüenza y de culpa y tenían escasos problemas de complejidad intrapsíquica importante.

Los del grupo de *crecimiento súbito* eran “flores tardías”, como indica el término. No estaban tan orientados hacia la acción como los del primer grupo y con más frecuencia eran dados a momentos de depresión y ansiedad. A menudo tenían éxito, pero solían ser menos introspectivos y existían más puntos de discrepancia entre ambos progenitores sobre el modo de educar a los hijos.

Finalmente, los pertenecientes al grupo *crecimiento tumultuoso* presentaban actitudes auto-dubitativas recurrentes, conflictos con sus familias y procedían de trasfondos menos estables. Académicamente preferían las artes, las humanidades y las ciencias sociales a las carreras profesionales y de negocios.

Otros estudios también tienden a negar el concepto de que la inestabilidad o tormento sea un factor necesario para el desarrollo del adolescente.

Como estudiosos del desarrollo, los estereotipos culturales empleados son reconocibles. Existen indicios de que la formación de la identidad en ambos sexos es el resultado de algo más que el aprendizaje para ser madres y padres, y que las características del papel ligado al sexo son consecuencia del modo en que actúan los progenitores de un sexo hacia los del sexo opuesto.

Masten y cols. (1995) han señalado que la competencia amorosa y laboral se hace importante en el grupo de 17 a 23 años, además de las dimensiones escolar, social y conductual en los grupos de 8 a 12 años. No es sorprendente que la conducta antisocial interfiera la competencia académica y laboral en la adolescencia.

El estudio longitudinal de Duneden en Nueva Zelanda (1996) mostró que los adolescentes con más capacidad de adaptación tenían menor relación con compañeros delincuentes, un CI más elevado y menos tendencia a la búsqueda de novedades.

Los estudios como los que acabamos de exponer tienden a subrayar el efecto dominante del nivel socioeconómico, de la unidad familiar y de la presunta dotación genética como factores centrales para una adecuada progresión del adolescente.

Temas evolutivos en la adolescencia: Además de los datos presentados, los conocimientos clínicos acumulados a lo largo de tres cuartos de siglo sugieren que los adolescentes deben superar una serie de cuestiones antes de convertirse en adultos. Estas cuestiones pueden agruparse en 8 temas en el proceso del desarrollo: Dependencia frente a independencia. Libertad frente a control intelectualizado. Familia frente a grupo de compañeros. Normalización frente a intimidad. Idealización frente a subvaloración. Identidad, papel y carácter. Sexualidad: identidad, papel y compañero. Masturbación/placer mutuo. Reorganización de defensas (estilo).

## 3.2 DISOCIACIÓN

### 3.2.1 CONCEPTO DE DISOCIACIÓN

Jean Martin Charcot (1890), famoso neurólogo francés, se interesó por los síntomas pseudo-disociativos que experimentaban algunos de sus pacientes con síntomas pseudo-neurológicos poco frecuentes. Descubrió que la hipnosis podía reproducir y anular algunos de los déficit que manifestaban sus pacientes. Charcot creía que incluso un proceso normal como la hipnosis, que podía utilizarse para acceder a contenidos mentales no agregados, era en sí misma una prueba de enfermedad (“un estado nervioso artificial o experimental”). Este autor creía, por ejemplo, que una vez curados, los pacientes con histeria ya no podían volver a ser hipnotizados. Actualmente se sabe que esto no es cierto, ya que muchos individuos “normales” son muy sensibles a la hipnosis.

El médico y psicólogo francés Pierre Janet (1920) fue el primero en realizar una descripción de la disociación como trastorno, la *désagrégation mentale*. El

término *désagrégation* contiene una pequeña matización respecto a la traducción inglesa *dissociation* (disociación), ya que implica la separación de ciertos contenidos mentales que en condiciones normales tienden a estar agregados y ser procesados juntos. Janet (1920) describió la histeria como «una enfermedad de la *síntesis personal*. Consideraba que la disociación era un proceso puramente patológico. Los trastornos disociativos se hubieran seguido estudiando con mayor intensidad durante este siglo de no ser porque los trabajos de Janet y de Charcot se vieron rápidamente eclipsados por el planteamiento psicoanalítico que inició Freud.

Freud aprendió de Charcot la utilización de las técnicas hipnóticas y las aplicó en el tratamiento de algunos de sus primeros casos. En sus primeros escritos con Breuer, Freud inició una exploración de los fenómenos disociativos similar a la que había descrito Janet. Los casos del libro *Estudios sobre histeria*, evidenciaban claros fenómenos disociativos. Breuer y Freud reformularon el papel de la capacidad de disociación mediante el concepto de estados hipnoides, más que el mecanismo de la disociación. En realidad, creían que los síntomas disociativos debían atribuirse a la capacidad de entrar en estados hipnoides, y no a la inversa.

Sin embargo, al tratar de desarrollar una teoría más general de la psicopatología humana, Freud comenzó a estudiar otros tipos de pacientes, como los que presentaban “neurosis obsesiva-compulsiva” (es decir, un trastorno obsesivo-compulsivo) y esquizofrenia. Este cambio en la población estudiada puede explicar la pérdida de interés de Freud por la disociación como mecanismo de defensa y el aumento de su interés por el fenómeno de la represión como un modelo más general de olvido motivado en los procesos inconscientes.

Se ha comentado numerosas veces el hecho de que Freud abandonara la teoría de la seducción en la etiología de las neurosis. Lo que seguramente ocurrió es que abandonó el estudio de los individuos con trastornos psiquiátricos cuyo factor etiológico posiblemente era un trauma.

Hilgard (1977) desarrolló la teoría de la neo-disociación con el fin de revivir el interés por la psicología y la psicopatología janetiana. Postulaba una estructura mental con divisiones horizontales en lugar de verticales, como en el modelo arqueológico de Freud. A diferencia del sistema de Freud, el modelo de Hilgard

permitía el acceso inmediato a la conciencia de uno de los diversos recuerdos alterados. En el modelo del inconsciente dinámico, antes de acceder a la conciencia los recuerdos reprimidos y alojados en el inconsciente deben pasar primero por un proceso de transformación. En el modelo de Hilgard, la amnesia es un mecanismo de mediación crucial que proporciona las barreras que separan un grupo de contenidos mentales de otro. Así, el uso flexible y reversible de la amnesia es un instrumento de defensa clave, mientras que la inversión de la amnesia es un importante instrumento terapéutico.

La represión como modelo general para mantener la información fuera del nivel de conciencia difiere de la disociación de seis maneras importantes:

(1) En la disociación, la organización estructural de los contenidos mentales es horizontal, con subunidades de información separadas pero igualmente accesibles a la conciencia. Por otra parte, se presupone que la información reprimida está almacenada de manera arqueológica, a varios niveles, por lo que no se puede acceder de la misma manera a las diferentes partes.

(2) En la disociación se supone que las subunidades de información están divididas por barreras amnésicas, mientras que el conflicto dinámico, el olvido motivado, es el mecanismo subyacente en la represión.

(3) En la disociación, la información se mantiene fuera de la conciencia durante un período de tiempo concreto y claramente delimitado y normalmente está relacionada con una experiencia traumática, mientras que la información reprimida puede provenir de diversas experiencias, temores o deseos dispersos a lo largo del tiempo. La disociación parece suscitarse sobre todo como una defensa después de episodios de trauma físico, mientras que la represión es una respuesta a los temores y deseos ocultos o a otros conflictos dinámicos.

(4) La información disociada se almacena de forma delimitada y sin transformarse, mientras que la información reprimida normalmente está encubierta y fragmentada. Aunque la información reprimida llegue a la conciencia, su significado está oculto (p. ej., en sueños o lapsus del lenguaje).

(5) La recuperación de la información disociada a menudo es directa. Se emplean técnicas como la hipnosis para acceder a los recuerdos ocultos. Por el contrario, el

descubrimiento de la información reprimida a menudo requiere la repetición de varios ensayos mediante interrogatorios intensos, psicoterapia o psicoanálisis, con su posterior interpretación (es decir, de los sueños).

(6) En la disociación, el objetivo central de la psicoterapia es la integración, mediante el control de acceso a los estados disociados y la elaboración de los recuerdos traumáticos. En la represión, la psicoterapia clásica implica la interpretación, incluyendo la elaboración de la transferencia. Se discute si la disociación es un subtipo de represión o viceversa. Es posible que este tema no pueda resolverse, pero en los últimos años se ha llegado a aclarar que dada la complejidad del procesamiento de la información en los seres humanos, conseguir una integración del sentido de unidad mental es más un logro que un don

#### DIFERENCIAS ENTRE DISOCIACIÓN Y REPRESIÓN

	<b>Disociación</b>	<b>Represión</b>
Organización estructural	Horizontal	Vertical
Barreras	Amnesia	Conflicto dinámico
Etiología	Trauma	Conflicto del desarrollo acerca de deseos inaceptables
Contenidos	Sin transformación: recuerdos traumáticos	Encubiertos, proceso primario: sueños, lapsus
Medios de acceso	Hipnosis	Interpretación
Psicoterapia	Acceso, control y trabajo a través de los recuerdos traumáticos	Interpretación, transferencia

Lo raro no es que se produzcan trastornos disociativos, sino que no se produzcan con mayor frecuencia, dado que el procesamiento de la información requiere varios subsistemas razonablemente autónomos que implican la percepción, el almacenamiento y la recuperación de la memoria, la intención y la acción

### 3.2.2 MEDICIÓN DE LA DISOCIACIÓN

Hasta 1986 no se había desarrollado un instrumento confiable y válido que permitiera la cuantificación de experiencias disociativas. El término de experiencias disociativas se utiliza viendo a los síntomas disociativos como un *continuum disociativo* distinguiendo normal de anormal.

En 1986, Bernstein y Putnam, publican en *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol.174,No.12,p.727-735, un artículo titulado *Development, Reliability, and Validity of Dissociative Scale*. En este artículo ellos publican algunas referencias de intentos por cuantificar las experiencias disociativas, y del como ellos intentan desarrollar un instrumento simple y de fácil aplicación que proporcionará confiabilidad y validez. Es ahí donde muestran la Escala de Experiencias Disociativas (DES), la cual es útil en la investigación de los síntomas disociativos presentes en varios trastornos psiquiátricos y en el tamizaje de pacientes con psicopatología disociativa mayor, así como medición de disociación en población normal y clínica.

La escala DES cuenta con 28 reactivos, de auto-aplicación, dando calificaciones de 0 a 100, siendo 100 el máximo de experiencias disociativas. La consistencia interna de la escala se determinó con un alpha de Cronbach 0.95 y por el método de división en mitades se han encontrado correlaciones que varían de .83 a .93.

En el meta-análisis obtenido de 16 estudios que aplican la escala, el coeficiente de confiabilidad se calculo en 0.93 (Van IJzendoorn and Schuengel, 1996). La consistencia externa a través del tiempo se ha calculado entre .84 a .93 en intervalos de 4-6 semanas (Frischholz et al, 1990). En el estudio realizado por Carlson en 1993, la media de la puntuación total de la DES para los pacientes con Trastornos de Identidad Disociativa fue de 43; con un punto de corte de 30, se encontró que la escala tiene una especificidad de 80 y una sensibilidad de 74 para detectar un Trastorno de Identidad Disociativa.

Desde que se publicó la DES, se ha utilizado en diversos estudios sobre disociación, siendo recientemente (2003) validada en México por la Dra. Yazmín Mendoza-Espinosa y el Dr. Ariel Graff-Guerrero. Encontrándose los resultados de la validación en la tesis de especialidad médica de psiquiatría de la Dra. Jazmín

Mendoza, de la Sede: Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Esta validación también se encuentra en proceso de arbitraje/revisión, en la revista *Journal of Trauma and Dissociation*, en el artículo titulado *The dissociation continuum and its relation to pain complaints in psychiatric mexican population*. Utilizando una muestra de 319 sujetos, con una media de 24.51, una mediana de 20.53, una Desviación Estándar (DS) de 15.66, una confiabilidad de alpha de Cronbach de 0.9385 y una validez con  $df=305$ ;  $p<0.01$ , reportando por grupo diagnóstico:

	Media	Mediana	DS
Adultos normales	17.43	14.28	11.65
Adolescentes	28.05	25	17.28
Trastorno de Ansiedad Generalizada	21.48	16.96	14.08
Trastorno Depresivo Mayor	21.64	20.53	12.61
Fobia Social	25.53	23.21	15.82
Distimia	25.39	23.66	14.49
Trastornos Disociativos No Especificados	34.52	37.5	16.67
Trastorno por Estrés Postraumático	48.21	42.85	24.73

### 3.2.3 MODELOS Y MECANISMOS DE LA DISOCIACIÓN

Disociación y procesamiento de la información: Las teorías modernas basadas en el procesamiento de la información, que incluyen los modelos conectivistas y el procesamiento distribuido de forma paralela, se aproximan a la organización cognitiva de abajo arriba, en lugar de arriba abajo. Los modelos tradicionales destacan una organización jerarquizada en la cual existen amplias categorías de información que estructuran el procesamiento de ejemplos específicos.

En los modelos de procesamiento distribuido en paralelo más aristotélicos, las subunidades o redes neuronales procesan la información a través del cálculo de la coexistencia de la entrada de estímulos. Los patrones de activación de estas redes neuronales permiten el reconocimiento de categorías. Por ejemplo, la categoría “cocina” se construye a partir de la coexistencia frecuente de “utensilios de un tipo

determinado”, más que por ser ella misma la base para reconocer a sus componentes. La señal de salida de una serie de redes se convierte en la de entrada de otra red, por lo cual gradualmente se van construyendo patrones integrados y complejos de activación e inhibición.

Estos modelos de procesamiento de abajo arriba tienen la ventaja de permitir comprender cómo se procesan grandes cantidades de información y la capacidad humana para reconocer patrones a partir de una información aproximada. Sin embargo, estos modelos hacen problemática la clasificación y la integración de la información.

En los modelos de procesamiento distribuido en paralelo es teóricamente probable que se produzcan errores en la integración de los contenidos mentales. En este sentido, se ha tratado de conseguir un modelo psicopatológico basado en los problemas de procesamiento de la información en las redes neuronales como, por ejemplo, en la esquizofrenia y en el trastorno bipolar, así como en los trastornos disociativos.

La idea es que cuando una red tiene problemas para integrar el procesamiento de la información de entrada (un modelo para la entrada de estímulos traumáticos), es más probable que haya problemas para lograr un resultado unificado y equilibrado. Estas redes neuronales tienden a caer en una situación «disociada», moviéndose de una dirección a otra, sin lograr una solución perfectamente equilibrada y, por tanto, son incapaces de procesar de un modo fluido toda la información que reciben.

Estos sistemas de procesamiento de abajo arriba presentan los problemas de una democracia más que los de una monarquía. La dificultad consiste en lograr una unidad de representación y de acción. En estos modelos, la conciencia se contempla como un análogo a la tribuna en una legislatura, donde diversas subunidades compiten por la atención y por la capacidad de transmitir al sistema la información que reciben como un elemento global.

Además, estos modelos de procesamiento de la información actualmente son de gran interés para la psicología cognitiva, y el campo de la investigación moderna de la memoria, como ya se ha mencionado, proporciona otros ejemplos de la disociación estructural de los elementos mentales.

Disociación y sistemas de memoria: Las investigaciones modernas sobre la memoria demuestran que existen dos categorías amplias de la memoria, como mínimo, que se han descrito como explícita e implícita, o episódica y semántica. Estos dos sistemas de memoria tienen funciones distintas.

La *memoria explícita (o episódica)* implica el recuerdo de las experiencias personales que se identifican con uno mismo.

La *memoria implícita (o semántica)*, implica la ejecución de operaciones rutinarias, como montar en bicicleta o escribir a máquina, que pueden realizarse con gran habilidad y escasa conciencia de su ejecución o de los episodios de aprendizaje en los que se basa dicha habilidad.

Además, estos dos tipos de memoria podrían tener diferentes localizaciones anatómicas: el sistema límbico, especialmente la formación hipocámpica, y los cuerpos mamilares para la memoria episódica, y los ganglios basales y la corteza para la memoria de procedimiento (o semántica)

La distinción entre ambos tipos de memoria puede ser importante en determinados fenómenos disociativos. El automatismo que se observa en ciertos trastornos disociativos puede ser un reflejo de la separación de la autoidentificación en ciertos tipos de memoria explícita y la actividad rutinaria en la memoria implícita o semántica. En consecuencia, para nuestro procesamiento mental no es tan extraño poder actuar de un modo automático desprovisto de autoidentificación explícita.

Cuando es necesario recuperar la memoria explícita referente a cómo y cuándo se aprendieron todas las actividades implicadas en una acción, es muy improbable que el hombre sea capaz de funcionar con el mismo grado de eficacia.

Por lo tanto, existe un modelo fundamental en la investigación de la memoria basado en el estudio de la disociación entre la identidad y la ejecución que puede tener su traducción patológica en trastornos tales como la amnesia disociativa, la fuga y el trastorno de la identidad.

#### 3.2.4 DISOCIACIÓN Y TRAUMA

Un importante avance en la comprensión moderna de los trastornos disociativos es la investigación de la relación entre el trauma y la disociación.

El trauma puede ser entendido como la experiencia de verse convertido en un objeto o una cosa, en la víctima de la cólera de alguna persona o de la indiferencia de la naturaleza. Es la experiencia extrema del sentimiento de indefensión y de pérdida del control sobre el propio cuerpo.

Datos clínicos y empíricos demuestran que la disociación se produce sobre todo como defensa ante un suceso traumático, como un intento de mantener el control mental en el preciso instante en que se ha perdido el control físico.

Muchas víctimas de violación comentan que sienten que flotan por encima de sus cuerpos y que presencian con tristeza el ataque a la persona que ven ahí abajo.

Actualmente existen pruebas de que los niños expuestos a traumas múltiples es probable que utilicen mecanismos de defensa disociativos, entre los que destacan los episodios espontáneos de trance y amnesia. Numerosos estudios sugieren una conexión entre una historia de malos tratos y abusos sexuales durante la infancia y el desarrollo de síntomas disociativos.

Asimismo, un número cada vez mayor de datos apunta a la mayor prevalencia de síntomas disociativos en los pacientes con trastornos del Eje II, como el trastorno límite de la personalidad, cuando existen antecedentes de abusos infantiles (Chu and Dill, 1990).

Otro método para examinar la conexión entre la disociación y el trauma es observar la unión existente entre un trauma reciente y los síntomas disociativos.

Si realmente el trauma provoca la disociación, ésta debería observarse en las consecuencias inmediatas de los desastres naturales, las guerras y las agresiones físicas. Los primeros estudios que examinaron las respuestas al trauma aportaron datos sobre los síntomas disociativos, pero estos síntomas a menudo no se valoraron de forma sistemática.

En un artículo clásico sobre los síntomas y el tratamiento de duelo agudo como secuela del incendio de Coconut Grove, Lindemann (1944) observó que los individuos que habían resultado heridos o que habían perdido a seres queridos y que habían actuado como si no hubiera pasado nada o apenas nada, presentaban un pronóstico extremadamente negativo. La ausencia de síntomas postraumáticos en este grupo comparada con la agitación, la disforia y la inquietud que presentaron la mayoría de los supervivientes hizo que Lindemann formulara el proceso normal de la reacción de

duelo aguda. Varios investigadores actuales han observado que el aturdimiento (es decir, la ausencia de respuesta durante el despertar de un trauma) es predictor de un posterior trastorno por estrés postraumático.

Solomon y cols. (1988, 1989) observaron que el aturdimiento psíquico explicaba un 20% de la variancia en la aparición tardía de un trastorno por estrés postraumático entre los soldados israelíes. Asimismo, los estudios sobre rehenes y supervivientes de otras catástrofes indican que más de la mitad experimentaron sensaciones de irrealidad, movimientos automáticos, ausencia de emociones y un sentimiento de desapego. También se hallan con frecuencia síntomas de despersonalización y de hipervigilancia.

Estas experiencias disociativas, y en especial el aturdimiento, se consideran importantes predictores de un trastorno por estrés postraumático. Tras el terremoto de Loma Prieta en 1989, Weiss y cols. (1995) encontraron una elevada correlación entre la disociación peritraumática y un trastorno por estrés postraumático posterior en los equipos de rescate. McFarlane (1992) observó que los niveles elevados de intrusión, medidos 4 meses después del trauma, predecían claramente el desarrollo de este trastorno.

Koopman y cols. (1994) descubrieron que la combinación de síntomas disociativos agudos y de ansiedad era un predictor significativo de trastorno por estrés postraumático a los 7 meses de los incendios de Oakland-Berkeley.

Shalev y cols. (1993, 1996) encontraron que los síntomas de intrusión, valorados mediante la Escala de impacto de sucesos (*Impact of Event Scale*, IES) continuaban elevados en los sujetos con trastorno por estrés postraumático, mientras que disminuían en los individuos que no habían llegado a presentar el trastorno. También observaron que los síntomas de evitación aumentaban exageradamente entre la primera semana y la visita de seguimiento a los 6 meses, mientras que continuaban bajos en los individuos sin este trastorno.

Por tanto, parece que el trauma físico favorece la disociación o la compartimentación de la experiencia, convirtiéndose en la matriz de síntomas postraumáticos posteriores, como la amnesia disociativa tras el episodio traumático.

En realidad, los trastornos disociativos más extremos, como el trastorno de identidad disociativo, han sido conceptualizados como trastornos por estrés

postraumático crónicos. El recuerdo del trauma tiende a producir una situación intermitente de intrusión y de evitación, de forma que las víctimas reviven intensamente el trauma como si volviera a ocurrir, o bien tienen problemas para recordarlo.

### 3.3 TRASTORNOS DERIVADOS DE SITUACIONES TRAUMÁTICAS

Dentro de los trastornos psiquiátricos que se presentan derivados de situaciones traumáticas están la psicosis reactiva breve, el duelo complicado, los trastornos adaptativos, el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático.

En reconocimiento al espectro de los trastornos que surgen tras un estrés grave, el DSM-IV ha añadido el trastorno por estrés agudo dentro de los trastornos de ansiedad. El trastorno por estrés agudo es similar al trastorno por estrés postraumático tanto en relación con el suceso traumático desencadenante como con su sintomatología, pero se autolimita en el tiempo, pudiendo aparecer hasta un mes después del suceso. Más allá de los síntomas *per se* del trastorno por estrés postraumático, ha ido creciendo el interés en torno a la constelación permanente de rasgos que se desarrollan con frecuencia en individuos sometidos a un trauma crónico en la infancia o en la edad adulta.

Algunos investigadores han sugerido que se reconozca la existencia de una entidad separada de síndromes postraumáticos complicados, denominados trastornos por estrés extremo no especificados, que se caractericen por cambios duraderos en la identidad, en las relaciones interpersonales y en el sentido de la vida.

En la CIE-10 se reconocen cambios similares de la personalidad que se clasifican como "cambios de personalidad permanentes tras una experiencia catastrófica". Cada vez se presta más atención al concepto de trastornos del "espectro del trauma", que se producen principalmente a partir de abusos intra-familiares crónicos durante la infancia y que se acompañan de varias manifestaciones, como el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de identidad múltiple.

Aunque el trastorno por estrés agudo está clasificado en el DSM-IV dentro de los trastornos de ansiedad, cabe mencionar que aproximadamente la mitad de los síntomas que presenta son de naturaleza disociativa. Los criterios diagnósticos para este trastorno catalogan como sintomáticos entre una tercera y una cuarta parte de los individuos expuestos a un trauma grave. Estos síntomas son altamente

predictivos del desarrollo posterior de trastorno por estrés postraumático. Asimismo, la intrusión, la evitación y los síntomas de hiperactivación como secuelas inmediatas de violaciones y de traumas de guerra predicen la aparición de este trastorno

Aunque muchos individuos que experimentan un trauma grave al inicio presentan síntomas, la mayoría se recuperará sin llegar a desarrollar un trastorno por estrés postraumático. Muchos estudios demuestran que el 25% o menos de las personas que experimentan un trauma grave presentan síntomas posteriormente.

El trastorno por estrés agudo es de utilidad no sólo para la investigación de los procesos normales y alterados de adaptación al trauma, sino también como un medio para tener la oportunidad de llevar a cabo una intervención preventiva precoz. Es posible que la disociación sea útil en el momento del trauma, pero si la defensa perdura demasiado tiempo, interfiere con la elaboración (en términos de Lindermann, «la elaboración del duelo») necesaria para ver la experiencia traumática en perspectiva y reducir la probabilidad de un trastorno por estrés postraumático u otro tipo de síntomas. Por tanto, la psicoterapia dirigida a que los individuos reconozcan, soporten y vean en perspectiva la experiencia traumática inmediatamente después del trauma resultará de utilidad para reducir la frecuencia de un trastorno por estrés postraumático posterior.

### 3.3.1. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno por estrés postraumático fue introducido por primera vez en el DSM-III, y su inclusión vino forzada en parte por el creciente reconocimiento de estados postraumáticos en los veteranos de la guerra del Vietnam.

Hasta un 30% de las víctimas de grandes desastres experimentan algún síndrome postraumático. En los supervivientes de campos de concentración se han observado secuelas físicas 30 años después.

En un estudio de la ECA en 1991, se observó que la prevalencia a lo largo de la vida para trastorno de estrés postraumático era del 1% (0,5% en los hombres y 1,3% en las mujeres). La naturaleza del acontecimiento traumático desencadenante es distinta en cada sexo. Los traumas que se identificaron en los hombres fueron el combate en guerra y el ser testigo directo de la producción de lesiones o de la

muerte de una persona, mientras que, en las mujeres, más de la mitad de los sucesos traumáticos consistían en amenazas o agresiones físicas. Se observó que una parte importante de la población general presentaba algunos de los síntomas del trastorno por estrés postraumático (aunque en un número inferior al necesario para efectuar su diagnóstico). Se halló una alta comorbilidad con otros trastornos. La comorbilidad más elevada se observó con los trastornos del estado de ánimo y el trastorno obsesivo-compulsivo. Los hombres con un trastorno por estrés postraumático no tenían un riesgo aumentado de sufrir un trastorno de angustia o fobias, mientras que las mujeres presentaban un riesgo de sufrir estos trastornos tres o cuatro veces superior.

En otro importante estudio comunitario aleatorio realizado con adultos jóvenes, la prevalencia a lo largo de la vida era del 9,2%, cifra mucho mayor que la obtenida en el estudio ECA. Como en el estudio ECA, la prevalencia fue mayor en las mujeres (11,3%) que en los hombres (6%). Se halló un alto riesgo de comorbilidad con el trastorno obsesivo-compulsivo, la agorafobia, las crisis de angustia y la depresión. La asociación era más débil con el consumo de drogas o de alcohol.

En el estudio más reciente National Comorbidity Survey, la prevalencia a lo largo de la vida era del 7,8%, mucho mayor que la del estudio ECA, y era más frecuente en las mujeres: los factores estresantes más comunes fueron estar expuesto a un combate en los hombres y la agresión sexual en las mujeres.

Scignar (1984) dividió el curso clínico del trastorno por estrés postraumático en tres estadios:

El estadio I corresponde a la respuesta al acontecimiento traumático. Las personas no susceptibles pueden experimentar un brote adrenérgico de síntomas inmediatamente después del trauma, pero no alargan esta respuesta. Las personas predispuestas parten de un nivel basal de ansiedad más alto y presentan una respuesta exagerada al trauma y una preocupación obsesiva respecto a él después de ocurrido. Si los síntomas persisten más allá de 4-6 semanas, el paciente pasa al estadio II, o trastorno agudo.

En el estadio II, pueden aparecer los sentimientos de indefensión y pérdida de control, los síntomas del aumento de la activación vegetativa, la reexperimentación del trauma y los síntomas somáticos. La vida del paciente se centra en el

acontecimiento traumático, por lo que se producen cambios en el estilo de vida, la personalidad y el funcionamiento social. Puede aparecer evitación fóbica, respuestas de alarma y explosiones de ira.

En el estadio III se desarrolla el trastorno crónico, en el que el paciente se siente incapacitado, desmoralizado y desalentado. Pasa de la preocupación por el acontecimiento traumático a la preocupación por la incapacitación física resultante. En esta fase es frecuente la complicación del trastorno con síntomas somáticos, ansiedad crónica y depresión, al igual que el abuso de sustancias, los problemas en las relaciones familiares y el desempleo. Algunos pacientes se centran en la búsqueda de indemnizaciones y pleitos judiciales.

Diagnóstico: El diagnóstico del trastorno por estrés postraumático no suele ser difícil si hay antecedentes claros de exposición a un suceso traumático, seguido de síntomas de ansiedad intensa que duran por lo menos un mes, aumento de activación y estimulación del sistema nervioso autónomo, falta de reactividad al entorno y evitación o reexperimentación del acontecimiento traumático. A pesar de todo, pueden producirse confusiones diagnósticas cuando se presentan síntomas ansiosos, depresivos, somáticos y conductuales sin que la relación entre un acontecimiento estresante y el inicio de los síntomas esté bien definida.

**Los criterios según el DSM-IV para el diagnóstico son:**

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

**Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

**Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

**Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

**Nota:** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás

(6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

(7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

(1) dificultades para conciliar o mantener el sueño

(2) irritabilidad o ataques de ira

(3) dificultades para concentrarse

(4) hipervigilancia

(5) respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (sint de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar si:*     **Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses

**Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más

*Especificar si:*     **De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

### 3.4 VIOLACIÓN Y ABUSO SEXUAL

Cabe señalar que hay una gran variedad de definiciones de estos temas, las cuales en ocasiones se contradicen. A continuación se presentan definiciones del Código Penal del Distrito Federal y posteriormente las reportadas por algunos investigadores del tema, finalizando este apartado con epidemiología y aspectos clínicos relevantes.

De acuerdo con el Código Penal del Distrito Federal:

- En el Art. 174, se define violación: Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo. Se entiende por cópula, la introducción del pene en el cuerpo humano por vía vaginal, anal o bucal.
- En el Art. 177, se define abuso sexual: Al que sin el propósito de llegar a la cópula ejecute un acto sexual en una persona menor de doce años o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo, o la obligue a observar o ejecutar dicho acto.
- En el Art. 180, se define Estupro: Al que tenga cópula con persona mayor de doce y menor de dieciocho años, obteniendo su consentimiento por medio de cualquier tipo de engaño
- En el Art. 181, se define Incesto: A los hermanos y a los ascendientes o descendientes consanguíneos en línea recta, que con conocimiento de su parentesco tengan cópula entre sí.

Por violación sexual entendemos cualquier hecho que sobrepase los límites corporales y psicológicos de la persona, es una acción forzada en la cual hay o no penetración vaginal, anal u oral del pene o cualquier otro sustituto del mismo, con carencia de consentimiento. (González S.R., 1995).

El abuso sexual se puede definir como aquellos actos en que se involucra actividad sexual inapropiada para la edad de la/el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo "malo" a si mismo, al perpetrador y/o a la familia, estos actos sexuales generan sentimientos de confusión emocional, miedo y en ocasiones placer.

El abuso sexual incluye la desnudez, el mostrar material sexualmente explícito, tocamiento corporal, la masturbación, el sexo oral, genital, exponer a la/el menor a la percepción de actos sexuales entre adultos (Blume S., 1990).

En cuanto al *incesto* se debe tomar en cuenta que lo que se rompe es la liga de la confianza, no la liga de la consanguinidad. Tanto en el incesto como en el abuso sexual se rompe a través del poder, la imposición, la manipulación emocional, el miedo y la credulidad de la víctima en el mundo que le rodea (Bass E., 1983; Haneman M., 1985; Bear E., Dimock P. 1988; Blume S. 1990).

En el capítulo de violencia sexual del *International Planned Parenthood Federation*, se reporta que aproximadamente 20% de los niños serán abusados sexualmente de una u otra forma antes de llegar a la edad adulta. Aproximadamente 61% de las víctimas femeninas de ataque sexual son menores de 18 años. Que una de cada cinco mujeres es atacada sexualmente antes de cumplir los 21 años. Un tercio de ataques sexuales por personas conocidas ocurren cuando la víctima tiene entre 11 y 17 años.

En más del 50% de denuncias de violación en Latino América, las víctimas son menores de edad, y en más del 25% el violador es el padre, padrastro o alguna figura paterna.

En México hay 1 violación entre cada 5 a 15 minutos. El 57.3% de las víctimas de violación tiene entre 5 y 15 años, y 71.8% de los casos, el agresor es un familiar cercano o un conocido.

En el servicio de P.A.I.N.A.V.A.S. del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” se han atendido de 1989 a 2004: 2,354 pacientes, con una proporción de género (mujeres:hombres) 2:1, con periodos donde se iguala o se invierte.

#### FACTORES DE RIESGO PARA LA VIOLENCIA SEXUAL O.M.S. (2002):

Menor de edad o ser joven,  
Consumo de alcohol o drogas,  
Antecedente de abuso o violación sexual,  
Múltiples parejas sexuales,  
Prostitución,  
Nivel educativo  
Pobreza.

#### FACTORES QUE INCREMENTAR EL RIESGO DE QUE COMETAN VIOLACIÓN:

Individuales: Uso de alcohol y drogas, fantasías sexuales violentas, actitudes y creencias que “justifiquen” la violencia sexual, impulsividad y tendencias antisociales, preferencia para sexo impersonal, hostilidad hacia las mujeres, historia de abuso sexual en la infancia, violencia intrafamiliar en la infancia.

De relaciones interpersonales: Asociarse con agresores sexuales y delincuentes, ambiente familiar caracterizado por violencia física y pocos recursos, sistema patriarcal familiar, ambiente familiar sin soporte emocional, honor familiar considerado más importante que la salud y seguridad de la víctima.

Comunitarios: Miseria, mediante formas de pensamiento de crisis de identidad sexual, escasas oportunidades de empleo, escaso soporte institucional de policía o sistema judicial, tolerancia a la violencia sexual, sanciones comunitarias débiles.

Sociales: Normas sociales que soportan la violencia sexual, normas sociales que soportan o dan derecho a la superioridad sexual masculina, leyes débiles para la violencia sexual, leyes débiles para la igualdad de género, altos niveles de crímenes y otras formas de violencia.

## MODELO DE FINKELHOR (1984): *Cuatro precondiciones del abuso sexual infantil.*

### Individuales

- I. Alguien tiene que desear abusar sexualmente de un niño.
- II. Las inhibiciones internas de esta persona contra actuar fuera de este deseo tienen que ser minadas.
- III. Las inhibiciones sociales de esta persona contra actuar fuera de este deseo (e.g., miedo de ser sorprendido y el ser castigado) tienen que ser minadas.
- IV. El supuesto perpetrador tiene que minar o superar la capacidad de su víctima elegida de evitar o de resistir el abuso sexual.

### Social/Cultural

- I. Requerimiento masculino de dominar y ser "poderoso" en la relación sexual. Pornografía infantil, tendencia masculina a sexualizar sus necesidades emocionales. Normas represivas sobre la masturbación y sexo extramarital.
- II. Sanciones legales débiles, ideología patriarcal, pornografía infantil, tolerancia social, inhabilidad masculina para identificarse con las necesidades de los niños
- III. Desigualdad de género, pobre soporte para madres, ideología familiar
- IV. Pobre educación sexual para niños, menor poder social de los niños.

Dentro de la sintomatología psiquiátrica relacionada al abuso sexual se encuentran: Síntomas depresivos, autoestima baja, síntomas ansiosos, consumo de alcohol o sustancias, problemas de conducta (agresividad, aislamiento), rendimiento escolar bajo, alteraciones del sueño y apetito, conductas regresivas o dependientes, somatización.

Acerca de la sintomatología física relacionada al abuso sexual encontramos: Abrasiones o golpes en genitales externos (labio mayor, pene o escroto) y/o en la parte interior de los muslos, distorsión o atenuación del himen, alteraciones en el tono ano-rectal, encopresis y/o enuresis, enfermedades de transmisión sexual o embarazo

En cuanto a la sintomatología sexual relacionado a abuso sexual se reporta: Revictimización, reproducción con otros, Inhibición sexual o conducta sexual promiscua.

Algunos estudios diagnósticos recomendados son pruebas de laboratorio para embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

El tratamiento de la víctima se propone que sea global de tipo farmacológico, psicoterapéutico individual y grupal, fortaleciendo redes de apoyo (familia e institucional).

El tratamiento de la familia no debe omitirse, incluyendo psicoterapia, psicoeducación y redes de apoyo (institucional).

#### TRATAMIENTO (De acuerdo a la edad)

- |             |  |
|-------------|--|
| 18 meses:   | Enseñar los nombres apropiados del cuerpo  |
| 3-5 años:   | Enseñar las partes privadas del cuerpo y decir no a cualquier oferta sexual.<br>Dar respuestas directas a preguntas acerca del sexo. |
| 5-8 años:   | Explicar la inseguridad lejos de casa y la diferencia entre cariño bueno y malo. Platicar de experiencias que le hayan dado miedo    |
| 8-12 años:  | Enseñar seguridad personal.  |
| 12-18 años: | Explicar violación, enfermedades sexuales, embarazo no deseado.  |

### 3.5 RELACIÓN ENTRE DISOCIACIÓN, ADOLESCENCIA, TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y ABUSO SEXUAL

La relación entre la disociación y el trastorno por estrés postraumático es un tema sobre el que ha crecido el interés en los últimos años. El embotamiento emocional que se observa en este trastorno se sitúa dentro del espectro formado por otros procesos disociativos, como la despersonalización, la amnesia y la alteración de la identidad, que se sabe que se producen en respuesta al trauma. Los síntomas disociativos son frecuentes, en varios grados, en los pacientes que sufren un trastorno por estrés postraumático, en particular la amnesia. Estudios previos con la Escala de Experiencias Disociativas reportaron un puntaje más alto en adolescentes que en adultos.

Diferentes estudios han demostrado que los sujetos con un trastorno por estrés postraumático así como los sujetos con historias infantiles de abusos físicos o sexuales poseen ciertos tipos de déficit cognitivos relacionados con la memoria, en especial una afectación de la memoria verbal reciente y una interferencia retroactiva en el recuerdo reciente. Estos déficit funcionales en la memoria verbal se correlacionan con un descenso del volumen hipocámpico derecho en la RM. La tomografía por emisión de positrones en la provocación de síntomas del trastorno por estrés postraumático utilizando la audición de transcripciones de los acontecimientos traumáticos mostró una activación de los sistemas límbico y paralímbico derechos así como del córtex visual.

## 4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adolescentes con antecedentes de violación y/o abuso sexual pueden desarrollar Experiencias Disociativas como mecanismo de defensa ante el suceso experimentado, y este desarrollo puede variar según presenten o no algún trastorno psiquiátrico, específicamente trastornos por estrés postraumático o por estrés agudo, según los criterios del DSM-IV. En vista de la poca información en la literatura nacional e internacional referente a este tema, el presente trabajo pretende aportar algunos resultados al respecto.

## PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de experiencias disociativas que presentan adolescentes con antecedentes de violación y /o abuso sexual?

¿Existen diferencias en la frecuencia de experiencias disociativas en adolescentes con antecedentes de violación y/o abuso sexual comparando un grupo de pacientes que presentan Trastorno por Estrés Postraumático vs. los que no presentan Trastorno por Estrés Postraumático?

¿Existen diferencias en la frecuencia de experiencias disociativas en adolescentes con antecedentes de violación y/o abuso sexual por el tipo de relación con el agresor (con liga de confianza vs sin liga de confianza) y la edad en que ocurrió el suceso la única o primera vez?

## 5 OBJETIVOS

### GENERALES

1. Identificar la frecuencia de experiencias disociativas que se presentan en los adolescentes con antecedente de violación y/o abuso sexual
2. Identificar la presencia y tipo de trastornos psiquiátricos en los adolescentes con antecedente de violación y/o abuso sexual

### ESPECIFICOS

- a. Describir el tipo de violación y/o abuso sexual que sufrieron los sujetos de la muestra con base a las características consideradas (sexo, edad, tipo de violencia sexual, relación con el agresor, etc.)
- b. Identificar la frecuencia en que se presentan experiencias disociativas en los sujetos de la muestra con antecedentes de violación y/o abuso sexual comparando un grupo de pacientes que presentan Trastorno por Estrés Postraumático vs. los que no presentan Trastorno por Estrés Postramático.
- c. Comparar la frecuencia de experiencias disociativas por:
  - Edad en que se experimentó el abuso sexual y/o violación por única o primera vez
  - Relación con el abusador (de confianza o no).
  - Diagnóstico Psiquiátrico

## **6 HIPOTESIS**

La frecuencia de Experiencias Disociativas que presentan adolescentes con antecedentes de violación y/o abuso sexual es mayor que en adolescentes de la población general

La frecuencia de Experiencias Disociativas es mayor en los adolescentes de la muestra con diagnósticos de Trastornos por Estrés Postraumático que en otros diagnósticos psiquiátricos.

La frecuencia de Experiencias Disociativas es mayor en adolescentes que han sido abusados sexualmente o violados por una persona con la que existe un vínculo de confianza

La frecuencia de Experiencias Disociativas es mayor en adolescentes que experimentaron la violación y/o abuso sexual a menor edad por primer o única vez

## **7 METODOLOGÍA**

7.1 TIPO DE ESTUDIO: De campo, Multicéntrico, Retrospectivo, Transversal: Correlacional, No experimental.

7.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN O DISEÑO: Comparación de grupos post-hoc.

### **VARIABLES DESCRIPTIVAS:**

- a. Sexo: Masculino / Femenino (nominal)
- b. Edad actual (intervalar)
- c. Escolaridad (ordinal)
- d. Características de la violencia sexual:

Relación con el agresor (padre, madre, hermano-a, primo-a, tío-a, otro familiar, amigo-a, maestro-a, conocido-a, otro) (nominal)

Número de agresores (intervalar)

### **VARIABLES INDEPENDIENTES:**

- a. Presencia y tipo de trastornos psiquiátricos (nominal)
- b. Relación con el agresor (de confianza o no) (nominal)
- c. Edad en que ocurrió la violación y/o el abuso sexual por primera o única vez (intervalar)

- d. Edad en que finalizó la violación y/o el abuso sexual por primera o única vez (intervalar)
- e. Duración de la violación y/o el abuso sexual por primera o única vez (intervalar)

#### VARIABLES DEPENDIENTES:

Experiencias disociativas (28 reactivos con cinco opciones de respuesta de nunca=0, rara vez=25, algunas veces=50 casi siempre=75 y siempre=100) . Se evalúa con base al puntaje total de la escala dividido entre los 28 reactivos (ordinal)

#### 7.3 FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN:

- *LUGARES DONDE SE RECOLECTARÁ LA MUESTRA:*

- Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente". Clínica de adolescentes
  - Servicio de Psiquiatría Infantil de la Ciudad de México.
  -

- *CRITERIOS DE INCLUSIÓN*

- Sujetos con edad entre 11 a 18 años.
- Sujetos con antecedente de:
  - o Penetración de pene u objeto ya sea vaginal y/o anal
  - o Contacto genital-oral sin consentimiento o por medio de coerción.
  - o Contacto genital (tocamientos) con intención erótica, sin consentimiento o por medio de coerción.
  - o Contacto visual y/o auditivo con material de contenido sexual no acorde con el desarrollo sexual en el que se encuentre el adolescente.
- Sujetos con el antecedente de violación y abuso sexual con las características mencionadas
- Sujetos que acepten incluirse en el estudio y firmen él/ella el consentimiento informado, al igual que su tutor legal.

- *CRITERIOS DE EXCLUSIÓN*

- Sujetos que tengan una edad diferente del rango entre 11 a 18 años.
- Sujetos que tengan diagnóstico de Retraso Mental, un Episodio de Mania o Psicótico al momento de la entrevista.

- Sujetos sin antecedente de:
  - o Penetración de pene u objeto ya sea vaginal y/o anal
  - o Contacto genital-oral sin consentimiento o por medio de coerción.
  - o Contacto genital (tocamientos) con intención erótica, sin consentimiento o por medio de coerción.
  - o Contacto visual y/o auditivo con material de contenido sexual no acorde con el desarrollo sexual en el que se encuentre el adolescente.
- Sujetos que no acepten incluirse en el estudio o que no firmen el consentimiento informado, (el/ella y su tutor legal).

- *INSTRUMENTOS:*

- Cuestionario de caracterización de los abusos sexuales y/o violaciones construido con base a los instrumentos de González Serratos y Ramos (1998)
- Entrevista estructurada: MINI-kid (siempre por el mismo evaluador: Dra. Lenz)
- Escala de Experiencias Disociativas (DES) de Bernstein y Putnam (1986). Validada en México por Mendoza y Graff-Guerrero (2003)

- *COMPONENTE ÉTICO:*

Este protocolo no afecta ni interviene en el tratamiento en consulta externa de la institución sede donde se recolecta la muestra. La identidad del paciente será confidencial. Se adjuntará al expediente los resultados de las evaluaciones, para que el médico o psicólogo tratante informen los resultados y decidan su utilidad en el manejo de su paciente. No hay manejo farmacológico dentro de este protocolo ni se realiza ningún estudio de laboratorio o gabinete. El paciente o su familia no tendrá que utilizar recursos económicos para la realización de esta investigación, excepto lo utilizado para el transporte, para acudir a la entrevista, aunque se intentará que sea el mismo día de su consulta para evitarles gastos extras. En cuanto al tiempo que invertirán, éste será de un aproximado de 2 horas. Se cuenta con un consentimiento informado, el cual explica en que consiste la investigación, tiempo estimado y personas involucradas, aclarando que no se interfiere en el tratamiento o manejo del paciente.

## 8 TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

PROCESAMIENTO DE DATOS:

Por computadora con el programa estadístico SPSS

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones estándar); para probar las hipótesis, dependiendo del nivel de medición de las variables independientes se utiliza la prueba t o el análisis de varianza y correlaciones paramétricas.

## 9 RESULTADOS

### DATOS DESCRIPTIVOS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES CON ANTECEDENTE DE VIOLACIÓN Y/O ABUSO SEXUAL (n=13)

	f	%	Media	Desviación Estándar (DS)
GÉNERO				
Masculino	7	53.8		
Femenino	6	46.2		
EDAD			14.008	1.392
11 años	2	15.4		
13 años	4	30.8		
14 años	2	15.4		
15 años	3	23.1		
16 años	1	7.7		
ESCOLARIDAD				
Primaria Incompleta	1	7.7		
Primaria Completa	2	15.4		
Secundaria Incompleta	8	61.5		
Secundaria Completa	2	15.4		

Como se observa en la tabla 1, la distribución por sexo fue similar. La edad de los adolescentes varió entre 11 años 8 meses a 16 años, con una media de 14.008 (DS 1.392). La escolaridad fue predominantemente secundaria incompleta.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO SEXUAL Y/O VIOLACIÓN EXPERIMENTADO POR LOS ADOLESCENTES (n=13)

	f	%	Media	DS
NUMERO DE AGRESORES			1.54	.88
Un agresor	9	69.2		
Dos agresores	1	7.7		
Tres agresores	3	23.1		
EDAD EN QUE INICIÓ			8.11	3.10
3 años	1	7.7		
6 años	3	23.1		
9 años	2	15.4		
10 años	1	7.7		
11 años	1	7.7		
13 años	1	7.7		
No recuerda	4	30.8		
EDAD EN QUE FINALIZÓ			11.82	1.60
9 años	1	7.7		
10 años	1	7.7		
11 años	3	23.1		
12 años	2	15.4		
13 años	2	15.4		
14 años	2	15.4		
No recuerda	2	15.4		

DURACIÓN				
Una ocasión	2	15.4		
Uno a cinco meses	1	7.7		
Varios años (no especificado)	7	53.8		
3 años	1	7.7		
6 años	1	7.7		
8 años	1	7.7		
RELACIÓN CON EL AGRESOR				
Tío, novio y amigo de la familia	1	7.7		
Padre, Tío y Hermano	1	7.7		
Vecino	1	7.7		
Padre	3	23.1		
Padrastro	2	15.4		
Hermano	3	23.1		
Tío	1	7.7		
Primo	1	7.7		

En la tabla 2 se observa que casi todos los sujetos de la muestra solo refirieron 1 agresor sexual, con una media de 1.54 (DS .88). En cuanto a la edad en que inició el abuso, una gran mayoría no recordaba este dato, de los restantes fueron las edades de 6 y 9 años, la media fue de 8.11 años (DS 3.10). Y sobre la edad en que finalizó el abuso, 2 no recordaron ese dato, de los restantes la mayoría se observó a los 11 años, con una media de 11.82 (DS 1.60). La duración del abuso en la gran mayoría de los pacientes no la tienen clara, por lo cual no se reporta media. La mayor frecuencia de la relación con el agresor se observa en el padre y el hermano, cada uno reportado como “uno” de los agresores en 4 casos, seguido por el tío en 3 casos y padrastro en 2 casos, el resto solo se reportó en 1 caso.

TABLA 3. MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE CADA PREGUNTA DE LA ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS (DES) EN LA MUESTRA.

PREGUNTA	Media	DS
1.- Algunas personas al ir en un vehículo repentinamente se dan cuenta que no recuerdan que ha sucedido la mayor parte del viaje	48.08	25.94
2.- Algunas personas al estar escuchando hablar a alguien repentinamente se dan cuenta que no han escuchado parte o todo lo que se ha dicho	53.85	22.47
3.- Algunas personas tienen la experiencia de estar en un lugar sin tener idea de cómo llegaron ahí	25.00	27.00
4.- Algunas personas tienen la experiencia de estar vestidas con ropa que no recuerdan haberse puesto	15.38	26.10
5.- Algunas personas tienen la experiencia de encontrar entre sus pertenencias objetos que no recuerdan haber comprado	25.00	22.82
6.- Algunas personas tienen la experiencia de encontrar gente que no conocen, que los llama por otro nombre, o insisten que se conocen de antes	28.85	26.70
7.- Algunas personas tienen la experiencia de sentirse como si estuvieran paradas a un lado de ellas mismas o viéndose ellas mismas haciendo algo, como si estuvieran viendo a otra persona	26.92	29.69
8.- Algunas personas dicen que a veces no reconocen a sus amigos o a sus familiares	26.92	21.56
9.- Algunas personas se dan cuenta que no recuerdan algunos eventos importantes de su vida	59.62	42.74
10.- Algunas personas tienen la experiencia de ser acusadas de mentirosas, cuando ellas piensan que no han mentido	53.85	17.22
11.- Algunas personas tienen la experiencia de verse al espejo y no reconocerse	21.15	36.58
12.- Algunas personas tienen la experiencia de sentir que las otras personas, los objetos y el mundo que las rodea no son reales	38.46	34.78
13.- Algunas personas tienen la experiencia de sentir que su cuerpo no les pertenece	15.38	21.74

14.- Algunas personas tienen la experiencia de recordar algún evento del pasado de manera tan vívida que sienten como si lo estuvieran reviviendo	53.85	24.68
15.- Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguros de si las cosas que ellos recuerdan, realmente sucedieron o si las soñaron	55.77	23.17
16.- Algunas personas tienen la experiencia de estar en un lugar conocido pero sienten como si el lugar fuera extraño o no familiar	42.31	37.34
17.- Algunas personas cuando están viendo la televisión llegan a estar tan metidas en el programa que no se dan cuenta de lo que pasa a su alrededor	42.31	32.89
18.- Algunas personas llegan a estar tan involucradas en una fantasía o en "soñar despiertas", que sienten como si su fantasía realmente estuviera sucediendo	21.15	24.68
19.- Algunas personas se dan cuenta que son capaces de ignorar el dolor	42.31	29.55
20.- Algunas personas en ocasiones se dan cuenta que están sentadas con la mirada perdida en el espacio, pensando en nada y sin darse cuenta del paso del tiempo	50.00	30.62
21.- Algunas personas se dan cuenta que cuando están solas se hablan a si mismas en voz alta	51.92	33.01
22.- Algunas personas se dan cuenta que, comparado con otra situación similar, en algunas ocasiones pueden actuar tan diferente, que sienten casi como si fueran dos personas distintas	17.31	21.37
23.- Algunas personas se dan cuenta que en ciertos momentos son capaces de hacer cosas que usualmente serían difíciles para ellos	51.92	23.85
24.- Algunas personas se dan cuenta que no pueden recordar si hicieron algo o únicamente pensaron en hacerlo	42.31	18.78
25.- Algunas personas en ocasiones encuentran escritos, dibujos o notas entre sus pertenencias que ellos debieron haber hecho pero no lo recuerdan	51.92	29.69

26.- Algunas personas se dan cuenta que escuchan voces dentro de su cabeza que les dicen que hacen cosas o comentan sobre cosas que ellos están haciendo	38.46	36.25
27.- Algunas personas sienten como si estuvieran viendo el mundo a través de la niebla por lo que las personas y las cosas les parecen lejanas y borrosas	36.54	36.25
28.- Algunas personas en ocasiones se dan cuenta de haber realizado cosas que no recuerdan haber hecho	63.46	33.25
TOTAL	39.28	15.58

Como se observa en la tabla 3 la pregunta con el puntaje más alto fue la 28 (con una media de 63.46), seguida por la 9 (media de 59.62), la 15 (media de 55.77), la 2, 10 y 14 (media de 53.85), la 21, 23 y 25 (media de 51.92). Las preguntas que menos puntaje tuvieron fueron la 4 y la 13 (con una media de 15.38). En esta muestra se observa que de las 28 preguntas de la DES, 19 preguntas tuvieron una media mayor que 28 puntos (cifra que se obtuvo en adolescentes de la población general), y en los resultados totales se observa una diferencia de más de 10 puntos de la media entre nuestra muestra de adolescentes con antecedente de violación y/o abuso sexual vs la muestra de adolescentes que se entrevistaron en la validación de esta escala (39.28 vs 28.05). Esta comparación se muestra a continuación en la tabla 4.

TABLA 4. COMPARACIÓN ENTRE NUESTRA MUESTRA Y LA MUESTRA OBTENIDA DE LA VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN MÉXICO POR MENDOZA Y GRAFF-GUERRERO

	Media	DS
Adultos normales (población general) n=17	17.43	11.65
Adolescentes n=67	28.05	17.28
Adolescentes con violación y/o abuso sexual (nuestra muestra) n=13	39.28	15.58

TABLA 5. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE CADA UNO DE LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS SEGÚN EL MINI-KID EN ADOLESCENTES CON ANTECEDENTE DE VIOLACIÓN Y/O ABUSO SEXUAL

DIAGNÓSTICOS	f	%
A. Episodio Depresivo Mayor	6	46.2
B. Riesgo Suicida: Pasado /Actual	7 / 2	53.8/15.4
C. Trastorno Distímico	8	61.5
D. Episodio Hipomaniaco	0	0
E. Trastorno de Angustia De por vida/Actual	3 / 3	23.1/23.1
F. Agorafobia	6	46.2
G. Trastorno de Ansiedad de Separación	6	46.2
H. Fobia Social	4	30.8
I. Fobia Específica	8	61.5
J. Trastorno Obsesivo-Compulsivo	0	0
K. Trastorno por Estrés Postraumático	9	69.2
L. Dependencia/ Abuso a alcohol	0 / 2	0 / 15.4
M. Dependencia/ Abuso a otras sustancias	0	0
N. Trastorno por Tics	0	0
O. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	1	7.7
P. Trastorno de la Conducta (Disocial)	6	46.2
Q. Trastorno Negativista-Desafiante	8	61.5
R. Trastorno Psicótico	0	0
S. Anorexia Nervosa	0	0
T. Bulimia Nervosa	3	23.1
U. TAG/Descartado por otro diagnóstico	2 / 9	15.4/69.2
V. Trastorno Adaptativo	N/A	N/A

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada N/A: No Aplica. Se descarta por explicar mejor la sintomatología con otro diagnóstico en todos los casos

Como se observa en la tabla 5 los diagnósticos más frecuentes en esta muestra de adolescentes con antecedente de violación y/o abuso sexual fueron en primer lugar el Trastorno por Estrés Postraumático con 9 casos, seguido por el Trastorno Distímico, Fobia Específica y Trastorno Negativista-Desafiante cada uno con 8 casos. Cabe señalar que 7 sujetos de la muestra tuvieron antecedente de riesgo suicida (ideación o intento) posterior a la violación y/o abuso sexual. Otros diagnósticos que también fueron frecuentes al momento de la entrevista con el MINI-kid fueron Episodio Depresivo Mayor, Agorafobia, Ansiedad de Separación y Trastorno de la Conducta Disocial con 6 casos cada uno, así como Fobia Social con 4 casos, Trastorno de Angustia y Bulimia con 3 casos cada uno; Abuso de alcohol y Trastorno de Ansiedad Generalizada con 2 casos cada uno. Se encontraron 2 casos con riesgo suicida actual los cuales se refirieron al servicio de urgencias de la sede donde son atendidos, para valorar hospitalización.

### **ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE INTERÉS**

TABLA 6. COMPARACIÓN DE PUNTAJE DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN LOS ADOLESCENTES DE LA MUESTRA CON Y SIN TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Presencia de trastornos de estrés postraumático	Media	DS
Sí (n=9)	46.72	12.22
No (n=4)	22.54	5.71

En la tabla 6, con el fin de observar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes con antecedente de abuso sexual con Trastorno de Estrés Postraumático vs. los que no presentaron este tipo de trastorno, se calculó un análisis de varianza de una entrada. Los adolescentes con Trastorno de Estrés Postraumáticos presentaron un puntaje en la Escala de Experiencias Disociativas mucho más elevado que quienes no presentaron el diagnóstico, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $F= 13.76 (11,1)gl p=.003$ ).

TABLA 7. MEDIA Y DS DE PUNTAJE DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN LOS ADOLESCENTES DE LA MUESTRA PARA CADA DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO SEGÚN LA ENTREVISTA MINI-KID

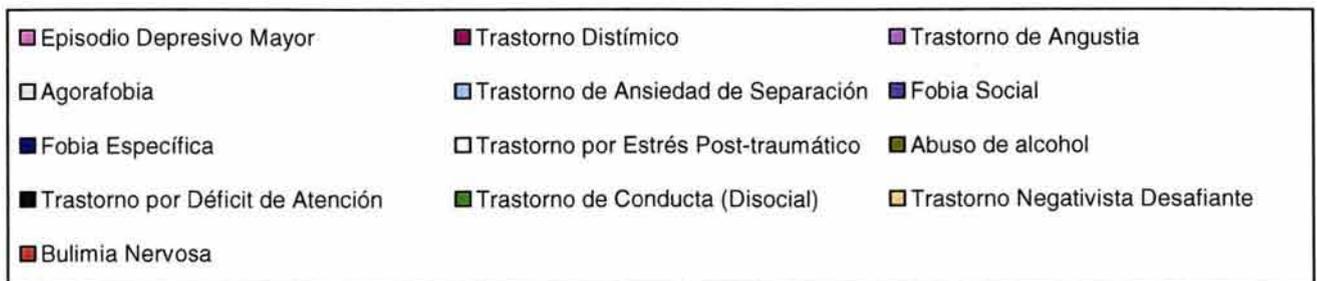
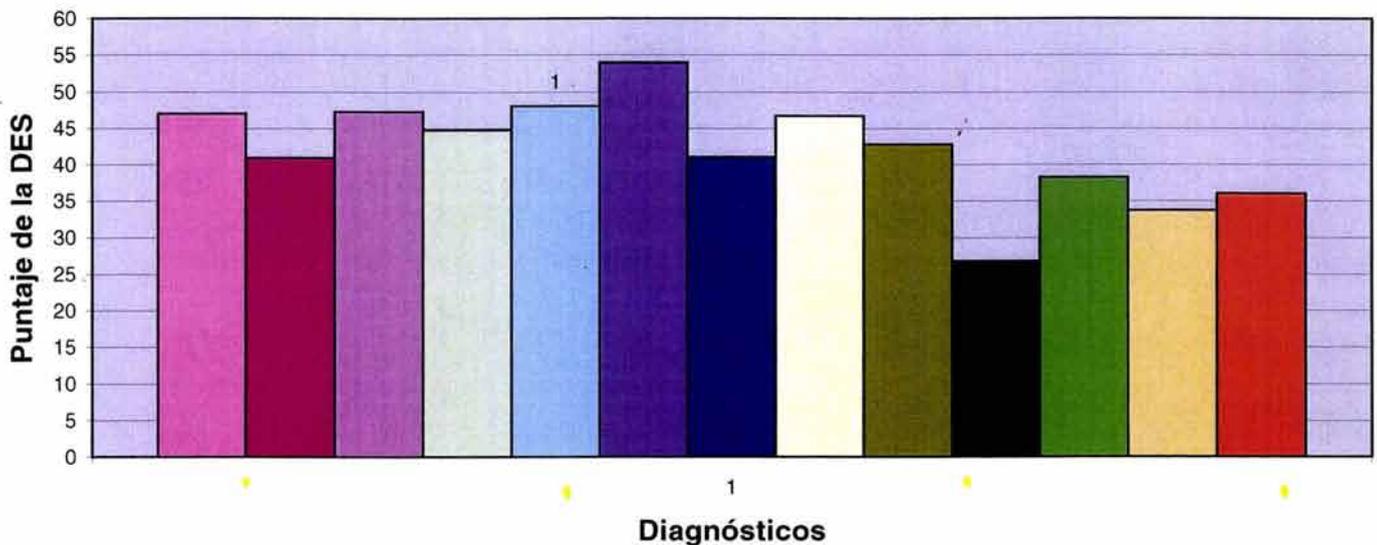
DIAGNÓSTICOS	Media	DS	<i>p</i>
A. Episodio Depresivo Mayor	47.02	14.32	.98
B. Riesgo Suicida: Pasado	43.87	12.51	.301
C. Trastorno Distímico	40.95	14.75	.645
D. Episodio Hipomaniaco	---	---	---
E. Trastorno de Angustia: De por vida/Actual	47.3/35.1	18.6/8.1	.621
F. Agorafobia	44.79	16.45	.255
G. Trastorno de Ansiedad de Separación	48.06	13.7	.055
H. Fobia Social	54.01	10.52	.015
I. Fobia Específica	41.07	17.65	.623
J. Trastorno Obsesivo-Compulsivo	---	---	---
K. Trastorno por Estrés Postraumático	46.72	12.22	.003
L. Dependencia/ Abuso a alcohol	42.85	23.99	.741
M. Dependencia/ Abuso a otras sustancias	---	---	---
N. Trastorno por Tics	---	---	---
O. TDAH	26.78	---	.428
P. Trastorno de la Conducta (Disocial)	38.24	16.25	.834
Q. Trastorno Negativista-Desafiante	33.7	16.3	.104
R. Trastorno Psicótico	---	---	---
S. Anorexia Nervosa	---	---	---
T. Bulimia Nervosa	36.01	17.52	.697
U. TAG/ Descartado por otro diagnóstico	20/46.72	8.2/12.22	.039/.093
V. Trastorno Adaptativo	---	---	---

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención. TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

N/A: No Aplica. Se descarta por explicar mejor la sintomatología con otro diagnóstico en todos los casos

En la tabla 7 con el fin de observar si existían diferencias estadísticamente significativas en la muestra, también se calculó un análisis de varianza de una entrada en relación al puntaje de la DES para cada uno de los diagnósticos psiquiátricos según el MINI-kid vs. el resultado del puntaje de la DES en los que no presentaron ese diagnóstico. Dentro de la muestra algunos diagnósticos no se presentaron por lo cual no se realizó el análisis para esos trastornos.

En esta tabla solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes diagnósticos. En el Trastorno de ansiedad de separación la diferencia fue marginal ( $F= 4.60 (11,1)gl p=.055$ ) pero apunta a que los adolescentes abusados sexualmente que presentan este trastorno tienden a presentar un puntaje más elevado de experiencias disociativas. Los adolescentes con Fobia Social presentaron puntajes más elevados ( $F= 8.31 (11,1)gl p=.015$ )



Como se observa en la gráfica 1, todos las medias del puntaje de la DES para todos los diagnósticos psiquiátricos según el MINI-kid (que se presentaron en la muestra) excepto el Trastorno por Déficit de Atención están por arriba de 28.05 (media del puntaje de la DES para los adolescentes de la población general)

TABLA 8. MEDIA DE PUNTAJES DE LA ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS SEGÚN LA RELACIÓN CON EL AGRESOR.

RELACIÓN CON EL AGRESOR	Media
Tío, novio y amigo de la familia	25.89
Tío	26.78
Hermano	35.71
Vecino	38.39
Padrastro	39.73
Primo	41.07
Padre	44.04
Padre, Tío y Hermano	59.82

Otro aspecto a probar en esta tesis fue la asociación entre las experiencias disociativas y la relación con el agresor, específicamente con y sin liga de confianza. No fue posible realizar las pruebas pertinentes porque de los casos entrevistados solamente uno había sufrido inicialmente abuso sexual por parte de un vecino, mientras que todos los demás fueron abusados por primera vez por alguien en quién confiaban. Sin embargo, en la tabla 8 se presentaron las medias de los puntajes de la escala de experiencias según el tipo de relación con el agresor, habiendo ordenado dichos puntajes de menor a mayor.

En cuanto a la asociación entre experiencias disociativas y edad de inicio del abuso sexual y/o violación, nos encontramos también con algunos problemas para calcular pruebas estadísticas. El tamaño de la muestra fue pequeño, y además hay un alto porcentaje de adolescentes que no recuerdan este dato. Sin embargo, se realizó una correlación de spearman, la cual fue de  $-.218$ , pero no significativa; este dato solamente nos hace suponer que efectivamente a menor edad, mayor puntaje en este tipo de experiencias, pero no podemos decir algo definitivo.

## 10 LIMITACIONES Y DISCUSIÓN DEL ESTUDIO

### LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones para este estudio se encontraron múltiples factores adversos, uno de ellos fue que para la recolección de la muestra, en algunas sedes aún esta en proceso de aceptación el protocolo de tesis, debido a que el tema se considera delicado y aunque no hay intervenciones con fármacos o de índole “invasivo”, el tema requiere aprobación del Comité de Ética además del Comité de Investigación, y estos no se reúnen todos los meses. Cabe señalar que el tema de abuso sexual es un tema del cual muchos investigadores y clínicos evaden o consideran poco relevante, aún presentándose evidencia en la literatura de lo contrario. Otros investigadores o clínicos, por el contrario consideran que no es “justo” para las víctimas de abuso sexual continuar siendo interrogadas sobre lo sucedido, con la fantasía de que con los años “se olvidarán” del evento. Como ya se explicó en el marco teórico es precisamente el silencio o el “olvido” lo que genera mayor sintomatología y riesgo de comorbilidad a corto, mediano y largo plazo.

Es importante señalar que es indispensable que la persona que entreviste a víctimas de violencia sexual tenga capacitación y sensibilidad sobre el tema, es por esto que estoy cursando el “Seminario de Abuso Sexual en la Infancia y Sobrevivencia” que imparten la Dra. Ruth Gonzáles Serratos y la Dra. Luciana Ramos Lira, expertas investigadoras del tema, reconocidas a nivel nacional e internacional.

Dentro de las limitaciones que también se observaron se relacionan con las características de la muestra, ya que por un lado la adolescencia es una etapa con características propias, requiriendo frecuentemente un abordaje clínico diferente del usual con los adultos. Por otro lado, fue necesario crear un ambiente de confianza previo a la aplicación de mis instrumentos de investigación, por lo que primero asistí a varias consultas de estos pacientes en el lugar donde son atendidos o realicé entrevistas para crear un *raport* adecuado antes de la aplicación del cuestionario referente al abuso sexual. Para estas circunstancias se requirió tiempo extra del planeado inicialmente para la realización de la tesis. En algunos casos no fue posible dar varias entrevistas previas a la aplicación de los instrumentos debido a que se cumplió la fecha de entrega de la tesis, lo que se reflejó en la información

proporcionada por los adolescentes observándose mayor frecuencia de respuestas “no recuerdo”. Además las características propias del tema de disociación generan limitantes por no recordar datos importantes para este estudio.

Otra limitación fue que la Escala de Experiencias Disociativas esta creada para adultos y no para niños o adolescentes, por lo cual fue necesario quitar algunos ejemplos que están incluidos en las preguntas de la escala tales como eventos de vida como graduación o boda. Cabe señalar que a todos los adolescentes se les leyó la prueba y no se manejó de manera auto-aplicable, ya que la mayoría se mostraban ansiosos, con dificultad en enfocar la atención o extremadamente indiferentes, constatando que de esta manera las preguntas eran contestadas con información veraz y que eran comprendidas claramente.

Una de las principales limitaciones fue que el número de sujetos es muy pequeño por lo que se dificultó realizar algunas pruebas estadísticas. La distribución de variables de interés como la relación con el agresor y la edad de inicio dificulta los análisis estadísticos. Se requiere que en la relación con el agresor se entrevisten más adolescentes con abusos sexuales por parte de personas sin una liga de confianza; y en la edad de inicio, una barrera que se requiere superar es el hecho de que no se recuerde con claridad cuándo inició el abuso en algunos casos; en otros, existió cierta reticencia a reportar datos sobre el abuso, lo que requiere entrevistas sucesivas.

## **DISCUSIÓN**

Aunque la muestra fue de solo 13 sujetos se confirmó la hipótesis sobre: *La frecuencia de Experiencias Disociativas que presentan adolescentes con antecedentes de violación y/o abuso sexual es mayor que en adolescentes de la población general*, tomando en cuenta que se observa que de la DES en los resultados totales hay una diferencia de más de 10 puntos de la media entre nuestra muestra de adolescentes con antecedente de violación y/o abuso sexual vs la muestra de adolescentes que se entrevistaron en la validación de esta escala (39.28 vs 28.05), siendo este resultado estadísticamente significativo.

Otra hipótesis que se confirmó era que *La frecuencia de Experiencias Disociativas es mayor en los adolescentes de la muestra con diagnósticos de Trastornos por Estrés Postraumático que en otros diagnósticos psiquiátricos*, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $F= 13.76 (11,1)gl p=.003$ ). Otros diagnósticos que también presentaron puntajes altos en la DES son el Trastorno de ansiedad de separación con una diferencia marginal ( $F= 4.60 (11,1)gl p=.055$ ) y Fobia Social ( $F= 8.31 (11,1)gl p=.015$ ).

Además de que se encontró que el Trastorno por Estrés Postraumático fue el diagnóstico psiquiátrico más frecuentemente encontrado en esta muestra, seguido por el Trastorno Distímico, Fobia Específica y Trastorno Negativista-Desafiante. Otro dato que se encontró y que se compara con datos ya reportados en la literatura nacional e internacional relacionada a adolescentes con antecedente de violación o abuso sexual, es la ideación o intento suicida, encontrándose que 7 sujetos de la muestra tuvieron antecedente de riesgo suicida (ideación o intento) posterior a la violación y/o abuso sexual. Otros diagnósticos que también fueron frecuentes al momento de la entrevista con el MINI-kid fueron Episodio Depresivo Mayor, Agorafobia, Ansiedad de Separación y Trastorno de la Conducta Disocial, así como Fobia Social, Trastorno de Angustia y Bulimia. En cuanto al Abuso de alcohol u otras sustancias se encontró una frecuencia baja en nuestra muestra, diferente de lo esperado por reportes de estudios internacionales con sobrevivientes a agresión sexual, quizá por la edad de la muestra la cual ha sido poco estudiada en nuestro país y que en otros países las características socioculturales difieren del nuestro, lo cual podría explicar esta diferencia.

Otra de las hipótesis de este estudio es que *La frecuencia de Experiencias Disociativas es mayor en adolescentes que han sido abusados sexualmente o violados por una persona con la que existe un vínculo de confianza*, lo cual como ya se explicó en las limitaciones de este estudio, no se pudo comprobar, probablemente por el número reducido de la muestra que en su mayoría fue víctima de un agresor con vínculo de confianza. Lo cual deja abierto un campo de investigación en un futuro, donde se logre recopilar una muestra más amplia y diversa. Relacionado a esta hipótesis se encontró una mayor frecuencia de la relación con el agresor en el padre y el hermano, seguido por el tío y el padrastro.

La última hipótesis es que *La frecuencia de Experiencias Disociativas es mayor en adolescentes que experimentaron la violación y/o abuso sexual a menor edad por primer o única vez*, esta hipótesis tampoco fue posible comprobarla, como ya se explicó previamente el las limitaciones del estudio, en relación a que varios adolescentes no recordaban la edad de inicio el abuso, esto quizá relacionado a las experiencias disociativas que como ya se observó son frecuentes en este grupo de pacientes. Sin embargo, en una correlación de Spearman, la cual fue de  $-.218$ , que aunque no fue significativa, nos hace suponer que efectivamente a menor edad, mayor puntaje en este tipo de experiencias, pero no podemos decir algo definitivo. De los que si recordaban, se encontró una edad de inició del abuso sexual entre los 6 y 9 años, con una media de 8.11 años (DS 3.10).

Entre otros datos que consideramos pertinentes reportar son: la distribución por sexo fue similar. La edad de los adolescentes varió entre 11 años 8 meses a 16 años, con una media de 14.008 (DS 1.392). La escolaridad fue predominantemente secundaria incompleta. Casi todos los sujetos de la muestra solo refirieron 1 agresor sexual, con una media de 1.54 (DS .88). Sobre la edad en que finalizó el abuso la mayoría fue a los 11 años, con una media de 11.82 (DS 1.60). En la DES la pregunta con el puntaje más alto fue la 28: *Algunas personas en ocasiones se dan cuenta de haber realizado cosas que no recuerdan haber hecho* (con una media de 63.46), seguida por la 9: *Algunas personas se dan cuenta que no recuerdan algunos eventos importantes de su vida* (media de 59.62). Todos las medias del puntaje de la DES para todos los diagnósticos psiquiátricos según el MINI-kid (que se presentaron en la muestra) excepto el Trastorno por Déficit de Atención están por arriba de 28.05 (media del puntaje de la DES para los adolescentes de la población general)

## **11 CONCLUSIONES**

En ésta tesis se propone que en los adolescentes con antecedente de violación y/o abuso sexual será mayor la frecuencia de experiencias disociativas, basándonos en varios factores, tales como, el que los adolescentes en general suelen tener puntajes más altos de experiencias disociativas en la DES (Escala de Experiencias

Disociativas) como se ha reportado en nuestro país previamente por Mendoza-Espinosa, et al., 2003, y en varios estudios internacionales como el de Bernstein y Putnam, 1986. Si le añadimos la alta frecuencia de aparición del Trastorno por Estrés Postraumático en víctimas de agresión sexual, donde se ha discutido plenamente en la literatura la relación de éste diagnóstico con el espectro de la disociación, podemos inferir que al combinar las variables de la adolescencia con la agresión sexual, se encontraría una mayor frecuencia estadísticamente significativa de experiencias disociativas. Lo cual se pudo comprobar en este estudio, comparando los puntajes de la DES de un grupo de adolescentes con antecedente de violación y/o abuso sexual con el grupo de adolescentes de población general que se utilizó en México al validar la escala, encontrando una diferencia de más de 10 puntos de la media de nuestra muestra (39.28 vs 28.05), siendo este resultado estadísticamente significativo.

Dentro de esta premisa de que el Trastorno por Estrés Postraumático esta dentro del espectro disociativo, se propuso que en los adolescentes con antecedente de violación y/o abuso sexual que cumplieran criterios para Trastorno por Estrés Postraumático (basados en una entrevista con MINI-Kid), se encontraría puntaje más alto de la DES que en los otros diagnósticos. Por tal motivo se compararon los puntajes de la DES con cada uno de los diagnósticos del MINI-kid, encontrando que el Trastorno por Estrés Postraumático fue tanto el diagnóstico más frecuente como el de mayor puntaje en la DES, con una diferencia estadísticamente significativa ( $F=13.76$  (11,1)gl  $p=.003$ ). Lo cual nos confirma la importancia de la evaluación de estas experiencias disociativas en este grupo de pacientes, así como no pasar por alto la probable presencia del diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático.

Otro aspecto de importancia clínica es en relación a los otros diagnósticos psiquiátricos frecuentemente encontrados en este grupo de pacientes, tales como Trastorno Distímico, Fobia Específica y Trastorno Negativista-Desafiante. Así como el antecedente de la ideación o intento suicida, posterior a la violación y/o abuso sexual. Otros diagnósticos que también fueron frecuentes al momento de la entrevista con el MINI-kid fueron Episodio Depresivo Mayor, Agorafobia, Ansiedad de Separación y Trastorno de la Conducta Disocial, así como Fobia Social, Trastorno de Angustia y Bulimia. Estos datos nos hacen recapacitar sobre las

repercusiones de la agresión sexual en los adolescentes, confirmando que es un tema del cual se debe seguir investigando por su relevancia y afectación de las víctimas.

En cuanto a la propuesta de que a menor edad del inicio del abuso sexual mayor sería la frecuencia de experiencias disociativas, los resultados fueron sugerentes pero no contundentes en esta tesis, pero se ha reportado en la literatura nacional e internacional esta relación, por lo que en caso de no haber presentado las limitantes ya expuestas, seguramente se hubiera cumplido este supuesto, que como se sabe hay una relación asociada a la intensidad y frecuencia de morbilidad con la menor edad del inicio del abuso sexual, que se explica quizá por el estado de desarrollo psico-sexual del niño o adolescente, el cual no es aún apto para enfrentar estas situaciones y se cree que se usan estas experiencias como mecanismo de defensa y/o que aparecen como consecuencia del impacto neurobiológico del estrés crónico.

Como podemos observar en esta tesis, el impacto que tiene una violación y/o abuso sexual en menores, es generalmente devastador, ya que de una forma u otra se manifiesta alguna sintomatología secundaria al evento traumático, observando que debemos dar especial énfasis en las experiencias disociativas, donde predomina el no recordar el evento traumático u otros eventos relevantes en la vida del paciente. Por tal motivo, considero de una gran relevancia el estudio de esta área por todas las personas y en especial, el personal de salud, sobretodo si tomamos en cuenta que la OMS ha llegado a reportar que hasta un 40% de las mujeres son víctimas de algún tipo de abuso sexual, y que aproximadamente un 25% de niñas y un 19% en niños son víctimas de agresión sexual. Estos datos estadísticos pueden variar entre diferentes autores, pero lo que sí es claro es la alta frecuencia de violación y/o abuso sexual a edades tempranas, lo cual como ya se ha expuesto repercute en la salud mental poblacional, siendo un tema que debería ser más estudiado por su impacto social y en la salud pública, dejando atrás los tabúes, temores o desinterés que generalmente se observa en estos rubros o quizá en algunos casos hasta el bloqueo para la realización de estudios relacionados a este tema.

## 12 REFERENCIAS

- American, Psychiatric and Association (1994). *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders*, Washington D.C.
- Amorim, P., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Sheehan, D. (1998). DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, **13**, 26-34.
- Bernstein, E.M. and Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **174**, 727-35.
- Carlson, E. B. (1994). In *Dissociation: culture, mind, and body*, Studying the interaction between physical and psychological states with the Dissociative Experiences Scale. Vol. (Ed, Spiegel, D) American Psychiatric Press, Washington, DC., pp. 41-58
- Carlson, E.B., Putnam, F.W., Ross, C.A., Torem, M., Coons, P., Dill, D.L., Lowenstein, R.J. and Braun, B.G. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *The American Journal of Psychiatry*, **150**, 1030-6.
- Chu, J.A. and Dill, D.L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American Journal of Psychiatry*, **147**, 887-92.
- Cia, A. H. (2001). *Trastorno por Estrés Postraumático. Diagnóstico y tratamiento*. Imaginador, Buenos Aires.
- Gobierno del Distrito Federal de la República Mexicana (2002). *Código Penal para el Distrito Federal. Delitos contra la libertad y seguridad sexuales y el normal desarrollo psicosexual*. México, D. F.
- Downy, T.W. (2001). Early objet relations into new objects. *The Psychoanalytic Study of the Child*, **56**, 39-67; discussion 68-75.
- Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse. New Theory and Research*. Four Conditions: A model. Free Press New York, pp. 53-68.
- Freud, S. (1976). *Estudios sobre la histeria* (J. Breuer y S. Freud) (1893-1895), Amorrortu editores S.A., Buenos Aires.

- Frischholz, E.J., Braun, B. G., Sach, R.G. and Hopkins, L. (1990). The Dissociative Experiences Scale: further replication and Validation. *Dissociation Progress in the Dissociative Disorders*, **3**, 151-153.
- Golberg, L.R. (1999). The Curious Experiences Survey, a revised version of the Dissociative Experiences Scale: Factor structure, reliability, and relations to demographic and personality variables. *Psychological Assessment*, **11**, 131-145
- González-Serratos, R. (en proceso de publicación). *La violencia social en México: Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes*. Capítulo II. Experiencia universitaria y de otras instituciones. 1. El abuso sexual al menor. PUIS/UNAM, México, pp. 20-79
- Janet, P. (1907) *The major symptoms of hysteria*, Macmillan, London.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K., Janavs, J. and Dunbar, G. (1997) The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*, **12**, 224-231.
- Loewenstein, R.J. and Putnam, F. (1988). A comparison study of dissociative symptoms in patients with complex partial seizures, MPD, and posttraumatic stress disorder. *Dissociation Progress in the Dissociative Disorders*, **1**, 17-23.
- Ludwing, A.M. (1983). The psychobiological functions of dissociation. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, **26**, 93-9.
- Mendoza-Espinosa, Y., Graff-Guerrero, A. and Ramírez-García, L. (2003). Dissociation and its relation to pain perception. Validity and reliability of Spanish version of the dissociative experiences scale in the Mexican population. *Journal of Trauma and Dissociation*, (en proceso de arbitraje)
- Merskey, H. (1985). *The analysis of hysteria: understanding conversion and dissociation*, The Royal College of Psychiatrists, London.
- Morgan, C.A., Hazlett, G., Wang, S., Richardson, E.G., Schnurr, P. and Southwick, S.M. (2001). Symptoms of dissociation in human experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. *The American Journal of Psychiatry*, **158**, 1239-47.

- Murray, J., Ehlers, A. and Mayou, R. A. (2002). Dissociation and post-traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *The British Journal of Psychiatry; the Journal of Mental Science*, **180**, 363-8.
- Nemiah, J. (1991). In *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Dissociation, conversion, and somatization. Vol. 10 (Eds, Tasman, A. and Goldfinger, F. M.) American Psychiatric Press, Washington, DC., pp. 248-260.
- Ogata, S. N., Slik, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D. and Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, **147**, 1008-13.
- Prince, M. (1978). *The dissociation of a personality. The hunt for the real Miss Beauchamp*, Oxford University Press, Oxford.
- Ramos-Lira, L., Saldívar, G., Medina-Mora, M. E., Rojas, E., Villatoro, J. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con consumo de drogas. *Salud Pública de México*, **40**, 221-233.
- Ross, C. A., Joshi, S. and Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *The American Journal of Psychiatry*, **147**, 1547-52.
- Saxe, G. N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J., and van\_der\_Kolk, B. A. (1994). Somatization in patients with dissociative disorders. *The American Journal of Psychiatry*, **151**, 1329-34.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Bonara, L., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M.F., and Dunbar, G. C. (1997). Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*, **12**, 232-241.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G. C. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J. Clin Psychiatry*, **59 (suppl 20)**, 22-33.
- Spiegel, D. (1994) *Dissociation: culture, mind and body*, American Psychiatric Press, Washington, DC.

- Spiegel, H. (1963). The dissociation-association continuum. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **136**, 374-378.
- Steinberg, M. (1994) In *Dissociation: culture, mind and body*, Systematizing dissociation: symptomatology and diagnostic assessment. Vol. (Ed, D.S.). American Psychiatry Press, Washington, DC, pp. 59-88.
- Steinberg, M., Rounsaville, B. and Cicchetti, D. (1991). Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and structured diagnostic interview. *The American Journal of Psychiatry*, **148**, 1050-4.
- Van Ijzendoorn, M.H. and Schuengel, C. (1996). Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychological Review*, **16**, 365-383.

## **13 APÉNDICE: INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Sedes:

- Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Clínica de Adolescentes.
- Instituto Nacional de Pediatría. Departamento de Salud Mental y CAINM.
- Hospital de Psiquiatría Infantil “Juan N. Navarro”. PAINAVAS.
- Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE)

### Protocolo:

EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN ADOLESCENTES CON ANTECEDENTES DE VIOLACIÓN Y/O ABUSO SEXUAL Y SU ASOCIACIÓN CON TRASTORNOS PSIQUIATRICOS.

Dra. Flora Alma Lenz Ramírez

Médico Residente de Psiquiatría del cuarto año del Instituto Nacional de Psiquiatría.

<b>Tutor Teórica:</b>	<u>Dra. Luciana Ramos Lira.</u>
<b>Tutor Metodológico:</b>	<u>Dr. Héctor Ortega Soto.</u>
<b>Co-Tutor:</b>	<u>Dr. Lino Palacios Cruz.</u>
<b>Tutor Interno del HPIJNN:</b>	<u>Dra. Ana Luisa Martínez Ortíz</u>

El presente protocolo es un estudio aprobado por el comité de ética o personal responsable de la institución donde se aplica, en el cual se realizará lo siguiente:

- 1.- Valoración aplicando una escala para la medición de Experiencias Disociativas, la cual consta de 28 preguntas cerradas, con una duración aproximada de 45 minutos.
- 2.- Se realizará una entrevista estructurada (MINI-kid) para identificar la presencia de algún padecimiento psiquiátrico (por ejemplo depresión). Dicha entrevista tiene una duración aproximada de 30 minutos.
- 3.- Se aplicará un cuestionario relacionado a él/los violación(es) y/o abuso(s). Este cuestionario puede variar en duración ya que dependerá de los antecedentes de cada adolescente.
- 4.- El tiempo requerido para las valoraciones es de aproximadamente 2 horas. En la mayoría de los casos se podrá realizar en una sola entrevista aunque habrá casos en que se necesitarán dos entrevistas (por acuerdo con el/la adolescente y su tutor responsable).
- 5.- No hay manejo farmacológico dentro de este protocolo ni se realiza ningún estudio de laboratorio o gabinete.
- 6.- Este protocolo NO AFECTA NI INTERVIENE en el tratamiento en consulta externa de ésta institución. Se adjuntará al expediente los resultados de las evaluaciones, para que el médico o psicólogo tratante informen los resultados y decidan su utilidad en el manejo de su paciente.

Acepto participar en el presente protocolo, se me ha explicado el procedimiento, las intervenciones y la duración.

Nombre y firma paciente: \_\_\_\_\_.

Nombre y Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento informado:

\_\_\_\_\_  
Dra. Flora Alma Lenz Ramírez

## CUESTIONARIO DESCRIPTIVO DEL ABUSO SEXUAL Y/O VIOLACIÓN.

Nombre \_\_\_\_\_  
Sexo: femenino 1 masculino 2 Edad actual \_\_\_\_\_  
Estudia actualmente: sí 1 no 2  
Si no estudia, qué hace \_\_\_\_\_  
Si estudia, ¿tiene otra ocupación? Sí 1 no 2  
Escriba cuál \_\_\_\_\_

### LUGAR DE NACIMIENTO:

1. D.F.
2. Provincia
3. extranjera
99. sin dato

### ESCOLARIDAD:

1. sin escolaridad
2. preescolar incompleto
3. preescolar completo
4. educación básica (primaria) incompleta
5. educación básica completa
6. educación media (secundaria) incompleta
7. educación media completa
8. educación media superior (bachillerato, carreras técnicas, normal...) incompleta
9. educación media superior completa
99. sin dato

**¿Alguna vez alguien te ha tocado sexualmente o has tocado a alguien en sus órganos sexuales o has tenido relaciones sexuales aunque tú no querías, por miedo, porque te sentías presionado/a o sentías vergüenza o algo parecido?**

**¿Cuántas personas te han hecho algo así?  
(poner número de personas) \_\_\_\_\_**

**Luego, para cada una, poner:**

**EDAD DE LA VICTIMA CUANDO INICIÓ EL ABUSO: -años abierto-**

98. no recuerda
99. sin dato

**CUÁNTO DURÓ EL ABUSO**

91. 1 ocasión
92. 2-6 días
93. 1-3 semanas
94. 1-5 meses
95. 6-11 meses
97. años -queda abierto-
98. no recuerda
99. sin dato

EDAD DE LA VICTIMA CUANDO OCURRIÓ EL ABUSO POR PARTE DEL SEGUNDO AGRESOR

- 97. -años abierto-
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

CUÁNTO DURÓ EL ABUSO POR PARTE DEL SEGUNDO AGRESOR

- 91. 1 ocasión
- 92. 2-6 días
- 93. 1-3 semanas
- 94. 1-5 meses
- 95. 6-11 meses
- 97. años -queda abierto-
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

EDAD DE LA VICTIMA CUANDO OCURRIÓ EL ABUSO POR PARTE DEL TERCER AGRESOR

- 97. -años abierto-
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

CUÁNTO DURÓ EL ABUSO POR PARTE DEL TERCER AGRESOR

- 91. 1 ocasión
- 92. 2-6 días
- 93. 1-3 semanas
- 94. 1-5 meses
- 95. 6-11 meses
- 97. años -queda abierto-
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

EDAD DE LA VICTIMA CUANDO FINALIZÓ EL ABUSO:

- 97. -años abierto-
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

¿TÚ REVELASTE EL ABUSO?\*

- 0. no
- 1. si
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

SI ES SÍ ¿A QUÉ EDAD LO REVELASTE?

- 96. no aplica
- 97. años -abierto-
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

### ¿A QUIEN?

1. desconocido
2. desconocida
3. conocida de vista
4. conocido de vista
5. conocida casual
6. conocido casual
7. maestra
8. maestro
9. compañera de escuela
10. compañero de escuela
11. amiga de la familia
12. amigo de la familia
13. empleada de la familia
14. empleado de la familia
15. vecina
16. vecino
17. madre
18. padre
19. tío
20. tía
21. abuela
22. abuelo
23. amiga
24. amigo
25. médica
26. médico
27. psicóloga
28. psicólogo
29. hermana
30. hermano
31. prima
32. primo
33. orientadora
34. orientador
35. cuidadora
36. cuidador
37. otro
38. familiar no especificado
39. madre, padre, hermana/o/s (17,18,29,30)
40. madre y padre (17,18)
96. no aplica
- 98 no recuerda
99. sin dato

### SI TÚ NO REVELASTE EL ABUSO ¿QUIÉN LO DESCUBRIÓ?

1. conocida
2. conocido
3. conocida de vista

4. conocido de vista
5. conocida casual
6. conocido casual
7. maestra
8. maestro
9. compañera de escuela
10. compañero de escuela
11. amiga de la familia
12. amigo de la familia
13. empleada de la familia
14. empleado de la familia
15. vecina
16. vecino
17. madre
18. padre
19. tía
20. tío
21. abuela
22. abuelo
23. amiga del menor
24. amigo del menor
25. doctora
26. doctor
27. psicóloga
28. psicólogo
29. hermana
30. hermano
31. prima
32. primo
33. orientadora
34. orientador
35. cuidadora
36. cuidador
37. otro
96. no aplican
97. no sabe
98. no recuerda
99. sin dato

LO DESCUBRIÓ XQ PRESENCIÓ EL EVENTO?:

0. no
1. si
97. no sabe
98. no recuerda
99. sin dato

TACHAR SI OCURRIERON LAS SIGUIENTES SITUACIONES RESPECTO AL PRIMER ABUSO, EL QUE ES CONSIDERADO EL PEOR POR LA VÍCTIMA O POR EL CUÁL LLEGÓ A LA INSTITUCIÓN O CENTRO:

Desnudez de la víctima

- 0. no hubo
- 1. parcial
- 2. total
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Desnudez del victimador

- 0. no hubo
- 1. parcial
- 2. total
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Tocamiento general de cuerpo

- 0. no hubo
- 1. de víctima a victimario
- 2. victimario a víctima
- 3. de ambos
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Tocamiento genital

- 0. no hubo
- 1. de víctima a victimario
- 2. de victimario a víctima
- 3. de ambos
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Contacto oral-genital

- 0. no hubo
- 1. de víctima a victimario
- 2. de victimario a víctima
- 3. de ambos
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Contacto genital-anal

- 0. no hubo
- 1. de víctima a victimario
- 2. de victimario a víctima
- 3. ambos
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Penetración vaginal

- 0. no
- 1. si
- 96. no aplica
- 97. no sabe
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Intento de penetración

- 0. no
- 1. si
- 96. no aplica
- 97. no sabe
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Penetración anal

- 0. no
- 1. si
- 96. no aplica
- 97. no sabe
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Le mostraron material sexualmente explícito

- 0. no
- 1. si
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Le tomaron fotografías:

- 0. no
- 1. si
- 97. no sabe
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Masturbación

- 0. no hubo
- 1. de victima a victimador
- 2. de victimador a victima
- 3. de ambos
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Presenciar actos sexuales:

- 0. no
- 1. sí

- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Presencia el abuso de otras/s

- 0. no
- 1. si
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Otro tipo de contactos

- 97. no sabe
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Lugar del ataque:

- 1. casa del/la víctima
- 2. casa del agresor
- 3. casa de ambos
- 4. casa de algún familiar
- 5. casa de un amigo/a
- 6. escuela
- 7. casa de vecino/a -sólo si sucedió ahí, pero no fue el vecino-
- 8. vía pública
- 9. lote en construcción
- 10. campo
- 11. baños públicos
- 12. establecimiento (taller, comercio) del agresor-
- 13. espacios de diversión del menor
- 14. institución de salud
- 15. automóvil
- 16. parque
- 17. otro
- 97. no sabe
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

Características del lugar:

- 1. abierto
- 2. cerrado
- 3. solitario
- 4. oscuro
- 5. automóvil
- 6. otro
- 97. no sabe
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

El lugar del ataque era conocido

- 0. no
- 1. si
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

TIPO DE ATAQUE

- 1. individual
- 2. tumultuario

NÚMERO DE ATACANTES:

- abierto- si es solo un agresor poner 1
- 99. sin dato

EL O LOS ATACANTES ERAN CONOCIDOS:

- 0. no
- 1. si
- 2. algunos
- 97. no sabe
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

TIPO DE RELACIÓN

- 1. conocido de vista
- 2. conocida de vista
- 3. conocido casual
- 4. conocida casual
- 5. profesor
- 6. profesora
- 7. empleado escolar
- 8. empleada escolar
- 9. compañero de clase
- 10. compañera de clase
- 11. amigo de la familia
- 12. amiga de la familia
- 13. empleado familiar
- 14. empleada familiar
- 15. vecino
- 16. vecina
- 17. padre
- 18. padrastro
- 19. madre
- 20. madrastra
- 21. hermano
- 22. hermana
- 23. abuelo
- 24. abuela
- 25. tío
- 26. tía

- 27. primo
- 28. prima
- 29. médico
- 30. médica
- 31. cuidador
- 32. cuidadora
- 33. otro
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

PRIMER COITO: ANAL, ORAL O VAGINAL

- 1.- anal
- 2.- oral
- 3.- vaginal
- 0. no ha tenido
- 97. no sabe
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

OCURRIÓ CON EL ABUSO?

- 0. no
- 1. si
- 96. no aplica
- 98. no recuerda
- 99. sin dato

**ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS**

\* Se anexa copia.

## Escala de Experiencias Disociativas

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

### Instrucciones.

Este cuestionario consta de 28 preguntas acerca de experiencias que usted puede tener en su vida diaria. Estamos interesados en saber con que frecuencia tiene usted estas experiencias. Es importante que considere únicamente las experiencias que ha presentado cuando no se encuentra bajo el efecto del alcohol o de otras drogas.

Para contestar el cuestionario marque con una cruz donde crea más adecuado como se observa en el ejemplo.

### Ejemplo:

Algunas personas cuando están estudiando no se dan cuenta que alguien les habla. ¿Qué tan seguido le pasa a usted?.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

### CUESTIONARIO

1) Algunas personas al ir en un vehículo repentinamente se dan cuenta que no recuerdan que ha sucedido la mayor parte del viaje.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

2) Algunas personas al estar escuchando hablar a alguien repentinamente se dan cuenta que no han escuchado parte o todo lo que se ha dicho.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

3) Algunas personas tienen la experiencia de estar en un lugar sin tener idea de cómo llegaron ahí.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

4) Algunas personas tienen la experiencia de estar vestidas con ropa que no recuerdan haberse puesto.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

5) Algunas personas tienen la experiencia de encontrar entre sus pertenencias objetos que no recuerdan haber comprado.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

6) Algunas personas tienen la experiencia de encontrar gente que no conocen, que los llama por otro nombre, o insisten en que se conocen de antes.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

7) Algunas personas tienen la experiencia de sentirse como si estuvieran paradas a un lado de ellas mismas o viéndose a ellas mismas haciendo algo, como si estuvieran viendo a otra persona.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

8) Algunas personas dicen que a veces no reconocen a sus amigos o a sus familiares.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

9) Algunas personas se dan cuenta que no recuerdan algunos eventos importantes de su vida, como por ejemplo su boda o su graduación.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

10) Algunas personas tienen la experiencia de ser acusadas de mentirosas, cuando ellas piensan que no han mentado.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

11) Algunas personas tienen la experiencia de verse al espejo y no reconocerse.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

12) Algunas personas tienen la experiencia de sentir que las otras personas, los objetos y el mundo que las rodea no son reales.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

13) Algunas personas tienen la experiencia de sentir que su cuerpo no les pertenece.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

14) Algunas personas tienen la experiencia de recordar algún evento del pasado de manera tan vívida que sienten como si lo estuvieran reviviendo.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

15) Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguros de si las cosas que ellos recuerdan, realmente sucedieron o si las soñaron.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

16) Algunas personas tienen la experiencia de estar en un lugar conocido pero sienten como si el lugar fuera extraño o no familiar.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

17) Algunas personas cuando están viendo la televisión llegan a estar tan metidas en el programa que no se dan cuenta de lo que pasa a su alrededor.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

18) Algunas personas llegan a estar tan involucradas en una fantasía o en "soñar despiertas", que sienten como si su fantasía realmente estuviera sucediendo.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

19) Algunas personas se dan cuenta que son capaces de ignorar el dolor.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

20) Algunas personas en ocasiones se dan cuenta que están sentadas con la mirada perdida en el espacio, pensando en nada y sin darse cuenta del paso del tiempo.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

21) Algunas personas se dan cuenta que cuando están solas se hablan a si mismas en voz alta.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

22) Algunas personas se dan cuenta que, comparado con otra situación similar, en algunas ocasiones pueden actuar tan diferente, que sienten casi como si fueran dos personas distintas.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

23) Algunas personas se dan cuenta que en ciertos momentos son capaces de hacer cosas que usualmente serían difíciles para ellos. Es decir que pueden hacer cosas con una facilidad y una espontaneidad sorprendentes (por ejemplo deportes, trabajo, situaciones sociales).

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

24) Algunas personas se dan cuenta que no pueden recordar si hicieron algo o únicamente pensaron en hacerlo (por ejemplo, saber si enviaron una carta o solo pensaron en enviarla).

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

25) Algunas personas en ocasiones encuentran escritos, dibujos, o notas entre sus pertenencias que ellos debieron haber hecho pero no lo recuerdan.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

26) Algunas personas se dan cuenta que escuchan voces dentro de su cabeza que les dicen que hagan cosas o comentan sobre cosas que ellos están haciendo.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

27) Algunas personas sienten como si estuvieran viendo el mundo a través de la niebla por lo que las personas y las cosas les parecen lejanas y borrosas.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

28) Algunas personas en ocasiones se dan cuenta de haber realizado cosas que no recuerdan haber hecho.

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Casi siempre     Siempre

**MINI-KID**

\* Se anexa copia.

# M.I.N.I. KID

## MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

USA: D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo  
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, T Hergueta.  
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Versión en Español:

USA: M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto  
University of South Florida - Tampa

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias de la M.I.N.I. para su uso personal.

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el "Medical Outcome Systems, Inc" en [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com)

También está disponible gratuito a través del "Medical Outcome Systems, Inc" en [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com)

- MINI cambios, adelantos & revisiones
- Traducciones de la MINI en mas de 30 idiomas
- La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias
- La MINI Plus para la investigación
- La MINI Kid para niños y adolescentes
- La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamiento

Nombre del paciente:	_____	Número de protocolo:	_____
Fecha de nacimiento:	_____	Hora en que inició la entrevista:	_____
Nombre del entrevistador:	_____	Hora en que terminó la entrevista:	_____
Fecha de la entrevista:	_____	Duración total:	_____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CUMPLE LOS CRITERIOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
B RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A
C TRASTORNO DISTÁNICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
D EPISODIO (HIPO) MANIAC	Actual Pasado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes) De por vida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G TRASTORNO de ANSIEDAD de SEPARACIÓN	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.21	F93.0
H FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
I FOBIA ESPECÍFICA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.29	N/A
J TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
K ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.24	F43.1
L ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2/F10
L DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2x/F10
M ABUSO DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
M DEPENDENCIA DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
N TRASTORNOS DE TIC	Actual Pasado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	307.20-307.23	F95.x
O TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/ HIPERACTIVIDAD	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.00-314.01	F90.0/F98.8
P TRASTORNO DE LA CONDUCTA	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.x
Q TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	313.81	F91.3
R TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por Vida Actual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.57/298.8/298.9	F20.xx-F29
S ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
T BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.2
U TRASTORNO de ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
V TRASTORNOS ADAPTATIVOS	Actual	<input type="checkbox"/>	309.24/309.28 309.3-309.4	F43.xx

## FORMATO DE LA ENTREVISTA

Las preguntas de la entrevista están diseñadas para evocar los criterios diagnósticos específicos. Las preguntas deben leerse "palabra por palabra." Si el niño o adolescente no entiende una palabra en específico o un concepto, puede explicarle lo que significa o le puede dar ejemplos que capturen su esencia. Si el paciente no está seguro si tiene un síntoma en específico, puede pedirle que le explique o que le de un ejemplo para de esta manera determinar si refleja el criterio que se está investigando. Si un ítem de la entrevista tiene mas de una pregunta, el entrevistador/a debe tomar una pausa entre pregunta y pregunta de modo a permitirle suficiente tiempo al paciente para responder.

Preguntas acerca de la duración de los síntomas están incluidas para aquellos diagnósticos en el cuál el periodo de tiempo es un elemento crítico. Debido a que los niños pueden tener dificultad estimando el periodo de tiempo, le puede ayudar asociando el periodo de tiempo a eventos significativos en sus vidas. Por ejemplo, cumpleaños, comienzo o terminación del año escolar, un día festivo u otro evento anual.

## INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta circulando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (por ejemplo, periodo de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI KID.

---

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento, o información acerca de los últimos cambios en la M.I.N.I. KID, se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.  
University of South Florida  
Institute for Research in Psychiatry  
3515 East Fletcher Avenue  
Tampa, FL USA 33613-4788  
ph : +1 813 974 4544  
fax : +1 813 974 4575  
e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu

Doug Shytte, Ph.D. or Karen Milo Ph.D  
Child Psychiatry Research Center, MDC-14  
University of South Florida  
3515 East Fletcher Avenue  
Tampa, FL USA 33613-4788  
ph :+1 813 974 1452  
fax:+1 813 974 1978  
e-mail : dshvtlc@hsc.usf.edu or kmilo@hsc.usf.edu

Marelli Colón-Soto, M.D.  
University of South Florida  
3515 East Fletcher Avenue  
Tampa, FL USA 33613  
ph : +1 813 974 4544  
fax : +1 813 974 4575

## A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

➔ SIGNIFICA IR A LA CASILLA DIAGNOSTICAS CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MODULO

En las últimas dos semanas:

A1	¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado? ¿Has estado malhumorado o molesto? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	1
A2	a ¿Has estado bien aburrido o menos interesado en las cosas (Como jugar tus juegos favoritos)? ¿Has sentido que ya no puedes disfrutar de las cosas? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA  ¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	2
b	¿Te has sentido de esta manera la mayor parte del día?	NO	SÍ	
c	¿Te has sentido de esta manera casi todos los días?	NO	SÍ	

A3	<b>En las últimas dos semanas, cuando te sentias deprimido, malhumorado o sin interés en las cosas:</b>			
a	¿Tenias menos hambre o mas hambre la mayoría de los días? ¿Perdiste o ganaste peso sin intentarlo? (i.e., por $\pm$ 5% de su peso corporal ó $\pm$ 8 libras en el último mes) CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenias dificultad para dormir casi todas las noches ("dificultad para dormir" significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche, despertarte bien temprano o dormir demasiado)?	NO	SÍ	4
c	¿Hablabas o te movias más lento de lo usual? ¿Estabas inquieto o se te hacia difícil quedarte tranquilo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	5
d	¿Te sentías cansado casi todo el tiempo?	NO	SÍ	6
e	¿Te sentías mal acerca de ti mismo casi todo el tiempo? ¿Te sentías culpable casi todo el tiempo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	7
f	¿Se te hacia difícil prestar atención? ¿Se te hacia difícil decidirte? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	8
g	¿Te sentias tan mal que deseabas estar muerto? ¿Pensabas en hacerte daño a ti mismo? ¿Pensabas en quitarte la vida? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b>	

## B. RIESGO DE SUICIDIO

				Puntos	
B1	a	¿Alguna vez te has sentido tan mal que desearas estar muerto?	NO	SI	1
	b	¿Alguna vez has tratado de hacerte daño?	NO	SI	2
	c	¿Alguna vez has tratado de quitarte la vida?	NO	SI	4

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

N

SI

O

**RIESGO DE SUICIDIO  
PASADO**

En el último mes:

B2	¿Deseaste estar muerto?	NO	SI	1
B3	¿Quisiste hacerte daño?	NO	SI	2
B4	¿Pensaste en quitarte la vida?	NO	SI	6
B5	¿Pensaste en como quitarte la vida?	NO	SI	10
B6	¿Trataste de quitarte la vida?	NO	SI	10

¿CODIFICO SÍ EN POR LO MENOS UNA DE LAS ANTERIORES?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (B1-B6)  
CIRCULAR "SÍ" Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

NO                      SI

**RIESGO DE SUICIDIO  
ACTUAL**

1-5 puntos	Leve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D. EPISODIO (HIPO) MANIACO

➔ SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS. CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO

D1	a	¿Alguna vez, has tenido un periodo de tiempo en el que te has sentido tan feliz que has estado bien exaltado o eufórico? Por exaltado o eufórico, me refiero a que te sientas muy bien: estas lleno de energía, necesitas dormir menos; los pensamientos se aceleran en tu cabeza; estas lleno de ideas.	NO	SÍ	1
NO CONSIDERE PERÍODOS DE TIEMPO CUANDO EL PACIENTE ESTABA INTOXICADO CON DROGAS O ALCOHOL O DURANTE SITUACIONES QUE NORMALMENTE SOBRE ESTIMULAN O EXCITAN A LOS NIÑOS, COMO LAS NAVIDADES, LOS CUMPLEAÑOS....					
	b	¿En este momento te sientes "exaltado", "eufórico", o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Alguna vez, has tenido un periodo de tiempo en el que estuviste "en grullón, malhumorado o molesto, que griabas o empezabas peleando, o le gritabas a personas fuera de tu familia? Has tu o los demás notado, que has estado más grullón que otros niños, incluso cuando pensabas que tenías motivo para sentirte así?	NO	SÍ	3
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA					
NO CONSIDERE PERÍODOS DE TIEMPO CUANDO EL PACIENTE ESTABA INTOXICADO CON DROGAS O ALCOHOL O DURANTE SITUACIONES QUE NORMALMENTE SOBRE ESTIMULAN A LOS NIÑOS Y LOS PONE BIEN MALHUMORADOS O MOLESTOS.					
	b	¿En este momento te sientes "malhumorado" o "molesto"?	NO	SÍ	4
➔					
		¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?	NO	SÍ	

D3	SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b O D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO				
Durante el tiempo en el que te sentias exaltado, lleno de energía, o irritable notaste que:					
	a	¿Podías hacer cosas que otros no podían hacer. ¿Sentías que eras una persona bien importante?	NO	SÍ	5
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA					
	b	¿Necesitabas dormir menos (ej. te sentías descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablabas mucho, sin parar o te a deprisa que los demás tenían dificultad para entenderte?	NO	SÍ	7
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA					
	d	¿Tus pensamientos pasaban tan deprisa por tu cabeza que tenias dificultad para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Te distraías fácilmente con cosas insignificantes?	NO	SÍ	9
	f	¿Estabas tan activo o inquieto que los demás se preocupaban por tí?	NO	SÍ	10
	g	¿Querías hacer cosas divertidas, incluso cuando podías hacerte daño haciéndolas? ¿Querías hacer cosas que podían meterte en problemas? (Como quedarte fuera de casa hasta tarde o faltar a la escuela.)	NO	SÍ	11
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA					
➔					
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EVALUANDO EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EVALUANDO EPISODIO ACTUAL])?	NO	SÍ	

## C. TRASTORNO DISTÍMICO

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO.

En el último año:				
C1	a	¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado? ¿Has estado malhumorado o molesto? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>➡</span> <span>NO    SÍ</span> </div>	10
	b	¿Te has sentido así la mayor parte del tiempo?	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>➡</span> <span>NO    SÍ</span> </div>	11
C2		En el último año, ¿Te sentiste bien por dos meses o mas?	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>➡</span> <span>NO    SÍ</span> </div>	12
C3		Durante el último año, la mayor parte del tiempo:		
	a	¿Tenias menos hambre que la que usualmente tienes? ¿Tenias mas hambre que la que usualmente tienes? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>➡</span> <span>NO    SÍ</span> </div>	13
	b	¿Tenias dificultad para dormir ("dificultad para dormir" significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche, despertarte bien temprano o dormir demasiado)?	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>➡</span> <span>NO    SÍ</span> </div>	14
	c	¿Te sentias mas cansado de lo usual?	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>➡</span> <span>NO    SÍ</span> </div>	15
	d	¿Te sentias menos seguro de ti mismo? ¿Te sentias mal acerca de ti mismo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>➡</span> <span>NO    SÍ</span> </div>	16
	e	¿Se te hacia dificil prestar atención? ¿Se te hacia dificil decidirte?  CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>➡</span> <span>NO    SÍ</span> </div>	17
	f	¿Sentias que las cosas nunca iban a mejorar?  ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE C3a-f?	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>➡</span> <span>NO    SÍ</span> </div>	18
C4		¿Te molestaba mucho sentirte deprimido / malhumorado / desinteresado? ¿Esto te causó problemas en tu casa, en tu escuela, o con tus amigos? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>➡</span> <span>NO    SÍ</span> </div>	19

¿CODIFICÓ SÍ EN C4?

NO	SÍ
<b>TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL</b>	

E3	¿Después de que te pasó esto, tenías miedo de que te volviera a pasar? ¿Tenías miedo de que te volviera a pasar otra vez, por un mes o más? CODIFICAR SÍ SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	4
E4	<b>Quiero que pienses en aquel momento en el que estuviste bien asustado o nervioso por ninguna razón:</b>			
a	¿Sentías que tu corazón latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
b	¿Sudaste? ¿Tenía las manos húmedas? CODIFICAR SÍ SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	6
c	¿Tenías temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
d	¿Sentías dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
e	¿Sentías que te estabas ahogando? ¿Sentías que no podías tragar? CODIFICAR SÍ SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	9
f	¿Tenías dolor o presión en el pecho?	NO	SÍ	10
g	¿Tenías ganas de vomitar? ¿Tenías molestias en el estómago? ¿Tenías diarreas? CODIFICAR SÍ SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	11
h	¿Te mareaste o te desmayaste?	NO	SÍ	12
i	¿Se sentían extrañas las cosas a tu alrededor o te parecía que no eran reales? ¿Sentías o mirabas las cosas como si estuvieran bien lejos? ¿Te sentiste fuera o separado de tu cuerpo? CODIFICAR SÍ SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	13
j	¿Tenías miedo de que estabas perdiendo el control de tí mismo? ¿Tenías miedo de que te estabas volviendo loco? CODIFICAR SÍ SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	14
k	¿Tenías miedo de que te estabas muriendo?	NO	SÍ	15
l	¿Tenías alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
m	¿Te sentías bien frío o bien caliente?	NO	SÍ	17
E5	¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
		<i>TRASTORNO DE ANGSTIA DE POR VIDA</i>		
E6	SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, SALTE A F1	NO	SÍ	
		<i>CRISIS CON SÍNTOMAS LIMITADOS ACTUAL</i>		
E7	¿En el pasado mes, tuviste estos problemas más de una vez? ¿Si esto te pasó solamente una vez el mes pasado, te preocupó mucho que te volviera a pasar? CODIFICAR SÍ SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	18
		<i>TRASTORNO DE ANGSTIA ACTUAL</i>		

Por lo menos una semana o más:

D4 ¿Esto te causo problemas en tu casa, en tu escuela, con tus amigos o con otras personas? ¿Te tuvieron que hospitalizar por estos problemas?  
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

NO SI 12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

↓ ↓

#### HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SI
<b>EPISODIO (HIPO) MANÍACO</b>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SI
<b>EPISODIO MANÍACO</b>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

---

## E. TRASTORNO DE ANGUSTIA

➡ SIGNIFICA: CIRCULAR NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

---

E1	a	¿Alguna vez has estado bien asustado o nervioso por ninguna razón: o alguna vez has estado bien asustado o nervioso en una situación donde la mayoría de los niños no se sentirían así? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SI	1
	b	¿Te pasó esto mas de una vez?	NO	SI	2
E2		¿Te ha pasado esto cuando no te lo esperabas?	NO	SI	3

---

## G. TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

(SIGNIFICA IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	<p>a ¿En el último mes, has tenido mucho miedo de estar lejos de alguien; o has tenido mucho miedo de perder a alguien de quien estas apegado? (Como que se te pierdan tus padres o que algo malo les suceda) CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p> <p>b ¿A quien tienes miedo de perder o estar lejos de _____ ?</p>	<p>➡</p> <p>NO    SÍ</p>	1
<hr/>			
G2	<p>a ¿Te molestabas mucho cuando estabas lejos de _____ ? ¿Te molestabas mucho cuando <u>pensabas</u> que ibas a estar lejos de _____ ? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p> <p>b ¿Te preocupaba mucho el que pudieras perder a _____ ? ¿Te preocupaba mucho que algo malo le pudieras pasar a _____ ? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p> <p>c ¿Te preocupaba mucho el que pudieras separarte de _____ ? (¿Como perderte o que te secuestren (raptar)?)</p> <p>d ¿Te negabas a ir a la escuela u otros lugares porque tenias miedo de estar lejos de _____ ?</p> <p>e ¿Tenias mucho miedo de estar en tu casa si _____ no estaba ahí?</p> <p>f ¿No querias dormir a menos que _____ no estuviera contigo?</p> <p>g ¿Tenias pesadillas de estar lejos de _____ ? ¿Te pasó esto más de una vez? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA</p> <p>h ¿Te enfermabas mucho (como dolores de cabeza o dolores de estómago) cuando estabas lejos de _____ ? ¿Te enfermabas mucho cuando pensabas que ibas a estar lejos de _____ ? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>	<p>➡</p> <p>NO    SÍ</p>	<p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p>
<hr/>			
	<p>G2 RESUMEN: ¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 3 DE G2a-h?</p>	<p>➡</p> <p>NO    SÍ</p>	
G3	<p>¿Tu miedo de estar lejos de _____ te molestó mucho? ¿Te causó muchos problemas en tu casa? ¿En la escuela? ¿Con tus amigos? ¿De cualquier otra manera? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>	<p>➡</p> <p>NO    SÍ</p>	10

¿CODIFICÓ SÍ EN G1, G2 RESUMEN Y G3 ?

NO                      SÍ  
TRASTORNO DE ANSIEDAD  
DE SEPARACIÓN

## F. AGORAFOBIA

**F1** ¿Te sientes ansioso, asustado, o incómodo en lugares o situaciones donde te podría dar mucho miedo: como el estar en una multitud, el permanecer en fila, cuando estás completamente solo, o cuando cruzas un puente, o viajas en autobús, tren o automóvil?  
 NO      SÍ      19  
 CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

**F2** ¿Le tienes tanto miedo a estas cosas que tratas de alejarte de ellas?  
 o ¿Solamente las puedes hacer cuando alguien está contigo? o ¿Las haces, pero se te hace bien difícil?  
 O      SÍ      N  
 20  
 CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA  
 AGORAFOBIA ACTUAL

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO      SÍ

*TRASTORNO DE ANGUSTIA  
sin Agorafobia  
ACTUAL*

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO      SÍ

*TRASTORNO DE ANGUSTIA  
con Agorafobia  
ACTUAL*

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA, DE POR VIDA)?

NO      SÍ

*AGORAFOBIA, ACTUAL  
sin historial de  
Trastorno de Angustia*

## J. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

☛ SIGNIFICA IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO

J1	¿Este último mes, te han molestado cosas desagradables que se meten en tu mente y sobre las que no puedes deshacerte de ellas? ¿Como pensamientos malos o impulsos? o ¿Imágenes desagradables? Por ejemplo, ¿Pensaste en hacerle daño a alguien, a pesar de saber que no querías hacerlo? ¿Tenías miedo de que a ti o a alguien le pasara algo malo por algo que no hiciste o no querías hacer? ¿Te preocupaba mucho estar sucio o tener gérmenes? ¿Te preocupaba mucho el poder pasarte gérmenes a alguien o de alguna manera enfermar a alguien? o ¿Tenías miedo de hacer algo verdaderamente chocante?	NO ↓ SI	1
----	---	---------------	---

MODIFICAR SI SE CONTESTÓ SI EN ALGUNA

NO ACEPTAR PREOCCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA, SÍNTOMAS DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS MENSAJEROS, COMPORTAMIENTO SEXUAL, ABUSO DE ALCOHOL O FARMACAS, A UNO DE EL PASIENTE EN LA MANERA DE DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PODER NO QUERER ENTRARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS.

J2	¿Estos pensamientos volvían a tu mente aún cuando tratabas de ignorarlos o de librarte de ellos?	NO ↓ SI	2
----	--	---------------	---

J3	¿Tu piensas que estas cosas vienen de tu propia mente y que no vienen de fuera de tu cabeza?	NO SI	3
----	--	----------	---

obsesiones

J4	¿En el pasado mes, hiciste algo una y otra vez sin poder dejar de hacerlo, como el lavar o limpiar una y otra vez? ¿Ordenar o arreglar las cosas una y otra vez? ¿Contar o escribir las cosas una y otra vez? ¿Decir o hacer algo una y otra vez?	NO SI	4
----	---	----------	---

compulsiones

MODIFICAR SI SE CONTESTÓ SI EN ALGUNA

¿CÓMO RESPONDIÓ EN J4?

NO      SI

J5	¿Estos pensamientos o acciones son la causa de que no participes en actividades en tu vida? ¿En la escuela? ¿Con tus amigos? ¿Te causaron problemas con otras personas?	NO      SI	5
----	---	------------	---

MODIFICAR SI SE CONTESTÓ SI EN ALGUNA

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO  
ACTUAL

## H. FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿En el pasado mes, sentiste miedo o vergüenza cuando otros te estaban mirando? ¿Tenías miedo de que te molestaran o se burlaran? ¿Como hablar frente a la clase? o ¿Comer o escribir frente a otros? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	1
H2	¿Le tienes mas miedo a estas cosas que otros niños de tu edad?	NO	SÍ	2
H3	¿Le tienes tanto miedo a estas cosas que tratas de alejarte de ellas? o ¿Solamente las puedes hacer cuando alguien está contigo? o ¿Las haces, pero se te hace bien difícil? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
H4	¿Te molesta mucho este miedo? ¿Te causa problemas en tu casa en la escuela? ¿Esto hace que tengas miedo de ir a la escuela? ¿Esto hace que quieras estar solo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	4

**FOBLA SOCIAL**  
(Trastorno de Ansiedad Social)  
**ACTUAL**

## I. FOBIA ESPECÍFICA

(⇒ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

I1	¿En el pasado mes, te han dado mucho miedo cosas como: culebras, serpientes, insectos? ¿Perros u otros animales? ¿Las alturas? ¿Tormentas? ¿La oscuridad? ¿O ver sangre o agujas?	NO	SÍ	1
I2	Nombre la fobia específica: _____			
I3	¿Le tienes mas miedo a _____ que lo que le tienen otros niños de tu edad?	NO	SÍ	2
I4	¿Le tienes tanto miedo a _____ que tratas de evitarlos? o ¿Solamente puedes estar cerca de _____ cuando alguien está contigo? o ¿Puedes estar cerca de _____ pero se te hace bien difícil? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
I5	¿Te molesta mucho este miedo? ¿Te causa problemas en tu casa o en la escuela? ¿Es por esto que no haces cosas que te gustaria hacer? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN I5?

**FOBLA ESPECÍFICA**  
**ACTUAL**



## K. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)

(— SIGNIFICA IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

K1	¿Alguna vez te ha pasado algo bien malo? ¿Como estar en una inundación, tomado o terremoto? ¿Como estar en un fuego o en un accidente bien malo? O ver cuando matan a alguien o lo hieren de gravedad. ¿Como ser atacado por alguien?	NO	SÍ	1
K2	¿Durante el pasado mes, esta cosa tan mala ha regresado de alguna manera? ¿La has soñado, o has tenido memorias intensas)?	NO	SÍ	2
K3	En el último mes:			
a	¿Has tratado de no pensar en esta cosa tan mala? ¿Has tratado de alejarte de todo aquello que te lo pueda recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Has tenido dificultad recordando alguna parte importante de lo que pasó?	NO	SÍ	4
c	¿Has estado menos interesado en tus pasatiempos o en tus amigos?	NO	SÍ	5
d	¿Te has sentido alejado o distante de otras personas?	NO	SÍ	6
e	¿Has notado que ya tus sentimientos no son tan fuertes acerca de las cosas?	NO	SÍ	7
f	¿Has tenido la impresión de que tu vida se va a acortar o que vas a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	<b>K 3 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K3a-f?</b>	NO	SÍ	
K4	Durante el último mes:			
a	¿Tuviste dificultad para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Estuviste irritable o molesto sin razón alguna?	NO	SÍ	10
c	¿Tuviste dificultad para concentrarte?	NO	SÍ	11
d	¿Estuviste nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Brincaste cuando escuchaste ruidos? o ¿Cuando viste algo por la esquinita del ojo?	NO	SÍ	13
	CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
	<b>K 4 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE K4a-e?</b>	NO	SÍ	
K5	¿Durante el último mes, te han molestado mucho estos problemas? ¿Te han causado problemas en la escuela? ¿En tu casa? ¿Con tus amigos? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	14

¿CODIFICÓ SÍ EN EL RESUMEN DE K1, K2, K3, K4 & K5?

NO                      SÍ

ESTADO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO  
ACTUAL

# M. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

(= SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS. CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1 a Ahora te voy a leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas. Deténme, si en el pasado año, has tomado alguna de estas drogas, en mas de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar tu estado de ánimo:

NO    SI

**CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:**

**Estimulantes:** anfetaminas, "speed", cristal, dexedrine, ritalina, píldoras adelgazantes.

**Cocaína:** inhalada, intravenosa, crack, "speedball".

**Narcóticos:** heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

**Alucinógenos:** LSD (ácido) mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, "peace pill"), "psilocybin", STP, hongos, éxtasi.

**Inhalantes:** pegamento, "ether", óxido nitroso, ("laughing gas"), "amyl" o "butyl nitrate" ("poppers").

**Mariguana:** hashish, THC, pasto, hierba, mota, "reefer".

**Tranquilizantes:** Qualude, Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, "Miltown"

Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

**Otras drogas:** Esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra droga?

**Especifique la Droga(s) MAS USADA:** \_\_\_\_\_

MARQUE UNA CASILLA

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS HA SIDO UTILIZADA.

SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR L2 Y L3 SEGÚN SEA NECESARIO)

b. SI EXISTE USO CONCURRENTEMENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUE DROGA / CLASE DE DROGAS VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN: \_\_\_\_\_

M2 Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), en el pasado año:

a ¿Necesitaste tomar mas de esa droga para obtener los mismos efectos que cuando empezaste a usarla? NO SI

b ¿Cuándo disminuyeste la cantidad o dejaste de usar droga, te sentiste mal físicamente o tuviste síntomas de abstinencia? ("Síntomas de abstinencia" pueden ser sentirte enfermo, dolor en el cuerpo, temblores, fiebre, debilidad, malestar estomacal, diarreas, náuseas, sudoraciones, sentir que tu corazón late mas fuerte, dificultad para dormir, sentirte nervioso, irritable o sentir como que no te puedes quedar tranquilo.) ¿Usaste la droga(s) otra vez para evitar enfermarte o para sentirte mejor? NO SI

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

- |   |  |    |    |    |
|---|--|----|----|----|
| c | ¿Has tenido problemas legales debido a tu uso de alcohol (Como ser arrestado o ser detenido por la policía)?     | NO | SI | 12 |
| d | ¿Has continuado bebiendo a pesar de saber que esto te ocasionaba problemas con tu familia?, ¿Con otras personas? | NO | SI | 13 |
- CODIFICAR SI, SI CONTESTO SI EN ALGUNA

¿CODIFICÓ SI EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE L3?

NO	• SI
<b>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</b>	

- |   |  |    |    |   |
|---|--|----|----|---|
| c | ¿Cuando usabas (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) terminabas usando mas de lo que en un principio habias planeado?  | NO | SI | 3 |
| d | ¿Has tratado de disminuir o dejar de tomar (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada)? ¿Te diste cuenta que no pudiste?<br>CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA   | NO | SI | 4 |
| e | ¿En los días que usabas (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) pasabas mas de dos horas usándola? Incluye el tiempo que te tomó conseguir (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), usarla y recuperarte de sus efectos. | NO | SI | 5 |
| f | ¿Pasaste menos tiempo haciendo otras cosas debido a tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada)? ¿Como estar en la escuela, disfrutar de pasatiempos o estar con tus amigos?   | NO | SI | 6 |
| g | ¿Continuaste usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) a pesar de saber que esto te causabz problemas? ¿Como de tu salud física o mental?   | NO | SI | 7 |

¿CODIFICÓ POSITIVO PARA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ACTUAL (Codificó SÍ en por lo menos tres respuestas de M 2)?  
especificar la droga(s): \_\_\_\_\_

NO                      SÍ <b>DEPENDENCIA DE DROGAS ACTUAL</b>
---

Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) durante el año pasado:

Durante el año pasado:

- |      |   |    |    |    |
|------|---|----|----|----|
| M3 a | ¿Has estado intoxicado o con resaca a causa de las drogas cuando tenias algo importante que hacer? ¿Como la tarea u otras responsabilidades en tu hogar? ¿Esto te pasó mas de una vez? ¿Esto te ocasionó algún problema?<br>(CODIFIQUE SÍ, SOLO SI ESTO LE OCCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | SI | 9  |
| b    | ¿Estabas intoxicado cuando estabas haciendo algo en lo que podias correr un riesgo físico, (Como correr en bicicleta, conducir un automóvil, o utilizar una máquina)?   | NO | SI | 10 |
| c    | ¿Has tenido algún problema legal debido a tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada). (Como ser arrestado o detenido por la policia)?  | NO | SI | 11 |
| d    | ¿Has continuado usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), a pesar de saber que esto te causaba problemas con tu familia? ¿Con otras personas?<br>CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA   | NO | SI | 12 |

¿CODIFICÓ SÍ EN M3a o b o c o d?

NO                      SÍ <b>ABUSO DE DROGAS ACTUAL</b>
---

## N. TRASTORNOS DE TIC

(⇒ SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- |    |   |   |    |    |   |
|----|---|---|----|----|---|
| N1 | a | ¿En el último mes has tenido movimientos en tu cuerpo llamados "Tics"? Los "Tics" son movimientos rápidos de alguna parte de tu cuerpo, que son difíciles de controlar. Un tic puede ser parpadear tus ojos repetidamente, espasmos o temblores en tu cara, mover o sacudir tu cabeza, hacer un movimiento con tu mano una y otra vez, o tener que doblarte, o encojerte de hombros una y otra vez. | NO | SÍ | 1 |
|    | b | ¿Alguna vez has tenido un tic que te hizo decir algo una y otra vez y era difícil parar de hacerlo? Como toser, resoplar, aclararte la garganta una y otra vez, cuando no tenías catarro; o gruñir, ladrar, tener que decir ciertas palabras una y otra vez, tener que decir malas palabras, o tener que repetir sonidos que escuchas o palabras que otra personas dicen?                           | NO | SÍ | 2 |

SI CODIFICÓ NO EN AMBAS N1a Y N1b,  
CIRCULE NO EN TODAS LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y SALTE A O1

- |    |   |   |    |    |   |
|----|---|---|----|----|---|
| N2 | a | ¿Tenías estos "tics" varias veces al día?                             | NO | SÍ | 3 |
|    | b | ¿Los tuviste por un año o más?  |    |    |   |
|    | c | ¿Alguna vez se desaparecieron completamente por 3 meses consecutivos? | NO | SÍ | 4 |

- |    |   |    |    |   |
|----|---|----|----|---|
| N3 | ¿Te molestaban mucho estos "tics"? ¿Interferían en la escuela?<br>¿Te causaban problemas en tu hogar? ¿Te causaban problemas con tus amigos? ¿Te atormentaban o te molestaban otros niños por tus tics? | NO | SÍ | 5 |
|----|---|----|----|---|
- CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

- |    |   |    |    |   |
|----|---|----|----|---|
| N4 | ¿Ocurrieron estos tics solamente cuando estabas tomando Ritalin u otros medicamentos para el Trastorno por Déficit de Atención? | NO | SÍ | 7 |
|----|---|----|----|---|

- N4 a ¿CODIFICÓ SÍ EN N1a, N1b, N2a, N2b Y N3 ?

NO	SÍ
TRASTORNO DE LA TOURETTE, ACTUAL	

- N4 b ¿CODIFICÓ SÍ EN N1a + N2a + N2b + N3 Y CODIFICÓ NO EN N1b ?

NO	SÍ
TRASTORNO DE TIC MOTOR CRÓNICO	

- N4 c ¿CODIFICÓ SÍ EN N1b + N2a + N3 Y CODIFICÓ NO EN N1a ?

NO	SÍ
TRASTORNO DE TIC	

- N4 d ¿CODIFICÓ SÍ EN N1 (a or b), N2a Y N3, Y CODIFICÓ NO EN N2b, Y ESTOS "TICS" OCURRIERON CASI TODOS LOS DÍAS POR LO MENOS 4 SEMANAS?

NO	SÍ
TRASTORNO DE TIC TRANSITORIO	

## O. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

(⇒ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

En los últimos 6 meses:

O1	a	¿A menudo no le prestas suficiente atención a los detalles? ¿Cometes errores por descuido en las tareas escolares?	NO	SÍ	1
	b	¿Tienes dificultad prestando atención cuando juegas o haces las tareas?	NO	SÍ	2
	c	¿A menudo pareces no escuchar a las personas incluso cuando te hablan directamente?	NO	SÍ	3
	d	¿A menudo tienes dificultad para hacer lo que te mandan a hacer (Como no hacer tus tareas escolares o tus obligaciones)? ¿Esto te pasa a pesar de que entiendes las instrucciones? ¿Esto te pasa aún cuando no pretendes ser desafiante?	NO	SÍ	4
		CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA			
	e	¿A menudo tienes dificultades para organizarte?	NO	SÍ	5
	f	¿A menudo evitas las cosas que requieren que te concentres o que pienses mucho (como las tareas)? ¿Te desagradan o no te gustan las cosas en las que necesitas concentrarte o pensar mucho?	NO	SÍ	6
		CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
	g	¿A menudo pierdes o se te olvidan cosas que necesitas? ¿Como la tarea escolar, lápices, o juguetes?	NO	SÍ	7
	h	¿A menudo te distraes fácilmente con estímulos irrelevantes (Como sonidos o cosas fuera de tu cuarto)?	NO	SÍ	8
	i	¿A menudo se te olvida hacer cosas que tienes que hacer todos los días (Como olvidarte de peinarte el pelo o cepillarte los dientes)?	NO	SÍ	9
		O 1 RESUMEN: ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE O1a-i?	NO	SÍ	

En los últimos 6 meses:

O 2	a	¿A menudo estas inquieto, mueves en exceso tus manos o pies? ¿No puedes permanecer quieto en tu asiento?	NO	SÍ	10
		CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
	b	¿A menudo abandonas tu asiento en clase cuando no se supone que lo hagas?	NO	SÍ	11
	c	¿A menudo corres y trepas en cosas cuando no se supone que lo hagas? ¿Corres o trepas en cosas incluso cuando no quieres?	NO	SÍ	12
		CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
	d	¿A menudo tienes dificultad jugando sin hacer ruido?	NO	SÍ	13
	e	¿Siempre estas en movimiento?	NO	SÍ	14
	f	¿A menudo hablas demasiado?	NO	SÍ	15
	g	¿A menudo das la respuesta antes de que la persona termine la pregunta?	NO	SÍ	16

	h ¿A menudo tienes dificultad esperando tu turno?	NO	SI	17
	i ¿A menudo interrumpes a las demás personas? ¿Te entrometes cuando los demás están hablando o están ocupados?	NO	SI	18
	O 2 RESUMEN: ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE O2a-i?	NO	SI	
O3	¿Tuviste problemas prestando atención, siendo hiperactivo, o impulsivo antes de cumplir los 7 años?	NO	SI	19
O4	¿Esto te causó problemas en la escuela? ¿En tu casa? ¿Con tu familia? ¿Con tus amigos?	NO	SI	20
	CODIFICAR SÍ, SI COMPLETÓ SÍ EN DOS O MAS RESPUESTAS			

¿CODIFICÓ SÍ EN O1 RESUMEN & O2 RESUMEN:

NO	SI
<i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad COMBINADO</i>	

¿CODIFICÓ SÍ EN O1 RESUMEN Y CODIFICÓ NO EN O2 RESUMEN?

NO	SI
<i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad CON DÉFICIT DE ATENCIÓN</i>	

¿CODIFICÓ NO EN O1 RESUMEN Y CODIFICÓ SÍ EN O2 RESUMEN?

NO	SI
<i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad HIPERACTIVO /IMPULSIVO</i>	

## P. TRASTORNO DE LA CONDUCTA (DISOCIAL)

(➔ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

P1	En el último año:			
	a ¿Has molestado, amenazado o intimidado a otros?	NO	SÍ	1
	b ¿Has iniciado peleas físicas?	NO	SÍ	2
	c ¿Has usado un arma que pudiera herir a alguien? ¿Como un cuchillo, una pistola, un bate u otro objeto?	NO	SÍ	3
	d ¿Has herido a una persona intencionalmente?	NO	SÍ	4
	e ¿Has herido a un animal intencionalmente?	NO	SÍ	5
	f ¿Has robado algo usando la fuerza? ¿Como robar a mano armada, arrebatarle el bolso a alguien?	NO	SÍ	6
	g ¿Has forzado a alguien a una actividad sexual?	NO	SÍ	7
	h ¿Has empezado un fuego deliberadamente con la intención de causar daños graves?	NO	SÍ	8
	i ¿Has destruido deliberadamente cosas pertenecientes a otras personas?	NO	SÍ	9
	j ¿Has asaltado la casa o el automóvil de alguien?	NO	SÍ	10
	k ¿Has mentido repetidamente para obtener cosas de otras personas o para evitar obligaciones? ¿Engañas a otras personas para conseguir lo que quieres?	NO	SÍ	11
	CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
	l ¿Has robado cosas de valor (Como robar en las tiendas, falsificar un cheque)?	NO	SÍ	12
	m ¿A menudo has permanecido fuera de tu casa mas tarde de lo que te permiten tus padres? ¿Empezaste a hacer esto antes de cumplir los 13 años?	NO	SÍ	13
	CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA			
	n ¿Te has escapado de casa al menos 2 veces?	NO	SÍ	14
	o ¿A menudo has faltado a la escuela? ¿Empezaste a hacer esto antes de cumplir los 13 años?	NO	SÍ	15
	CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA			
	P1 RESUMEN: ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MAS RESPUESTAS DE P1a-o?	NO	SÍ	
	¿HAY POR LO MENOS UNA PRESENTE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES ?	➔		
P2	¿Este comportamiento te causó problemas en la escuela? ¿En tu casa?	NO	SÍ	16
	¿Con tu familia? ¿Con tus amigos?			
	CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			

¿ CODIFICÓ SÍ EN P1 RESUMEN & P2 ?

NO	SÍ
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ACTUAL	

## Q. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

(→ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Q1 En los últimos seis meses:

- |   |  |    |    |   |
|---|--|----|----|---|
| a                                       | ¿Has perdido el control de ti mismo con frecuencia?                                      | NO | SÍ | 1 |
| b                                       | ¿Has discutido a menudo con adultos?   | NO | SÍ | 2 |
| c                                       | ¿A menudo te niegas a hacer lo que los adultos te piden? ¿Te niegas a seguir las reglas? | NO | SÍ | 3 |
| CODIFICAR SÍ, SI CO. TESTÓ SÍ EN ALGUNA |  |    |    |   |
| d                                       | ¿Has enojado a propósito con frecuencia a otras personas?                                | NO | SÍ | 4 |
| e                                       | ¿Con frecuencia culpas a otras personas por tus errores o tu mal comportamiento?         | NO | SÍ | 5 |
| f                                       | ¿Con frecuencia estas susceptible o te enojas fácilmente con otras personas?             | NO | SÍ | 6 |
| g                                       | ¿Has sentido a menudo coraje o resentimiento contra otras personas?                      | NO | SÍ | 7 |
| h                                       | ¿Te has sentido a menudo rencoroso o vengativo contra alguien que te trató mal?          | NO | SÍ | 8 |

Q1 RESUMEN: ¿CODIFICÓ SÍ EN 4 O MÁS RESPUESTAS DE Q1a-h?

NO SÍ

Q2 ¿Estos comportamientos te causaron problemas en la escuela? ¿En tu casa? ¿Con tu familia? ¿o con tus amigos?

NO SÍ 9

CODIFICAR SÍ, SI CO. TESTÓ SÍ EN ALGUNA

¿CODIFICÓ SÍ EN Q1 RESUMEN & Q2 ?

NO SÍ  
**TRASTORNO NEGATIVISTA  
 DESAFIANTE  
 ACTUAL**

## R. TRASTORNOS PSICÓTICOS

➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SÍ SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO "EXTRAÑAS" O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON "EXTRAÑAS" O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPRESIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON "EXTRAÑAS" O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MAS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

				EXTRAÑAS	
Ahora te voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.					
R1	a	¿Alguna vez, has creído que secretamente la gente te mira? ¿Alguna vez, has creído alguien te esta persiguiendo o trata de hacerte daño? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO	NO	SÍ	SÍ 1
	b	SI SÍ: ¿Actualmente crees esto?	NO	SÍ	SÍ 2 =R5
R2	a	¿Alguna vez, has creído que alguien estaba leyendo tu mente? ¿O que alguien podía escuchar tus pensamientos? ¿O tu podías leer lo que estaba en la mente de otra persona? ¿O podías escuchar lo que estaban pensando?	NO	SÍ	SÍ 3
	b	SI SÍ: ¿Actualmente crees esto?	NO	SÍ	SÍ 4 =R6
R3	a	¿Alguna vez ha creído, que alguien o algo puso pensamientos en tu mente que no eran los tuyos? ¿Has creído que alguien o algo te hizo actuar de una manera no usual en ti? NOTA: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO	NO	SÍ	SÍ 5
	b	SI SÍ: ¿Actualmente crees esto?	NO	SÍ	SÍ 6 =R6
R4	a	¿Alguna vez ha creído, que te enviaban mensajes especiales a través de el televisor o la radio? ¿A través de tus juguetes? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	SÍ 7
	b	SI SÍ: ¿Actualmente crees esto?	NO	SÍ	SÍ 8 =R6
R5	a	¿Alguna vez han considerado tus familiares o amigos que algunas de tus creencias son extrañas o poco usuales? Me puedes dar un ejemplo. ENTREVISTADOR/A: CODIFIQUE SÍ SOLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES Y NO HAN SIDO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS DE R1 A R4, POR EJEMPLO, SOMÁTICOS O RELIGIOSOS O GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUTINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	SÍ 9
	b	SI SÍ: ¿Actualmente, creen los demás que tus ideas son extrañas?	NO	SÍ	SÍ 10

R6	a	¿Alguna vez, has escuchado cosas que otras personas no pueden escuchar, como voces?	NO	SÍ	11
		(LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO "EXTRAÑAS" SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE):			
		SI SÍ: ¿Escuchaste una voz hablando de ti? Escuchaste más de una voz hablando?		SÍ	
	b	SI SÍ: ¿Has escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	12
				<sup>RR</sup> 8h	
R7	a	¿Alguna vez, has tenido visiones o ha visto cosas que otros no pueden ver?	NO	SÍ	13
		NOTA: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS			
	b	SI SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14
		BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR (A):			
R8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE, INCOHERENTE DESORGANIZADO, O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15
R9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16
R10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17

R11 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS « b »?  
O  
¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS « b »?

NO	SÍ
<b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b>	

R12 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS « a »?  
O  
¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS « a »?  
VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO

NO	YES	18
<b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b>		

R13 ¿CODIFICÓ SI EN R11 Y CODIFICÓ SI EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR O CODIFICÓ SI EPISODIO MANIACO (ACTUAL O PASADO)?

NO SI

R14 SI CODIFICÓ SI EN R12:

¿Tenias estas creencias o experiencias que me acabas de describir; [DE EJEMPLOS AL PACIENTE] solamente cuando te sentias deprimido(a)? ¿Exaltado(a)? ¿Irritable?

19

NO SI

*TRASTORNO DEL  
ESTADO DEL ANIMO  
CON SINTOMAS  
PSICOTICOS*

## S. ANOREXIA NERVIOSA (opcional)

(→ SIGNIFICA IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1 a ¿Cuál es tu estatura?

pies   pulg.

cm.

b ¿En los últimos tres meses, cual ha sido tu peso más bajo?

libras.

kgs.

¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO  
CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?

NO    SÍ

En los últimos tres meses:		→		
S2	¿Has tratado de no engordar?	NO	SÍ	1
S3	¿Has tenido miedo de ganar peso? ¿Has tenido miedo a ponerte gordo(a)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	2
S4 a	¿Has pensado que te ves muy gordo(a)? ¿Has pensado que tu cuerpo no es atractivo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿La opinión que tienes de tí mismo se ve afectada por tu peso? ¿La figura de tu cuerpo afecta la opinión que tienes de tí mismo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	4
c	¿Has pensado que tu bajo peso no es un problema serio?	NO	SÍ	5
S5	¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE S4?	NO	SÍ	
S6	SOLO PARA NIÑAS EN LA PUBERTAD: ¿En los últimos tres meses, dejaste de tener todos tus periodos menstruales, aunque debiste tenerlos (cuando no estabas embarazada)?	NO	SÍ	6

PARA NIÑAS: ¿CODIFICÓ SÍ EN S5 Y S6?

PARA NIÑOS: ¿CODIFICÓ SÍ EN S5?

→

NO                      SÍ

**ANOREXIA NERVIOSA  
ACTUAL**

**TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura: in zapatos; peso-sin ropa)**

Mujer Estatura/Peso		4'9	4'10	4'11	5'0	5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10	
pies/pulg.																
lbs.		84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cms		144.8	147.3	149.9	152.4	154.9	157.5	160.0	162.6	165.1	167.6	170.2	172.7	175.3	177.8	
kgs		38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hocibre Estatura/Peso		5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10	5'11	6'0	6'1	6'2	6'3
pies/pulg.																
lbs.		105	106	107	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cms		154.9	157.5	160.0	162.6	165.1	167.6	170.2	172.7	175.3	177.8	180.3	182.9	185.4	188.0	190.5
kgs		47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal del "Metropolitan Life Insurance Table of Weights".

## T. BULIMIA NERVIOSA (optional)

☛ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS. CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO

En los últimos tres meses:			
T1	¿Te has dado atracones? Un "atacón" es cuando comes una gran cantidad de alimentos en un periodo de 2 horas.	NO	SÍ 7
T2	¿Te has dado 2 atracones o mas por semana?	NO	SÍ 8
T3	¿Durante un atracón, has sentido que no te puedes controlar?	NO	SÍ 9
T4	¿Trataste de hacer algo para evitar ganar peso? ¿Como inducir el vómito o ejercitarte en exceso? ¿Tratar de no comer por uno o mas dias? ¿Tomar pastillas que te hacen ir mas al baño? ¿ O tomar otro tipo de pastillas para evitar ganar peso? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ 10
T5	¿La opinión que tienes de ti mismo se ve afectada por tu peso? ¿La figura de tu cuerpo afecta la opinión que tienes de ti mismo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ 11
T6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a O8	SÍ
T7	¿Ocurten estos atracones solamente cuando está por debajo de (____ libras/kgs.)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ 15

T8 ¿CODIFICÓ SÍ EN T5 O CODIFICÓ NO EN T7 O SALTÓ A O8?

NO	SÍ
<b>BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</b>	

T9 ¿CODIFICO SÍ EN T7?

NO	SÍ
<b>ANOREXIA NERVIOSA Tipo Compulsivo Purgativo ACTUAL</b>	

## U. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

(➡ SIGNIFICA: IR AL FINAL DEL TRASTORNO, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

*Salte este trastorno si la ansiedad del paciente se restringe exclusivamente o es mejor explicada por cualquiera otro de los trastornos previamente investigados.*

U1	<p>a En los últimos 6 meses, ¿te has preocupado mucho o has estado nervioso? has preocupado mucho o has estado nervioso por varias cosas (Como la escuela, tu salud, o que pueda pasar algo malo)? ¿Has estado mas preocupado que otros niños de tu edad? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>	NO	SÍ	1
	b ¿Te preocupas casi todos los días? CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE SE RESTRINGE EXCLUSIVAMENTE, O ES MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	SÍ	2
		NO	SÍ	3
U2	¿Se te hace difícil dejar de preocuparte? ¿Estas preocupaciones interfieren para concentrarte en lo que haces? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	4
U3	PARA LAS SIGUIENTES, CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.  Cuando estas preocupado, casi todo el tiempo:			
	a ¿Te sientes inquieto o intranquilo?	NO	SÍ	5
	b ¿Te sientes tenso?	NO	SÍ	6
	c ¿Te sientes cansado o débil?	NO	SÍ	7
	d ¿Se te hace difícil prestar atención?	NO	SÍ	8
	e ¿Te sientes molesto o malhumorado?	NO	SÍ	9
	f ¿Tienes dificultad durmiendo casi todas las noches ("dificultad durmiendo" significa dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche o demasiado temprano, o dormir en exceso)?	NO	SÍ	10

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MAS RESPUESTAS DE U3a-f?

NO                      SÍ  
*Trastorno de Ansiedad  
 Generalizada*  
**ACTUAL**

## V. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

(**➡** SIGNIFICA IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

INCLUSO SI TIENE ESTRÉS EN SU VIDA O UN ESTRÉS PRECIPITO EL TRASTORNO DEL PACIENTE, NO USE EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS SI ALGUN OTRO TRASTORNO PSIQUIÁTRICO ESTÁ PRESENTE. SALTE LA SECCIÓN DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE REUNEN LOS REQUISITOS DE OTRO TRASTORNO ESPECÍFICO DEL EJE I O SON UNA EXACERBACIÓN DE UN TRASTORNO DEL EJE I O DEL EJE II.

HAGA ESTAS PREGUNTAS SOLAMENTE SI EL PACIENTE CODIFICÓ NO EN LOS DEMÁS TRASTORNOS.

- |    |  |         |         |   |
|----|--|---------|---------|---|
| V1 | ¿Tienes mucho estrés por algo? ¿Esto te molesta o empeora tu comportamiento?   | ➡<br>NO | SÍ      | 1 |
|    | CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA   |         |         |   |
|    | [Entre los ejemplos está la ansiedad/depresión/quejas físicas; mala conducta como pelear, manejar imprudentemente, faltar a clase, el vandalismo, no respetar los derechos de otros o hacer cosas ilegales].   |         |         |   |
|    | ESTRESOR IDENTIFICADO: _____   |         |         |   |
|    | FECHA EN QUE COMENZÓ EL ESTRESOR: _____  |         |         |   |
| V2 | ¿Estos problemas de conducta o que te hacían sentir molesto comenzaron poco después de que empezaron los factores estresantes?<br>[¿Dentro de los 3 meses desde el comienzo de los factores estresantes?]  | ➡<br>NO | SÍ      | 2 |
| V3 | a ¿Este estrés te molesta más que lo que molestaría a otros niños de tu edad?  | ➡<br>NO | SÍ      | 3 |
|    | b ¿Te causan estos problemas dificultades en la escuela?<br>¿Dificultades en tu casa? ¿Dificultades con tu familia o con tus amigos?   | ➡<br>NO | SÍ      | 4 |
|    | CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA   |         |         |   |
| V4 | ¿ESTOS SÍNTOMAS EMOCIONALES/DE CONDUCTA SON CAUSADOS EN SU TOTALIDAD POR LA PÉRDIDA DE UN SER AMADO (DUELO) Y SON SIMILARES EN SEVERIDAD, NIVEL DE INCAPACIDAD Y DURACIÓN A LO QUE OTROS SUFRIRÍAN BAJO CIRCUNSTANCIAS SIMILARES? (SI ES ASÍ, ESTO ES DUELO) |         |         |   |
|    | ¿HA SIDO DESCARTADO UN DUELO NO COMPLICADO?  | ➡<br>NO | SÍ      | 5 |
| V5 | ¿Estos problemas han continuado a pesar de que el estrés ya terminó?<br>¿Estos problemas han continuado por más de 6 meses desde que el estrés desapareció?  | NO      | ➡<br>SÍ | 6 |
|    | CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA   |         |         |   |

¿ESTÁN PRESENTES LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EMOCIONALES DE CONDUCTA?

CALIFICADORES:  
apropiados.

Marcar todos los que sean

- |   |   |
|---|---|
| A Depresión, emotividad, desesperanza.  | o |
| B Ansiedad, nerviosismo, temblor, preocupación.   | o |
| C Mala conducta (ej., pelear, manejar imprudentemente, faltar a la escuela, vandalismo, no respetar los derechos de los demás, hacer cosas ilegales). | o |
| D Problemas escolares, quejas físicas o aislamiento social.   | o |

SI MARCÓ:

- Solamente A, entonces codifíquese como trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. 309.0
- Solamente B, entonces codifíquese como trastorno adaptativo con ansiedad. 309.24
- Solamente C, entonces codifíquese como trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento. 309.3
- Solamente A y B, entonces codifíquese como trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. 309.28
- C y (A o B), entonces codifíquese como trastorno adaptativo con alteración de las emociones y el comportamiento. 309.4
- Solamente D, entonces codifíquese como un trastorno adaptativo no especificado. 309.9

SI CODIFICÓ SÍ EN V1 Y V2 Y (V3a or V3b), Y CODIFICÓ NO EN V5,  
ENTONCES CODIFIQUE SÍ EN EL TRASTORNO CON CALIFICADOR.

SI NO, CODIFIQUE EL TRASTORNO COMO AUSENTE.

NO	SÍ
<i>Trastorno Adaptativo</i>	
con _____	
<i>(ver calificadores)</i>	

**ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA**

#### Reconocimientos:

Queremos agradecer a Mary Newman, Berny Wilkinson, y a Mame Salmon por su ayuda y sugerencias

#### REFERENCIAS

Sheehan DV, Lecrubier Y, Hammett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora I, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12:232-241.

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDL. *European Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Hammett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J. Clin Psychiatry*. 1998;59(suppl 20):22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D: DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDL. *European Psychiatry*. 1998; 13:26-34.

## ÍNDICE

1	TITULO.....	1
2	INTRODUCCIÓN.....	1
3	MARCO TEÓRICO.....	2
	3.1Adolescencia.....	2
	3.2Disociación	
	3.2.1 Concepto.....	8
	3.2.2 Medición.....	12
	3.2.3 Modelos y mecanismo.....	13
	3.2.4 Disociación y trauma.....	15
	3.3Trastornos derivados de situaciones traumáticas.....	18
	3.3.1 Trastorno por Estrés Postraumático.....	19
	3.4Violación y abuso sexual.....	23
	3.5Relación entre disociación, adolescencia, Trastorno por Estrés Postraumático y abuso sexual .....	28
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
5	OBJETIVOS.....	29
	5.1 Generales	
	5.2 Específicos	
6	HIPÓTESIS.....	30
7	METODOLOGÍA	
	7.1Tipo de estudio.....	30
	7.2Método de investigación.....	30
	7.3Fuentes y técnicas de recolección de información.....	31
	7.3.1 Criterios de inclusión y exclusión de la muestra.....	31
	7.3.2 Instrumentos.....	32
	7.3.3 Componente ético.....	32
8	TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	33
9	RESULTADOS.....	33
10	LIMITACIONES Y DISCUSIÓN .....	44
11	CONCLUSIONES .....	47
12	BIBLIOGRAFÍA.....	50
13	APENDICE: CONSENTIMIENTO INFORMADO E INSTRUMENTOS.....	54
14	INDICE .....	67