



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.**

**DISEÑO Y CONFIABILIDAD TEMPORAL DE LA
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
PARA ESCOLARES (ESE)
VERSION PADRES**

T E S I S

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y
DE LA ADOLESCENCIA.**

**P R E S E N T A
DRA. ALEJANDRINA INES NOGALES IMACA**

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
DR. JUAN N. NAVARRO**

MEXICO, D.F 1999



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DISEÑO Y CONFIABILIDAD TEMPORAL DE LA
 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA ESCOLARES
 (ESE) VERSION PADRES

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
 ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA
 ADOLESCENCIA.

DRA. ALEJANDRINA INES NOGALES IMACA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
 PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
 DR. JUAN N. NAVARRO

SSA COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL
 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
 INFANTIL
 "DR. JUAN N. NAVARRO"
 División de Enseñanza y Capacitación

[Handwritten signature of Dr. Jesus del Bosque Garza]

DR. JESUS DEL BOSQUE GARZA

[Handwritten signature of Dr. Francisco de la Peña]

DR. FRANCISCO DE LA PEÑA

[Handwritten signature of Dr. Francisco de la Peña]

DR. FRANCISCO DE LA PEÑA

ING. JOSE CORTES

[Handwritten signature of Ing. Jose Cortes]

TUTORES TEORICOS

[Handwritten signature of Dr. Alejandro Diaz Martinez]
 Vo. Bo.

TUTORES METODOLOGICOS

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ
 JEFE DEL DEPARTAMENTO



FACULTAD DE MEDICINA
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
 PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.
 COORDINACION DEL PROGRAMA
 DE SALUD MENTAL

INDICE

	Página
1. Introducción	4
2. Antecedentes	7
3. Planteamiento del problema	27
4. Justificación	28
5. Objetivo	30
6. Material y métodos	31
7. Análisis de la información	36
8. Resultados	37
9. Discusión	49
10. Conclusiones	55
11. Bibliografía	56
12. Anexo I. Entrevista Semiestructurada para Escolares (ESE)	64
13. Anexo II. Carta de consentimiento	121

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría infantil, a nivel internacional se originó en las instituciones de asistencia. Tanto en Europa como en Estados Unidos, inició el desarrollo de la paidopsiquiatría con la aparición de las clínicas de orientación infantil en la década de los veinte. En Norteamérica, antiguamente daba casi todo el énfasis a los aspectos emocionales del desarrollo; la psiquiatría infantil europea enfocaba predominantemente en los aspectos cognoscitivos. La asistencia de Piaget en el Congreso de Asociación Psicoanalítica Americana en Diciembre de 1970, la obra de Peter Wolff dirigida a la integración conceptual del desarrollo cognoscitivo con el emocional, las aportaciones de Hartmann, Ainsworth y Bell y muchos otros han construido un nuevo panorama integrador en el que se visualiza la interdependencia de todas y cada una de las líneas del desarrollo.(1)

A partir de 1939 llegaron a México distinguidos psiquiatras y pocos años después se organizaron servicios de psiquiatría en hospital general infantil y finalmente el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan Nepomuceno Navarro. Durante la década de los sesenta varios médicos realizaron sus estudios en el extranjero, regresando como psiquiatras infantiles. A partir de 1973 se han formado varias generaciones de especialistas y servicios de atención a la salud mental infantil y del adolescente en la universidad Nacional Autónoma de México (1).

La evaluación psiquiátrica en niños es complejo, requiere múltiples fuentes de información, incluyendo al niño, padres, maestros, etc. Para establecer sus diagnósticos se han apoyado en los datos sobre la historia del desarrollo, el funcionamiento familiar y

escolar, y la conducta. También la entrevista por medio del juego (entrevista no estructurada) que permite hacer inferencias acerca de la vida psíquica del niño, incluyendo sus deseos, miedos, impulsos, conflictos, defensas, afectos, etc. (2,4).

El desarrollo y la mayor diferenciación de los trastornos en los niños, y los criterios de diagnóstico más explícitos, demandan un mayor acercamiento estandarizado a la evaluación de la sintomatología en los niños. Ejemplos de estos criterios incluyen los sistemas de clasificación internacionales como el DSM IV, el CIE 10 y RDC . La desventaja de la entrevista clínica es que puede no ser suficientemente comprensivo para algunos diagnósticos, los datos pueden ser no confiables, y a menudo con alto nivel de desacuerdo entre los clínicos (3,4,5). En la más reciente modificación que le hizo la Asociación Psiquiátrica Americana al Manual Diagnóstico y Estadístico para los trastornos mentales, en su cuarta edición (DSM-IV) (5), los trastornos de la infancia y de la adolescencia fueron a los que más cambios se les hicieron.

En las dos décadas pasadas se ha visto el desarrollo de numerosas entrevistas estandarizadas y escalas para sistematizar la evaluación de los trastornos psiquiátricos en niños. Varias entrevistas diagnósticas, han probado ser útiles en poblaciones clínicas y abiertas, de otros países. Las entrevistas estructuradas tiene ventajas sobre otros métodos de evaluación como la observación directa, los test psicológicos y los cuestionarios escritos. Algunas entrevistas son semiestructuradas, proveen una guía general y flexible para conducir la entrevista y recolectar información. Otras son altamente estructuradas, especifican un orden exacto de palabras y codifican cada ítem.

Las entrevistas semiestructuradas son aplicados por entrevistadores clínicos sofisticados. Las entrevistas altamente estructuradas, por otro lado minimizan el rol del clínico, pueden ser aplicados por entrevistadores que tienen un entrenamiento específico en el instrumento (3,4,5).

En México en años recientes De la Peña y cols, diseñaron una entrevista diagnóstica semiestructurada para adolescentes entre 13 y 19 años, y realizaron la confiabilidad. La Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA) demostró tener una confiabilidad interevaluador y temporal similar a los instrumentos americanos así como una aplicación más expedita, con menores tiempos de capacitación y adiestramiento para su manejo por clínicos. Esta entrevista se encuentra sustentada en los criterios diagnósticos del DSM IV y actualmente se encuentra en su primera revisión (30).

ANTECEDENTES

Procesos de confiabilidad.

La confiabilidad indica el acuerdo en el cual las medidas de un test, serán consistentes sobre diferentes formas del mismo test, administrado en diferentes ocasiones.

Para medir la confiabilidad , se toma en cuenta el porcentaje de concordancia, esto es el porcentaje de sujetos para lo cuales los entrevistadores estuvieron de acuerdo. Por ejemplo un caso con dos entrevistadores, llamados A y B.

		Entrevistador A	
		Positivo	Negativo
Entrevistador B	Positivo	14	26
	Negativo	22	148

La proporción de sujetos de los cuales los entrevistadores estuvieron de acuerdo es

$(14+148)/200$, es igual a 81%.

Sin embargo, sabemos que la concordancia podría ocurrir por azar. Este tipo de concordancia podría inflar la apariencia de confiabilidad entre dos entrevistadores. Una diferente medida llamado Kappa, ha sido desarrollado para corregir la concordancia por azar. En el cálculo de esta medida, la proporción de concordancia observado (P_o) es corregido sustrayendo la proporción de concordancia por azar (P_c) dividida entre la cantidad de concordancia posible más allá de la probabilidad (azar):

$$(P_o - P_c)$$

$$\text{Kappa} = \frac{\text{-----}}{(1 - P_c)}$$

En los datos presentados en la tabla de arriba, la Kappa se calcula así: $(0.81 - 0.724) / (1 - 0.734) = 0.31$.

Desde el punto de vista psicométrico la confiabilidad es la reproducibilidad de las diferencias observadas entre algunos aspectos de las personas. Es importante aclarar que la mera reproducción sin discriminación no es suficiente, por lo que la replicación debe ser en términos de ordenar, categorizar o de alguna forma discriminar entre personas u objetos. (31)

La confiabilidad dentro de la teoría clásica puede representarse como, la medida observada X que incluye la suma de 2 componentes no observados, el componente verdadero (T) y el error (E), entonces $X = T + E$. Si X_1 y X_2 , son 2 medidas en una persona seleccionada de una población definida, la $T_1, 2$ representan la medida real, el promedio hipotético de múltiples medidas reproducibles y la $E_1, 2$ los errores independientes asociados a cada medición. La T y la E reciben el nombre de variables latentes porque no se pueden conocer exactamente (son aproximaciones observacionales). La confiabilidad se define como la proporción de la varianza (variación) de X (medida observada) que es atribuible a la medición verdadera latente (T). dada por el coeficiente de confiabilidad: $R = \frac{T}{T+E}$ que también es conocido como el coeficiente de correlación intraclase. (31). En una población heterogénea la varianza de las mediciones reales (T) será amplia por definición, por lo que la confiabilidad será

alta cuando la varianza de error sea pequeña o moderada. De cualquier manera los mismos valores de error resultaran en valores cercanos a cero del coeficiente de confiabilidad si la población es homogénea, por ej. cuando T es cercana a cero. Esta es la razón matemática del porque las características de la población afectan la confiabilidad de cualquier procedimiento de medición. Cuando se mide una característica dicotómica, por ej. un juicio diagnóstico presente o ausente, la homogeneidad de la población es determinada por la proporción de respondedores que poseen la característica. En los estudios epidemiológicos esta proporción se denomina prevalencia del trastorno, y en los estudios clínicos se conoce como BASE RATE. Una población con heterogeneidad máxima es una con un BASE RATE de 50%, la población se homogeneiza conforme se acerca al 0 ó al 100%, y el mismo número de discrepancias diagnósticas tendrá un mayor impacto sobre la confiabilidad. A la dificultad de obtener diagnósticos confiables en poblaciones homogéneas (aquellas con prevalencias bajas) se le denomina problema BASE RATE. Para el análisis de éste se requiere conocer el concepto de sensibilidad (índice de diagnósticos verdaderamente positivos) como la capacidad de identificar a los enfermos reales y de especificidad (índice de diagnósticos verdaderamente negativos) como la capacidad de identificar a los sanos reales. La suma de ambos determina el valor predictivo de un procedimiento diagnóstico, su capacidad para discriminar sano-enfermo. La confiabilidad de una medición es específica de una población. Una medición confiable en una población heterogénea, puede no serlo en una homogénea. (31, 32)

Existen diferentes parámetros estadísticos que se utilizan para medir la correspondencia entre 2 evaluadores ante una variable dicotómica, como el coeficiente pi, la Y de Yule, y el coeficiente kappa. El primero asume que la probabilidad de hacer un diagnóstico correcto en un sujeto enfermo (sensibilidad) equivale a estar acertado en determinar al sujeto sano (especificidad), lo que no es generalmente cierto, por lo que no se recomienda su uso (32). La Y de Yule se recomienda para utilizarse en casos de poblaciones homogéneas con índices de prevalencia bajos. Aunque en BASE RATE cercanos a 0 se comporta igual que kappa, se utiliza en razones de momios y es una medida más bien de asociación, limitada estrictamente a contingencias de 2x2. Algunos autores la proponen para realizar comparaciones entre poblaciones debido a que no toma en cuenta la sensibilidad y especificidad, y por lo mismo es poco precisa. La razón más importante para evitar el uso de Y de Yule como índice de confiabilidad es que conduce inevitablemente al investigador a no tomar en cuenta la medición del error. (31, 32,,33, 34)

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

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

O= Concordancia observada.

C= Concordancia por probabilidad (azar).

De no tomarse en cuenta, los valores serían sobre estimaciones, porque 2 evaluadores al hacer un diagnóstico, una proporción de éstos coincidirá por azar (como mencionamos anteriormente) (35). Una característica práctica importante de kappa es que puede ser interpretada en términos cuantitativos y cualitativos. En general los valores aproximados o mayores a .75 son considerados como indicadores de un excelente acuerdo, más allá de la probabilidad, y valores aproximados o menores a .40 como de pobre acuerdo. Los valores intermedios de regular a buena concordancia. (31) Sin embargo no debe perderse de vista que estas generalizaciones no siempre son correctas, debido a que el rango de kappa es modificable de acuerdo al BASE RATE.

La estadística K (kappa) ha sido objeto de diferentes críticas de las que destacan (36,37):

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

Las recomendaciones generales para el uso de estadísticas kappa son: La selección de acuerdo a las unidades que se están sometiendo a análisis estadístico, y periodos observacionales equivalentes al tamaño de los bloques de observación ha utilizar en el análisis de datos. Una recomendación propuesta para el manejo del problema BASE RATE ha sido la valoración secuencial, por medio de escalones de atención, escogiéndose instrumentos y recursos poco costosos en los primeros y más sofisticados

en los últimos, esto, al ir seleccionando la población resuelve en buena medida el problema de bajas prevalencias, sin modificar sustancialmente los parámetros de sensibilidad y especificidad, permitiendo el uso de estadísticos como kappa. (34)

La teoría mental clásica establece que la confiabilidad restringe a la validez. Para variables dentro del rango de las pruebas mentales clásicas (inteligencia, aptitudes, aprovechamiento) es cierto por la definición del término "true score", que es el promedio que el sujeto obtuvo de una larga serie de mediciones observadas. Se puede demostrar que: Confiabilidad = r^2 (medida observada vs "true score"), y si validez = r^2 (medida observada vs variable criterio), entonces Validez=Confiabilidad; donde denota el valor de el coeficiente r de correlación de Pearson, en la población estudiada. Una variable criterio es una medida única perfecta del constructo que se está midiendo. En este caso la confiabilidad y la validez son correlaciones cuadradas. La correlación de una medición con un valor perfecto de criterio no puede exceder la correlación de una medida con su propio true score, por lo que el criterio perfecto puede remplazarlo. La confiabilidad diagnóstica difiere de esta concepción porque el true score es 0 si el paciente no está enfermo y 1 si lo está. (32)

En teoría la distinción es entonces clara, pero existen situaciones clínicas que dificultan esta distinción, como en el caso de un estudio de confiabilidad prueba re prueba a largo plazo por ej. 6 meses, que puede ser reportado también como de seguimiento, de curso de la enfermedad, o de estabilidad diagnóstica, que son criterios estipulados de validez;

ó el caso en que el investigador habla de utilizar un estándar de oro para evaluar la confiabilidad, pero éste (diagnóstico correcto) habla de validez externa. (38)

El fracaso en reproducir mediciones o diagnósticos usualmente implica que las evaluaciones son afectadas por algunas fuentes de variación diferentes al sujeto en estudio. Algunas fuentes de variabilidad en la estimación de la confiabilidad diagnóstica son : (39)

- 1 Variabilidad en la recolección de la información: El entrevistado puede brindar información incorrecta por no entender la pregunta , falta de concentración, resistencia inconsciente o consciente, o porque el entrevistador haya formulado mal la pregunta.
2. Variabilidad en la ocurrencia: Esto depende de la estabilidad en la presentación del fenómeno clínico a medir. El entrevistado puede haber entendido bien la pregunta y responder honestamente, pero la respuesta puede ser diferente cada vez que se pregunta, porque la condición del sujeto cambia con el tiempo.
3. Variabilidad de criterio: En función de las variaciones idiosincrásicas y culturales entre los aplicadores, en la concepción de los criterios diagnósticos empleados, y la forma de interrogarlos, así como de la experiencia del que lo realiza.. Si el entrevistador pregunta utilizando términos subculturales diferentes al resto del equipo, el registro de las respuestas se modificara. La variabilidad de criterio puede disminuir considerablemente con el adiestramiento apropiado de los entrevistadores.

También pueden ser elementos de varianza la inconsistencia, el descuido o las inferencias injustificadas por parte del que diagnostica. Se puede obtener una satisfactoria confiabilidad por medio del uso de criterios diagnósticos, diagnósticos computarizados y entrevistas diagnósticas. (40)

Existen múltiples diseños útiles para evaluar la confiabilidad, entre los que se incluyen: las viñetas clínicas, las entrevistas videograbadas, el acuerdo interevaluador y los diseños prueba re prueba; el último de éstos cubre el rango de rigurosidad requerido para examinar la confiabilidad diagnóstica. Cada diseño plantea análisis estadísticos diferentes; cuando es posible es preferible utilizar más de un diseño, debido a que cada uno es diferente en ventajas y limitaciones, así que pueden ser complementarios (32)

Prueba - re prueba

El más estricto de los diseños para evaluar la confiabilidad diagnóstica es la prueba re prueba , donde los sujetos son reentrevistados después de un cierto lapso de tiempo corto, de horas a días, ó largo de semanas a meses. La reproducibilidad del diagnóstico incluye a la revaloración por otro evaluador diferente, en un día distinto. Es un diseño que permite la valoración de la variabilidad de criterio, permitiendo la máxima aproximación a la conducta del entrevistador en la situación clínica o de investigación. (32) Lo ideal es que los diagnosticadores fuesen intercambiables al azar, como serian los instrumentos de medición en un proceso manufacturado. En la práctica las mediciones

completamente independientes son poco posibles, porque el entrevistado es afectado por el instrumento diagnóstico (p.ej. puede suponerse que intentan obtener información diferente a la prueba original, o deliberadamente intentar que ambas evaluaciones sean consistentes); otro problema es el tiempo entre las entrevistas (por ej. si es amplio el lapso, el fenómeno puede haber desaparecido), en general se aceptan de 1 a 10 días como tiempo adecuado. (40, 32,13). Un factor frecuentemente observado que complica la interpretación de este tipo de diseño es la atenuación, que se define como la disminución de la expresión de los síntomas en la reentrevista. El pobre acuerdo entre las entrevistas puede ser entonces la resultante de un verdadero cambio clínico, ó un cambio en el desarrollo del síntoma entre el lapso de las entrevistas, ó un "efecto terapéutico" de la primera entrevista (lo que se conoce con el nombre de hipótesis de la catarsis), ó del fenómeno estadístico de "regresión al promedio", ó del mal entendido de pensar que solamente se busca nueva información en la re prueba por lo que lo anteriormente expuesto se da por entendido y no se menciona, ó de la mejor apreciación del entrevistado del umbral apropiado para una respuesta afirmativa, o de simplemente aprender a negar síntomas con el fin de reducir el tiempo de la reentrevista. Aparentemente la atenuación es mayor en los niños que en los adultos, y en población general más que en clínica. (16,32,13,41) Un paradigma relacionado con la confiabilidad prueba re prueba es el de la estabilidad temporal, donde las entrevistas son elaboradas en momentos ampliamente separados, o en admisiones hospitalarias sucesivas. Aunque ambos paradigmas utilizan evaluaciones independientes en 2 diferentes momentos, sus

postulados y énfasis difieren. Según el modelo de Cloninger y cols. (42), sobre las fuentes de desacuerdo entre las evaluaciones temporales, es importante distinguir entre errores del instrumento y un cambio real en el estado clínico. En el paradigma de la estabilidad temporal se asume que ciertos elementos de error no están correlacionados entre las evaluaciones (por ej el entrevistado olvidó lo que contestó en la primera evaluación) y se admite entonces un cambio clínico real entre las evaluaciones, a lo que se denomina estabilidad. Por lo anterior se puede distinguir entre evaluar la reproducibilidad de un instrumento diagnóstico (confiabilidad) y el uso de múltiples mediciones para conformar la validez de los constructos subyacentes (estabilidad). (41)

ENTREVISTAS DIAGNOSTICAS

Se han hecho grandes avances durante los últimos 20 años en el desarrollo de entrevistas estructuradas y semiestructuradas para uso con pacientes psiquiátricos. Sin embargo en el campo de los niños y adolescentes ha sido baja la especificación y definición de los síntomas y el deterioro psicosocial resultado de los trastornos psiquiátricos, por lo que se han hechos esfuerzos considerables en los años pasados hacia el perfeccionamiento de los procesos de entrevista psiquiátrica en niños y adolescentes. El desarrollo de entrevistas estructuradas ha sido motivado por la insatisfacción con la confiabilidad y validez con los procesos diagnósticos tradicionales.

Las entrevistas diagnósticas tienen ciertas ventajas sobre otros métodos de evaluación utilizados como, la observación directa, las pruebas psicológicas y los cuestionarios de papel y lápiz (4,6).

Las entrevistas diagnósticas proveen un listado de conductas síntomas y eventos blanco, y las guías para dirigir y registrar las respuestas. Sin embargo es difícil su comparación debido a que existen múltiples diferencias entre ellas. Algunas entrevistas son semiestructuradas brindan guías generales y flexibles para conducir la entrevista y registrar la información, están orientadas a su aplicación en poblaciones e investigaciones clínicas; deben ser aplicadas por clínicos, psiquiatras o psicólogos que requieren una formación especializada en psicopatología; la capacitación que se necesita para su aplicación es prolongada; los diagnósticos son sofisticados. Otras son altamente estructuradas, proporcionan un orden específico y rígido de reactivos para la conducción y registro de respuestas. Está orientada a su aplicación en poblaciones abiertas; diseñadas para investigaciones epidemiológicas; las aplican personas que no requieren una formación específica en psicopatología; la capacitación que se requiere para su aplicación es intensiva y corta; los diagnósticos son sencillos (4,7).

ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS

Los principales instrumentos altamente estructurados son el Diagnostic Interview for Children and Adolescents (D.I.C.A.) y el Diagnostic Interview Schedule for Children (D..I.S.C.).

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

Fue una de las primeras entrevistas estructuradas en ser utilizadas, se ha trabajado con ella desde mediados de los sesentas. Fue desarrollada por Herjanic y cols, en la Universidad de Washington en San Luis. Es una entrevista altamente estructurada, ha sido revisada en varias ocasiones. Una última revisión en 1988 produjo la DICA-R, de acuerdo al DSM III R. Consta de 3 versiones casi idénticas, una para niños de 6 a 12 años, otra para adolescentes de 13 a 17 y otra para padres.

Es una entrevista que puede ser administrada por clínicos o "legos", con el entrenamiento específico. Consta de aproximadamente 200 reactivos, los síntomas se codifican si , no y a veces, el tiempo de aplicación es de 30 a 40 minutos, se interroga al padre y al paciente por separado, el rango de edad es de mayores de 6 años. La entrevista esta organizada en forma temática (conducta escolar, relaciones con compañeros) pero también incluye áreas específicas (abuso de alcohol o drogas) y secciones en función de síndromes (manía, ansiedad). Algunas cuentan con puntos de salto, su utilidad está orientada a disminuir los tiempos de aplicación saltando la exploración de esta área y pasando a la siguiente. La confiabilidad temporal (prueba reprobada) para la DICA R es mayor entre los padres y en los adolescentes que con los

niños. Rango K de .0 a .21 en trastornos internalizados y K de .32 a .68 para externalizados. La confiabilidad interevaluador en un porcentaje de acuerdo promedio de 89% (rango 80-95), la confiabilidad entre informantes (padre/hijo) es baja con un rango K de .03 a .68. Su validez es pobre con especificidad y sensibilidad medias. (3 ,8)

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

Fue desarrollada por el Instituto Nacional de salud Mental de Estados Unidos.(National Institute of Mental Health, NIMH), para su uso en estudios epidemiológicos de psicopatología de niños y adolescentes entre 6 y 17 años, es similar en sus propósitos al DISC (Diagnostic Interview schedule) desarrollado para estudio de trastornos psiquiátricos en adultos. Es una entrevista altamente estructurada designada para evaluar trastornos psiquiátricos del DSM-III-R en que las instrucciones están pre especificadas, puede ser aplicada por "legos" con el entrenamiento específico adecuado, de algunos días (3). Existen 2 versiones para aplicación paralela el DISC P (para padres) y el DISC C (para el paciente), la primera consta de 302 reactivos y se aplica en 60-70 minutos, la segunda de 264 y tarda 40-60 minutos. Los síntomas son evaluados como "No" (0), "A veces" (1), "si" (2), No aplicable (8), o "No sabe" (9). Los items del DISC están organizados por diagnósticos. La estructura de la entrevista cuenta con puntos de salto, orientada a disminuir los tiempos de aplicación saltando la exploración de esta área y pasando a la siguiente. Después de introducir acerca de eventos y síntomas en los

seis meses anteriores (o un año en algunos casos), la DISC genera diagnósticos y síntomas de ese periodo de tiempo.

Varios estudios han evaluado la confiabilidad y validez de la ISC, muchos estudios se han enfocado en la relación entre reportes de niños y valoraciones clínicas. Los reportes de padres, como fueron usados en el estudio FAST Track, se ha usado mucho como comparación con el reporte de niños. El acuerdo padres-niños en DISC se encontró que es no significativa para los niños de 6 a 8 años, pero mejor para niños mayores especialmente para trastornos de conducta (Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover, & Kala, 1986). Sin embargo los puntajes de síntomas y el total de la DISC parecen ser más que los diagnósticos. Por ejemplo, cuando la confiabilidad fue examinado usando tres entrevistadores (legos) quienes calificaron 10 video cintas de entrevistas, el acuerdo calculado sobre los puntajes de síntomas para los evaluadores fue promedio de .97 a .98 (Costello et al., 1984).

La confiabilidad temporal (prueba re prueba) en lapso corto (7 días) en promedio es $r = .76$ versión padres y $r = .43$ hijos, el promedio kappa para diagnóstico .55 padres y .37 hijos. La correlación interevaluador promedio $r = .98$ de video cinta. El promedio del acuerdo entre padres e hijos $r = .27$ (3,9,10,11).

Posteriores revisiones del instrumento DISC-R (12,13,14,15), el DISC 2.1 fue traducido al español y aplicado en Puerto Rico (16,17). Se ha comparado la confiabilidad prueba re prueba entre "legos" - psiquiatras y "legos - legos" encontrando mayores k entre los primeros. Además se ha evaluado comparándola con diagnósticos de egreso, incluso

para diagnósticos poco frecuentes y calculado su sensibilidad (18,19). El DISC 2.3 codifica los diagnósticos del DSM III-R, es un instrumento considerado mejor que las versiones anteriores (9).

La última versión todavía está en proceso y busca incluir a niños desde los 4 años.

ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

Los principales instrumentos semiestructurados son el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Kiddie-SADS) y el Interview Schedule for Children (I.S.C.):

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

El K-SADS surgió durante los primeros años de la década de los ochenta, después de que se publicaran los resultados del estudio del Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) para adultos (45). Es una entrevista de diagnóstico para niños entre 6 y 17 años, basada en los criterios diagnósticos del DSM III y el RDC. Es administrado por entrevistadores clínicos expertos familiarizados con el y DSM-III y que hayan recibido entrenamiento específico en la aplicación de la entrevista. Existen 2 versiones, la del episodio presente (seis meses) (K-SADS-P) el cual fue desarrollado por William Chambers, M.D. y Joaquim Puig-Antich, M.D. y después revisada por Joaquim Puig-Antich, M.D. y Neal Ryan, M.D. y la a lo largo de la vida(K-SADS E). Ambos

diseñada para estudios epidemiológicos que hace alusión a toda la historia previa del individuo. Consta de más de 100 reactivos, el rango de edad es de 6 a 16 años, se interroga al padre primero sobre el estado psiquiátrico del niño. Durante la subsecuente entrevista al niño, el entrevistador trata de resolver cualquier discrepancia entre el padre y el niño. Los primeros 15-20 minutos están designados a establecer "rapport", obtener la historia del padecimiento actual, y determinar el curso de los principales síntomas, su severidad y cronicidad, así como los tratamientos previos, continua luego la parte más estructurada enfocada específicamente en los síntomas. Esa sección dura 30-40 minutos que se enfoca en síntomas específicos, existen 12 escalas sumarias donde se valora la severidad expresada como escala Lickert en 6 niveles 1 ausencia y 6 presencia de máxima severidad. La estructura de la entrevista establece puntos de salto para hacer más rápida su aplicación. Brinda información sobre depresión, somatización, trastornos de conducta, psicóticos, y neuróticos no depresivos. El diagnóstico se basa en la visión global del clínico después de la entrevista.

El K-SADS-PL fue adaptado del K-SADS-P fue escrito por Joan Kaufman, Ph. D., Boris Birmaher, M. D., David Brent, M. D., Uma Rao, M. D. y Neal ryan, M. D.. El K- SADS-PI fue designado para obtener la severidad de la sintomatología, y evaluar el presente y la historia a lo largo de la vida de trastornos psiquiátricos incluyendo diversos trastornos no estudiados en el K-SADS-P (28)

El K-SADS-PI, es una entrevista semiestructurada de diagnóstico designado para evaluar episodios presentes y pasados de psicopatología en niños y adolescentes de

acuerdo a criterios del DSM-III-R y DSM-IV. Los primeros diagnósticos evaluados con el K-SADS-PL incluye: Depresión Mayor, Distimia, Manía, Hipomanía, Ciclotimia, Trastorno Bipolar, Trastornos Esquizoafectivos, Esquizofrenia, Trastornos Esquizofreniformes, Psicosis Reactiva Breve, Trastorno de Pánico, Agorafobia, Ansiedad de Separación, Trastorno Evitativo de niños y adolescentes, Fobia Simple, Fobia Social, Trastorno de Ansiedad generalizada, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, , Trastorno de Conducta, Trastorno Desafiante Opositor, Enuresis, Encopresis, Anorexia Nerviosa Bulimia, Tics Transitorios, Trastorno de Tourette, Tics Motor o Vocal Crónico, Abuso del Alcohol, Abuso de Sustancias, Trastorno Por Estrés Postraumático y Trastornos de Ajuste.

K-SADS-PL es administrado por entrevista a padres, el niño, y finalmente lograr sumar la evaluación el cual incluye todos los medios de información (padres, niño, escuela, y otros). Cuando se administra la entrevista a pre-adolescentes, se conduce la entrevista a padres primero. Trabajando con adolescentes, se inicia con ellos. Cuando hay discrepancias entre diferentes fuentes de información, el evaluador usará el mejor criterio clínico. En el caso de discrepancia entre padre y niños, el desacuerdo más frecuente ocurre en los items donde manejan fenómenos subjetivos donde los padres no conocen, pero el niño esta muy definido acerca de la presencia o ausencia de síntomas (sueño interrumpido, alucinaciones, ideación suicida, etc). Si el desacuerdo es en relación a conducta observada el examinador debe preguntar a los padres y niños acerca de la

discrepancia. Si el desacuerdo no es resuelto, es de ayuda ver a los padres y niños juntos para discutir las razones de los desacuerdos.

La administración de K-SADS-PL requiere completar con (28):

1. Una introducción no estructurada de la entrevista.
2. Una entrevista diagnóstica de sondeo.
3. El llenado de la lista suplementaria.
4. Los suplementos diagnósticos apropiados (trastornos afectivos, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, abuso de sustancias y otros diagnósticos).
5. El resumen de la lista diagnóstica a lo largo de la vida.
6. La evaluación con el Children Global Assessment Scale (C-GAS).

Esta entrevista es el instrumento diagnóstico clínico más utilizado para identificar los padecimientos específicos (46, 47) y en investigaciones farmacológicas (48).

La confiabilidad temporal (prueba reprueba) en lapso corto (3 días) en promedio es de .55, la correlación intraclase de las escalas sumarias es de .68 y la confiabilidad diagnóstica tiene un rango K de .24 a .70, no ha sido estudiada la confiabilidad interevaluador (3,20).

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

Es una entrevista semiestructurada, orientada de acuerdo a los síntomas, para niños de 8 a 17 años. Diseñada en la Universidad de Pittsburgh con base en los criterios

diagnósticos del DSM III. Requiere de un clínico experto con un entrenamiento extenso (6 meses). Se aplica por separado a los padres y al paciente. Consta de 43 síntomas principales y 12 reactivos observacionales, El tiempo de aplicación es de 40 a 60 minutos. Los primeros minutos son para establecer "rapport" y determinar el padecimiento actual. Luego la parte más estructurada que se focaliza en síntomas específicos y se estipula la severidad en una escala tipo Lickert de 8 niveles (0=ausencia - 8=presencia extrema); ocho reactivos sobre examen mental; los reactivos observacionales (disminución concentración, agitación psicomotriz); dos apartados sobre la historia del desarrollo (nacimiento, conducta sexual) y cinco impresiones clínicas (desaliño, socialización). También utiliza preguntas de "chequeo" para confirmar las respuestas iniciales. Existen 2 formas de la entrevista disponibles una para valoración inicial y otra para seguimiento. La confiabilidad temporal no ha sido estudiada, la confiabilidad interevaluador, con correlación intraclase entre los síntomas principales de .89, de examen mental .86, observacionales .78 y .77 para impresiones clínicas. Para el área de historia del desarrollo el acuerdo interevaluador fue perfecto. El acuerdo padre-hijo fue de $r=.61$ con rango .02-.95 (3,21).

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

Es una entrevista original en base a los criterios diagnósticos del DSM IV y el SCAN (6,22). Diseñada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (30). Es una entrevista semiestructurada, que requiere aplicación por un clínico experto y con entrenamiento en

el manejo del instrumento. Está orientada al interrogatorio sistemático en cuatro áreas fundamentales, la primera el área de los trastornos depresivos, la segunda de los trastornos de la conducta, la tercera de los trastornos ansiosos donde se incluyen el trastorno obsesivo-compulsivo y los tics y la cuarta área la de otros trastornos. El rango de edad de los pacientes es de 13 a 19 años. El tiempo de aplicación es de 45 a 90 minutos, la estructura de la entrevista establece puntos de corte para hacerla más expedita. Se interroga al padre y al paciente juntos, y al final de la entrevista al paciente en forma individual. Dentro de las posibilidades de respuesta cada reactivo es codificable para el momento actual, a lo largo de la vida, su reconocimiento como rasgo, o consignar si existe duda por discrepancia no resuelta entre el paciente y el tutor o por exploración incompleta. Brinda información sobre 16 entidades diagnósticas, sobre abuso físico y sexual, sobre la historia del desarrollo, antecedentes y una evaluación del funcionamiento psicosocial en base a una versión adaptada del "LIFE BASE SCHEDULE" (23) en una escala tipo Lickert de 5 niveles. Los primeros minutos son para establecer "rapport" y determinar el padecimiento actual con el curso de los principales síntomas. Luego la parte más estructurada que se focaliza en las entidades diagnósticas y los antecedentes. El diagnóstico depende de la visión global del clínico con base a los criterios DSM IV cubiertos, y no requiere algoritmos sofisticados, ni correlación sindromática (30).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país la demanda de atención psiquiátrica en el grupo de escolares, ha ido en aumento. En la literatura internacional se han aplicado varias entrevistas diagnósticas que han probado ser útiles en poblaciones clínicas y abiertas de otros países en este grupo de edad. Considerando las limitantes temporales y económicas que intervienen en el proceso de traducción y adaptación de los instrumentos extranjeros, las limitantes que estos presentan para el reconocimiento de características culturales específicas, y la necesidad de contar con una entrevista clínica relacionada con la actual taxonomía (DSM-IV), nos propusimos desarrollar un instrumento original que recogiera algunas características de otras entrevistas estructuradas y semiestructuradas, y que sirva a los hispanohablantes para el reconocimiento diagnóstico de las principales psicopatologías de los escolares de 6 a 13 años de edad y en los estudios clínicos que se hagan en esta población.

JUSTIFICACION

1. Las entrevistas diagnósticas más utilizadas en el mundo como " The Diagnostic Interview for Children and Adolescents " (DICA) (5) , Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia " (K-SADS) (9) y el " Interview Schedule for Children " (ISC) (10) están siendo traducidas al español y validadas en poblaciones hispanas. La versión 2.1 traducida al español del "Diagnostic interview schedule for children" (DISC 2.1) (a,b,c) es la única que brinda una aproximación, pero es de un nivel de estructuración diferente y fue aplicada en otro país, con varias palabras que dificultan su comprensión en México (Puerto Rico).
2. El entrenamiento en el ISC es prolongado, mayor a seis meses (11) y la versión actualizada al DSM - IV del K-SADS se encuentra en proceso (12).
3. Las entrevistas semiestructuradas son las mejores opciones cuando se aplican por clínicos especializados, conocedores de la psicopatología dentro de la población a estudiar y han reportado mayores índices de confiabilidad que las entrevistas estructuradas, son menos costosas y requieren menos personal. Son instrumentos útiles para la evaluación de la psicopatología, curso, respuesta a tratamiento y otros parámetros de poblaciones clínicas (3).
4. Las entrevistas estructuradas, diseñadas para ser aplicadas por legos, expresan una confiabilidad baja, requieren costos muy altos y un número muy grande de entrevistadores (4).

6. El antecedente de buena confiabilidad interevaluador y temporal de la Entrevista Semiestructurada para adolescentes, ha facilitado enormemente el diagnóstico y sistematización de los pacientes en la clínica de la adolescencia del Instituto mexicano de Psiquiatría.

OBJETIVO

Desarrollar una entrevista semiestructurada para escolares entre 6 y 13 años (ESE).

Obtener la confiabilidad temporal versión padres (test-retest) de la misma.

MATERIAL Y METODOS

POBLACION A ESTUDIAR

Universo. Los sujetos incluidos en la investigación son 82 escolares, de los cuales 7 (8.5%) no acudieron a la re prueba: dos no acudieron por enfermedad v. gr: bronconeumonía; dos por funcionamiento familiar caótico, v. gr: uno por agresiones sexuales graves intrafamiliares con repercusiones legales, y otro por asentamiento inestable; y finalmente 3 por regresar fuera del tiempo estipulado, v. gr: 15, 21 y 40 días.

Criterios de inclusión.

1. Hombres y mujeres.
2. De 6 a 13 años de edad.
3. Alfabetas que hablen fluidamente el idioma español.
4. Consentimiento escrito de participación en la entrevista por parte de los padres.
5. Aplicación previa de la E.S.E. (4 -10 días antes)

Criterios de exclusión.

1. No aceptación de la re prueba.
2. No asistencia en el lapso apropiado (4-10 días).
3. Falta de cooperación por parte del paciente.
4. Incapacidad de aprobar el primer año de primaria por 3 años consecutivos.

DISEÑO

Tipo de estudio.

Observacional, prospectivo .

Instrumento. (ver anexo I)

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

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

La entrevista incluye una sección de preguntas de salto, para facilitar su aplicación y disminuir el tiempo requerido para la anamnesis (sobre todo en consideración de los pacientes), las áreas de la entrevista incluyen para cada reactivo (entre la 3 y la 10) un apartado para episodio actual y otro a lo largo de la vida, además de una calificación de intensidad para cada respuesta, que es evaluada por el clínico con base a la información que obtiene del paciente o de los familiares, calificada de manera sencilla (5 o más veces a la semana=3 grave, 3 a 4 veces a la semana=2 moderado y 1 a 2 veces a la semana=1 leve).

Las áreas se distribuyen del modo siguiente:

- 1.- Datos generales (incluye demográficos, escolares y familiograma breve)
- 2.- Motivo de consulta y Padecimiento actual.
- 3.- Trastornos externalizados (incluye TDAH, T disocial, y desafiante opositorista)
- 4.- Trastornos de ingestión y conducta alimentaria (incluye Pica, Rumiación, T. Ingestión, anorexia y bulimia)
- 5.- Trastorno por tics, eliminación y M. estereotipados. (incluye Tourette, tics crónicos, transitorios, encopresis, enuresis y trastorno por movimientos estereotipados)
- 6.- Trastornos internalizados. (incluyen trastorno por ansiedad de separación, mutismo selectivo, depresión mayor, distimia, bipolar, trastorno de angustia, fobias, TOC y Ansiedad generalizada)
- 7.- Trastornos somatomorfos (incluyen somatización, conversivo, dolor, hipocondriasis, dismórfico corporal)
- 8.- Trastornos primarios del sueño (incluyen disomnía y parasomnía)
- 9.- Trastorno del control de impulsos (incluyen explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía y tricotilomanía)
- 10.- Trastornos en consecuencia a estresor (incluye adaptativo y estrés postraumático)

11.- Abuso físico y sexual.

12.- Cuestionario autoaplicable sobre historia del desarrollo.

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

PROCEDIMIENTO

- Los pacientes son captados del servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro, son evaluados por un paidopsiquiatra experto, ciego a la entrevista, pero con conocimiento de los diagnósticos a los que se puede llegar con la E.S.E. y después remitidos con el equipo de entrevista, que esta formado por 3 investigadores. Se explica al paciente y sus padres o acompañante el procedimiento aclarando que en la segunda entrevista deberá llevar contestado un cuestionario autoaplicable sobre desarrollo que se le entrega al finalizar la primera entrevista. La segunda cita se da 7 días después de la primera (rango de +- 3 días).
- Entre la evaluación del equipo y el paidopsiquiatra experto no pasan más de 7 días. El equipo que aplica la entrevista es ciego al expediente clínico y entre ellos mismos no se comunican los diagnósticos, tampoco saben los resultados de la prueba aplicada al paciente o al familiar.
- El primer y segundo apartado de la entrevista lo interroga la pareja de clínicos con los padres y el paciente, uno de los investigadores permanece como observador y el otro interroga, en la re prueba el que hablo es observador y viceversa. La información se

consigna 2 veces. A partir del área tres y hasta la once se dividen los clínicos, uno entrevista al paciente y el otro al familiar. El clínico que entrevistó al paciente a partir de las áreas mencionadas es ciego a la información que proporciona el padre al otro clínico en los mismos apartados, en la re prueba se cruzan los investigadores, de modo que cada clínico posee información por separado prueba re prueba paciente-padres o padres-paciente.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis estadístico de confiabilidad temporal intrainformante padres-padres se utilizó el coeficiente de correlación Kappa de Cohen (24). Los valores de Kappa según algunos autores se interpretan de la siguiente manera: baja confiabilidad con $K < .40$; moderado con $K .40$ a $.60$ y confiabilidad alta con $K > .60$ (50,51).

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

RESULTADOS

La muestra inicial de la población para el estudio fue de 82 sujetos de los cuales 7 no acudieron a la reprobación por algunos. De esta manera la muestra final fue de 75 escolares, 22 mujeres y 53 hombres, representando 29.3% y 70.7% respectivamente. La media de edad fue 8.85 (Desviación Estándar 2.25), 8.9 años en las mujeres y de 8.8 años en los hombres (cuadro 1 y 2). El grupo más grande es el de 8 años.

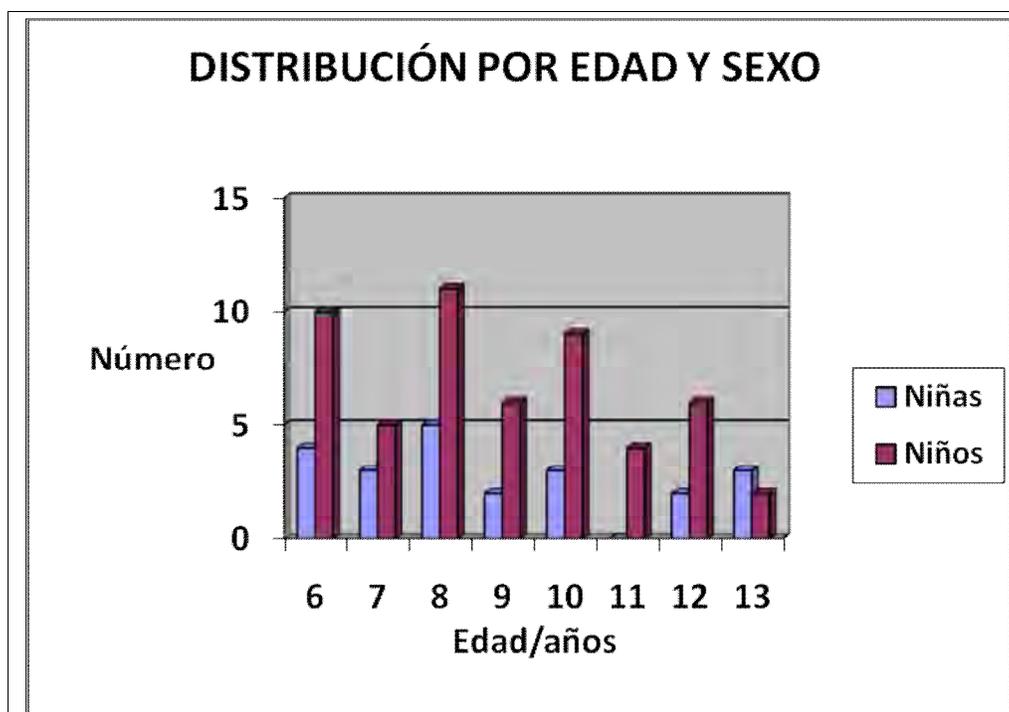
La escolaridad expresada en años cursados a partir del primero de primaria, fue 3.7 (Desviación Estándar 2.1), 4.1 en las mujeres y de 3.6 en los hombres (cuadro 3).

Observamos que las variables de desempeño académico, conducta escolar, edad y sexo guardan relación entre ellas, por lo que se puede decir que la conducta escolar predice al sexo y al desempeño académico y este a su vez predice a la edad. Lo anterior fue demostrado por medio de un modelo lineal de estructura exploratoria con ajuste del 96.6%, $\chi^2 (2)=1.13$, $p=.56$ con coeficientes beta estándar de regresión múltiple para la variable conducta-desempeño académico= -0.532; la variable conducta-edad=-0.983; desempeño académico-edad=-0.822 y conducta-sexo=-0.176. Para todos los valores de coeficiente beta $p<0.05$.

Cuadro 1
Distribución por edad y sexo

Edad (años)	Mujeres n	Hombres n	Total n
6	4	10	14
7	3	5	8
8	5	11	16
9	2	6	8
10	3	9	12
11	0	4	4
12	2	6	8
13	3	2	5
Total	22	53	75

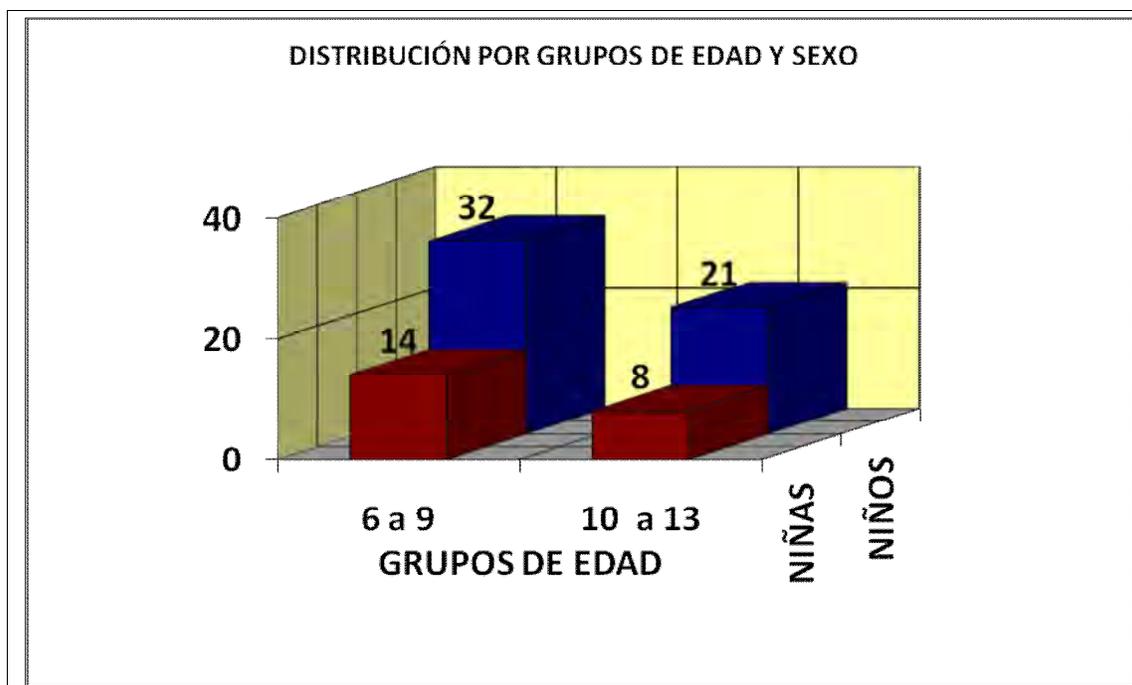
Gráfico I



Cuadro 2
Edad y sexo por grupo

Edad (años)	6-9	10-13	Total
	N=46 (61.3%)	N=28 (38.7%)	N=75 (100%)
Mujeres	14 (30.4%)	8 (27.6%)	22 (29.2%)
Hombres	32 (69.6%)	21 (72.4%)	53 (70.7%)

Gráfico 2

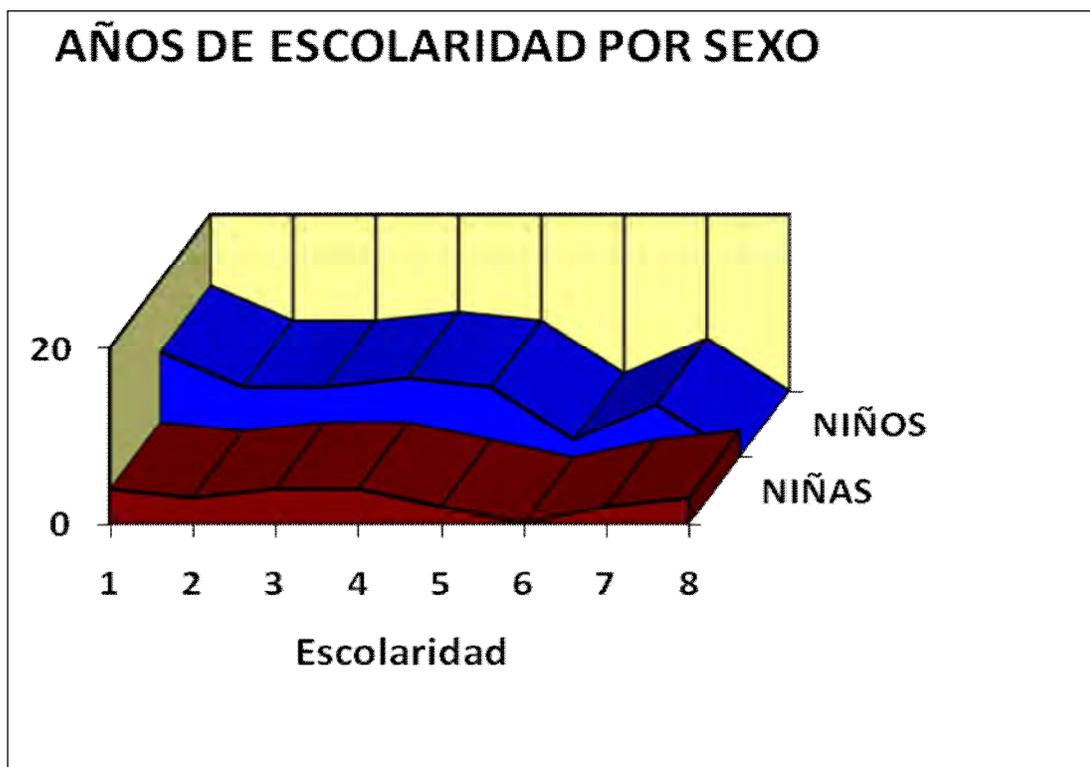


Cuadro 3

Distribución años de escolaridad por sexo

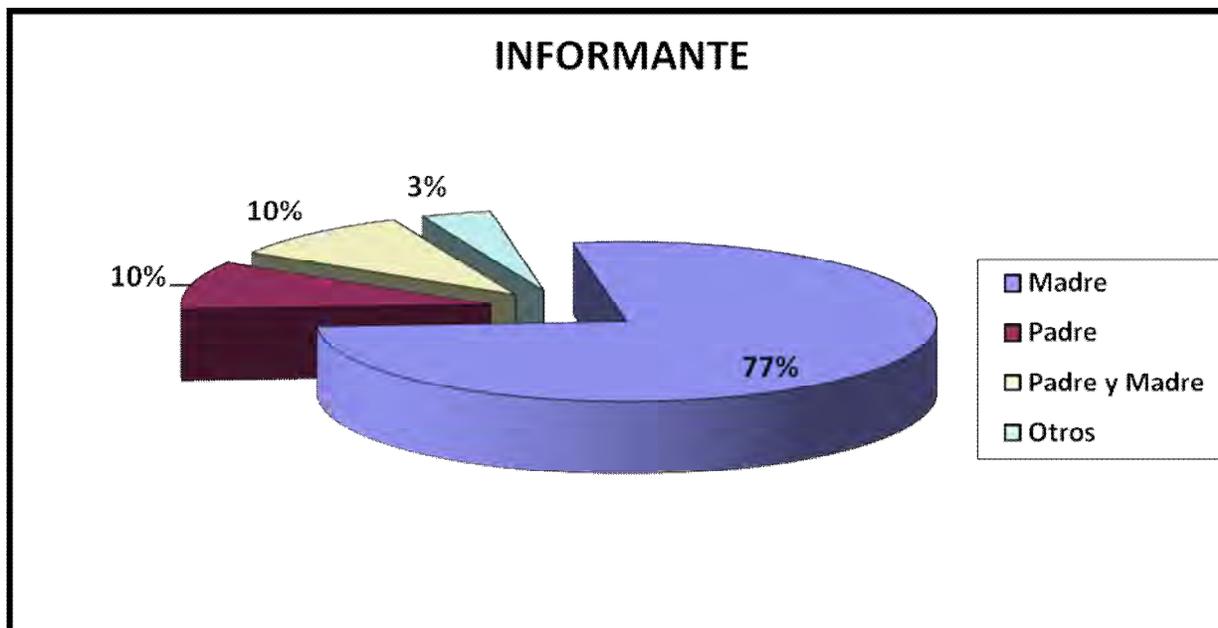
Escolaridad años	Mujeres N	Hombres n	Total n
1	4	12	16
2	3	8	11
3	4	8	12
4	4	9	13
5	2	8	10
6	0	2	2
7	2	6	8
8	3	0	3
Total	22	53	75

Gráfico 3



La información obtenida fue principalmente de la madre con 76% (63), 10% (8) de los padres; 10% (8) ambos padre y madre y 4% (3) otros (tíos, hermanas) (Gráfico 4).

Gráfico 4



El promedio de tiempo de entrevista en la prueba fue un poco mayor al de la reprobación (45 a 120 min. prueba vs 30 a 100 min. reprobación). El periodo promedio entre la prueba y la reprobación fue de 6.58 días.

Los diagnósticos integrados en la evaluación de la ESE se detalla en el cuadro 4.

Cuadro 4 Diagnósticos ESE

- | | | |
|--|--|--|
| 1. TDAH | 17. Trastorno bipolar (TB) | 30. Trastorno dismórfico corporal |
| 2. Trastorno de conducta (TC) | 18. Crisis de Angustia | 31. Insomnio primario |
| 3. Trastorno desafiante oposicionista (TDO) | 19. Agorafobia | 32. Hipersomnia primario |
| 4. Pica | 20. Trastorno de angustia sin agorafobia | 33. Narcolepsia |
| 5. Rumiación | 21. Trastorno de angustia con agorafobia | 34. Trastorno del sueño relacionado con la respiración |
| 6. Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia (T.Ing.) | 22. Fobia específica | 35. Trastorno del ritmo circadiano |
| 7. Anorexia | 23. Fobia social | 36. Pesadillas |
| 8. Bulimia | 24. Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) | 37. Terrores nocturnos |
| 9. Trastorno de tics | 25. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) | 38. Sonambulismo |
| 10. Encopresis | 26. Trastorno de somatización | 39. Trastorno explosivo intermitente |
| 11. Enuresis | 27. Trastorno de conversión | 40. Cleptomanía |
| 12. Trastorno de movimientos estereotipados | 28. Trastorno por dolor | 41. Piromanía |
| 13. Trastorno de ansiedad de separación (TAS) | 29. Hipocondría | 42. Tricotilomanía |
| 14. Mutismo | | 43. Trastorno adaptativo |
| 15. Trastorno depresivo mayor (TDM) | | 44. Trastorno por estrés postraumático |
| 16. Trastorno distímico (TD) | | 45. Abusosexual |
| | | 46. Abuso físico |

La frecuencia de trastornos psiquiátricos en la población estudiada según la información de los padres fue: TDAH 69 (84.1%) en la prueba y 59 (79.7%) en la re prueba, Trastorno desafiante opositor (TDO) 35 (42.7%) y 34 (45.9%), trastorno depresivo mayor 17 (20.7%) y 13 (17.6%) %, enuresis y distimia 15 (18.3)% y 14 (18.9%), 8 (10.8%) respectivamente, TC 13 (15.9%) y 14 (18.9%), tics 10 (12.2%) y 8 (6.8%), trastorno por ansiedad de separación y trastorno adaptativo 8 (9.8%) y 11 (14.9%), 3 (4.1%) respectivamente, trastorno de la ingestión e insomnio primario 7 (8.5%) y 6 (8.1%) para ambos, piromanía y TOC 5 (6.1%) y 1 (1.4%), 4 (5.4%) respectivamente, Rumiación, encopresis, mutismo, trastorno por angustia, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, pesadillas y trastorno por estrés postraumático 3 (3.7%), finalmente pica, trastorno bipolar, trastorno de conversión, y sonambulismo 2 (2.4%) (cuadro 5).

Para el análisis estadístico se incluyeron solamente aquellos diagnósticos que aparecieron con la suficiente frecuencia como para garantizar el análisis Kappa (por lo menos cinco diagnósticos reportados) (25) (Cuadro 6).

Cuadro 5
Frecuencia de trastornos psiquiátricos
según información de padres

Diagnóstico	Prueba			Reprueba		
	N	% resp.	% casos	N	% resp.	%casos
TDAH	69	27.3	84.1	59	28.0	79.7
TC	13	5.1	15.9	14	6.6	18.9
TDO	35	13.8	42.7	34	16.1	45.9
Pica	2	.8	2.4	1	.5	1.4
Rumiación	3	1.2	3.7	1	.5	1.4
T. Ing.	7	2.8	8.5	6	2.8	8.1
Tics	10	4.0	12.2	8	3.8	10.8
Encopresis	3	1.2	3.7	5	2.4	6.8
Enuresis	15	5.9	18.3	14	6.6	18.9
Mov. est.	2	.8	2.4			
TAS	8	3.2	9.8	11	5.2	14.9
Mutismo	3	1.2	3.7	6	2.8	8.1
TDM	17	6.7	20.7	13	6.2	17.6
TD	15	5.9	18.3	8	3.8	10.8
TB	2	.8	2.4	2	.9	2.7
Agorafobia	1	.4	1.2			
T: angustia	3	1.2	3.7	1	.5	1.4
Fobia esp.	3	1.2	3.7	3	1.4	4.1
Fobia social	1	.4	1.2			
TOC	5	2.0	6.1	4	1.9	5.4
TAG	3	1.2	3.7			
Somatización	2	.8	2.4			
T. conversivo	2	.8	2.4	2	.9	2.7
Insomnio prim.	7	2.8	8.5	6	2.8	8.1
Pesadillas	3	1.2	3.7	3	1.4	4.1
Sonambulismo	2	.8	2.4	2	.9	2.7
Cleptomanía	1	.4	1.2			
Piromanía	5	2.0	6.1	1	.5	1.4
Tadap	8	3.2	9.8	3	1.4	4.1
TPEPT	3	1.2	3.7	2	.9	2.7
Terrores noc.				1	.5	1.4
Total	253	100.0	308.5	211	100.0	285.1

Los coeficientes de correlación temporal de las categorías diagnósticas fueron: TDAH K=0.49, TC K=0.68, TDO K= 0.28, T Ing. K=0.41, Tics K= 0.50, encopresis K=0.74, enuresis K=0.79, TAS K=o.34, Mutismo selectivo K=0.65, TDM K=0.34, Distimia K=0.34, TOC K=0.88, insomnio primario K=0.75, piromanía K=0.32, T. Adaptativo K= 0.13 (cuadro 6).

Cuadro 6
Coeficientes de correlación temporal
Confiabilidad temporal
(N=75)

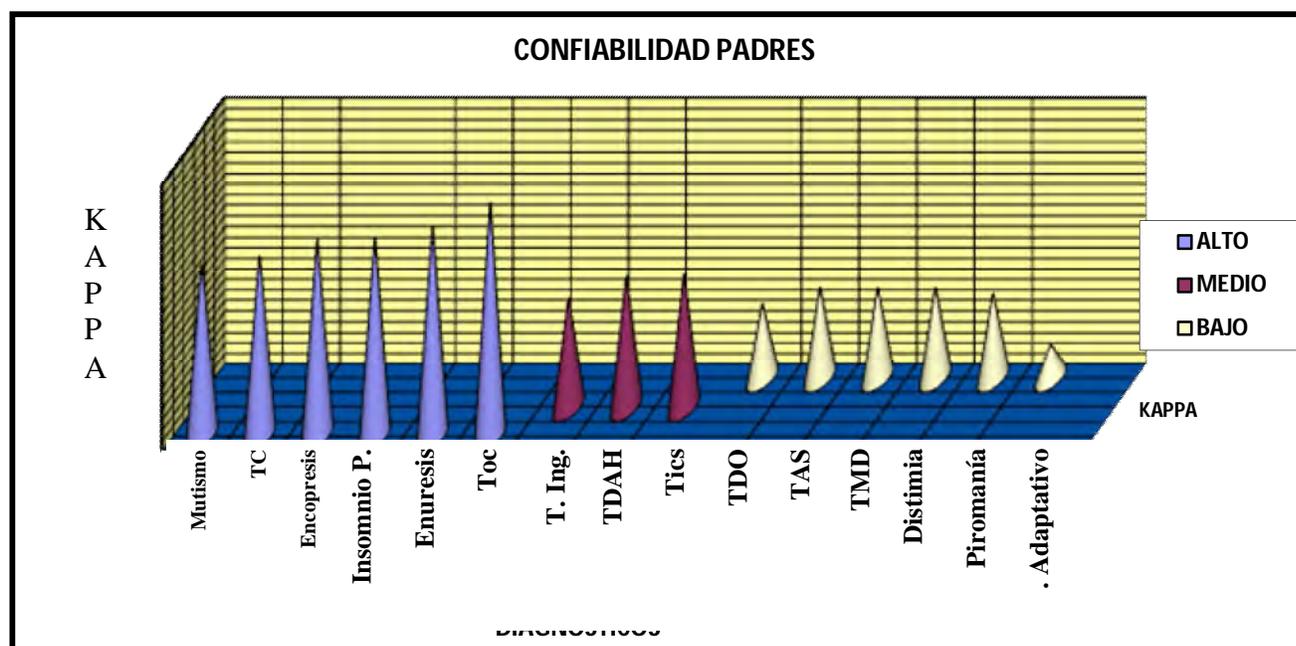
Diagnóstico	Valor Kappa	Valor Z	% Acuerdo
TDAH	0.49	42.47	86.7
TC	0.68	51.35	90.7
TDO	0.28	20.67	64.0
T Ing.	0.41	30.92	90.7
Tics	0.5	37.48	89.3
Encopresis	0.74	57.28	93.7
Enuresis	0.79	59.03	93.3
TAS	0.34	25.88	85.3
Mutismo	0.65	51.92	96.0
TDM	0.34	25.58	78.7
Distimia	0.34	27.54	82.7
TOC	0.88	66.61	98.7
Insomnio primario	0.75	56.26	96.0
Piromanía	0.32	32.62	94.7
T. adaptativo	0.13	11.24	88.0

Toda Z mayor o igual a 1.96 es estadísticamente significativa, p menor o igual a 0.05.

Cuadro 7
Interpretación de coeficientes de correlación temporal
Confiabilidad temporal

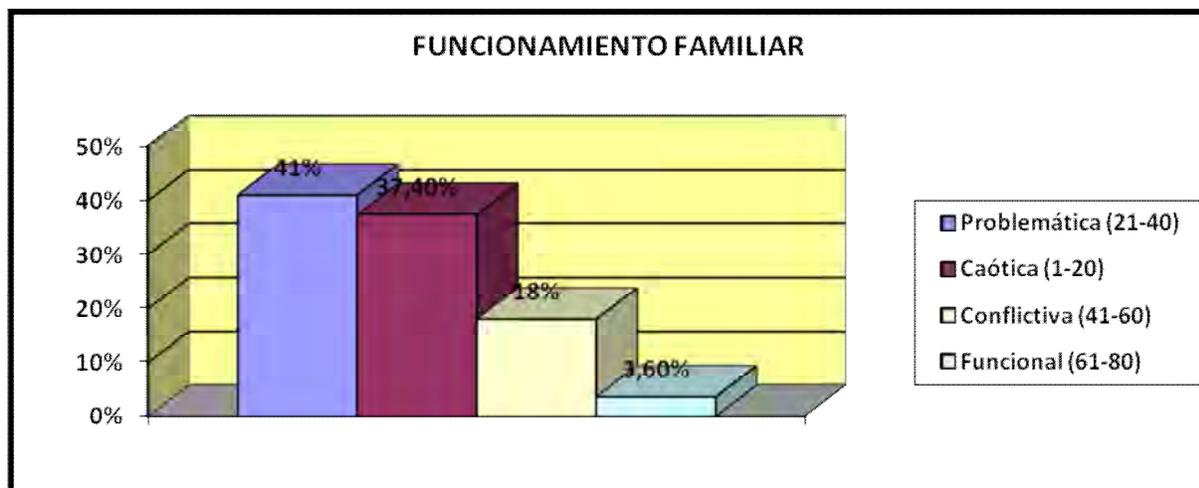
Diagnósticos	Alto k<_.60	Moderado k0.40 A 0.60	Bajo k<_.40
Mutismo	0.65		
TC	0.68		
Encopresis	0.74		
Insomnio primario	0.75		
Enuresis	0.79		
TOC	0.88		
T Ing.		0.41	
TDAH		0.49	
Tics		0.5	
TDO			0.28
TAS			0.34
TDM			0.34
Distimia			0.34
Piromanía			0.32
T. adaptativo			0.13
Promedio	0.75	0.47	0.29

Gráfico 5



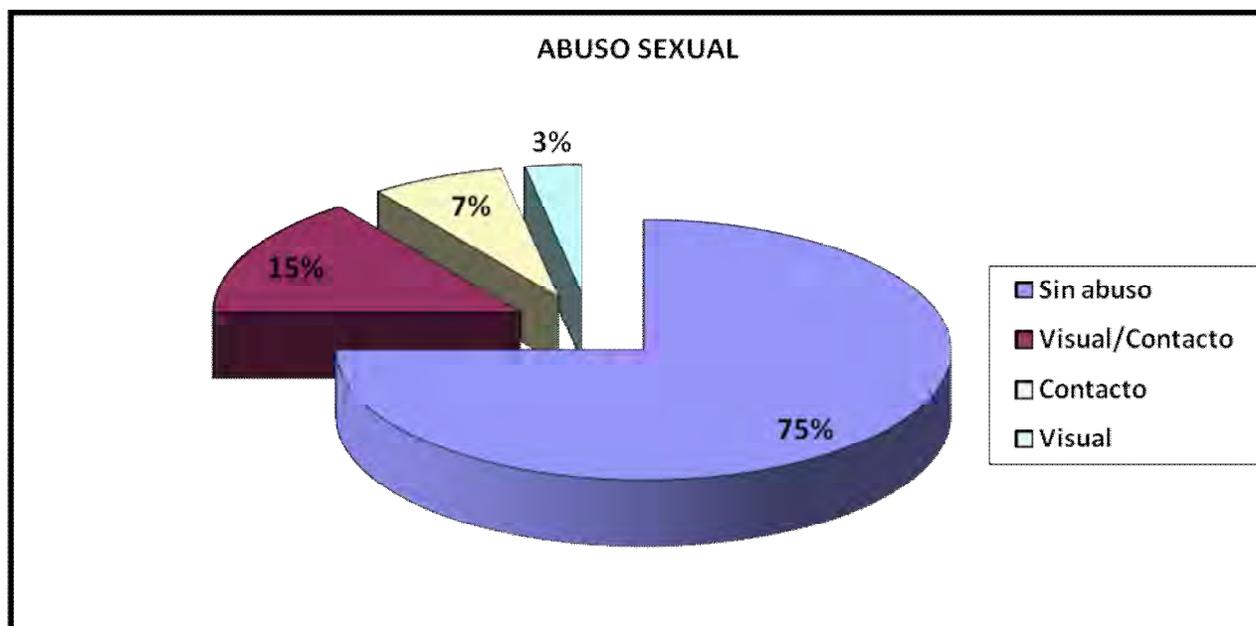
Los resultados obtenidos en relación al funcionamiento familiar son: la mayoría 34 (41%) problemática; 31 (37.4%) familia con funcionamiento caótico; 15 (18%) conflictiva y solo 3 (3.6%) funcional (Gráfico 6).

Gráfico 6



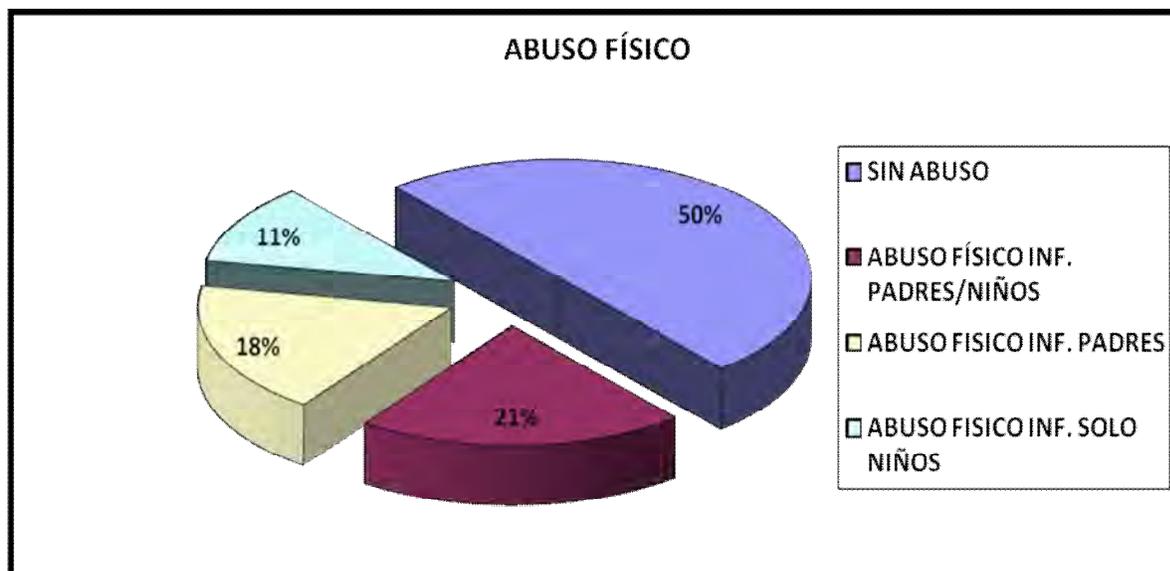
Como se muestra en el gráfico 7, 25 % (21) de los niños sufrieron abuso sexual, 15% (12) con abuso sexual visual y de contacto, de los cuales 6% (5) fue referido tanto por los padres y el niño, 8% (6) solo por los padres y 1% solo por el niño; 7% (6) sufrieron abuso sexual solo de contacto, 2% referido por los padres y los niños y 5% referido solo por los padres; y 3% sufrieron abuso sexual visual, un caso referido por los padres y el niño y dos casos solo por los padres.

Gráfico 7



El gráfico 8 muestra que el 50% de los niños sufrieron abuso físico, 21% (17) referido tanto por los padres y el niño; 18% (15) referido solo por los padres y 11% (9) referido solo por los niños.

Gráfico 8



DISCUSION

Para el estudio de confiabilidad temporal, versión padres se aplicó la ESE y se implementó una metodología similar al K-SADS, el DISC y el CAPA ya que es una entrevista que integra padres y niños y cuentan con dos versiones, una para niños y otra para padres. Se utilizó un modelo de doble entrevistador similar al estudio de confiabilidad del ISC (21).

La ESE evalúa historia psiquiátrica presente y a lo largo de la vida, los diagnósticos son en base a los criterios del DSM-IV.

Los diagnósticos son generados por los datos sistematizados de padres y niños, dando mayor peso a los reportes de los padres de la conducta observada en los niños y a los niños de reportes de experiencias subjetivas.

La muestra estudiada es relativamente homogénea al ser población del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, institución única en México.

Las características demográficas de la población son diferentes de los de otros estudios clínicos donde se incluyen adolescentes además de niños, es decir mayores de 13 años, como el caso del K-SADS-III-R cuya media de edad en el estudio de confiabilidad temporal fue de 12.4 años (28), K-SADS-P media de edad 12.6 años(29). En nuestro estudio fue 8.8 años.

Como se menciona en la literatura en relación al sexo, los niños fueron los que presentaron mayor psicopatología (2,7), de la muestra total representan el 70.7%, así

mismo presentan mayores problemas de conducta en la escuela, y cuanto más disruptivos son, el desempeño escolar es menor.

En relación al funcionamiento familiar (EEEGAR), la mayoría se encuentran dentro el rango de 21 a 40, familias problemáticas; seguidas de 5 a 20, familias caóticas y 41 a 60, familias conflictivas; un porcentaje menor se encuentra dentro el rango de 61 a 80, familias funcionales, podemos concluir que la mayoría de los niños que presentan psicopatologías provienen de familias disfuncionales. Así mismo observamos que el 50% de los niños sufren abuso físico, principalmente por parte de familiares cercanos como los padres y hermanos.

En estudios de confiabilidad test-retest, como ha sido observado por otros investigadores la confiabilidad menor en algunas categorías diagnósticas, fue atribuido al fenómeno de atenuación (reducción en el porcentaje de prevalencia en la re prueba) (28,65) y los reportes de menos síntomas en el retest que en la entrevista inicial (12,16,37). En nuestro trabajo hubo una disminución de 23.4% de casos positivos en el retest, casi igual a otro estudio que fue de 25% (28). Es importante recordar que la muestra inicial disminuyó de 82 a 75, que corresponde a 8.5% (7 pacientes). La mayoría de los diagnósticos disminuyeron en frecuencia a excepción de TC, encopresis, TAS y mutismo. Los diagnósticos más afectados fueron: Distimia que disminuyó en 7.5%, T. Adaptativo 5.7%, piromanía 4.7%, TDAH 4.4%, tics 1.4%, TOC .7% e insomnio .4%. El fenómeno de atenuación no ha sido reportado únicamente en entrevistas con niños sino también con adultos. Algunos investigadores argumentan que un fenómeno de inestabilidad en el diagnóstico que debería ser estudiado más, con particular atención en

factores personales y situacionales. Como Robins ha sugerido (37), el proceso de entrevista diagnóstica por si misma parece cambiar en las respuestas de los sujetos. Se han planteado varias hipótesis que explican entre las que podemos mencionar la del efecto terapéutico de la catarsis de la entrevista diagnóstica, o el cambio clínico en la evolución de los síntomas, o factores inherentes al paciente o evaluador como pueden ser malos entendidos al plantear la pregunta, o prisa por terminar la reentrevista o exceso de confianza en las respuestas (37).

El acuerdo temporal siempre es mayor mientras mayor sea la edad de los niños (32,48,49).

En estudios de confiabilidad temporal de DICA-R, los padres fueron los informantes más estables, seguido por los niños y finalmente los adolescentes (52). En estudio de confiabilidad de la ESE en niños (53) en comparación con los padres del presente estudio, en los trastornos externalizados presentaron mayor estabilidad para algunos criterios diagnósticos: TDAH $K=0.81$ para niños y $K=0.49$ en padres; TDO $K=0.41$ niños y $K=0.28$ padres, piromanía $K=0.74$ en niños y $K=0.32$ en padres, y casi similares en TC $K=0.60$ y 0.68 respectivamente. Esto puede ser debido a que los padres minimizan algunos síntomas, ya que en el presente estudio un número elevado de los pacientes con este tipo de problemas acuden al hospital por referencia de la escuela, cuando los problemas de conducta son evidentes es cuando observamos mayor estabilidad en la presentación de los síntomas referida por los padres. Otro aspecto a consideraren la baja concordancia entre padres y niños, es el impacto de la psicopatología de los padres, por

ejemplo en el caso de depresión de la madre se han publicado hallazgos contradictorios (24, 50,56, 57,58,59).

Los coeficientes de correlación temporal versión padres se encuentran dentro del rango de alta para TC, encopresis, enuresis, mutismo, TOC e insomnio primario (de 0.65 a 0.88), en el rango de moderado: TDAH, T. Ing., y tics (de 0.41 a 0.50) y en el rango de bajo: TDO, TAS, TDM, y distimia (de 0.34 a 0.28). De acuerdo a otros criterios internacionales (15,25,26) los coeficientes de correlación Kappa se interpretan de la siguiente manera: excelente confiabilidad $K > .75$, buena confiabilidad K de $.59$ a $.74$, moderada confiabilidad K $.40$ a $.58$; y poca confiabilidad $K < .39$. De acuerdo a esta interpretación tenemos: excelente confiabilidad para para TOC, enuresis, e insomnio primario; buena confiabilidad para TC, encopresis, mutismo; moderada para TDAH, T ing. y tics. De manera que será indispensable llegar a un acuerdo para la calificación de confiabilidad.

Similar a otros estudios, hay concordancia mayor para problemas de conducta como agresión (61,62). Los resultados indican que en general, preguntas con un contenido externalizado presentan mayor concordancia .

Por el contrario para padecimientos internalizados el coeficiente de correlación fue baja, esto puede ser debido a, que la experiencia subjetiva de estados de estrés de los niños no es evidente para los padres. Otro aspecto a considerar es que la sintomatología depresiva en los niños generalmente se manifiesta con problemas de conducta (2,5) con frecuencia desconocido por los padres.

Los estudios de no concordancia niños-padres ha sido descrito por algunos autores (55,54), incluyen problemas específicos de variaciones temporales y situacionales en la conducta y pensamiento de los niños (51)

Cuadro 8

Comparación de la ESE y otras entrevistas de diagnóstico en niños: Test-Retest Confiabilidad temporal. Kappa por diagnósticos

Diagnóstico	ESE	DICA-R	DISC-PC	ISC	K-SADS-P	K-SADS-PL	*ESA
TDAH	.49	.59	.68	.66	--	.63	.78
TDO	.20	.51	.61	--	--	.74	.51
TC	.68	.21	.71	--	.63	--	.60
TDM	.34	.70	.70	.90	.54	.90	.59
Distimia	.34	--	.70	--	--	--	.40
TAS	.34	.32	.50	--	.24	.80	.58
TOC	.88	--	.50	--	.24	.80	
Encopresis	.74	--	--	--	--	--	1
Enuresis	.79	--	--	--	--	--	1
Tics	.50	--	--	--	--	--	--
Mutismo	.65	--	--	--	--	--	--
Insomnio	.75	--	--	--	--	--	--
T Ing.	.41	--	--	--	--	--	1

*Valores de entrevista en adolescentes

Los coeficientes de correlación temporal de la ESE en comparación con el K-SADS-P (28,45), son similares para TC, la ESE obtuvo .68 y el K-SADS-P .63; ambos instrumentos obtuvieron valores bajos para TAS K .34 y .24 respectivamente; nuestro instrumento fue alto para TOC K .88 a diferencia del K-SADS-P que fue de bajo K .24; pero mejor para TDM donde la ESE obtuvo .34 y K-SADS-P K .54. Al comparar con el K-SADS-PL (45) la

ESE obtuvo valores más bajos para trastornos internalizados como se puede observar en el cuadro 8. La desventaja en la aplicación del K-SADS es que se requiere mayor tiempo para su aplicación.

Los coeficientes de correlación obtenidos por instrumentos estructurados como el DICA-R, obtuvo valor alto para TDM K .70 y la ESE baja K .34; pero para TC muy poco K .21 a diferencia de la ESE que obtuvo alto K .68; para TDAH ambos instrumentos se encuentran dentro el rango de moderado K .59 y K .49 respectivamente; para TDM obtuvo valor alto K .70 a diferencia de la ESE K .34; para TAS ambos instrumentos con valores bajos K.32 y K .34.

Comparando con la ESA (30,64),obtuvo valores altos casi en todas las categorías diagnósticas a excepción del TOC, donde obtuvo K .46 y la ESE K .88. Esto puede ser debido a que la ESA empleó una metodología diferente para la entrevista, participaron el padre y el adolescentes, lograron evaluar la relación entre el adolescente y sus padres, la calidad de la comunicación entre los mismos, y que las diferencias en la información de los síntomas fueran eliminadas en el momento mismo en que se manifestaban durante la entrevista, dejando a un lado el sesgo que se presenta en otros instrumentos, como el nuestro, K-SADS, el DISC, el CAPA, etc., donde el clínico toma la decisión cuando se presenta información controvertida (30,64).

CONCLUSIONES

En conclusión los puntos arriba proveen un soporte razonable para el uso de la ESE. Los resultados son alentadores para los clínicos, nuestros hallazgos son sobresalientes principalmente para TC, TOC, trastornos de la eliminación, mutismo, e insomnio primario, donde se obtuvieron coeficientes de correlación temporal altos (k .65 a .88). Para TDAH, trastornos de la ingestión y tics valores moderados (K .41 a .59).

Importantes problemas todavía no son reconocidos, pues se trata de un estudio preliminar. Otro punto a considerar es que el clínico debería prestar mayor atención, no solo a los interinformantes, sino también a la discrepancia intrainformante, que podrían tener efectos sobre el diagnóstico, este punto a considerar en próximos estudios.

BIBLIOGRAFIA.

1. Isaías LM. Historia e impacto de la psiquiatría infantil institucional. *Salud Mental*, 15:36-41; 1992.
2. Lewis M, M.B.B.S.F.R.C., Psych, D.C.H. Psichiatric assessment of infants children, and adolescents: in *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*. Baltimore Maryland.USA. 440-456; 1996.
3. Edelbrock C & Costello A. Structured Psychiatric Interviews for Children, en *Assesment and Diagnosis in Child Psychopathology*, de Rutter M y cols, The Guilford Press N.Y. 87-112; 1988.
4. Lewis M, M.B.B.S.F.R.C, Psych, D.C.H. Structured Interviewing: in *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*. Baltimore Maryland.USA, 457-464; 1996.
5. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statitiscal Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC, American Psychiatric Association Press, 1994.
6. Angold A, Prendergast M, Cox A, Arrington R, Simonoff E and Rutter M. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychological Medicine*, 25:739-753; 1995.
7. Young JG, Kaplan D, Pascualvaca D. Psychiatric examination of the infant, child and adolescent en Kaplan HI, Sadock BJ,eds, *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore Maryland. Williams and Wilkins. 2169-2206; 1995.

8. Boyle MH, Offord DR, Racine Y, et al. Evaluation of the diagnostic interview for children and adolescents for use in general population samples. *J Abnormal Child Psychol* 21:663-681; 1993.
9. Shaffer D, Fisher P, Dulcan M, Davies M, Placentini J, Schwab-Stone M, Lahey B, Bourdon K, Jensen P, Bird H, Canino G, and Regier D; The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, Acceptability, Prevalence Rates, and Performance in the MECA Study. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 35:865-877; 1996.
10. Weinstein S, Stone K, Schwab-Stone M, Convergence of DSM III diagnoses and self reported symptoms in child and adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 29(4): 627-634; 1990.
11. Jensen PS, Salzberg AD, Richters JE, et al. Scales, diagnoses, and child psychopathology: 1. CBCL and DISC relationships. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 397-406; 1993.
12. Shaffer D, Schwab-Stone, Fisher P. et al. The diagnostic Interview schedule revised version: 1. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(3): 643-650; 1993.
13. Schwab-Stone, Fisher P, Piacentini J, et al. The diagnostic Interview schedule for children-Revised version(DISC-R): II. Test-Retest reliability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(3): 651-657; 1993.
14. Piacentini J, Shaffer D, Fisher P, et al. The Diagnostic Interview Schedule for Children- Revised version (DISC-R): III. Concurrent Criterion Validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 658-665; 1993.

15. Schwab-Stone M, Fallon T, Briggs M, et al. Reliability of diagnostic reporting for children aged 6-11 years: A test retest study of the Diagnostic Interview Schedule for Children- Revised. *Am J Psychiatry* 151: 1048-1054;1994.
16. Jensen Peter, Roper Margaret, Fisher Prudence. Test - retest reliability of the diagnostic interview schedule for children(DISC 2.1). Parent, child, and combined algorithms. *Arch Gen.Psychiatry* 52: 61-71; 1995.
17. Rubio-Stipec M, Canino G, Shrout PE, et al. Psychometric properties of parents and children as informants in child psychiatry epidemiology with the spanish diagnostic interview schedule for children (DISC. 2.1). *J Abnormal Child Psychol.* 22(6):703-19; 1994.
18. Fisher PW, Shaffer D. Piacentini JC, et al. Sensitivity of the Diagnostic Interview Schedule for Children, 2nd Edition (DISC 2.1) for specific diagnoses of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 666-673; 1993.
19. Aronen ET, Noam GG, Weinstein SR. Structured diagnostic interviews and clinicians discharge diagnoses in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 674-681; 1993.
20. Apter A, Bleich A, Plutchik R, et al. Suicidal Behavior, Depression, and Conduct Disorder in Hospitalized Adolescents. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27: 696-699; 1988.
21. Kovacs M. The Interview Schedule for Children (ISC). *Psychopharmacology Bull* 21: 991 -994; 1985.
22. Vazquez-Barquero S. La Entrevista Estructurada en Psiquiatría, SCAN. *Rev Asoc. Esp Neuropsiquiatría* 23:19-28; 1993.

23. Roa U, Ryan N, Birmaher B, y cols. Unipolar Depression in adolescents: Clinical Outcome in Adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 566 - 578; 1995.
24. Landis JR, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33:159-174; 1997.
25. Angold A, Costello EJ, A test-retest reliability study of child reported psychiatric symptoms and diagnoses using the Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CPA-C). *Psychological Med* 25:755-762; 1995.
26. Paez AF, Nicolini SH. Las entrevistas para el diagnóstico clínico en psiquiatría. *Salud Mental (suplemento 2)* 19:19-25; 1996.
27. Mcd J. Mayor Research Advances. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:10; 1995.
- 28 Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U y cols. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version (K-SADA-PL): initial reliability and validity data. *J. Am Acad Child and Adolesc Psychiatry* 36:980-988; 1997.
29. Chamber WJ, Puig-Antich J, Hirsch M. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. Test retest reliability of the SADS for school age children, present episode version. *Arch Gen Psychiatry* 42:696-701; 1985.
30. De La Peña F, Patiño M, Mendizabal A, Cortés E, Cruz E, Ulloa R, Villamil V, Lara Ma.: La entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. *Salud Mental*.

21:11-18; 1998

31. Shout P, Spitzer R, Fleiss J. Quantification of agreement in psychiatric diagnosis revisited. *Arch Gen. Psychiatry* 44:172-177; 1987.
32. Grove WM, Andreasen NC, Mc Donald-Scott P. Reliability studies of psychiatric diagnoses, theory aaand practice. *Arch Gen. Psychiatry* 38:408-413;1981.
33. Kraemer HC. Charlie Brown and statistics: An exchange. *Arch Gen Psychiatry* 44:192-195; 1987.
34. Reid JB, Patterson JR, Baldwin DV, Dishion TJ. Observations in the assessment of childhood disorders. *Assesmente and Diagnosis in Child Psychopatology*, Rutter M. y cols, The Guilford Press NY 156-195; 1988.
35. Dawson S, Robert G. Trapp Bioestadística médica. *Manual Moderno México* 1993 67-68 y 312-313.
36. Kraemer HC. Charlie Brown and statistics: An exchange. *Arch Gen. Psych* 44: 192-195; 1987.
37. Robins Lee N. Epidemiology: Reflections on testing the validity of psychiatric interviews. *Arch . Psych* 42: 918-924; 1985
38. Faraone SV, Tsuang Ming T. Measuring diagnostic accuracy in the absence of a "gold standad". *Am J Psychiatry* 51: 650-57; 1994.
39. Regier DA, Burke JD. Epidemiology Kaplan HI. Sadock B.J. eds, *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore Maryland. Williams and 377-97; 1995.
40. Andreasen NC, Grove WM, Shapiro RW. Reliability of lifetime diagnosis, A multicenter collaborative prespective. *Arch Gen Psychiatry* 38: 400-5; 1981.

41. Rice JP, Rochberg N, Endicott J, et al. Stability of psychiatric diagnoses. An application to the affective disorders. *Arch Gen Psych* 49: 824-30;1992.
42. Rubio-Stipec M, Shrout PE, Canino G, et al. Empirically defined symptom scales using DISC 2.3. *J Abnormal Child Psychol* 24 (1): 67-83; 1996.
45. Endicott J, Spitzer RL. A Diagnostic Interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psych* 35: 837-844; 1978.
46. Gammon G, John K, Rothblum E, Mullen K, Tischler G, Weissman M: Use of structured diagnostic interview to identify bipolar disorders in adolescent inpatients: frequency and manifestations of the disorder. *Am J Psychiatr* 140:543-547; 1983.
47. Cawthron P, James A, Dell J, Seagroatt V: Adolescent onset psychosis. A clinical and outcome study. *J Child Psychol Psychiatry* 35: 1321-1332; 1994.
48. Kye CH, Waterman G, Ryan N, Birmaher B, Williamsom D, Iyengar S, Dachille S: A randomized, controlled trial of amitriptyline in the acute treatment of adolescent major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1139-1144; 1996.
49. Robins Lee N. Epidemiology: Reflections on testing the validity of psychiatric interviews. *Arch Gen Psych* 42: 918-924; 1985.
50. Nguyen NGA, Whittlesey S, Scimeca K, Digiacomio D, Bui B, Parsons O, Scarborough A, Paddock D. Parent-Child agreement in prepuberal depression: Findings with a modified assessment method. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:1275-1283; 1994.
51. Costello AJ, Dulcan MK, Kals R, Conover NC. Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child Development* 56: 265-275; 1985.

52. Granero PR, Ezpeleta AL, Doménech MJM, De la Osa CN. Characteristic of the subject and interview influencing the test-retest: Reliability of the diagnostic interview for children and adolescent-revised. *J Child Psychol Psychiat* 39:963-972; 1998.
53. Coello HF. Diseño y confiabilidad temporal de la entrevista semiestructurada para escolares (ESE) versión niños. Tesis de especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1999.
54. Piacentini J, Cohen P, Cohen J. Combining discrepant diagnostic information from multiple sources: are complex algorithms better than simple ones. *J Abnorm Child Psychol* 20:51-63; 1992.
55. Gould MS, Wunsch-Hitzig R, Dohrenwend BP. Estimating the prevalence of childhood psychopathology: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 20:462-476, 1981.
56. Angold A, Weissman M, John K y cols. Parent and child reports of depressive symptoms in children at low and high risk of depression. *J Child Psychol Psychiat* 28:901-915; 1987.
57. Rutter M, Tuma AH. Diagnosis and classification: some outstanding issues, en *Assessment and Diagnoses in child psychopathology*. de Rutter M y cols, The Guilford Press N.Y. 437-452; 1988
58. Kashani JH, Orvaschel H, Burk JP, Reid JC. Informant variance: The issue of parent-child disagreement. *J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry* 24:437-441; 1985.
59. Weissman MM, Wickramaratne P, Warner V, John K, Prusoff BA, Merikangas KR, Gammon GD. Assessing psychiatric disorders in children. *Arch Gen Psychiat* 44:747-753; 1987.

60. Herjanic B y cols. Development of a structured psychiatric interview for children agreement between child and parent on individual symptoms. *J Abnormal Child Psychology* 10:307-324; 1982.
61. Hodges K, McKnew D, Cytryn L, Kline J. The child Assessment Schedule (CAS) diagnostic interview: a report on reliability and validity. *J Am Acad Child Psychiatry* 21:468-473; 1982.
62. Hodges K, Kline J, Stern L, Cytryn L, McKnew D. The development of a child assessment interview for research and clinical use. *J Abnormal Child Psychology* 10:173-189; 1982.
63. Rutter M, Graham P. The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child. I. Interview with the child. *British J Psychiat* 114:563-579; 1968.
64. Mendizabal RJA . Diseño y confiabilidad interinformante de la entrevista semiestructurada para escolares (ESE). Tesis para obtener el título de especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1999.
65. Antony JC, Folstein M, Romanoski AJ, Vonkorff MR, Nestadt GR, Chahal R, Merchant A, Brown CH, Kramer M, Gruenberg EM. Comparison of the lay Diagnostic Interview Schedule and Standardized Psychiatric Diagnoses. *Arch Gen Psychiatry* 42:667-675; 1985.

ANEXO I

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA ESCOLARES (ESE)
(Relacionada para los criterios del DSM-IV)

A. Presentación

B. Procedimiento

1. Datos generales
2. Motivo de la consulta y padecimiento actual
3. Trastornos por Déficit de Atención y comportamiento perturbador:
 - Trastorno por Déficit de Atención
 - Trastorno disocial
 - Trastorno negativista desafiante
4. Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria:
 - Pica
 - Trastorno de rumiación
 - Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia
 - Anorexia
 - Bulimia
5. Trastornos de tics
6. Trastornos de la eliminación Encopresis
 - Enuresis
7. Otros trastornos de la infancia
 - Trastorno de movimientos estereotipados
 - Trastorno de ansiedad de separación
 - Mutismo
8. Trastornos del estado de ánimo:
 - Trastorno depresivo mayor
 - Trastorno distímico
 - Trastorno bipolar
9. Trastornos de ansiedad:
 - Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
 - Trastorno de angustia sin agorafobia
 - Trastorno de angustia con agorafobia
 - Fobia específica
 - Fobia social
 - Trastorno obsesivo compulsivo
 - Trastorno por estrés postraumático
 - Trastorno de ansiedad generalizada
10. Trastornos somatomorfos:
 - Trastorno de somatización
 - Trastorno de conversión
 - Trastorno por dolor
 - Hipocondría
 - Trastorno dismórfico corporal

11. Trastornos del sueño:
 - Insomnio primario
 - Hipersomnias primarias
 - Narcolepsia
 - Trastorno del sueño relacionado con la respiración
 - Trastorno del ritmo circadiano
 - Pesadillas
 - Terrores nocturnos
 - Sonambulismo
12. Trastornos del control de impulsos
 - Trastorno explosivo intermitente
 - Cleptomanía
 - Piromanía
 - Tricotilomanía
13. Trastorno adaptativo
14. Interrogatorio acerca del abuso físico y sexual
15. Historia del desarrollo
16. Antecedentes personales y familiares.

A. Presentación

La presente entrevista semiestructurada esta diseñada para corresponder con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM-IV), y para ser aplicada por psiquiatras o por residentes en psiquiatría a escolares de 6 a 13 años de edad.

B. Procedimiento

Se debe solicitar la autorización por escrito de uno de los padres del niño para la realización de la entrevista, explicando se trata de un proyecto de investigación cuyos resultados serán confidenciales y solo servirán para fines científicos, si los padres se niegan la entrevista se suspende en ese momento.

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

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

DATOS GENERALES Y MOTIVO DE CONSULTA

Nombre de quien entrevista: _____

Fecha de la prueba: _____ Fecha de re prueba: _____

Lugar de aplicación: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Núm. Exp.: _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Año escolar que cursa o último año cursado: _____

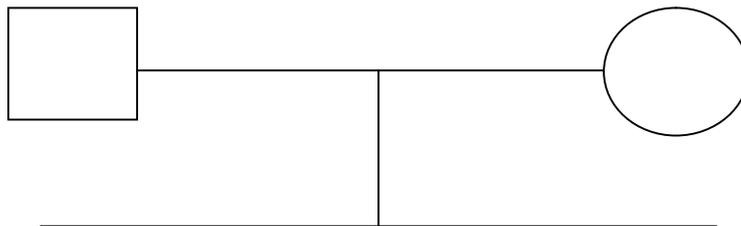
Nombre, tipo y dirección de la escuela: _____

Tiempo en meses que abandonó la escuela: _____ Años reprobados: _____

Comentarios relacionados: _____

_____Motivo de consulta:

Familiograma breve:



Tiempo de vivir con ellos: _____ Religión: _____

Aspectos relevantes de la dinámica familiar: _____

Acompañante: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____

Padres (Padre/Madre)

Nombre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____

Comentarios: _____

PROBLEMAS:

1) _____

Evolución: _____

2) _____

Evolución: _____

3) _____

Evolución: _____

4) _____

Evolución: _____

5) _____

Evolución: _____

COMENTARIOS: _____

ENTREVISTA PARA PACIENTES.

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN.

SALTO: ¿De manera persistente eres distraído y te cuesta trabajo poner atención, eres muy inquieto y desesperado, en tu escuela, casa o con tus juegos, tanto que has tenido problemas por esta situación? **Tiempo:** Algunos síntomas antes de los 7 años.

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

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

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

Nota: Especificar subtipo.

TRASTORNO DISOCIAL.

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

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

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

TRASTORNO DESAFIANTE OPOSICIONISTA.

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

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

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

TRASTORNOS DE INGESTIÓN Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

PICA.

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

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

RUMIACIÓN.

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

Nota: No hay datos de enfermedad

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

TRASTORNO DE INGESTIÓN.

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

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

ANOREXIA NERVIOSA.

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

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

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

Restictivo o compulsivo purgativo.

BULIMIA NERVIOSA.

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

Nota: Especificar subtipo.

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

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

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

TRASTORNO POR TICS.

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

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

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

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

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

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

* Se sugiere pasar a interrogatorio de TOC y TDAH.

A) TOURETTE. *

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

B) TICS MOTORES O VOCALES CRÓNICOS.

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

C) TICS MOTORES O VOCALES TRANSITORIOS. *

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

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

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN.

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

Nota: No existe explicación médica ó farmacológica.

A) ENCOPRESIS.

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

- 1.- ¿En forma repetida evacuas, "te haces popo o caca", accidental o intencionalmente en lugares inapropiados, en tu ropa, en la escuela, en el piso, en el cuarto de tus papas, etc.?
- 2.- ¿Por lo menos una vez al mes por más de tres meses seguidos?

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

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

B) ENURESIS.

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

- 1.- ¿En forma repetida te orinas (haces pipí) en la cama ó en la ropa, accidental o intencionalmente?
- 2.- ¿Por lo menos 2 veces a la semana por más de tres meses seguidos, o que te sientas mal y te produzca problemas en tu escuela, con amigos o en casa?

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

Especificar subtipo. (Nocturna, diurna, ó mixta)

TRASTORNO POR ANSIEDAD DE SEPARACIÓN.

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

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

MUTISMO SELECTIVO.

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

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

TRASTORNO DE MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS.

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

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

Nota: Especificación con o sin conductas autolesivas.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

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

- 1.- ¿Tu ánimo (humor) ha cambiado, te has vuelto enojón, irritable, o te sientes triste y vacío, te ha dado por llorar, y así has estado casi todo el tiempo por más de 15 días?

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

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

DISTIMIA

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

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

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

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

Nota: Descartar otro trastorno afectivo, psicótico, médico ó uso de sustancias.
 Antes del inicio de la distimia pudo haber un episodio depresivo mayor, con remisión (> de 2 meses asintomático); después del primer año puede haber trastornos depresivos mayores superpuestos y se deben codificar ambos diagnósticos.

TRASTORNO BIPOLAR. (episodio maníaco)

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

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

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

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

TRASTORNOS DE ANGUSTIA.

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

A) CRISIS DE ANGUSTIA. (Panic attack)

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

B) AGORAFOBIA.

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

Nota: Codificar con o sin trastorno de angustia.

TRASTORNO DE ANGUSTIA (Panic disorder).

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

- 1.- ¿Las crisis de angustia aparecen de manera inesperada, ósea que nunca sabes cuando te va a dar?
- 2.- ¿Después alguna de las crisis, por más de un mes, has presentado inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis, ó preocupación por las consecuencias de las crisis como perder el control, sufrir un infarto o volverte loco, ó tu manera de ser y comportarte cambia por las crisis?

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

AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA.

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

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

FOBIA ESPECÍFICA.

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

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

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

- 1.- ¿El temor que sientes es excesivo, persistente y marcado, y se presenta ante la presencia o la anticipación de la situación u objeto específico?
- 2.- ¿Cuándo te enfrentas al temor, inmediatamente te pones nervioso (ansioso, desesperado) como una crisis de angustia o te pones a llorar, haces berrinche, te inhibes o abrazas a alguien?
- 3.- ¿Consideras que tu miedo es excesivo y/o absurdo? **NOTA:** Puede faltar en los niños.
- 4.- ¿Evitas las situaciones fóbicas, ó las soportas a costa de una intensa ansiedad o malestar?

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

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

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

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

FOBIA SOCIAL.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Especificar si es o no generalizada.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

SALTO:

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

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

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

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

Especificar: Con poca conciencia de enfermedad (insight)

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

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

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

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

Especificar:

Agudo : si los síntomas duran menos de tres meses.

Crónico : si los síntomas duran tres meses o más.

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

TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA.

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

- 1.- ¿ Durante más de 6 meses te has sentido excesivamente nervioso y preocupado por un montón de cosas, de tu casa, escuela, amigos, etc.?
- 2.- ¿ Para ti es difícil controlarte de tus preocupaciones (dejar de ser preocupón), aunque quieras evitarlas no puedes?
- 3.- ¿Además de este nerviosismo y preocupación, has tenido una de las siguientes molestias...
- ...inquietud, desesperación o impaciencia
 - ...cansancio fácil (luego luego te cansas)
 - ...dificultades para concentrarte, y poner tu "mente en blanco"
 - ...te enojas por todo, eres irritable
 - ...estar tenso de los músculos (sientes tus músculos duros y te duele el cuerpo)
 - ...te cuesta trabajo empezar a dormir, o te despiertas en la noche y en la mañana te sientes cansado, como si no hubieras dormido nada.

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

TRASTORNOS SOMATOMORFOS.

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

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN.

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

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

2.- ¿Has tenido...

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

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

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

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

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

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

TRASTORNO DE CONVERSIÓN.

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

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

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

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

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

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

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

Especificar :

Con síntomas o déficit motor

Con crisis y convulsiones.

Con síntomas o déficit sensorial

De presentación mixta.

TRASTORNO POR DOLOR.

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

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

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

Especificar tipo:

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos.

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

Para ambos tipos especificar:

Agudo: duración menor a 6 meses.

Crónico: duración igual o mayor a 6 meses.

HIPOCONDRIA.

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

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

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

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

5.- ¿El problema lleva 6 meses o más?

Nota: No se explica por otro trastorno mental.

Especificar, con poca conciencia de enfermedad.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL.

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

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

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

Nota: Descartar cualquier otro trastorno mental.

TRASTORNOS DEL SUEÑO PRIMARIOS:

DISOMNIAS.

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

INSOMNIO PRIMARIO.

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

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

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

HIPERSOMNIA PRIMARIA.

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

- 2.- ¿Este sueño (somnolencia) que tienes en el día te causa problemas en la escuela, tu casa o con tus amigos?
- 3.- ¿La somnolencia te da porque no puedes dormir en la noche o porque duermes poco?

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

Especificar

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

NARCOLEPSIA.

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

Nota: Descartar enfermedad médica o efectos secundarios de fármacos.

TRASTORNO DEL SUEÑO RELACIONADO CON LA RESPIRACIÓN.

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

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

TRASTORNO DEL RITMO CIRCADIANO.

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

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

Especificar subtipo.

Tipo sueño retrasado: Acostarse y levantarse tarde.

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

Tipo cambios de turno de trabajo.

Tipo no especificado.

PARASOMNIAS.

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

PESADILLAS

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

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

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

TERRORES NOCTURNOS

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

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

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

SONAMBULISMO

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

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

Nota: Descartar enfermedad médica mental o uso de sustancias.

TRASTORNO DEL CONTROL DE IMPULSOS.

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

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE.

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

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

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

CLEPTOMANÍA

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

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

- 1.- ¿Frecuentemente, te cuesta mucho trabajo evitar robar cosas que ni siquiera te sirven o incluso no son valiosas?
- 2.- ¿Antes del robo te sientes cada vez más ansioso, tenso, inquieto, nervioso?

- 3.- ¿Al estar robando te sientes muy bien, como liberado y tranquilo?
- 4.- ¿Cuándo robas es porque estas enojado o te estas desquitando de alguien, o porque sientes que una voz te lo ordena o que tienes esa misión, como un elegido?

PIROMANÍA

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

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

Descartar otros motivos u otro trastorno mental.

TRICOTILOMANÍA

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

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

Nota: Descartar otro trastorno mental o enfermedad dermatológica.

TRASTORNOS ADAPTATIVOS.

SALTO: ¿Cuando te has enfrentado a un problema grave(situación difícil, estresante) como reprobado en la escuela, que se burlen de ti, que te peguen, cambiarte de casa, que tus papas peleen mucho ó se hayan divorciado, etc. Antes de que pasen 3 meses te has sentido muy triste, enojón, preocupado, inquieto, ansioso, asustado ó te has portado mal, desobediente, agresivo, respondón, rebelde.

Tu crees que tu reacción ha sido muy intensa (más de lo que debiera) ó has tenido problemas en tu casa, escuela, amistades? ¿Después de terminada la situación, te volviste a sentir como siempre antes de 6 meses?

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

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

Especificar:

Crónico: si la alteración dura más de 6 meses

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.

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

ABUSO FISICO, SEXUAL Y NEGLIGENCIA.

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

Especificar definiciones, de partes sexuales:

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

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

Ano es el hoyito por donde hacemos popó.

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

- 1.- ¿Alguien te ha enseñado partes sexuales de su cuerpo sin que tu quisieras? ¿ Cuantos años tenías cuando pasó?
- 2.- ¿Alguien te ha tocado las partes sexuales de tu cuerpo sin que tu quisieras? ¿ Cuantos años tenías cuando pasó?
- 3.- ¿ Alguien te ha intentado lastimar o te ha hecho daño en las partes sexuales de tu cuerpo? ¿ Cuantos años tenías cuando pasó?
- 4.- ¿Alguien ha intentado ó conseguido violarte, penetrarte o tener relaciones sexuales contigo? ¿Cuántos años tenias cuando pasó?

- 5.- ¿Se lo dijiste a alguien, A quién?
- 6.- ¿Alguna persona mayor que tu (5 años o más) te ha pegado, pateado o maltratado?
- 7.- ¿ Actualmente alguien te pega pateo o maltrata?

ENTREVISTA PARA PADRES.

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN

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

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

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

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

Nota: Especificar subtipo.

TRASTORNO DISOCIAL.

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

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

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

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

TRASTORNO DESAFIANTE OPOSICIONISTA

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

- 1.- ¿Frecuentemente pierde la calma, se enoja, y hace berrinches?

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

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

TRASTORNOS DE INGESTIÓN Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

A) PICA.

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

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

B) RUMIACIÓN.

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

Nota: No hay datos de enfermedad

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

C) TRASTORNO DE INGESTIÓN.

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

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

D) ANOREXIA NERVIOSA.

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

- 1.- ¿Su hija se resiste a mantener el peso corporal normal o por encima del mínimo considerado para su edad y talla? **Nota:** El peso es menor al 85% del considerado normal. (Debe ser observado y medido).
- 2.- ¿Su hija tiene mucho miedo de convertirse en gorda (obesa), aún cuando pesa menos de lo normal, y aunque pierda peso el temor a la obesidad persiste?
- 3.- ¿Considera que su hija tiene una alteración en la percepción del peso o silueta corporales (le han dicho, lo delgada que se ve, no obstante, ella permanece preocupada por la "gordura" de algunas partes de su cuerpo), de modo que su autoevaluación se basa en su figura ó niega los peligros que conlleva el bajo peso corporal?
- 4.- ¿Su hija ha tenido amenorrea (ausencia de sangrado menstrual durante 3 ciclos)?

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

Restrictivo o compulsivo purgativo.

E) BULIMIA NERVIOSA.

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

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

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

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

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

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

TRASTORNO POR TICS

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

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

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

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

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

- **Se sugiere pasar a interrogatorio de TOC y TDAH.**

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

De la TOURETTE.

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

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

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

TICS MOTORES O VOCALES CRÓNICOS

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

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

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

TICS TRANSITORIOS (motores o vocales)

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

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

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

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

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN

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

Nota: No existe explicación médica ó farmacológica.

ENCOPRESIS.

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

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

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

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

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

ENURESIS.

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

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

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

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

Especificar subtipo. (Nocturna, diurna, ó mixta)

TRASTORNO POR ANSIEDAD DE SEPARACIÓN.

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

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

MUTISMO SELECTIVO

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

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

TRASTORNOS MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS.

SALTO: ¿Su hijo, en forma repetitiva, y aparentemente impulsiva, sin un fin determinado, ha presentado movimientos con las manos como agitarlas ó

sacudir las, golpetear con los dedos, girar ó mordisquear objetos, balancearse, dar cabezazos, auto morderse o pincharse la piel auto golpearse?. Nota:

Descartar tics, TOC, etc.

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

Nota: Especificación con o sin conductas autolesivas.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

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

- 1.- ¿Desde hace más de 15 días, nota un cambio de humor (ánimo) del niño, lo ve irritable, enojón, triste, desanimado, con llanto, la mayor parte del día casi todos los días? Ha tenido algún cambio en su estado de ánimo ,tristeza o enojo?
 - 2.- ¿Ya no le gusta lo de antes, como jugar, ir de paseo, ver la tele, ir al cine, etc. incluso siente que todo es igual y le aburre, nada te importa?
 - 3.- ¿Ha subido o bajado de peso, ha disminuido o aumentado su apetito?
- Nota:** Valorar el aumento ponderal de peso y el fracaso en alcanzar su peso adecuado.
- 4.- ¿Casi todos los días has tenido problemas para dormir, que le de mucho sueño o insomnio?
 - 5.- ¿ Ha estado muy inquieto o por el contrario muy lento en sus movimientos?
 - 6.- ¿ Lo nota muy débil, fatigado, cansado o aburrido?
 - 7.- ¿ Ha menudo le escucha decir que no sirve para nada, que nadie lo quiere, ni sus padres?
 - 8.- ¿ Tiene dificultad para, concentrarse o lo nota muy indeciso y como lento para pensar?
 - 9.- ¿ Ha manifestado deseos de morir, juegos, fantasías o conversaciones sobre la muerte?

10.- ¿Por más de una semana han notado a su hijo diferente, mucho más alegre, simpático, comunicativo o enojón, con muchos proyectos e ideas y con ganas de hacer

muchas cosas, y que al hacerlas no se cansa, duerme pocas horas (<4) y sin embargo conserva un nivel de energía (ánimo) elevado, digamos maníaco?

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

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

DISTIMIA

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

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

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

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

3.23 ...cambios en el apetito?

3.24 ...cambios en el sueño?

3.25 ...perdida de energía ó fatiga?

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

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

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

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

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

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

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

TRASTORNO BIPOLAR. (episodio maníaco)

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

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

TRASTORNOS DE ANGUSTIA.

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

A) CRISIS DE ANGUSTIA (Panic attack)

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

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

B) AGORAFOBIA

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

Nota: Codificar con o sin trastorno de angustia.

TRASTORNO DE ANGUSTIA (Panic disorder).

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

1.- ¿Las crisis de angustia aparecen de manera inesperada, ósea que nunca sabe cuando le van a dar?

2.- ¿Después de alguna de las crisis, por más de un mes, ha presentado inquietud persistente ante la posibilidad de tener más, ó preocupación por las consecuencias de las crisis como perder el control, sufrir un infarto o volverse loco, ó su manera de ser y comportarse cambio por las crisis?

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

AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA.

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

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

FOBIA ESPECIFICA.

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

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

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

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

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

Nota: El cuadro no se explica mejor por otra entidad nosológica. Especificar subtipo (animal, ambiental, sangre-inyección-daño, situacional, otros).

FOBIA SOCIAL.

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

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

- 1.- ¿El niño ha presentado temor persistente e intenso por una o más situaciones sociales o actuaciones en las que se ve expuesto a personas que no conoce o a la posible evaluación por parte de otros; que le da miedo actuar de una manera (o muestre síntomas de ansiedad) que se pueda sentir avergonzado o apenado?. **EN NIÑOS:** Debe existir evidencia de buena capacidad de relación social con gente conocida y la ansiedad debe ocurrir en ambientes con individuos de su misma edad, no solamente en las interacciones con los adultos.
- 2.- ¿En las ocasiones que ha tenido que enfrentarse a estas situaciones invariablemente se ha sentido ansioso (nervioso, desesperado, angustiado) con síntomas de crisis de angustia?
- 3.- ¿El niño considera que su miedo es excesivo y/o absurdo? **NOTA:** Puede estar ausente.
- 4.- ¿Evita las situaciones fóbicas, ó las soporta a costa de una intensa ansiedad o malestar?
- 5.- ¿Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocado por las situaciones temidas interfiere importantemente con tu rutina en la escuela, casa, con amigos o te hace sentir muy mal?
- 6.- ¿Estos síntomas se han presentado por más de 6 meses?

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

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

SALTO:

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

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

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

Especificar: Con poca conciencia de enfermedad (insight)

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

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

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

2.- ¿El niño persistentemente re experimenta el acontecimiento traumático a través de...

3.29 ...recuerdos recurrentes e intrusivos que producen mucho miedo, o a veces en sus juegos introduce aspectos del suceso?

3.30 ...sueños o pesadillas terroríficas recurrentes?

3.31 ...experimentar la sensación nuevamente, como volverla a vivir?

3.32 ...lugares, situaciones, objetos que le recuerden y hagan sentir muy asustado y/o tiemble, sude, se maree, le falte el aire, no pueda hablar, palidezca, tenga náusea, etc.?

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

3.33 ...hace esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones?

3.34 ...hace esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas?

3.35 ...no se puede acordar de aspectos importantes del trauma?

3.36 ...ya no participa en sus actividades, ni le importa lo que antes le gustaba?

3.37 ...lo siente como desconectado, despegado, distanciado de los demás?

3.38 ...ya no es cariñoso, se ha vuelto frío, seco, como incapaz de querer?

3.39 ...el niño siente que lo que le espera en el futuro es muy feo, triste y desagradable?

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

- 3.40 ...tiene problemas para iniciar o mantener su sueño (se despierta en la noche)?
 - 3.41 ...anda irritable y con ataques de ira?
 - 3.42 ...le cuesta trabajo concentrarte?
 - 3.43 ...esta muy atento de lo que sucede a su alrededor, desconfía, vigila todo y a todos?
 - 3.44 ...con cualquier cosa se sobresalta o se asusta?
- 5.- ¿Las alteraciones han durado más de un mes?
- 6.- ¿Las alteraciones le han dado problemas en casa, escuela, con familiares y/o amigos?

Especificar:

Agudo : si los síntomas duran menos de tres meses.

Crónico : si los síntomas duran tres meses o más.

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

TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA.

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

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

TRASTORNOS SOMATOMORFOS.

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

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN.

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

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

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

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

TRASTORNO DE CONVERSIÓN.

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

- 1.- ¿Ha presentado uno o más síntomas de los mencionados, que sugieran una enfermedad médica o neurológica?
- 2.- ¿Los síntomas están muy relacionados a conflictos o situaciones estresantes, incluso se podría decir que son predecibles por estos?

- 3.- ¿El síntoma no es producido voluntaria e intencionalmente, ni tampoco simulado?
- 4.- ¿Después de la evaluación y estudio médico no se ha encontrado enfermedad que lo explique?
- 5.- ¿Los síntomas le han causado problemas en la escuela, su casa o con sus amigos?

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

Especificar :

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

TRASTORNO POR DOLOR.

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

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

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

Especificar tipo:

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

Para ambos tipos especificar:

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

HIPOCONDRIA.

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

- 1.- ¿El niño, tiene preocupación y miedo a padecer alguna enfermedad grave, ó incluso esta convencido de tenerla por algunos síntomas que presenta?

2.- ¿A pesar de las evaluaciones y explicaciones médicas apropiadas, el temor persiste?

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

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

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

5.- ¿El problema lleva 6 meses o más?

Nota: No se explica por otro trastorno mental.

Especificar: Con poca conciencia de enfermedad.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL.

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

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

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

Nota: Descartar cualquier otro trastorno mental.

TRASTORNOS DEL SUEÑO PRIMARIOS:

DISOMNIAS.

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

INSOMNIO PRIMARIO.

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

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

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

HIPERSOMNIA PRIMARIA.

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

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

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

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

Especificar

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

NARCOLEPSIA.

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

Nota: Descartar enfermedad médica o efectos secundarios de fármacos.

TRASTORNO DEL SUEÑO RELACIONADO CON LA RESPIRACIÓN.

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

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

TRASTORNO DEL RITMO CIRCADIANO.

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

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

Especificar subtipo.

Tipo sueño retrasado: Acostarse y levantarse tarde.

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

Tipo cambios de turno de trabajo.

Tipo no especificado.

PARASOMNIAS.

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

PESADILLAS

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

- 1.- ¿Durante el periodo de sueño, se despierta varias ocasiones, a causa de sueños horribles, terroríficos, que él siente como muy reales y largos, que tratan sobre amenazas a su vida, seguridad o autoestima?
- 2.- ¿Al despertarse del sueño terrorífico, lo hace rápidamente, se da cuenta clara de lo que pasa, esta consciente, orientado, y para nada confuso?
- 3.- ¿Las pesadillas, o las alteraciones del sueño que producen, afectan su desempeño en casa, escuela, con familiares y amigos?

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

TERRORES NOCTURNOS

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

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

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

SONAMBULISMO

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

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

Nota: Descartar enfermedad médica mental o uso de sustancias.

TRASTORNO DEL CONTROL DE IMPULSOS.

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

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE.

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

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

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

CLEPTOMANÍA

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

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

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

PIROMANÍA

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

Nota: Descartar otros motivos u otro trastorno mental.

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

TRICOTILOMANÍA

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

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

Nota: Descartar otro trastorno mental o enfermedad dermatológica.

TRASTORNOS ADAPTATIVOS.

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

- 1.- ¿Los síntomas iniciaron dentro de los 3 primeros meses que siguieron a la aparición del estresor identificado?

2.- ¿La respuesta ante el estresor es mayor a lo esperado, ó ha producido disminución de su desempeño normal en la escuela, casa, amistades?

3.- Una vez que el estresor se quito, ¿los síntomas desaparecieron antes de 6 meses?

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

Especificar:

Crónico: si la alteración dura más de 6 meses

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.

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

ABUSO FISICO, SEXUAL Y NEGLIGENCIA.

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

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

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

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

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

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

HISTORIA DEL DESARROLLO.

INSTRUCCIONES: Favor de leer con cuidado y responder lo más detallado posible, al final queda una hoja en blanco para agregar comentarios que considere importantes. En las opciones de bueno, regular o malo, así como las de Si ó No, ponga una "X" ó circule la palabra de su elección.

I EMBARAZO Y PARTO.

Durante su embarazo la situación familiar (relaciones, peleas, conflictos) era:
Buena _____ Regular _____ Mala _____

¿PORQUE?

¿El embarazo estuvo dentro de sus planes o fue "accidental"? _____

¿Fue deseado? _____ ¿Qué sexo quería? _____

¿Hubo complicaciones (problemas) médicos o emocionales durante el embarazo? _____

¿De cuantos meses (semanas) nació? _____

¿Cuántas horas estuvo con los dolores, antes de que naciera? _____

¿El nacimiento fue por: Parto _____ Cesárea _____ Provocado _____

Comentarios al respecto: _____

Hubo complicaciones durante el parto, _____

¿cuáles? _____

¿Se usó anestesia? Si _____ No _____ ¿Se usaron fórceps? Si _____ No _____

¿Qué tipo de anestesia? (general o raquídea) _____

¿Cuánto pesó al nacer? _____ ¿Cuánto midió? _____

¿De qué color nació? _____

¿Nació morado? Sí _____ No _____ ¿Respiró y lloró al nacer? Sí _____ No _____

Hubo problemas con su bebe al nacimiento, _____

¿Cuáles? _____

II DESARROLLO PSICOMOTRIZ, LENGUAJE, ESFÍNTERES.

Al nacer los bebés, cuando uno los carga les sostiene su cabecita, hasta que ellos lo pueden hacer solos, ¿Cuántos meses tenía el suyo cuando lo hizo? _____

Cuando uno los coloca boca abajo sobre la cama, así se quedan, hasta que pueden darse SOLOS la vuelta, ¿A qué edad lo hizo el suyo? _____

Luego les pone uno, cojines y se sientan, ¿A qué edad lo hizo? _____

Claro que después se sientan SOLOS, ¿A qué edad lo logró? _____

Algunos niños se arrastran y luego gatean, ¿A qué edad lo hizo? _____

Sin embargo, algunas mamás los ponen en carreaola, ¿Cuándo y cuantos meses tenía? _____ Después, se detienen de lo que pueden y se ponen de pie,

¿A qué edad lo consiguió? _____, y luego empiezan a caminar, ¿Cuándo?

_____ Después de muchas caídas aprenden hacerlo bien, ¿A qué edad?

_____ y ¿A qué edad comenzó a correr? _____ y ¿Subir, bajar escaleras?

_____ ¿A qué edad aprendió a manejar triciclo? _____.

¿A qué edad decía "da, da" "gu, gu" (balbucear)? _____
 ¿A qué edad decía una palabra como "papa, mama, "eche", "eto"? _____
 ¿Cuándo dijo 2-3 palabras juntas como "mamá ame eche", "ero pan"? _____
 ¿Cuándo empezó con frases, como "mamá tengo hambre me das comida", "mi hermana se lleva mis cosas", "llévame al baño quiero chis"? _____

¿A qué edad se soltó hablando como adulto? _____
 ¿Ha tenido problemas del lenguaje? _____

¿A qué edad empezó a enseñarle para que avisara del baño? _____
 ¿A qué edad aprendió? _____-¿A qué edad le quito el pañal? _____
 ¿A qué edad se enseñó hacer en el baño? _____
 ¿Cómo le hizo para lograrlo? _____

III DESARROLLO HÁBITOS Y SEXUAL.

¿Le dio pecho a su bebe? Sí _____ No _____ ¿Cuánto tiempo? _____
 ¿A qué edad le empezó a dar papillas? _____
 ¿A qué edad le quitó el biberón? _____
 Ha tenido problemas para la alimentación ¿Cuáles? _____

Los bebés, suelen llorar por la noche, y no dejan dormir, ¿A qué edad el suyo pudo dormir por primera vez toda la noche? _____

¿Con quién duerme actualmente? _____ ¿Desde cuándo? _____
 ¿Alguna vez caminó dormido (edad y tiempo que lo hizo)? _____
 ¿Habla dormido (edad y tiempo)? _____
 ¿Rechina los dientes (edad y tiempo)? _____
 ¿Tiene pesadillas (edad y tiempo)? _____

Los niños y niñas se exploran el cuerpo con sus manitas (y es normal), ¿Qué edad tenía el suyo cuando comenzó a hacerlo? _____

¿A qué edad comenzó a jugar al papá y mamá, al doctor, etc.? _____
 ¿A qué edad empezó a preguntar sobre la diferencia entre niños y niñas, o cómo nacen los bebés? _____ Comentarios: _____

IV DATOS ACADÉMICOS.

¿Asistió a la guardería? Sí _____ No _____
 ¿A qué edad? _____ ¿Cuánto tiempo? _____
 ¿A qué edad ingresó al jardín de niños? _____
 Había quejas por su conducta o aprovechamiento, ¿cuales? _____

¿A qué edad ingresó a primaria? _____
 Presentó dificultades para aprender a leer y escribir, Sí _____ No _____
 ¿cuáles? _____
 ¿Los maestros se quejaban de su conducta, ó sobre su rendimiento?
 Sí _____ No _____ ¿Porqué? _____

Comentarios:

V ANTECEDENTES.

¿De qué se ha enfermado su hijo (a)? _____

¿A qué edad (es)? _____

Ha tenido accidentes, caídas, fracturas, golpes en la cabeza en que se haya desmayado, ¿Cuáles, a qué edad y que se hizo?

Alguna vez ha estado hospitalizado, lo han operado o le han pasado (transfundido) sangre, ¿Qué edad tenía, porque? _____

Alguien en su familia (incluye ambos padres) padres, hermanos, abuelos, tíos, primos, etc.) consume o ha consumido alcohol, cigarrillos u otras drogas (cocaína, marihuana, inhalantes, PVC, resistol, gasolina, etc.), ¿Quién (es)?

Alguien en su familia tiene DEPRESIÓN (mucha tristeza, llanto, problemas en el sueño, para comer, trabajar, piensa en morirse), ¿Quién (es)?

Alguien en su familia ha intentado matarse o se ha suicidado, ¿Quién (es)?

Alguien en su familia ha presentado problemas de conducta, como robar, asesinar, etc. Sí _____ No _____ ¿Quién? _____

Alguien en su familia ha presentado problemas para aprender en la escuela, Sí _____ No _____ ¿Quién (es)? _____

Alguien en su familia tiene retraso mental, Sí _____ No _____ ¿Quién? _____

Alguien en su familia tiene epilepsia ó convulsiones Sí _____ No _____ ¿Quién? _____

Alguien en su familia tiene otras enfermedades, médicas, como presión arterial alta, diabetes (azúcar en la sangre), cáncer, cirrosis, etc. ?

Mencione quien (es) y que enfermedad padece:

Nombre de quién respondió:

Edad:

Parentesco:

En la parte de atrás de esta hoja puede apuntar cualquier comentario o sugerencia, GRACIAS.

ANEXO II

CARTA DE CONSENTIMIENTO

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL JUAN N.
NAVARRO.**

Fecha:

A quién corresponda:

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

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

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

El Dr. Fernando Coello, Dr. Arturo Mendizábal y/ó la Doctora Inés Nogales, me explicaron con detalle y acepto voluntariamente participar.

ATENTAMENTE

Nombre

Firma: