



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ**

Características clínicas y psicopatológicas de un grupo de adolescentes con infección por VIH:
estudio comparativo de transmisión horizontal vs. vertical

**PROYECTO DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

P R E S E N T A

JESÚS ABRAHÁN RUIZ ROSAS
MÉDICO RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

TUTOR METODOLÓGICO: Dr. Francisco Rafael de la Peña Olvera
TUTOR TEÓRICO: Dr. Edgardo Hamid Vega Ramírez

Ciudad de México, Julio de 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES	1
1.1 INFECCIÓN POR VIH EN ADOLESCENTES	1
1.2 PSICOPATOLOGÍA EN ADOLESCENTES	4
1.2.1 Psicopatología en adolescentes con infección por VIH	5
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
5. HIPÓTESIS	13
6. OBJETIVOS	13
6.1 OBJETIVO GENERAL	13
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
7. METODOLOGÍA	14
7.1 DISEÑO Y PROCEDIMIENTOS	15
7.1.1 TIPO DE ESTUDIO	15
7.1.2 TAMAÑO DE MUESTRA	15
7.1.3 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA MUESTRA	16
7.1.4 FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO	18
7.1.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	18
7.2 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	19
7.2.1 Cédula de evaluación de 1ª vez de Salud Mental-V9 (SM-V9)	19
7.2.2 Prueba de Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)	19
7.2.3 Cuestionario de Salud SF-36	22
7.2.4 Escala de Impulsividad Estado (EIE)	24
7.2.5 Inventario de Depresión de Beck (IBD)	25
7.2.6 Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI-KID)	26
7.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	27
7.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	29
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	47
9. RESULTADOS	48
10. DISCUSIÓN	65
11. CONCLUSIONES	68
12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	69
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

14. ANEXOS	74
14.1 Carta de Consentimiento/Asentimiento Informado.....	74
14.2 Cédula de evaluación de 1ª vez de Salud Mental-V9.....	74
14.3 Prueba de Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)	74
14.4 Cuestionario de Salud SF-36.....	74
14.5 Escala de Impulsividad Estado (EIE)	74
14.6 Inventario de Depresión de Beck (IBD).....	74
14.7 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-KID)	74
14.8 Carta aprobación por el Comité de Investigación, INPRFM	74
14.9 Carta autorización del estudio en las Clínicas Especializadas Condesa	74
14.10 Carta aprobación de Proyecto General por el Comité de Investigación, INSP	74
14.11 Carta aprobación de Proyecto General por el Comité de Ética en Investigación, INSP	74
14.12 Carta aprobación de Proyecto General por el Comité de Bioseguridad, INSP	74

1. ANTECEDENTES

1.1 INFECCIÓN POR VIH EN ADOLESCENTES

La adolescencia es una etapa caracterizada por una serie de cambios físicos, psicológicos y fisiológicos que impactan en el comportamiento relacionado con el cuidado de la salud. El periodo de edad que define a esta etapa es variable, pues se ha descrito que, de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida, el cual, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad, definiéndose a la adolescencia temprana como aquella comprendida entre los 10 y 14 años de edad, y a la adolescencia tardía entre los 15 y 19 años de edad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2011). De acuerdo al Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos, la transición a la adultez abarca hasta los 24 años, de modo que los adultos jóvenes son frecuentemente considerados en el grupo de adolescentes en diversos estudios de salud y comportamiento (MacKay & Duran, 2007).

Para el año 2015, la población global de adolescentes entre los 10 y 19 años de edad era de 1200 millones, representando el 16% de la población mundial (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015). En México, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) derivados de la Encuesta Intercensal 2015, el número de personas de 10 a 19 años correspondía a poco más de 22 millones (18.4% de la población).

En el año 2012, se estimaban aproximadamente 2.1 millones de adolescentes viviendo con VIH en el mundo, 80% de los cuales viven en África Sub-Sahariana (Slogrove AL, 2017). Las muertes relacionadas a VIH en adolescentes se han triplicado desde el año 2000 a la fecha (Ferrand, 2016) (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2014); convirtiendo a la infección por VIH en la segunda causa de muerte en esta población en el mundo, después

de los accidentes automovilísticos que se reportaron como la primera causa y precediendo al suicidio, las infecciones de vías respiratorias inferiores y la violencia interpersonal (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Datos de ONUSIDA del año 2013 revelan que, en América Latina, a pesar de que se ha observado una reducción del 28% en casos nuevos entre niños y adolescentes de 0 a 14 años, un tercio de las nuevas infecciones ocurren en personas entre los 15 y los 24 años (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2014). En México, CENSIDA reportó que existían aproximadamente 4,761 personas menores de 19 años viviendo con VIH hasta el 1er trimestre de 2017, de las cuales 3,668 se encontraban entre los 15 y 19 años, con distribución por sexo para este grupo de edad de 63.0% hombres y 37.0% mujeres; la incidencia reportada para el grupo de 15 a 24 años para el 2016 fue de 4.3 casos diagnosticados y notificados por cada 100,000 habitantes (incidencia por sexo de 7.38 en el caso de los hombres, 1.2 en el caso de las mujeres) (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, CENSIDA, 2017).

Existen dos distintos grupos de adolescentes viviendo con VIH: aquellos que adquirieron la infección por transmisión vertical en el periodo perinatal y que reciben tratamiento y atención médica desde la edad pediátrica, cuando son detectados oportunamente; y aquellos que adquieren la infección por VIH durante el periodo adolescente, mayoritariamente a través de la vía sexual. El primer grupo tiene una sobrevivencia cada vez mayor, el segundo es un grupo creciente, que en varios países parece tener un papel importante en la presencia de nuevos casos, encontrándose una mayor concentración en las llamadas poblaciones clave, como son minorías sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, población transgénero/transexual, trabajadores(as) sexuales, usuarios de drogas inyectadas, jóvenes en situación de calle o reclusión (Slogrove AL, 2017) (Mutumba & Harper, 2015). Sumado a la alta prevalencia de conductas de riesgo en las poblaciones clave, fenómenos como el estigma, la discriminación y la exposición a violencia, han sido descritos como una limitante en su habilidad para adoptar conductas preventivas y para el acceso a los servicios de salud, donde además la restricción debido a su edad y el marco legal que establece la edad para el consentimiento sexual y para realizarse

procedimientos médicos específicos, podrían interferir en su acceso a los servicios de salud y mayor adversidad psicosocial (Delany-Moretlwe, et al, 2015).

En Estados Unidos, por ejemplo, hay aproximadamente 5,000 diagnósticos nuevos de infección por VIH en adolescentes cada año (Maturo, 2011), casos que predominantemente ocurren entre hombres que tienen sexo con hombres de grupo racial negro. El total de personas viviendo con VIH entre los 13 y los 24 años en Estados Unidos oscila entre 56,000 y 80,600 (Zanoni Brian C, 2014).

La población adolescente que vive con VIH, tiene necesidades específicas de atención, y representa en muchos casos un importante reto en términos de salud pública, pues comparada con la población adulta, presenta una menor retención a los servicios de salud, menor tasa de supresión virológica y mayor de mortalidad (Lamb MR, 2014). En un estudio realizado en Estados Unidos en esta población (Zanoni Brian C, 2014), se identificó que únicamente el 40% de los adolescentes conoce su diagnóstico. De ellos, el 25% tiene incorporación a los servicios de salud, 11% es retenido y solamente el 6% del total alcanzan supresión virológica; todas éstas proporciones son considerablemente inferiores al compararse con otros grupos etarios.

En varios estudios en poblaciones distintas a la población adolescente, se ha demostrado que la mayoría de la transmisión de la infección por VIH ocurre entre aquellas personas que desconocen su diagnóstico (Gardner EM, 2011). Por otro lado, algunos estudios han mostrado que la población adolescente tiene menor adherencia al tratamiento antirretroviral que los niños o que adultos mayores, y que existe una mayor probabilidad de falla virológica en jóvenes por arriba de los 16 años cuando se comparan con menores en cohortes de transmisión vertical de VIH (Lowenthal, 2015). En Estados Unidos, existen datos que demuestran que únicamente el 54% de los adolescentes que inician tratamiento antirretroviral logran supresión virológica (Lowenthal, 2015). La disfunción psicosocial es una de las causas más importantes de mala adherencia al tratamiento antirretroviral en este grupo de pacientes. Por otro lado, el grupo de adolescentes enfrenta obstáculos particulares en términos de acceso a

servicios de salud (Kurt, et al, 2015), que en el caso de nuestro país, requieren de la incorporación a programas de seguridad social en los que se establece la mayoría de edad (más de 18 años) como criterio para adquirir dichos servicios.

Un estudio de seguimiento en población adolescente en Haití (Reif LK, 2016), evaluó la cascada de atención en una clínica comunitaria especializada en VIH, encontrando que los factores que tienen mayor relación con desenlaces adversos en el seguimiento a un año, como son el fallecimiento, el abandono a tratamiento antirretroviral o la pérdida de seguimiento, fueron el ser mujer, vivir en zonas definidas como “barrios bajos”, presentar comorbilidad con infección por sífilis y/o tuberculosis, y tener un conteo de CD4 menor a 50. No se reportaron en este estudio factores relacionados con la salud mental y los desenlaces mencionados.

Para el caso de la población adolescente en México, un estudio realizado en la Clínica Especializada Condesa de 2009 a 2013 (Alaniz-Cuevas, 2014), encontró una tasa de pérdida general en el seguimiento de 12.29%, inferior al 20% que marca la OMS, siendo los factores de riesgo más importantes asociados con esta pérdida: ser menor de 30 años (OR 1.40), preferencia sexual bisexual (OR 1.94), nivel de educación básico (OR 1.93), seguimiento irregular (OR 10.53), y factores relacionados con la condición médica como inmunosupresión severa (OR 2.28), carga viral >500 copias μ L (OR 3.20), tratamiento antirretroviral con Kivexa® y Efavirenz® (OR 3.65), seropositividad a Hepatitis B (OR 2.46) y presencia de enfermedades oportunistas (OR 3.40). Este mismo estudio encontró que el grupo etario con mayor pérdida son los de 15 a 19 años con el 50% por cada 100 personas en seguimiento, lo que resalta la importancia de estudiar a mayor profundidad a este grupo.

1.2 PSICOPATOLOGÍA EN ADOLESCENTES

El estudio de los trastornos mentales en niños y adolescentes ha tenido un interés creciente durante las últimas décadas; a pesar de que se han aumentado el diagnóstico y las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas

y educativas en esta población, existe una marcada evidencia de que su falta de diagnóstico y tratamiento son uno de los principales problemas de salud pública alrededor del mundo. En un meta-análisis publicado recientemente, se encontró una prevalencia mundial estimada de trastornos mentales en niños y adolescentes de 13.4%, siendo los más prevalentes: cualquier trastorno de ansiedad (6.5%), cualquier trastorno depresivo (2.6%), trastorno depresivo mayor (1.3%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (3.4%), cualquier trastorno disruptivo (5.7%), trastorno negativista y desafiante (3.6%) y trastorno de conducta (2.1%), (Polanczyk GV, 2015).

En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente 2005 (Benjet C, 2009), estudio con representatividad para los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad que residen en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, se encontró que 1 de cada 11 adolescentes ha padecido algún trastorno mental de severa intensidad, 1 de cada 5 algún trastorno de moderada intensidad, y 1 de cada 10 alguno de leve intensidad. La prevalencia para trastornos severos fue de 8.5%, agorafobia 3.6%, ansiedad de separación 2.6%, depresión mayor 4.8%, trastorno de conducta 3.0% y trastorno por déficit de atención con hiperactividad 1.6%. La mayoría de estos adolescentes no recibieron tratamiento. Los trastornos más prevalentes fueron los de ansiedad, los que resultaron ser los menos severos, siendo los trastornos más severos los que con mayor frecuencia recibieron tratamiento.

Diversos estudios han reportado de forma consistente mayores tasas de trastornos mentales como depresión mayor, ansiedad, trastornos de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno por uso de sustancias, abuso y dependencia a etanol, suicidio y trastorno por estrés postraumático entre los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales, minorías por género, y otras poblaciones clave (Mutumba & Harper, 2015).

1.2.1 Psicopatología en adolescentes con infección por VIH

Como se ha descrito previamente, las poblaciones clave poseen mayor vulnerabilidad para adquirir infección por VIH, a la vez que cursar con esta

infección aumenta el riesgo de padecer algún trastorno mental, relación que se observa en un sentido bidireccional, pues de la misma forma se ha documentado que padecer algún trastorno mental incrementa el riesgo de adquirir VIH; a su vez, la presencia de algún trastorno mental puede alterar el curso de la infección por VIH en quienes ya la tienen, pues aumenta el riesgo de presentar una baja adherencia al tratamiento antirretroviral, de una pobre retención en los servicios de salud, a la vez que aumenta la mortalidad relacionada con el VIH/SIDA (Mutumba & Harper, 2015).

Los estudios disponibles reportan que la prevalencia de psicopatología es mayor en niños y adolescentes que viven con VIH que aquellos que no lo tienen. En una revisión publicada en el año 2006 en la revista *AIDS Care* (Scharko, 2006), en la que se incluyeron 8 estudios para su análisis, se encontró que los 3 trastornos psiquiátricos más prevalentes en esta población de acuerdo a criterios del DSM IV son: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con una prevalencia de 28.6%, el trastorno depresivo con un 25%, y los trastornos de ansiedad con un 24.3%, con un factor de riesgo de 6.0 para TDAH, 3.8 para trastorno de ansiedad y de 7.1 para trastorno depresivo.

En otro estudio de la revista *AIDS Care* (Marhefka, y otros, 2009), que incluyó a 164 adolescentes de 13 a 21 años con VIH de tres ciudades de Estados Unidos, el cual buscaba identificar a los jóvenes con mayor riesgo de psicopatología, así como el grado en que estos habían sido diagnosticados y estaban recibiendo atención por servicios de salud mental, reportó una población donde 81% fueron de grupo racial negro, 52% mujeres, 62% heterosexuales y 60% habían adquirido el VIH por vía perinatal. 31% del total reportó niveles de psicopatología internalizada, externalizada o total. Cuestionarse la propia identidad sexual se asoció con mayores problemas internalizados, identificarse como bisexual con mayores problemas externalizados. Los síntomas sin embargo no se asociaron con la vía de transmisión. 65% recibieron el diagnóstico de VIH durante la adolescencia o la edad adulta joven. Los de transmisión sexual con mayor frecuencia reportaron ser bisexuales, homosexuales o cuestionarse la identidad sexual comparados con los de transmisión perinatal. Los trastornos internalizados aumentaron con la edad y

fueron más frecuentes en los de transmisión sexual y en aquellos que se identificaban como gay, bisexual o que se cuestionaban la identidad sexual. En un modelo multivariado solo cuestionarse la identidad sexual explicó la variación en los trastornos internalizados.

En el mismo estudio, los trastornos externalizados aumentaron a menor tiempo desde el diagnóstico. Fueron mayores en los de transmisión sexual, en los bisexuales o gays, en los de CD4 200-500 y más de 500. En modelo multivariado solo ser bisexual explicó varianza. Diagnóstico psiquiátrico y uso de servicios: los 39 con mayor puntuación de trastornos externalizados (clínicamente significativos) recibieron al menos un servicio de atención psiquiátrica (77% vs 52%) y fueron hospitalizados por motivos psiquiátricos en el último año (26% vs 12%). Aquellos con alguna puntuación compuesta de significancia clínica (T. externalizados, T. internalizados, total, 51) con mayor frecuencia recibieron un diagnóstico psiquiátrico en el último año (47% vs 29%) se les prescribió algún medicamento psiquiátrico en el último año (18% vs 6%) y recibieron al menos algún servicio de atención psiquiátrica (73% vs 51%); 27% nunca recibió servicios psiquiátricos. La relación entre tener síntomas clínicamente significativos, recibir un diagnóstico psiquiátrico o servicios psiquiátricos no fue moderada por la identidad sexual o la vía de transmisión (Marhefka, y otros, 2009).

Claude Mellins y colaboradores, publicaron en 2011 un estudio que incluyó a 349 jóvenes de 10 a 16 años pertenecientes al *Adolescent Master Protocol of the Pediatric of the HIV/AIDS Cohort Study*, realizado en 15 lugares diferentes de Estados Unidos y Puerto Rico, expuestos a VIH perinatal infectados y no infectados, en el cual examinaron la co-ocurrencia de conductas de riesgo para la salud incluyendo problemas de salud mental, inicio de vida sexual y uso de drogas, además de mala adherencia al tratamiento antirretroviral en los que tenían infección por VIH. Casi la mitad de los participantes tuvieron al menos una conducta de riesgo para la salud, la más frecuente fue problemas de salud mental (28%) con inicio de actividad sexual y uso de sustancias reportadas en promedio de 16%. Entre los sexualmente activos, el 65% VIH+ y el 50% VIH- reportaron sexo sin protección. De los VIH+, el 34% reportó una mala

adherencia, con un 45% de detectables respecto a su carga viral. 16% de VIH+ y 11% de VIH- reportaron al menos dos conductas de riesgo para la salud. Mayor edad se asoció con tener dos o más conductas de riesgo versus ninguna (Mellins, y otros, 2011).

Nuevamente en 2012, Mellins y su equipo publicaron en un estudio de seguimiento a 18 meses con adolescentes del Proyecto CASAH (*Child and Adolescent Self Awareness and Health Study*) realizado en Estados Unidos, la prevalencia y los cambios durante el seguimiento de trastornos mentales en un grupo de 325 adolescentes, 196 con infección por VIH de transmisión vertical y 129 expuestos no infectados, de los cuales 280 (86%) completaron la segunda evaluación (seguimiento). Del total 49% fueron hombres, con edades de entre 9 y 16 años en la evaluación basal. No se encontraron diferencias sociodemográficas entre grupos. De los VIH+: 69.9% conocía su diagnóstico al inicio y 81.3% en el seguimiento; 86.5% tenía tratamiento antirretroviral al inicio y 82.9% al seguimiento; >50% tenía CV > o = 400 copias en ambas mediciones, < o = 10% tenía signos de inmunocompromiso severo, con CD4 <200 (Mellins, y otros, 2012).

En la misma publicación, del total de la población estudiada se encontró que un 68.7% de los VIH+ y un 69.3% de los expuestos no infectados, padecían algún trastorno psiquiátrico, sin considerar los trastornos por uso de sustancias. Para los VIH+, en la medición basal: cualquier trastorno psiquiátrico 60.2%, trastorno afectivo 12.7%, trastorno ansioso 48.2%, trastorno de conducta 28.9%, trastorno por déficit de atención con hiperactividad 21.8%, cualquier trastorno por uso de sustancias 1.8%; en el seguimiento a 18 meses: cualquier trastorno psiquiátrico 44.0%, trastorno afectivo 10.3%, trastorno ansioso 30.1%, trastorno de conducta 23.0%, trastorno por déficit de atención con hiperactividad 15.8%, cualquier trastorno por uso de sustancias 4.2%. Las mujeres presentaron un riesgo incrementado de presentar cualquier trastorno psiquiátrico y de trastornos de ansiedad al compararse con los hombres, con un riesgo ligeramente mayor de presentar algún trastorno de conducta o trastorno por déficit de atención con hiperactividad para los hombres. En relación a la edad, se observó que los mayores de 14 años, al compararse con los menores, tenían mayor riesgo de

presentar trastornos afectivos y de conducta, así como un menor riesgo de algún trastorno de ansiedad (Mellins, y otros, 2012).

Conner y colaboradores reportaron en 2013 los hallazgos encontrados en 166 adolescentes de 13 a 21 años con VIH perinatal o sexual que recibían atención en clínicas de atención pediátrica en Estados Unidos. 99 participantes (59.6%) tenían VIH perinatal y 67 (40.4%) de transmisión sexual. La edad media de VIH perinatal fue de 15.9 años, de los de transmisión sexual 18.9 años, sin encontrarse diferencia en el conteo de CD4. 57.2% reportaron uso de alcohol, 51.2% marihuana, 48.8% tabaco. La edad media del inicio de uso de cada sustancia fue de 14 años o menos. Se observó mayor proporción en uso de sustancias en adolescentes con VIH sexual vs perinatal: alcohol (76.1 vs 44.4%), marihuana (73.1 vs 36.4%), tabaco (70.2 vs 34.3%), y drogas club (22.4 vs 3%) (todos $p < 0.001$). El riesgo en el uso de tabaco y marihuana aumentó significativamente con el aumento en la puntuación de depresión (Conner, y otros, 2013).

En la cohorte CoRISpeS-Madrid, que da seguimiento a adolescentes con transmisión vertical de VIH en España y que recibe atención en 5 distintos hospitales (Medin G, 2015), se ha evaluado la salud mental a través del *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), encontrándose problemas de conducta y síntomas emocionales en un 24.5%, hiperactividad/inatención en un 30.6% y dificultad en la relación con pares en un 9.7% de los casos.

En 2018, Michael Evangeli publicó una revisión donde incluyó 16 publicaciones relacionadas con 13 distintos estudios. Entre los hallazgos más sobresalientes, se describe evidencia que señala que los adolescentes con VIH de transmisión sexual han tenido mayor exposición a eventos adversos en la vida que los de transmisión perinatal, con diferentes patrones de amigos, apoyo social, revelación del diagnóstico y conducta sexual. Las tasas de dificultades por síntomas internalizados se reportan entre 3 y 31%, con mayor tasa de ansiedad que de depresión; la tasa de conductas autolesivas y de suicidalidad se encontraron entre 12 y 24%, trastornos externalizados o de conducta entre 6 y 15%. No se encontraron diferencias significativas en la psicopatología en

general de aquellos con transmisión sexual versus perinatal, salvo un estudio que reportó mayor tasa de suicidalidad en los de transmisión sexual. El uso de sustancias se encontró entre 4 y 37%; el uso semanal de alcohol, marihuana, o cualquier otra sustancia, se relacionó con mal adherencia al tratamiento antirretroviral; el uso de alcohol se relacionó con estar empleado, mientras que el resto de sustancias (sin considerar alcohol o marihuana), se relacionó con estar desempleado. El uso problemático de drogas se asoció con haber adquirido el VIH por vía sexual, así como uso semanal de alcohol relacionado con prácticas sexuales no protegidas con parejas VIH-; de manera sorpresiva, no se encontró relación entre el consumo de sustancias en general y las dificultades en la salud mental, salvo relaciones específicas como la ideación suicida y el uso de marihuana u otras drogas ilícitas. Se reportó relación entre la salud mental y la adherencia al tratamiento antirretroviral; los eventos estresantes se relacionaron con mayor psicopatología (Evangeli, 2018).

2. JUSTIFICACIÓN

La atención a la salud de la población de adolescentes con infección por VIH representa un reto para los sistemas de salud, su impacto y consecuencias son de especial trascendencia en la salud pública, por su crecimiento, elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, costos de atención, etc. Existen diversas barreras para el acceso a los servicios de salud en los adolescentes con VIH, sin embargo una vez que logran tener acceso a la atención, la proporción de adolescentes que abandona el seguimiento es muy alta, por lo que se han dedicado grandes esfuerzos para encontrar diversos factores relacionados con este abandono, para con ello establecer estrategias que favorezcan la retención de estos pacientes en la atención médica.

Se han reportado diversos factores de riesgo de tipo psicosocial y relacionados con la condición médica, sin embargo, se ha prestado poca atención a los factores asociados con la salud mental, datos que en México son prácticamente inexistentes. Un mayor conocimiento de las diversas condiciones

relacionadas con la salud mental de los adolescentes con infección por VIH que recibe servicios de salud en las Clínicas Especializadas Condesa¹, las cuales atienden a la mayor proporción de personas viviendo con VIH en la Ciudad de México, además de impactar en un mejor diagnóstico y atención en los participantes del estudio, puede revelar información que impacte en políticas públicas y toma de decisiones para el mejoramiento de servicios en esta población en específico.

Conocer diversas condiciones de vida de adolescentes con infección por VIH permitirá identificar los sitios de oportunidad y barreras en el diagnóstico, la incorporación y la atención médica integral de una población compleja, que actualmente representa un importante determinante de los casos nuevos de infección por VIH.

Realizar la evaluación en la búsqueda de trastornos mentales a través de un instrumento como el MINI-KID, el cual se ha encontrado adecuado tanto para uso clínico como para estudios epidemiológicos, permitirá una adecuada identificación de la psicopatología que pudiera presentar la población en estudio.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la población con infección por VIH que recibe atención en la Clínica Especializada Condesa, la tasa de abandono a la atención médica es de un 12.29% para la población general, para la población adolescente de 15 a 19 años se ha reportado de un 50%, lo que vuelve imperativo un mayor conocimiento de esta población (Alaniz-Cuevas, 2014); no se dispone de esta información respecto a la población adolescente que recibe atención en la Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa.

¹ Al señalar en el texto “Clínicas Especializadas Condesa”, se hace referencia tanto a la Clínica Especializada Condesa como a la Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa Dr. Jaime Sepúlveda Amor, a menos que se indique lo contrario; ambas clínicas pertenecen a los Servicios de Salud del Gobierno de la Ciudad de México (www.cdmx.gob.mx).

La incidencia y prevalencia de psicopatología en los adolescentes, que se ha reportado mayor en aquellos con infección por VIH al compararlos con los adolescentes de la población general, podría estar relacionada con las tasas de abandono y los consecuentes desenlaces adversos en su salud, por lo que su identificación y atención oportunas podrían impactar en su adherencia al tratamiento y su retención en los servicios de salud, lo que se reflejaría en mejores condiciones de salud en general.

Actualmente en la Clínica Especializada Condesa, existen 93 pacientes activos con 19 años de edad o menores, con diagnóstico de infección por VIH (SALVAR, Agosto de 2017)². La proporción de pacientes incorporados a la atención contrasta con el total de personas menores de 20 años diagnosticadas en la clínica entre los años 2014 y 2016, que suman un total de 456 individuos. No se cuenta con información con respecto al continuo de atención de la población adolescente, ni con un análisis detallado de los desenlaces de este importante y vulnerable grupo de pacientes en la Ciudad de México.

Una adecuada caracterización de la población de adolescentes viviendo con VIH permitirá identificar los sitios de oportunidad y barreras en el diagnóstico, la incorporación y la atención médica integral de una población compleja, que actualmente representa un importante determinante de los casos nuevos de infección por VIH, y conocer la presencia y tipo de psicopatología es imprescindible para lograr este cometido. Un estudio que permita obtener incidencias en las Clínicas que atienden a la mayor proporción de personas viviendo con VIH en la Ciudad de México puede revelar información que impacte en políticas públicas y toma de decisiones para el mejoramiento de servicios en esta población en específico.

² El Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), es un sistema nacional de registro electrónico de los pacientes con infección por VIH que reciben tratamiento antirretroviral gratuito por parte de la Secretaría de Salud en los Servicios de Atención Integral (SAI) y Centros Ambulatorios para la Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de la Secretaría de Salud en México de todo el país. Se trata de una herramienta electrónica diseñada para apoyar procesos de adquisición y distribución periódica de los medicamentos antirretrovirales (ARV), que además contiene información demográfica básica de los pacientes, los esquemas de antirretrovirales provistos y resultados de conteo de células CD4 y carga viral (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida., 2006). Disponible en: <http://www.salvar.salud.gob.mx>

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características clínicas y psicopatológicas de un grupo de adolescentes con infección por VIH al comparar por transmisión horizontal versus vertical?

5. HIPÓTESIS

Derivado de reportes en otras poblaciones de personas adolescentes con infección por VIH, se espera una alta proporción de adolescentes con trastornos psiquiátricos como el trastorno depresivo, los trastornos de ansiedad, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos de conducta y los trastornos por uso de sustancias; por modo de transmisión, se esperaría una alta proporción de trastornos internalizados (trastorno depresivo y trastornos de ansiedad) tanto en el grupo de transmisión vertical como en el de transmisión horizontal, pero mayor de trastornos externalizados (trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta y trastorno por uso de sustancias) en el de transmisión horizontal. Se espera observar también que, a mayores condiciones de adversidad psicosocial, se presente mayor psicopatología y que esto se pueda reflejar en condiciones más desfavorables relacionadas con el diagnóstico infeccioso.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Comparar las características clínicas y psicopatológicas de una muestra de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad con infección por VIH de transmisión horizontal vs vertical.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Describir las características clínicas y sociodemográficas de una muestra de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad con infección por VIH de transmisión horizontal y vertical.
- 2.- Estimar las prevalencias de psicopatología en una muestra de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad con infección por VIH de transmisión horizontal y vertical.
- 3.- Establecer las diferencias en la presentación de psicopatología en una muestra de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad con infección por VIH de transmisión horizontal y vertical.
- 4.- Identificar variables clínicas y sociodemográficas que se relacionen con la presencia de psicopatología, independientes al modo de transmisión de la infección, en una muestra de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad con infección por VIH de transmisión horizontal y vertical.
- 5.- Identificar posibles variables mediadoras que puedan predecir la presencia de mayor psicopatología en una muestra de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad con infección por VIH de transmisión horizontal y vertical.

7. METODOLOGÍA

El presente estudio deriva del proyecto “Adolescentes con VIH en la Ciudad de México: condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios en una cohorte, 2017-2020”, el cual se está realizando con usuarios adolescentes de las Clínicas Especializadas Condesa y tiene como objetivo principal describir una cohorte de adolescentes viviendo con VIH en la Ciudad de México, a partir del diagnóstico y en su seguimiento a través del uso de los servicios de salud de las Clínicas Especializadas Condesa, proyecto evaluado y aprobado por los siguientes Comités del Instituto Nacional de Salud Pública: Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y Comité de Bioseguridad (*se anexan las cartas de aprobación correspondientes*). Entre las

diversas evaluaciones a realizar en esta cohorte, y uno de los objetivos específicos del estudio general, se encuentra la detección de psicopatología, lo que ha dado origen al presente proyecto de tesis, cuya metodología se describe a continuación.

Se trata de un proyecto colaborativo entre el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y las Clínicas Especializadas Condesa, a través del cual se busca caracterizar a la población adolescente de 15 a 19 años de edad con Infección por VIH que recibe atención médica en las Clínicas Especializadas Condesa, con lo que se pretende un mayor conocimiento de esta población con la finalidad de mejorar las estrategias en su abordaje y atención.

7.1 DISEÑO Y PROCEDIMIENTOS

7.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio transversal, analítico, descriptivo y correlacional (Hernández & Velasco-Mondragón, 2000) (Hernández-Sampieri, 2014).

7.1.2 TAMAÑO DE MUESTRA

De acuerdo con el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de antirretrovirales (SALVAR, Agosto de 2017), la distribución por edad de los pacientes en la Clínica Condesa entre los 15 y los 19 años es la siguiente:

Edad	<i>n</i>	%
19 años	55	59.1
18 años	24	25.8
17 años	8	8.7
16 años	4	4.3
15 años	2	2.1

De acuerdo a los datos de los años 2014, 2015 y 2016 de la Clínica Especializada Condesa, se realizan aproximadamente 150 nuevos diagnósticos al año en pacientes entre los 15 y los 19 años. Sin embargo, únicamente el 30% de ellos se incorporan a atención en la clínica.

Considerando lo anterior, para el presente estudio se calculó el tamaño de muestra a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Donde el número total (N) de adolescentes que se atienden en la Clínica Especializada Condesa es de 93, seguridad=95% (Z_{α}^2), proporción esperada=5% (p), precisión=5% (d^2). Tamaño de muestra (n)= 75.

7.1.3 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA MUESTRA

La población de estudio es una muestra de pacientes adolescentes de entre 15 y 19 años de edad con el diagnóstico de infección por VIH en atención en las Clínicas Especializadas Condesa. Se realizó la selección por conveniencia, utilizándose los datos de la siguiente manera: en el caso de aquellos con transmisión vertical, se ha incluido la información disponible desde el diagnóstico/nacimiento según se ha contado con esta información, para aquellos que han adquirido la infección por vía sexual, se han incluido los datos a partir del diagnóstico.

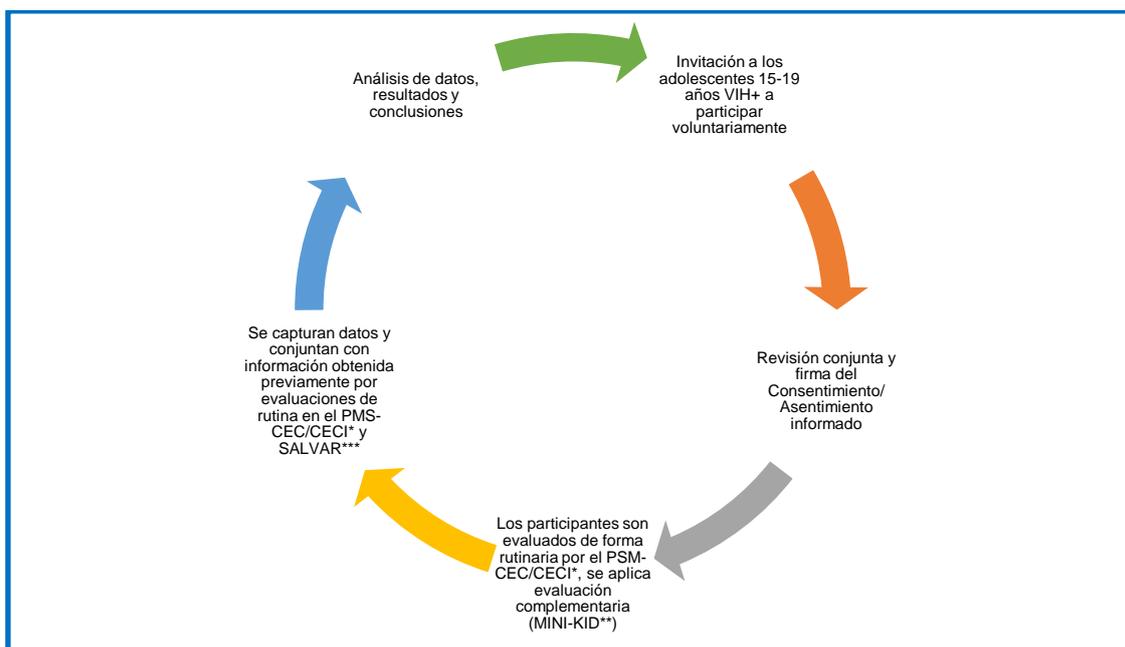
Como fuente de información se ha hecho uso de dos bases de datos: 1) la base de datos del Programa de Salud Mental de las Clínicas Especializadas Condesa, donde se tiene registro de adolescentes a quienes se ha realizado una evaluación por salud mental a partir del año 2013; 2) la base de datos del Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), en los

pacientes que se encontraban ya en atención y seguimiento previo al inicio del estudio.

El resto de la información se ha obtenido al momento de la evaluación de los participantes incluidos en el estudio, complementando información con la aplicación de la entrevista diagnóstica MINI-KID, además de los instrumentos y mediciones que se realizan de manera rutinaria por el programa de salud mental en las Clínicas Especializadas Condesa, instrumentos que se describen más adelante.

Cabe mencionar que no se han incluido adolescentes entre los 10 y los 14 años de edad, debido a que a estas edades la atención es otorgada a través de instituciones de servicios pediátricos principalmente. Además, este estudio no ha requerido de evaluaciones que no forman parte del estándar de atención de los pacientes en las Clínicas Especializadas Condesa, pues las determinaciones de carga viral de VIH, linfocitos T CD4 y somatometría, forman parte de la atención regular de los pacientes de las clínicas.

7.1.4 FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO



* PSM-CEC/CECI: Programa de Salud Mental de la Clínica Especializada Condesa y Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa.

** MINI-KID: *Mini International Neuropsychiatric Interview*.

*** SALVAR: El Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales.

7.1.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se han incluido en el estudio a los pacientes entre 15 y 19 años de edad que actualmente reciben atención en las Clínicas Especializadas Condesa y los casos nuevos que se han integrado durante el periodo de recolección de la muestra.

Se han excluido del estudio aquellos pacientes que referidos a otras instituciones de los cuales no se cuenta con información suficiente posterior al diagnóstico de infección por VIH, así como aquellos que no han aceptado participar en el estudio.

7.2 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

7.2.1 Cédula de evaluación de 1ª vez de Salud Mental-V9 (SM-V9)

Esta cédula ha sido diseñada, revisada y actualizada periódicamente por parte del equipo de Salud Mental de las Clínicas Especializadas Condesa, aplicándose desde el año 2013 a toda la población que se presenta por 1ra vez para una evaluación por salud mental. Incluye variables sociodemográficas como sexo/género, edad, estado civil, ocupación, último año de estudios, delegación en que vive, religión; incluye también antecedentes médicos de importancia, fecha del diagnóstico de infección por VIH, vía de transmisión de la infección, orientación sexual/preferencia sexo-genérica, exposición a violencia, antecedentes heredo-familiares de psicopatología, atención psicoterapéutica y/o uso de psicofármacos previo o actual, antecedente de intentos de suicidio (y en su caso, número de veces y edades del primero y el último) y condiciones relacionadas, presencia de ideación suicida los últimos 3 meses, factores de adversidad psicosocial, apertura del diagnóstico infeccioso con familiares, red de apoyo, inicio de tratamiento antirretroviral y adherencia a este durante el último mes, carga viral y CD4, diagnóstico psiquiátrico en caso de identificarse, seguimiento dado al paciente luego de su evaluación (ver instrumento en anexos).

7.2.2 Prueba de Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud en respuesta a la carga que representa para la Salud Pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo; la prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud.

El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes (benzodiacepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

Este instrumento cuenta con versiones auto y hetero aplicadas; para el presente caso se ha empleado la versión aplicada por entrevistador, personal con entrenamiento para su aplicación perteneciente al programa de Salud Mental de las Clínicas Especializadas Condesa. La aplicación se realiza con la ayuda de tarjetas que se proporcionan al sujeto en evaluación, las que se han adaptado en las clínicas de donde se ha obtenido la muestra, tal como sugieren sus autores, incluyendo nombres comunes con que en la zona de influencia son conocidas algunas sustancias, quedando de la siguiente manera:

TARJETA #2	
A.	TABACO (cigarros, puros, pipa, etc.)
B.	BEBIDAS ALCOHÓLICAS (cerveza, vino, licores, etc.)
C.	CANNABIS (marihuana, mota, hierba, hashish, etc.)
D.	COCAÍNA (coca, línea, raya, nieve, perico, caspa, cois, etc.) D2. COCAÍNA BASE (crack, piedra, base, foco, paco, etc.)
E.	ANFETAMINAS (metas, éxtasis, tachas, píldoras adelgazantes, cristal)
F.	INHALABLES (activo, mona, chemo, thinner, gasolina, pegamento, aire comprimido, PVC, etc.)
G.	TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR (chochos, Roche; Valium®/Diazepam; Tafil®/Alprazolam; Ativan®/Lorazepam; Rohypnol®/Reynas; Rivotril®/Kriadex®/Clonazepam; Lexotán®/Bromazepam)
H.	ALUCINÓGENOS (LSD, ácidos, ketamina, ajo, peyote, hongos alucinógenos, floripondio, ajenjo)
I.	OPIÁCEOS (heroína, metadona, codeína, morfina)
J.	POPPERS , Traumazol® (cloruro de etilo)
K.	OTROS (GHB, éxtasis líquido, Gi, Xyrem®, champú, scoop, soap) K2. OTROS (Viagra®, Cialis®, Levitra®)

Se proporcionan otras 2 tarjetas de ayuda para facilitar las respuestas, de acuerdo a la pregunta que se está realizando:

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2 – 5)

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.

Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.

Mensualmente: 1 a 3 veces en el último mes.

Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.

Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana.

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)

No, nunca

Si, pero no en los últimos 3 meses

Si, en los últimos 3 meses

Las propiedades psicométricas del instrumento son adecuadas. La versión en español se considera un instrumento aceptable, válido y sensible para la identificación de casos de riesgo asociados al consumo de sustancias; y se ha recomendado como herramienta útil para la identificación temprana y la derivación oportuna de los usuarios en riesgo (Pérez, 2012) (Tiburcio, 2016), mismo que ha sido aplicado y mostrado utilidad en población adolescente (Pérez Ramon & Lucio-Gómez Maqueo, 2010).

El cuestionario indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7; la pregunta 1 se refiere al consumo de sustancias a lo largo de la vida y es una pregunta filtro cuya respuesta determina lo que ocurrirá a continuación con respecto a las preguntas sobre el consumo específico de sustancias en las siguientes preguntas, por otro lado, los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general, pero el consumo por vía inyectada es un indicador de alto riesgo.

La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en “bajo”, “moderado” y “alto”, y en cada caso se

determina la intervención más adecuada “no intervención”, “intervención breve” o “derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento” respectivamente.

	Alcohol	Todas las demás sustancias
Riesgo bajo	0-10	0-3
Riesgo moderado	11-26	4-26
Riesgo alto	≥27	≥27

Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente de alto riesgo y conductas asociadas con inyectarse.

7.2.3 Cuestionario de Salud SF-36

Es una escala que evalúa la calidad de vida relacionada a la salud y fue desarrollado a principios de los años 90 en Estados Unidos para ampliar y mejorar los conceptos de salud medidos y evaluados en el cuestionario MOS SF-20. Su principal objetivo fue tener un avance en el Estudio de los Resultados Médicos, de allí sus siglas en inglés MOS. Para su validación en Estados Unidos la recolección de datos se llevó a cabo en tres ciudades: Boston, Chicago y Los Ángeles. Consta de 36 preguntas las cuales cubren 8 dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud mental, rol emocional, funcionamiento social, vitalidad y percepción de la salud general (McHorney, Ware, & Raczek, 1993).

Puede ser usado en la población en general a partir de los 14 años de edad, con alguna enfermedad o en grupos con tratamiento, entre otros a diferencia de encuestas que son específicas para una enfermedad o condición en particular. Ha sido traducido en más de 50 países como parte del *International*

Quality of Life Assessment (IQOLA) Project (Arostegui & Núñez, 2008) entre ellos México.

Los estudios preliminares en México se llevaron a cabo en 1999 por Zúñiga y colaboradores, con el objetivo de establecer un perfil multidimensional del estado de salud de una población del sureste de México, además de analizar las propiedades psicométricas de la traducción del SF-36 autorizada por el *International Quality of Life Assessment*. La encuesta se aplicó a 257 individuos, de los cuales el 33.8% eran usuarios de servicios médicos. La mitad de los participantes pertenecía al sexo masculino y el grupo de edad con mayor frecuencia fue el de 35-44 años con un rango de edad de 18 a 64 años. Se obtuvieron como resultado ocho escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Siendo consistente con todos los supuestos de validez y confiabilidad de forma satisfactoria (Zúñiga, Carrillo, Gandek, & Medina, 1999).

El SF-36 sido validado en diferentes poblaciones con enfermedades crónicas en México, sin embargo, no fue hasta el 2013 que se realizó un estudio en pacientes con diagnóstico de VIH en atención en la Clínica Especializada Condesa por Rodríguez y colaboradores, con el fin de evaluar sus propiedades psicométricas, así como su confiabilidad y validez. En este caso se obtuvieron cuatro factores: función física, rol físico y emocional, salud mental y vitalidad. Los anteriores pueden ser de utilidad para evaluar el impacto en la calidad de vida en las diferentes etapas del VIH/SIDA, así como para evaluaciones de calidad de vida que se relacionen con la terapia antirretroviral (Rodríguez, y otros, 2013).

Escalas Población VIH+	Nº de ítems	Resumen de Contenido	Alfa Cronbach	Puntuación
Función Física	10	Grado en que la salud limita las actividades físicas como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar peso, y los esfuerzos moderados o intensos.	0.90	10-30* *A mayor puntaje, mejor funcionamiento

Rol Físico	4	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluye rendimiento menor al deseado, limitación o dificultad en la realización de actividades.	0.86	4-8*
Dolor corporal	5	Presencia de dolor limitante (Zúñiga, Carrillo, Gandek, & Medina, 1999)		
Salud general	5	Evalúa la salud personal (Zúñiga, Carrillo, Gandek, & Medina, 1999)		
Vitalidad	4	Grado de cansancio o energía que se presenta todo el tiempo o la mayor parte del tiempo (Zúñiga, Carrillo, Gandek, & Medina, 1999)		
Función social	2	Grado en que interfieren los problemas físicos y emocionales en la realización de sus actividades sociales normales (Zúñiga, Carrillo, Gandek, & Medina, 1999)		
Rol emocional	3	Presencia de problemas en el trabajo u otras actividades debido a problemas emocionales (Zúñiga, Carrillo, Gandek, & Medina, 1999).		
Salud Mental	5	Salud mental general, incluye: depresión, ansiedad, control de la conducta, control emocional y afecto positivo en general.	0.85	5-30*

7.2.4 Escala de Impulsividad Estado (EIE)

Desarrollada en población española con el objetivo de validar una escala clínica auto aplicada que pudiera registrar y cuantificar la impulsividad como “estado”, de tal forma que sirva para medir la efectividad de los tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos destinados a disminuir los niveles de impulsividad patológica (Iribarren, Jiménez-Giménez, García-de Cecilia, & Rubio-Valladolid, 2011). Fue diseñada con base en tres modelos: gratificación, automatismo y atencional. La subescala Gratificación, explora la urgencia por satisfacer un impulso, la preferencia por recompensas inmediatas, la intolerancia a la frustración y el actuar a pesar de las posibles consecuencias negativas. Por otro lado, la subescala Automatismo, registra las conductas que se expresan de forma rígida y repetitiva sin tener en cuenta el *feedback* del contexto. Mientras que la subescala atencional, recoge las conductas que se expresan sin

planificación, producto de actuar antes de tiempo y sin valorar toda la información pertinente.

Nº de ítems	Resumen de Contenido	Alfa Cronbach	Puntuación
Versiones con 20 y 12 ítems (CEC)	Evalúa Impulsividad-Estado durante el último mes, discriminando de la Imp-Rasgo.	0.884	0-36 <i>Diferentes puntos de corte por psicopatología</i> VIH+ CEC, >18: impacto en la adherencia y seguimiento, correlaciona en modelos de falla

7.2.5 Inventario de Depresión de Beck (IBD)

Es un autoinforme compuesto por 21 ítems con respuestas en escala de tipo Likert, que surgió para detectar y evaluar la gravedad de síntomas depresivos en adolescentes y adultos, inicialmente propuesto por Beck.

En México, la estandarización del IBD se llevó a cabo en 1998 por Jurado y colaboradores en 1998, dividiéndose en dos fases. En la primera fase se contó con 81 participantes mientras que en la segunda fase participaron 1508. En ambas, la edad osciló entre 15 y 65 años de edad. Dicho trabajo reportó tres estudios psicométricos que tuvieron como principal objetivo traducir, adaptar y estandarizar el BDI obteniendo una alfa de Cronbach de 0.87, consistente con estudios reportados con anterioridad por el propio Beck. El autoinforme consta de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación con cuatro opciones de respuesta. Se obtuvieron normas mexicanas para cada submuestra mediante el procedimiento de rango percentilar (Jurado, y otros, 1998).

Beltrán y colaboradores en el 2012, llevaron a cabo un estudio con el propósito de evaluar la estructura factorial y las propiedades psicométricas del BDI-IA, con población adolescente tanto clínica como no clínica (Beltrán, Freyre, & Hernández-Gúzman, 2012).

En México la adaptación y validación del BDI-IA se llevó a cabo en Clínica Especializada Condesa con una versión abreviada del Inventario de Beck que consta de 11 ítems y que facilita su aplicación en población con infección por VIH. En este estudio se establecieron los puntos de corte para un episodio depresivo, síntomas adaptativos y sin síntomas de un trastorno mental (Rodríguez, y otros, 2015).

Nº de ítems	Resumen de Contenido	Alfa Cronbach	Puntuación
11 ítems, versión corta	Evalúa síntomas depresivos: tristeza, desesperanza, fracaso, anhedonia, culpa, castigo, desilusión de sí mismo, minusvalía, ideación suicida, dificultad en toma de decisiones, interés sexual	0.91	0-5, No síntomas 6-11, Síntomas adaptativos/depresivos 12 o +, Síntomas depresivos

7.2.6 Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (*Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI-KID*)

El MINI-KID es una entrevista diagnóstica estructurada desarrollada por Sheehan y colaboradores con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10, dirigida a niños y adolescentes de 6 a 17 años 11 meses (Sheehan, y otros, 2010). Puede ser utilizada por clínicos después de un entrenamiento breve y se aplica en un tiempo aproximado de 25 minutos. Se basa en preguntas clave que se ramifican al determinar la presencia o no de cada diagnóstico. El MINI-KID abarca 23 trastornos psiquiátricos, como son: episodio depresivo, riesgo de suicidio, distimia, episodio hipomaniaco, trastorno de angustia, agorafobia, ansiedad de separación, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, estrés postraumático, consumo de alcohol, consumo de drogas, tics, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno negativista y desafiante, trastorno de pánico, anorexia, bulimia, trastorno de ansiedad generalizada y trastornos adaptativos. Este instrumento está altamente estructurado, organizado por secciones sindromáticas y diseñado con preguntas de salto. El punto de salto se integra cuando a una pregunta que abarca los síntomas fundamentales del área que se estudia, se responde negativamente; se usa para disminuir los tiempos de aplicación, “saltándose” la exploración de

esa área y pasando a la siguiente. Las respuestas en la integración del síntoma son categóricas positiva o negativa. Este instrumento permite evaluar el inicio, la duración y el deterioro relacionado con los padecimientos. Los datos de validación del instrumento original señalan que, al comparar con los resultados de una entrevista realizada por un psiquiatra, en promedio posee una sensibilidad de 0.86, una especificidad de 0.84, un valor predictivo de casos positivos de 0.75 y un valor predictivo de casos negativos de 0.92.

7.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de la muestra se ha realizado a partir de 2 diferentes mediciones con que se cuenta para el presente trabajo. La primer medición fue obtenida de las evaluaciones realizadas de manera habitual a todos los pacientes que acuden a una valoración inicial en el Programa de Salud Mental de la Clínica Especializada Condesa, estratificándose esencialmente en tres diferentes categorías de variables, las que han permitido identificar de una mejor manera el perfil de la muestra de adolescentes viviendo con VIH en la Ciudad de México que reciben atención en las Clínicas Especializadas Condesa y que se describe en este estudio. En la primera categoría se han incluido variables sociodemográficas, con el fin de caracterizar de manera más detallada el perfil de la población a estudiar. En la segunda categoría se han incluido variables médico-biológicas relacionadas con la infección por VIH y con la terapia antirretroviral altamente activa (TARAA). En una tercera categoría se han incluido variables relacionadas con la psicopatología y otros factores relacionados con la salud mental de la muestra.

Una segunda medición es la realizada a través de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (MINI-KID), la que ha permitido elaborar una descripción más detallada respecto a la presencia y tipo de psicopatología de la muestra.

Se han utilizado medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas según la distribución de los datos. En el caso de las

variables categóricas se han empleado proporciones. Las comparaciones entre variables numéricas se han realizado con T de Student, las variables categóricas se han comparado mediante la prueba exacta de Fisher³. Se ha planeado llevar a cabo un análisis multivariado utilizando regresión logística para identificar aquellas variables asociadas con la presencia de psicopatología, a partir del cual poder desarrollar un modelo predictor de riesgo, que incluya aquellas variables que hayan mostrado significancia estadística en el análisis multivariado, aquellas para las cuales se requiera controlar el estudio, o aquellas que pudieran representar un factor confusor, sin embargo este último análisis se espera realizar una vez se cuente con una muestra más representativa de adolescentes con infección por VIH de transmisión vertical. Se ha calculado prevalencia de patología psiquiátrica.

³ No se empleó la Chi cuadrada al encontrar frecuencias esperadas menores a 5 en más del 20% de las celdas, además de contar con grupos de comparación con menos de 5 casos.

7.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Definición operacional	Fuente de la Información
Clínica en de adscripción	Clínica especializada en la atención y seguimiento a pacientes con diagnóstico de VIH.	Catagórica nominal, dicotómica.	Clínica en que se brinda la atención especializada por el diagnóstico de VIH, considerando ambas Clínicas Especializadas Condesa. 1= CEC 2= CECI	Registrada en cada usuario en función al sitio en que se encuentra recibiendo la atención.
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista (INEGI, 2010).	Cuantitativa discreta.	Número de años cumplidos al momento de la entrevista, revelado por los(as) participantes a pregunta expresa. 15 a 19 años.	Cédula Evaluación SM-V9.
Sexo/género	El sexo es la condición biológica que distingue a las personas en mujeres y hombres (INEGI, 2010). El género es el conjunto de características, actitudes y roles social, cultural e históricamente asignados a las personas en virtud de su sexo (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2015). La identidad de género define el grado en que una persona se identifica como hombre o mujer, o el lugar en que se sitúa del espectro de género, siendo un marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género (Organización Panamericana de la	Catagórica nominal.	Para el presente estudio se considera como referencia en función del sexo o género de los participantes, la identidad de género que revelaron ante la pregunta: ¿Cuál es su sexo/género con el que se identifica?, con 4 opciones de respuesta: 1= Hombre 2= Mujer 3= Mujer trans (de hombre a mujer) 4= Hombre trans (de mujer a hombre)	Cédula Evaluación SM-V9.

	Salud, Organización Mundial de la Salud, 2000) (Vance, Ehrensaft, & Rosenthal, 2014).			
Estado civil	Condición de la población de 12 y más años hasta la semana de referencia en relación con los derechos y obligaciones legales o de costumbre del país respecto al matrimonio, divorcio, etc.; incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho (INEGI, 1999).	Catagórica nominal, dicotómica.	Revelada por los(as) participantes ante pregunta expresa sobre su estado civil, se consideraron 2 opciones: soltero(a) y casado(a)/ unido(a); en la segunda opción ya sea por matrimonio civil, sociedad de convivencia o unión libre. 1= Soltero(a) 2= Casado(a)/ unido(a)	Cédula Evaluación SM-V9.
Con quien vive	Se considera como residentes habituales de la vivienda a aquellas personas, nacionales o extranjeras, que viven habitualmente en la vivienda seleccionada y se sostienen de un gasto común y que duermen la mayor parte de la semana en la vivienda seleccionada (INEGI, 1999).	Catagórica nominal.	Referido por los participantes a pregunta expresa, con 8 opciones de respuesta, eligiendo todos los campos necesarios. 1= Pareja/esposo(a) 2= Familiares 3=Amigos 4= Compañeros(as) de vivienda (<i>roomies</i>) 5= Casa hogar 6= Reclusorio 7= Solo 8= Situación de calle	Cédula Evaluación SM-V9.
Ocupación actual	La ocupación hace referencia a la tarea o actividad que desempeña la población ocupada en su trabajo durante un periodo de referencia. El trabajo se refiere a la actividad económica realizada por una persona de 12 y más años de edad, durante al menos una hora el periodo de referencia, independientemente si recibió pago alguno. Incluye a quien	Catagórica nominal.	A pregunta expresa, se registra de entre una lista de entre 13 opciones (incluyendo desempleo), la o las actividades que el sujeto en estudio se encuentre realizando al momento de la entrevista. De dichas opciones se conformaron los siguientes 6 grupos de ocupación: 1= Estudia	Cédula Evaluación SM-V9.

	por alguna razón no trabajó, pero sí tenía un trabajo (INEGI, 2010).		2= Trabaja (varios), <i>incluye: empleado, profesionista independiente, comercio, oficio, otra</i> 3= Desempleado 4= Hogar 5= Estudia/trabaja 6= Trabajo sexual	
Años de Escolaridad	Número de años que en promedio aprobaron las personas de 15 y más años de edad en el Sistema Educativo Nacional (INEGI, 2010).	Cuantitativa discreta.	Número de años estudiados revelado por el participante a pregunta expresa, considerando a partir del 1er año de educación básica (primaria) y hasta el último año de estudios concluido.	Cédula Evaluación SM-V9.
Lugar de residencia	Lugar de alojamiento específico (vivienda o morada) donde normalmente las personas duermen, comen, preparan sus alimentos y se protegen del medio ambiente, y al que pueden volver en el momento que lo deseen (INEGI, 2010). El Índice de Desarrollo Social (IDS), este índice es una medida que representa el inverso de la multiplicación de la proporción de pobres (incidencia) por las brechas ante normas de satisfacción de los hogares (intensidad), expresados en valores equivalentes por persona; se mide a través del estudio de tres dimensiones fundamentales: las necesidades humanas básicas, los fundamentos de bienestar y las oportunidades de progreso; este índice clasifica a las delegaciones de la CDMX en 4 grupos, que son: muy bajo,	Categoría nominal.	Declarado por el participante, quien indica en cuál de las 16 delegaciones que conforman la CDMX reside, mismas que fueron agrupadas de acuerdo con el Índice de Desarrollo Social por delegación, agregando una 5ta categoría para quienes residían fuera de la CDMX, quedando como sigue: 1= Muy bajo (Milpa Alta) y Bajo (Cuajimalpa, Iztapalapa, Magdalena Contreras, Álvaro Obregón, Tláhuac, Tlalpan, Xochimilco) 2= Medio (Azcapotzalco, Coyoacán, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo, Venustiano Carranza) y Alto (Benito Juárez) 3= Fuera de la CDMX	Cédula Evaluación SM-V9.

	bajo, medio y alto (Comité de Evaluación y Recomendaciones del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal, 2011).			
Religión	Creencia o preferencia espiritual declarada por la población, sin tener en cuenta si está representada o no por un grupo organizado (INEGI, 2010).	Categoría nominal.	Declarada por el entrevistado y registrada dentro de las siguientes categorías: 0= Ninguna 1= Católica 2= No católica 3= Creyente / Agnóstico	Cédula Evaluación SM-V9.
Fecha del diagnóstico de VIH.	Fecha en que por primera vez se realiza una determinación diagnóstica de la presencia de infección por VIH a través de estudios de laboratorio. Las pruebas serológicas, entre ellas los análisis rápidos y los enzimoimmunoanálisis, detectan la presencia o ausencia de anticuerpos contra el VIH-1, el VIH-2 y el antígeno p24 del virus. (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2014).	Categoría ordinal.	Reportada por los participantes a pregunta expresa, corroborada a través de fuentes como el expediente clínico y el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR). Registrada en mes y año.	Cédula Evaluación SM-V9.

Vía de transmisión del VIH	De entre las vías de transmisión del VIH, se han descrito la transmisión vertical, en aquellos que adquirieron la infección en el periodo perinatal a través de su madre, así como aquellos de transmisión horizontal, quienes adquieren la infección en un periodo más avanzado de la vida, mayoritariamente a través de la vía sexual, aunque se reconocen también la transmisión por uso de drogas inyectadas y por transfusión sanguínea (Slogrove AL, 2017).	Categoría nominal, dicotómica.	Reveladas por los participantes a pregunta expresa, a quienes se les dieron las opciones en relación a la vía de contagio: sexual, vertical, por transfusión o por el uso de drogas inyectables. El total de los casos registrados de transmisión horizontal reveló haber adquirido la infección por vía sexual, por lo que se codificaron las siguientes categorías: 1= Sexual 2= Vertical	Cédula Evaluación SM-V9.
Tipo de pareja cuando la transmisión fue sexual	Se conoce como pareja a la persona reconocida como compañera(o) de vida, independientemente de si correside o no en la misma vivienda y de si está legalizada o no su unión (INEGI, 2010).	Categoría nominal, dicotómica.	En el caso de haber referido vía de transmisión sexual, se preguntó si el contacto sexual ocurrió con una pareja estable o no estable, definiendo estable como aquella relación mayor a 6 meses, registrándose las siguientes opciones de respuesta: 1= No estable 2= Estable	Cédula Evaluación SM-V9.
Orientación sexual	Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. Puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2000).	Categoría nominal.	Declarada por el entrevistado en respuesta a la pregunta "En relación a su sexualidad, ¿considera que su atracción sexual, erótica, emocional o amorosa es preferentemente hacia?, ofreciéndose las siguientes opciones de respuesta: 1= Hombres 2= Mujeres 3= Hombres y mujeres Mediante estas opciones de respuesta y junto con la categoría sexo/género, se generó una	Cédula Evaluación SM-V9.

			variable para describir la orientación sexual por sexo/género, quedando como sigue: 1= Hombre homosexual 2= Hombre heterosexual 3= Hombre bisexual 4= Mujer heterosexual 5= Mujer homosexual 6= Mujer trans heterosexual	
Hombres que tienen sexo con Hombres, HSH	El término “Hombres que tienen sexo con hombres”, abreviado HSH, describe una conducta más que a un grupo específico de personas, independiente a si se identifican o no como gays, bisexuales o heterosexuales. Es reconocida como parte de las poblaciones clave, aquellas que se encuentran en mayor riesgo para adquirir VIH y otras infecciones de transmisión sexual, debido a conductas de riesgo, en combinación con su contexto interpersonal, socio-político y cultural) (Gama, Martins, & Dias, 2017).	Catagórica nominal, dicotómica.	Esta variable se construyó a partir del sexo/género referido por los participantes y de su preferencia sexual, incluyendo a los varones con preferencia hacia hombres o hacia hombres y mujeres dentro de la categoría de HSH. No=0 Sí=1	Cédula Evaluación SM-V9.
Antecedente de exposición a violencia	Se define a la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (World Health Organization, 2002).	Catagórica nominal, dicotómica.	Revelado por los participantes del estudio ante la pregunta: ¿Alguna vez ha sido víctima de violencia física, psicológica, sexual o económica? Se ofrecen 2 opciones de respuesta: 1= Si 2= No Cuando es requerido, el entrevistador explica de forma breve las formas de presentación de los 4 tipos de violencia explorados, mediante	Cédula Evaluación SM-V9.

			las definiciones contenidas en la normatividad mexicana (ver variable tipos de violencia).	
Características de la violencia	<p>Por tipo de violencia, se exploraron los siguientes:</p> <p>Violencia física: Cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.</p> <p>Violencia psicológica: Cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.</p> <p>Violencia sexual: Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. No sólo se refiere al acto sexual o la tentativa de consumarlo, sino también a los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier modo la sexualidad de una persona mediante la coacción por otra persona,</p>	Categorías nominales.	<p>Tipo de violencia: Fue revelado por los participantes del estudio, para el caso de quienes respondieron afirmativamente al preguntar por antecedente de exposición a violencia alguna vez, con las siguientes opciones de respuesta: 1= Física 2= Psicológica 3= Sexual 4= Económica</p> <p>Etapas de exposición: En quienes fueron expuestos, se exploró la etapa en que había ocurrido la violencia, mediante pregunta expresa, con las siguientes opciones de respuesta para la población en estudio (15 a 19 años): 1= Niñez 2= Adolescencia</p> <p>Perpetrador: De las diversas formas de exposición a violencia, se ha reconocido que en la violencia interpersonal, la naturaleza de los vínculos que se establece entre las personas es muy importante, pues se ha observado mayor potencial para generar un daño en tanto más cercanía exista entre los involucrados en el acto violento (Ruiz-Pérez, Rodríguez-Barranco, Cervilla, & Ricci-Cabello, 2017). Revelada por el entrevistado cuando ha descrito el antecedente de exposición a violencia alguna vez, mediante pregunta</p>	Cédula Evaluación SM-V9.

	<p>independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos espacios públicos y privados. Para el caso de la violencia contra las mujeres, es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.</p> <p>Violencia económica: Toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.</p> <p>(Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2015) (Secretaría de Salud, 2010).</p>		<p>expresa sobre la persona(s) que ha(n) emitido la violencia:</p> <p>1= Familiar 2= Pareja 3= Conocido 4= Desconocido.</p>	
Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos	<p>Se explora la existencia previa o actual de algún familiar directo (padre, madre, hermano/s o hijo/s), que hayan sido diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico.</p>	<p>Categoría nominal, dicotómica.</p>	<p>A pregunta expresa sobre si existe o existió algún miembro de su familia directa que haya sido diagnosticado(a) con algún trastorno psiquiátrico, se ofrecen 2 opciones de respuesta:</p> <p>1= Si 2= No</p>	<p>Cédula Evaluación SM-V9.</p>
Tratamiento psicológico	<p>La psicoterapia, o tratamiento psicológico, es el tratamiento de los trastornos psiquiátricos y de la conducta, mediante el cual una persona formada establece un contrato profesional con un paciente y trata de aliviar la alteración emocional, revertir</p>	<p>Categoría nominal, dicotómica.</p>	<p>Reportado por el participante a pregunta expresa sobre si alguna vez ha tenido terapia psicológica semanal por más de 6 meses, con las siguientes opciones de respuesta:</p> <p>1= Si 2= No</p>	<p>Cédula Evaluación SM-V9.</p>

	o modificar los patrones desadaptativos de la conducta y fomentar el crecimiento y el desarrollo de la personalidad a través de la comunicación terapéutica, tanto verbal como no verbal (Kaplan & Sadock, 2010).			
Tratamiento psicofarmacológico	También conocido como tratamiento biológico o somático, hace referencia a la administración de medicamentos con efectos psicofarmacológicos, empleados para el tratamiento de una serie de trastornos mentales (Kaplan & Sadock, 2010).	Categoría nominal, dicotómica.	Reportado por el participante a pregunta expresa sobre si alguna vez le han recetado medicamentos psiquiátricos, como antidepresivos, ansiolíticos, etc., con las siguientes opciones de respuesta: 1= Si 2= No Se explora también el tiempo durante el cuál estuvo tomando dicho tratamiento, con las siguientes opciones de respuesta: 1= Menos de 1 mes 2= 1-6 meses 3= 6-12 meses 4= Más de un año Así como el tipo de psicofármaco empleado: 1= Antidepresivos 2= Ansiolíticos 3= Antipsicóticos 4= Estimulantes 5= Anti-epilépticos 6= No recuerda	Cédula Evaluación SM-V9.
Intentos suicidas	Acto autodestructivo con un resultado distinto a la muerte, que se acompaña de signos (explícitos e implícitos) de que la persona ha intentado morir, con	Categoría nominal, dicotómica.	Revelado por el participante al preguntarle si alguna vez ha hecho algo para tratar de quitarse la vida, descartando por el evaluador cuando se trató únicamente de ideación y/o	Cédula Evaluación SM-V9.

	la expectativa subjetiva y deseo de poner fin a la propia vida (Kaplan & Sadock, 2010).		gesto suicida; se registra lo reportado a través de las siguientes opciones de respuesta: 1= Si 2= No	
Características relacionadas con el/los intento(s) de suicidio	En conjunto con el intento (o los intentos) reportado, se exploran características relacionadas que permiten obtener mayor información al respecto.	<p>Cuantitativa discreta.</p> <p>Cuantitativa discreta.</p> <p>Categoría nominal, dicotómica.</p> <p>Categoría nominal, dicotómica.</p> <p>Categoría nominal, dicotómica.</p>	<p>Número de intentos suicidas: Revelado por el participante a pregunta expresa, se reporta el número de intentos suicidas reportado.</p> <p>Edad del primero y último intento suicida: Reportado por los participantes a pregunta expresa, se reporta la edad en años.</p> <p>Características del intento suicida: Revelado por el participante a pregunta expresa, se describen las siguientes características: 1= Impulsivo 2= Planeado</p> <p>Atención en urgencias de algún hospital: Reportado por los participantes a pregunta expresa, respecto al intento (o alguno de ellos) que hubiera reportado: 1= Si 2= No</p> <p>Complicaciones/secuelas en la salud derivadas de alguno de los intentos suicidas, respondida por los participantes a pregunta expresa, con las siguientes opciones de respuesta: 1= Si 2= No</p>	Cédula Evaluación SM-V9.

Ideación suicida reciente/actual	Pensamientos sobre el deseo de morir a través de alguna acción que busque propositivamente terminar con la propia vida (Kaplan & Sadock, 2010).	Categórica nominal, dicotómica.	El participante indica si ha presentado ideas de querer quitarse la vida en los últimos tres meses, se ofrecen las siguientes opciones de respuesta: 1= Si 2= No	Cédula Evaluación SM-V9.
Estresores familiares	Diversos estudios han descrito modelos de estrés familiar, con múltiples situaciones que resultan importantes para la comprensión de las tensiones, crisis y adaptaciones familiares en el tiempo; dichos modelos sostienen que los cambios propios del ciclo vital son potencialmente estresantes para la familia y requieren de afrontamiento, ajuste y adaptación (Cracco & Blanco-Larrieux, 2015).	Categórica nominal.	Reportada a pregunta expresa por los participantes, registrada con las siguientes opciones de respuesta: 1= Fallecimiento de algún miembro de la familia 2= Divorcio / separación de los padres 3= Dx. de enfermedades graves a algún miembro de la familia 4= Problemas legales 5= Peleas / riñas familiares graves 6= Cambios laborales 7= Cambios de domicilio 8= No aplica	Cédula Evaluación SM-V9.
Revelación del diagnóstico de VIH y reacción familiar	Hace referencia a la apertura o revelación del diagnóstico a alguno (o varios) miembros de la familia, así como a la reacción familiar frente al diagnóstico.	Categórica nominal.	Revelación del diagnóstico: Reportada por el entrevistado a pregunta expresa, al cuestionar si su familia sabe de su diagnóstico de VIH, con las siguientes opciones de respuesta: 1= Si 2= No Respuesta familiar: Revelada por el participante a pregunta expresa frente a la reacción familiar previa y/o actual ante el diagnóstico de VIH, con las siguientes opciones de respuesta: 1= Indiferencia	Cédula Evaluación SM-V9.

			2= Apoyo 3= Rechazo	
Red de apoyo (amigos cercanos)	Diversas investigaciones señalan que las personas en condición de riesgo (relacionada o no con alguna condición médica), cuando se sienten apoyadas por sus amigos y familiares, tienen menor probabilidad de presentar consecuencias adversas para su salud y mantienen un mayor ajuste psicológico (Orcasita Pineda, 2010).	Cuantitativa discreta.	El participante indica el número de amigos que considera cercanos, al preguntarle: ¿Aproximadamente, cuántos amigos cercanos tiene usted, o sea, personas con las que se encuentre a gusto y puede hablar de todo lo que le ocurre?, consignando la respuesta en número absoluto.	Cédula Evaluación SM-V9.
Tratamiento antirretroviral (TARAA) actual	Hace referencia a la toma de Tratamiento antirretroviral durante por lo menos el último mes.	Categoría nominal.	Toma de tratamiento antirretroviral durante el último mes, con las siguientes opciones de respuesta: 1= Si 2= No	Cédula Evaluación SM-V9.
Esquema de TARAA	Hace referencia al fármaco o fármacos indicados expresamente como esquema antirretroviral en el tratamiento de la infección por VIH.	Categoría nominal.	Registrado a partir de la información revelada por el paciente, con información corroborada por expediente clínico y/o SALVAR, con las siguientes opciones de respuesta: 1= Atripla (TDF+FTC+EFV) 2= Truvada (TDF+FTC) 3= Kaletra (LPV+RTV) 4= Combivir (3TC+AZT) 5= Kivexa (ABC + 3TC) 6= Abacavir (ABC) 7= Amprenavir (AMP) 8= Atazanavir (ATV) 9= Darunavir (DRV) 10= Didanosina (ddI) 11= Efavirenz (EFV) 12= Emtricitabina (FTC) 13= Enfuvirtida (T20)	Cédula Evaluación SM-V9.

			14= Estavudina (d4T) 15= Etravirina (ETR) 16= Fosamprenavir (Famp) 17= Indinavir (IDV) 18= Lamivudina (3TC) 19= Maraviroc (MVC) 20= Nelfinavir (NFV) 21= Nevirapina (NVP) 22= Raltegravir (RAL) 23= Ritonavir (RTV) 24= Saquinavir (SQV) 25= Tenofovir (TDF) 26= Tipranavir (TPV) 27= Zalcitabina (ddC) 28= Zidovudina (AZT)	
Fecha de inicio del TARAA actual	Hace referencia al momento específico en que se ha iniciado el esquema de tratamiento antirretroviral prescrito al momento de la evaluación.	Catórica ordinal.	El participante indica el mes y año en que inicio el TARAA actual.	Cédula Evaluación SM-V9.
Fecha de inicio del TARAA por primera vez en la vida	Hace referencia al momento específico en que se ha iniciado algún esquema de tratamiento antirretroviral por primera vez en la vida, sea o no el esquema indicado al momento de la evaluación.	Catórica ordinal.	El participante indica el mes y año en que inicio el TARAA por primera vez en su vida.	Cédula Evaluación SM-V9.
Adherencia a TARAA	El documento de consenso del Grupo de Estudio del SIDA sobre el tratamiento antirretroviral del adulto de enero de 2010, define adherencia al tratamiento antirretroviral como la capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del mismo a fin de	Catóricas nominales, dicotómicas.	Suspensión: El participante indica si ha dejado de tomar el TARAA actual en al menos 5 ocasiones o más en el último mes 1= Si 2= No Fallas en horario:	Cédula Evaluación SM-V9.

	conseguir una adecuada supresión de la replicación viral (Gesida y PNS, 2010).		El participante indica si ha fallado en el horario en 5 ocasiones o más en la toma del TARAA actual en el último mes. 1= Si 2= No Suspensión por sustancias: El participante indica si ha suspendido el TARAA actual por beber alcohol o consumir sustancias durante el último mes: 1= Si 2= No	
Fecha de los últimos CD4 y Carga viral		Catagórica ordinal.	El participante indica mes y año de sus últimos estudios de CD4 y carga viral.	Cédula Evaluación SM-V9.
Carga viral	Cantidad del VIH en una muestra de sangre. Se notifica como el número de copias de ARN del VIH por milímetro de sangre. Una meta importante del tratamiento antirretroviral (TAR) es reducir la concentración de carga viral de una persona a un nivel indetectable, que es demasiado baja para detectar el virus con una prueba de la carga viral. Carga viral indetectable: Cuando la concentración del VIH en la sangre es demasiado baja para detectarla con una prueba de la carga viral (ARN del VIH). (infoSIDA, 2018, 9a Edición).	Cuantitativa continua.	Se registra en número absoluto la carga viral reportada mediante SALVAR o registrada en el expediente clínico. A partir del valor total de la carga viral, se obtuvieron 2 variables: Carga viral indetectable (igual o menor a 40 copias/ml) y carga viral intransmisible (igual o menor a 1000 copias/ml).	Cédula Evaluación SM-V9.

Linfocito T CD4	Tipo de linfocito. Los linfocitos (las células) T CD4 ayudan a coordinar la respuesta inmunitaria al estimular a otros inmunocitos, como los macrófagos, los linfocitos B y los linfocitos T CD8 para combatir la infección. El VIH debilita el sistema inmunitario al destruir los linfocitos CD4 (infoSIDA, 2018, 9a Edición).	Cuantitativa continua.	Se registra en número absoluto los linfocitos t CD4 reportados mediante SALVAR o registrados en el expediente clínico.	Cédula Evaluación SM-V9.
Uso de TARAA en el pasado	Hace referencia a la indicación y toma de tratamiento antirretroviral en algún otro momento en que el paciente hubiera recibido atención, no relacionado con la atención que solicita al momento de la presente evaluación.	Catagórica nominal, dicotómica.	El participante indica si ha tomado TARAA en el pasado, suspendiendo su toma o tomándolo de manera irregular por un mes o más, con las siguientes opciones de respuesta: 1= Si 2= No	Cédula Evaluación SM-V9.
Motivo por el cual suspendió o tomo de manera irregular TARAA en el pasado	Revelado por el participante, se brindan dos opciones de respuesta.	Catagórica nominal.	Cuando estuvo tomando TARAA y lo suspendió, se pregunta por el motivo de dicha suspensión, consignándolo a través de las siguientes opciones de respuesta: 1= Por iniciativa propia 2= Porque no tuvo acceso al TARAA	Cédula Evaluación SM-V9.
Aspectos asociados a la salud mental que influyan en la adherencia a TARAA	Descripción de factores que a juicio del clínico que realizó la evaluación, puedan interferir en una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral.	Catagóricas nominales.	Tras la aplicación de la Cédula de Evaluación SM-V9, aunado a la valoración clínica realizada por el personal de salud mental de las Clínicas Especializadas Condesa, se consigna lo siguiente: ¿Existe algún aspecto asociado a la salud mental del(la) paciente que influya en la adherencia adecuada al TARAA?, registrándose a través de las siguientes opciones de respuesta: 1= Si 2= No	Cédula Evaluación SM-V9.

			<p>En quienes se sospeche de algún factor relacionado con la salud mental que pueda predecir dificultades en la adherencia, se registra por parte del clínico uno o más de los siguientes factores identificados:</p> <p>1= El estado de salud mental actual 2= Los antecedentes de psicopatología 3= Trastorno por uso de sustancias grave 4= Red de apoyo 5= Habilidades cognitivas disminuidas 6= Factores psicosociales 7= Otra</p>	
Contraindicación a EFV	<p>Establecida para aquellos casos en que por un elevado riesgo de efectos adversos que sobre la salud mental del paciente, pueda tener la administración de Efavirenz; basado en bibliografía especializada, se ha establecido como criterio de consenso por grupo de clínicos expertos en salud mental y VIH pertenecientes al programa de Salud Mental de la Clínica Especializada Condesa.</p>	<p>Catógica nominal, dicotómica.</p>	<p>Se consigna por parte del evaluador, cuando considera que existe alguna contraindicación absoluta, asociada a la salud mental del paciente para el uso de Efavirenz como medicamento antirretroviral, a través de las siguientes opciones:</p> <p>1= Si 2= No</p>	<p>Cédula Evaluación SM-V9.</p>
Diagnósticos clínicos de trastornos mentales	<p>Emitido por el clínico responsable de la evaluación del paciente, elaborado a través de entrevista clínica abierta y empleando los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10).</p>	<p>Catógica nominal.</p>	<p>Se especifican de acuerdo al CIE-10, en orden jerárquico, registrándose de 1 a 4 trastornos mentales.</p>	<p>Cédula Evaluación SM-V9.</p>
Plan de seguimiento por el Programa de	<p>El establecido por el clínico al finalizar la evaluación inicial.</p>	<p>Catógica nominal</p>	<p>Se registra el plan a seguir tras la valoración inicial por salud mental, con las siguientes opciones de respuesta:</p>	<p>Cédula Evaluación SM-V9.</p>

Salud mental CEC/CECI			1= Psiquiatría 2= Continúa valoraciones integrales 3= Subsecuente psicología 4= Referencia a otra unidad	
Prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)	ASSIST alcohol , descrito en texto en el apartado "Instrumentos".	Categórica, nominal.	Puntuación total obtenida en la escala ASSIST para determinar el riesgo bajo, moderado y alto del consumo de alcohol. Descrito en texto en el apartado "Instrumentos".	ASSIST, aplicado por evaluador.
	ASSIST sustancias , descrito en texto (Instrumentos).	Categórica nominal.	Puntuación total obtenida en la escala ASSIST para determinar el riesgo bajo, moderado y alto del consumo de sustancias. Descrito en texto en el apartado "Instrumentos".	ASSIST, aplicado por evaluador.
Cuestionario de Salud (SF-36)	El SF-36 evalúa aspectos relacionados a la calidad de vida en poblaciones general y puede ser aplicado a partir de los 14 años de edad. Los aspectos que incluye son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental (Zúñiga, Carrillo, Gandek, & Medina, 1999).	Cuantitativa continua.	Tras validación en la Clínica Especializada Condesa, se definieron 3 escalas: - Función física - Rol físico - Salud mental Sin punto de corte establecido, a mayor puntaje mejor funcionamiento.	Instrumento auto aplicable.
Escala de Impulsividad Estado (EIE)	Útil para la evaluación de la conducta impulsiva conceptualizada como un estado y que puede variar a corto plazo (Iribarren, Jiménez-Giménez, García-de Cecilia, & Rubio-Valladolid, 2011).	Cuantitativa continua.	Se evalúan tres dimensiones: -Gratificación -Automatismo -Atencional Con las siguientes opciones de respuesta. 0= Casi nunca 1= Algunas veces 2= Bastantes veces 3= Casi siempre/Siempre	Instrumento auto aplicable.

			Puntuación de 0 a 36, en población VIH+ de la CEC, >18: impacto en la adherencia y seguimiento, correlaciona en modelos de falla.	
Inventario de Depresión de Beck (IBD)	<p>Evalúa y detecta la gravedad de los síntomas depresivos en población clínica y no clínica (Jurado, y otros, 1998).</p> <p>En población con diagnóstico de VIH en CECs se utiliza la versión con 11 ítems la cual facilita su aplicación (Rodríguez, y otros, 2015).</p>	Categoría nominal.	<p>11 grupos con 4 opciones diferentes de respuesta.</p> <p>Las puntuaciones van de 0 a 3.</p> <p>Puntuación total:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-5, no síntomas - 6-11, síntomas adaptativos/depresivos - 12 o +, síntomas depresivos 	Instrumento auto aplicable.
Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-KID)	Descripción y referencias en texto.	Categoría nominal.	Aplicada por clínico con entrenamiento en atención a niños y adolescentes (investigador principal), evalúa presencia o ausencia de 23 trastornos psiquiátricos, así como el antecedente de riesgo suicida y/o riesgo suicida al momento de la evaluación.	Entrevista estructurada aplicada por clínico experto.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se ha realizado de acuerdo a los principios generales estipulados en la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial 2008). A todos los sujetos y familiares se les ha solicitado asentimiento y consentimiento informado a través de un documento revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, en el cual se brinda la explicación del estudio, ante dos testigos y el médico responsable, otorgándose una copia al paciente. El no participar en el proyecto no excluye a los pacientes de recibir la atención médica necesaria, así como decidir retirarse del mismo no afecta en forma alguna su atención y tratamiento en las Clínicas Especializadas Condesa.

Los datos generados en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos (Diario Oficial de la Federación 1983) y no se les dará otro uso, salvo autorización escrita y expresa de los pacientes y de los comités antes mencionados, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedan a participar, durante la investigación se omitirán en las bases de datos los nombres de los pacientes ya que se asignará un código secuencial para el análisis estadístico.

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I. En acuerdo a esta ley será un estudio con riesgo mínimo, ya que en los que catalogan de este tipo se incluyen estudios que realicen exámenes psicológicos de diagnóstico y procedimiento médicos de rutina en la atención a las personas con infección por VIH.

9. RESULTADOS

Se analizaron los datos proporcionados por los adolescentes de 15 a 19 años de edad (n: 213), de los cuales 86.4% fueron hombres (n: 184), 11.2% fueron mujeres (n: 24) y 2.4% mujeres trans (n: 5). En el 93.4% (n: 199) se encontró modo de transmisión sexual, mientras que sólo el 6.6% (n: 14) transmisión vertical.

En la Tabla 1 se describen las características sociodemográficas de la muestra, de acuerdo con su sexo/género. La edad media en años para los hombres fue de 18.2, para las mujeres de 17.3 y para las mujeres trans de 18.4. La mayoría de adolescentes (92.5%) recibían atención en la Clínica Especializada Condesa; la mayoría de hombres y de mujeres trans reportaron estar solteros, mientras que más de la mitad de las mujeres reportaron encontrarse casadas o unidas, con diferencias estadísticamente significativas; la mayor parte de la muestra relató encontrarse viviendo con familiares, en segundo lugar con su pareja, con diferencias significativas; la ocupación más frecuente para los hombres fue ser estudiante, para las mujeres dedicarse al hogar y para las mujeres trans ser trabajadoras, con diferencias estadísticamente significativas; en cuanto a la escolaridad, en los hombres se encontró el mayor nivel educativo con una media de 10.3 años, seguidos por las mujeres trans con 9.8 años, siendo 8.4 años la media para las mujeres; no se encontraron diferencias por sexo o género respecto al Índice de Desarrollo Social de su lugar de residencia, tampoco respecto a su religión, de la que se reportó una mayor proporción de religión católica, seguida de ninguna; respecto al tipo de pareja con quien ocurrió la transmisión de VIH, tanto los hombres como las mujeres trans reportaron pareja no estable, mientras que las mujeres reportaron en su mayoría pareja estable, con diferencias estadísticamente significativas; en cuanto a la orientación sexual, los tres grupos reportaron atracción predominantemente por varones, describiéndose además una elevada proporción de hombres identificados como HSH; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al antecedente de exposición a violencia, sin embargo fueron las mujeres trans quienes más la reportaron; respecto a la revelación del diagnóstico de VIH a su familia, la mayoría reportó

ya haberlo hecho, describiendo una reacción familiar de apoyo en la mayoría de los casos, sin deferencias estadísticamente significativas entre los grupos; en cuanto a la media de amigos cercanos, fueron en primer lugar los varones quienes reportaron un mayor número de amigos en quienes confían, seguidos de las mujeres y posteriormente de las mujeres trans.

Tabla 1. Características sociodemográficas de una muestra de adolescentes con infección por VIH, de acuerdo con su Sexo/Género.

		Total N (%)	Sexo/Género			p
			Hombre N (%)	Mujer N (%)	Mujer Trans N (%)	
Edad (años)		213 (100.0) (18.1*)	184 (86.4) (18.2*)	24 (11.2) (17.3*)	5 (2.4) (18.4*)	
Clínica donde recibe la atención	CEC	197 (92.5)	169 (91.8)	23 (95.8)	5 (100.0)	0.798 ^Δ
	CECI	16 (7.5)	15 (8.2)	1 (4.2)		
	Total	213 (100.0)	184 (100.0)	24 (100.0)	5 (100.0)	
Estado Civil	Soltero	184 (86.4)	169 (91.8)	11 (45.8)	4 (80.0)	0.000 ^Δ
	Casado / unido	29 (13.6)	15 (8.2)	13 (54.2)	1 (20.0)	
	Total	213 (100.0)	184 (100.0)	24 (100.0)	5 (100.0)	
Con quien vive	Pareja	28 (13.1)	17 (9.2)	10 (41.6)	1 (20.0)	0.008 ^Δ
	Familia	161 (75.5)	145 (78.8)	13 (54.2)	3 (60.0)	
	Amigos	4 (1.9)	3 (1.6)		1 (20.0)	
	Roomies	1 (0.5)	1 (0.6)			
	Casa hogar	5 (2.4)	4 (2.2)	1 (4.2)		
	Reclusorio	3 (1.4)	3 (1.6)			
	Solo	11 (5.2)	11 (6.0)			
	Total	213 (100.0)	184 (100.0)	24 (100.0)	5 (100.0)	
Ocupación	Estudiante	97 (45.5)	90 (48.9)	7 (29.2)		0.000 ^Δ
	Trabajador [€]	61 (28.6)	53 (28.8)	5 (20.8)	3 (60.0)	
	Desempleado	34 (16.0)	32 (17.4)	1 (4.2)	1 (20.0)	
	Hogar	11 (5.2)		11 (45.8)		
	Estudia / trabaja	6 (2.8)	6 (3.3)			
	Trabajo sexual	4 (1.9)	3 (1.6)		1 (20.0)	
	Total	213 (100.0)	184 (100.0)	24 (100.0)	5 (100.0)	
Escolaridad (años)		213 (10.0*)	184 (10.3*)	24 (8.4*)	5 (9.8*)	
IDS del lugar de Residencia**	Muy bajo / Bajo	85 (40.9)	70 (38.9)	13 (56.5)	2 (40.0)	0.433 ^Δ
	Medio / Alto	116 (55.7)	104 (57.8)	9 (39.1)	3 (60.0)	
	Fuera CDMX	7 (3.4)	6 (3.3)	1 (4.4)		
	Total	208 (100.0)	180 (100.0)	23 (100.0)	5 (100.0)	
Religión	Ninguna	68 (33.8)	59 (33.7)	5 (23.8)	4 (80.0)	0.371 ^Δ
	Católica	97 (48.2)	82 (46.9)	14 (66.6)	1 (20.0)	
	No católica	15 (7.5)	14 (8.0)	1 (4.8)		
	Creyente/Agnóstico	21 (10.5)	20 (11.4)	1 (4.8)		
	Total	201 (100.0)	175 (100.0)		5 (100.0)	
Tipo de pareja (con quien ocurrió la transmisión de VIH)	No estable	145 (72.9)	136 (76.0)	5 (33.3)	4 (80.0)	0.003 ^Δ
	Estable	54 (27.1)	43 (24.0)	10 (66.7)	1 (20.0)	
	Total	199 (100.0)	179 (100.0)	15 (100.0)	5 (100.0)	
Orientación sexual	Hombres	162 (78.2)	134 (75.3)	23 (95.8)	5 (100.0)	0.103 ^Δ
	Mujeres	13 (6.3)	12 (6.7)	1 (4.2)		

	Ambos	32 (15.5)	32 (18.0)			
	Total	207 (100.0)	178 (100.0)	24 (100.0)	5 (100.0)	
HSH	HSH	166 (80.2)	166 (93.3)			0.000 ^Δ
	No HSH	41 (19.8)	12 (6.7)	24 (100.0)	5 (100.0)	
	Total	207 (100.0)	178 (100.0)	24 (100.0)	5 (100.0)	
Exposición a violencia	Sí	80 (37.6)	69 (37.5)	8 (33.3)	3 (60.0)	0.530 ^Δ
	No	133 (62.4)	115 (62.5)	16 (66.7)	2 (40.0)	
	Total	213 (100.0)	184 (100.0)	24 (100.0)	5 (100.0)	
Revelación del diagnóstico de VIH a su familia	Si	171 (80.3)	146 (79.4)	21 (87.5)	4 (80.0)	0.084 ^Δ
	No	40 (18.8)	37 (20.1)	3 (12.5)		
	No aplica	2 (0.9)	1 (0.5)		1 (20.0)	
	Total	213 (100.0)	184 (100.0)	24 (100.0)	5 (100.0)	
Reacción familiar	Apoyo	139 (83.2)	116 (81.7)	20 (95.2)	3 (75.0)	0.111 ^Δ
	Indiferencia	24 (14.4)	23 (16.2)	1 (4.8)		
	Rechazo	4 (2.4)	3 (2.1)		1 (25.0)	
	Total	167 (100.0)	142 (100.0)	21 (100.0)	4 (100.0)	
Número de amigos cercanos		213 (3.1*)	184 (3.2*)	24 (2.3*)	5 (1.8*)	

Fuente: Cédula de evaluación de 1ra vez

p: Medida de significancia estadística

* Media

CEC: Clínica Especializada Condesa

CECI: Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa

Δ Valor calculado mediante la prueba exacta de Fisher

€ Incluye: Empleado, profesionista independiente, comercio, oficio, otra

** IDS: Índice de Desarrollo Social de las Delegaciones en la CDMX (Muy bajo: Milpa Alta;

Bajo: Cuajimalpa, Iztapalapa, Magdalena Contreras, Álvaro Obregón, Tláhuac, Tlalpan,

Xochimilco; Medio: Azcapotzalco, Coyoacán, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Cuauhtémoc,

Miguel Hidalgo, Venustiano Carranza; Alto: Benito Juárez; Fuera de la CDMX: agrupados

independiente al IDS de su lugar de residencia)

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres

En la Tabla 2 se describen las características sociodemográficas de la muestra, de acuerdo con su modo de transmisión. Se encontró una proporción mayor de adolescentes con infección por VIH de transmisión sexual, los que tenían además una media de edad superior al grupo de transmisión vertical; la mayor proporción de adolescentes de transmisión sexual fueron hombres, de los de transmisión vertical en su mayoría fueron mujeres, sin encontrarse mujeres trans que reportaran transmisión por vía perinatal, con diferencias estadísticamente significativas; la mayoría de adolescentes de la muestra se encontraban en atención en la Clínica Especializada Condesa, eran solteros y vivían con familiares al momento de la evaluación, sin diferencias estadísticamente significativas por modo de transmisión; respecto a su ocupación, la mayoría de adolescentes con transmisión sexual reportó ser estudiante, mientras que los de transmisión vertical reportaron la misma proporción como estudiantes, trabajadores y dedicados al hogar, con diferencias

estadísticamente significativas; los de transmisión sexual reportaron mayor escolaridad; no se encontró diferencia respecto al Índice de Desarrollo Social por lugar de residencia, tampoco por afiliación religiosa, con una mayor proporción de sujetos de religión católica; los adolescentes de transmisión sexual reportaron que en su mayoría adquirieron el VIH por una pareja no estable; ambos grupos reportaron mayor proporción de orientación sexual preferentemente hacia hombres, sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos; una mayor proporción del grupo de transmisión sexual eran HSH, mientras que la mayoría del grupo de transmisión vertical dijo no serlo, con diferencias estadísticamente significativas; se encontró una diferencia marginal respecto al antecedente de exposición a violencia, siendo superior para el grupo de transmisión vertical; respecto a la revelación del diagnóstico a su familia, se encontró una mayor proporción de revelación en el grupo de transmisión vertical, con diferencias significativas, quienes en todos los casos reportaron que la reacción familiar había sido de apoyo, sin diferencia estadísticamente significativas con los de transmisión sexual quienes en su mayoría también reportaron reacción de apoyo; ambos grupos contaron con una media de amigos cercanos similar.

Tabla 2. Características sociodemográficas de una muestra de adolescentes con infección por VIH, de acuerdo con su Modo de Transmisión.

		Total N (%)	Modo de Transmisión		
			Sexual N (%)	Vertical N (%)	p
Edad (años)		213 (18.1*)	199 (93.4) (18.1*)	14 (6.6) (17.7*)	
Sexo/Género	Hombre	184 (86.4)	179 (90.0)	5 (35.7)	0.000 ^Δ
	Mujer	24 (11.2)	15 (7.5)	9 (64.3)	
	Mujer Trans	5 (2.4)	5 (2.5)		
	Total	213 (100.0)	199 (100.0)	14 (100.0)	
Clínica donde recibe la atención	CEC	197 (92.5)	184 (92.5)	13 (92.9)	0.717 ^Δ
	CECI	16 (7.5)	15 (7.5)	1 (7.1)	
	Total	213 (100.0)	199 (100.0)	14 (100.0)	
Estado Civil	Soltero	184 (86.4)	172 (86.4)	12 (85.7)	0.595 ^Δ
	Casado / unido	29 (13.6)	27 (13.6)	2 (14.3)	
	Total	213 (100.0)	199 (100.0)	14 (100.0)	
Con quien vive	Pareja	28 (13.1)	27 (13.6)	1 (7.1)	0.684 ^Δ
	Familia	161 (75.5)	150 (75.4)	11 (78.7)	
	Amigos	4 (1.9)	4 (2.0)		
	Roomies	1 (0.5)	1 (0.5)		
	Casa hogar	5 (2.4)	4 (2.0)	1 (7.1)	
	Reclusorio	3 (1.4)	3 (1.5)		
	Solo	11 (5.2)	10 (5.0)	1 (7.1)	

	Total	213 (100.0)	199 (100.0)	14 (100.0)	
Ocupación	Estudiante	97 (45.5)	93 (46.7)	4 (28.6)	0.038 ^Δ
	Trabajador [€]	61 (28.6)	57 (28.7)	4 (28.6)	
	Desempleado	34 (16.0)	32 (16.1)	2 (14.2)	
	Hogar	11 (5.2)	7 (3.5)	4 (28.6)	
	Estudia / trabaja	6 (2.8)	6 (3.0)		
	Trabajo sexual	4 (1.9)	4 (2.0)		
	Total	213 (100.0)	199 (100.0)	14 (100.0)	
Escolaridad (años)		213 (10.0*)	199 (10.1*)	14 (9.1*)	
IDS del lugar de Residencia**	Muy bajo / Bajo	85 (40.9)	80 (41.2)	5 (35.7)	0.556 ^Δ
	Medio / Alto	116 (55.7)	108 (55.7)	8 (57.1)	
	Fuera CDMX	7 (3.4)	6 (3.1)	1 (7.2)	
	Total	208 (100.0)	194 (100.0)	14 (100.0)	
Religión	Ninguna	68 (33.8)	64 (33.9)	4 (33.4)	1.000 ^Δ
	Católica	97 (48.2)	91 (48.1)	6 (50.0)	
	No católica	15 (7.5)	14 (7.4)	1 (8.3)	
	Creyente/Agnóstico	21 (10.5)	20(10.6)	1 (8.3)	
	Total	201 (100.0)	189 (100.0)	12 (100.0)	
Tipo de pareja (con quien ocurrió la transmisión de VIH)	No estable	145 (72.9)	145 (72.9)		
	Estable	54 (27.1)	54 (27.1)		
	Total	199 (100.0)	199 (100.0)		
Orientación sexual	Hombres	162 (78.2)	153 (79.3)	9 (64.3)	0.062 ^Δ
	Mujeres	13 (6.3)	10 (5.2)	3 (21.4)	
	Ambos	32 (15.5)	30 (15.5)	2 (14.3)	
	Total	207 (100.0)	193 (100.0)	14 (100.0)	
HSH	HSH	166 (80.2)	164 (85.0)	2 (14.3)	0.000 ^Δ
	No HSH	41 (19.8)	29 (15.0)	12 (85.7)	
	Total	207 (100.0)	193 (100.0)	14 (100.0)	
Exposición a violencia	Sí	80 (37.6)	78 (39.2)	2 (14.3)	0.052 ^Δ
	No	133 (62.4)	121 (60.8)	12 (85.7)	
	Total	213 (100.0)	199 (100.0)	14 (100.0)	
Revelación del diagnóstico de VIH a su familia	Sí	171 (80.3)	158 (79.4)	13 (92.9)	0.026 ^Δ
	No	40 (18.8)	40 (20.1)		
	No aplica	2 (0.9)	1 (0.5)	1 (7.1)	
	Total	213 (100.0)	199 (100.0)	14 (100.0)	
Reacción familiar	Apoyo	139 (83.2)	126 (81.8)	13 (100.0)	0.437 ^Δ
	Indiferencia	24 (14.4)	24 (15.6)		
	Rechazo	4 (2.4)	4 (2.6)		
	Total	167 (100.0)	154 (100.0)	13 (100.0)	
Número de amigos cercanos		213 (3.1*)	199 (3.1*)	14 (3.1*)	

Fuente: Cédula de evaluación de 1ra vez

p: Medida de significancia estadística

* Media

Δ Valor calculado mediante la prueba exacta de Fisher

CEC: Clínica Especializada Condesa

CECI: Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa

€ Incluye: Empleado, profesional independiente, comercio, oficio, otra

** IDS: Índice de Desarrollo Social de las Delegaciones en la CDMX (Muy bajo: Milpa Alta; Bajo: Cuajimalpa, Iztapalapa, Magdalena Contreras, Álvaro Obregón, Tláhuac, Tlalpan, Xochimilco; Medio: Azcapotzalco, Coyoacán, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo, Venustiano Carranza; Alto: Benito Juárez; Fuera de la CDMX: agrupados independiente al IDS de su lugar de residencia)

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres

En la Tabla 3 se describen las características médico-biológicas relacionadas con el VIH, de acuerdo con el sexo o género de los adolescentes incluidos en el estudio. Una mayor proporción de mujeres y de mujeres trans se encontraba bajo tratamiento antirretroviral durante por lo menos el último mes al momento del estudio, lo que no ocurría para el caso de los hombres, quienes en su mayoría no se encontraban en tratamiento, con diferencias estadísticamente significativas; aunque la mayoría de quienes se encontraban bajo tratamiento antirretroviral tenía una buena adherencia, fue mayor la proporción de mujeres con mal adherencia, encontrándose diferencias estadísticamente significativas; se encontró una carga viral ligeramente superior para las mujeres trans, seguidas por los hombres y con una carga viral menor las mujeres; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la detectabilidad, siendo solo una pequeña proporción (menos del 10%) en los tres grupos que se encontraban indetectables; en cuanto al grado de infectabilidad, se encontraron diferencias estadísticas marginales, con mayor proporción de varones que tenían una carga viral infectante; en cuanto a la media de Linfocitos T CD4, se encontraron cifras más elevadas para las mujeres, seguidas por los hombres y luego por las mujeres trans, con diferencias estadísticas marginales.

Tabla 3. Características médico-biológicas relacionadas con el VIH en una muestra de adolescentes con infección por VIH, de acuerdo con su Sexo/Género.

		Total N (%)	Sexo/Género			p
			Hombre N (%)	Mujer N (%)	Mujer Trans N (%)	
En TARAA actual (1 mes o más)	Si	76 (35.7)	57 (31.0)	16 (66.7)	3 (60.0)	0.001 ^Δ
	No	137 (64.3)	127 (69.0)	8 (33.3)	2 (40.0)	
	Total	213 (100.0)	184 (100.0)	24 (100.0)	5 (100.0)	
Mal adherencia a TARAA +	Si	4 (5.6)	1 (1.9)	3 (18.8)		0.047 ^Δ
	No	68 (94.4)	53 (98.1)	13 (81.2)	2 (100.0)	
	Total	72 (100.0)	54 (100.0)	16 (100.0)	2 (100.0)	
Carga Viral		200 (301 920*)	173 (333 714*)	22 (88 982*)	5 (138 789*)	
Detectabilidad	Indetectable	17 (8.5)	12 (6.9)	4 (18.2)	1 (20.0)	0.104 ^Δ
	Detectable	183 (91.5)	161 (93.1)	18 (81.8)	4 (80.0)	
	Total	200 (100.0)	173 (100.0)	22 (100.0)	5 (100.0)	
Infectabilidad	No infectante	35 (17.5)	26 (15.0)	7 (31.8)	2 (40.0)	0.053 ^Δ
	Infectante	165 (82.5)	147 (85.0)	15 (68.2)	3 (60.0)	
	Total	200 (100.0)	173 (100.0)	22 (100.0)	5 (100.0)	
Linfocitos T CD4		201 (378*)	173 (369*)	23 (454*)	5 (362*)	

Fuente: Cédula de evaluación de 1ra vez

p: Medida de significancia estadística

* Media

Δ Valor calculado mediante la prueba exacta de Fisher

TARAA: Tratamiento antirretroviral altamente activo

+ Definido como suspensión de la toma del tratamiento por al menos 5 veces durante el último mes

En la Tabla 4 se describen las características médico-biológicas relacionadas con el VIH de acuerdo con su modo de transmisión. Una mayor proporción del grupo de transmisión vertical se encontraba en tratamiento antirretroviral durante al menos el último mes, mientras que sólo una tercera parte de los de transmisión sexual se encontraba tomándolo, con diferencias estadísticamente significativas; respecto a la adherencia al tratamiento antirretroviral, la gran mayoría en ambos grupos reportó una buena adherencia, sin diferencias estadísticamente significativas; en cuanto a la media de carga viral, esta se reportó muy inferior para el caso de los de transmisión vertical, quienes también tuvieron una mayor proporción de indetectables al compararse con los de transmisión sexual, diferencia encontrada estadísticamente significativa, al igual que el grado de infectabilidad, encontrándose que la mayoría de los de transmisión vertical eran no infectantes, mientras que la mayoría de transmisión sexual se encontraban infectantes; la medida de

Linfocitos T CD4 fue mayor para los de transmisión vertical que los de transmisión sexual.

Tabla 4. Características médico-biológicas relacionadas con el VIH en una muestra de adolescentes con infección por VIH, de acuerdo con su Modo de Transmisión.

		Total N (%)	Modo de Transmisión		
			Sexual N (%)	Vertical N (%)	p
En TARAA actual (1 mes o más)	Si	76 (35.7)	64 (32.2)	12 (85.7)	0.000 ^Δ
	No	137 (64.3)	135 (67.8)	2 (14.3)	
	Total	213 (100.0)	199 (100.0)	14 (100.0)	
Mal adherencia a TARAA	Si	4 (5.6)	2 (3.3)	2 (16.7)	0.127 ^Δ
	No	68 (94.4)	58 (96.7)	10 (83.3)	
	Total	72 (100.0)	60 (100.0)	12 (100.0)	
Carga Viral		200 (301 920*)	186 (322 989*)	14 (22 009*)	
Detectabilidad	Indetectable	17 (8.5)	13 (7.0)	4 (28.6)	0.021 ^Δ
	Detectable	183 (91.5)	173 (93.0)	10 (71.4)	
	Total	200 (100.0)	186 (100.0)	14 (100.0)	
Inafectabilidad	No infectante	35 (17.5)	27 (14.5)	8 (57.1)	0.001 ^Δ
	Infectante	165 (82.5)	159 (85.5)	6 (42.9)	
	Total	200 (100.0)	186 (100.0)	14 (100.0)	
Linfocitos T CD4		201 (378*)	187 (365*)	14 (553*)	

Fuente: Cédula de evaluación de 1ra vez

p: Medida de significancia estadística

* Media

Δ Valor calculado mediante la prueba exacta de Fisher

TARAA: Tratamiento antirretroviral altamente activo

+ Definido como suspensión de la toma del tratamiento por al menos 5 veces durante el último mes

En la Tabla 5 se reportan la psicopatología y factores relacionados con la salud mental de la muestra, de acuerdo con su sexo o género. No se encontraron diferencias por grupos en cuanto a los antecedentes heredofamiliares psiquiátricos, los que se negaron en la mayoría de los casos; se encontró una diferencia marginal respecto al antecedente de haber tenido psicoterapia semanal durante por los menos seis meses, lo que se reportó con mayor proporción en el grupo de mujeres; la mayoría de la muestra dijo no haber tenido tratamiento psicofarmacológico, sin encontrarse diferencias significativas por grupos; en cuanto al antecedente de intentos suicidas, si bien las diferencias no se encontraron estadísticamente significativas, se reportaron con mayor

proporción en el grupo de mujeres trans; respecto a los diagnósticos psiquiátricos realizados mediante entrevista clínica no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, resaltando que en una tercera parte de la muestra no se encontró diagnóstico alguno, siendo el diagnóstico más frecuente para los tres grupos el trastorno adaptativo, seguido en el caso de los hombres por el trastorno depresivo y los trastornos por consumo de etanol, y en el de las mujeres por el trastorno depresivo.

Tabla 5. Psicopatología y factores relacionados con la salud mental en una muestra de adolescentes con infección por VIH, de acuerdo con su Sexo/Género.

		Total N (%)	Sexo/Género			
			Hombre N (%)	Mujer N (%)	Mujer Trans N (%)	p
Antecedentes Heredofamiliares Psiquiátricos	Si	47 (22.1)	41 (22.3)	5 (20.8)	1 (20.0)	1.000 ^Δ
	No	166 (77.9)	143 (77.7)	19 (79.2)	4 (80.0)	
	Total	213 (100.0)	184 (100.0)	24 (100.0)	5 (100.0)	
Antecedente de psicoterapia	Si	48 (22.5)	37 (20.1)	10 (41.7)	1 (20.0)	0.054 ^Δ
	No	165 (77.5)	147 (79.9)	14 (58.3)	4 (80.0)	
	Total	213 (100.0)	184 (100.0)	24 (100.0)	5 (100.0)	
Antecedente de tratamiento psicofarmacológico	Si	24 (11.3)	22 (12.0)	1 (4.2)	1 (20.0)	0.362 ^Δ
	No	189 (88.7)	162 (88.0)	23 (95.8)	4 (80.0)	
	Total	213 (100.0)	184 (100.0)	24 (100.0)	5 (100.0)	
Antecedente de Intento Suicida	Si	34 (16.0)	31 (16.9)	1 (4.17)	2 (40.0)	0.077 ^Δ
	No	179 (84.0)	153 (83.1)	23 (95.8)	3 (60.0)	
	Total	213 (100.0)	184 (100.0)	24 (100.0)	5 (100.0)	
Diagnóstico principal de psicopatología	T. adaptativo	77 (36.2)	66 (35.9)	8 (33.3)	3 (60.0)	0.083 ^Δ
	Trastorno depresivo	27 (12.7)	21 (11.4)	6 (25.0)		
	TUS Alcohol	9 (4.2)	9 (4.9)			
	T. personalidad	6 (2.8)	5 (2.7)	1 (4.2)		
	TDAH	4 (1.9)	4 (2.2)			
	TEPT	4 (1.9)	4 (2.2)			
	TUS Cannabis	4 (1.9)	4 (2.2)			
	TAG	4 (1.9)	3 (1.6)	1 (4.2)		
	Otros	15 (6.9)	11 (5.9)	2 (8.3)	2 (40.0)*	
	Sin dx psiquiátrico	63 (29.6)	57 (31.0)	6 (25.0)		
	Total	213 (100.0)	184 (100.0)	24 (100.0)	5 (100.0)	

Fuente: Cédula de evaluación de 1ra vez

p: Medida de significancia estadística

Δ Valor calculado mediante la prueba exacta de Fisher

TUS: Trastorno por uso de sustancias

TDAH: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

TEPT: Trastorno por estrés postraumático

TAG: Trastorno de ansiedad generalizada

* Casos registrados como Disforia de Género (DSM 5)

En la Tabla 6 se reporta la psicopatología y factores relacionados con la salud mental de la muestra, de acuerdo con su modo de transmisión. Si bien en la mayoría de los casos del total de la muestra se negaron antecedentes heredofamiliares psiquiátricos, estos se reportaron con mayor frecuencia para el caso de los adolescentes con transmisión sexual, con diferencias estadísticamente significativas; una proporción significativamente superior de los de transmisión vertical reportó haber tenido psicoterapia semanal durante al menos seis meses; en ambos grupos se reportó una mayor proporción de no haber recibido manejo psicofarmacológico y de no haber intentado el suicidio, sin encontrarse diferencias significativas por grupos, siendo llamativo sin embargo que poco más del 16% de los del grupo de transmisión sexual habían intentado el suicidio en al menos una ocasión; respecto a los diagnósticos de psicopatología reportados, se encontró una mayor proporción de individuos de transmisión vertical en quienes no se identificó diagnóstico, al compararse con los de transmisión sexual; los diagnósticos más frecuentes para los de transmisión sexual fueron trastorno adaptativo, seguido de trastorno depresivo y de trastorno por consumo de alcohol, mientras que en los de transmisión vertical se encontró la misma proporción para trastorno adaptativo y trastorno por uso de cannabis, diferencias que se encontraron estadísticamente significativas.

Tabla 6. Psicopatología y factores relacionados con la salud mental en una muestra de adolescentes con infección por VIH, de acuerdo con su Modo de Transmisión.

		Total N (%)	Modo de Transmisión		
			Sexual N (%)	Vertical N (%)	p
Antecedentes Heredofamiliares Psiquiátricos	Si	47 (22.1)	47 (23.6)		0.027 ^Δ
	No	166 (77.9)	152 (76.4)	14 (100.0)	
	Total	213 (100.0)	199 (100.0)	14 (100.0)	
Antecedente de psicoterapia	Si	48 (22.5)	38 (19.1)	10 (71.4)	0.000 ^Δ
	No	165 (77.5)	161 (80.9)	4 (28.6)	
	Total	213 (100.0)	199 (100.0)	14 (100.0)	
Antecedente de tratamiento psicofarmacológico	Si	24 (11.3)	22 (11.1)	2 (14.3)	0.484 ^Δ
	No	189 (88.7)	177 (88.9)	12 (85.7)	
	Total	213 (100.0)	199 (100.0)	14 (100.0)	
Antecedente de Intento Suicida	Si	34 (16.0)	33 (16.6)	1 (7.1)	0.311 ^Δ
	No	179 (84.0)	166 (83.4)	13 (92.9)	
	Total	213 (100.0)	199 (100.0)	14 (100.0)	
Diagnóstico principal de psicopatología	T. adaptativo	77 (36.2)	75 (37.7)	2 (14.3)	0.039 ^Δ
	Trastorno depresivo	27 (12.7)	26 (13.1)	1 (7.1)	

	TUS Alcohol	9 (4.2)	8 (4.0)	1 (7.1)	
	T. personalidad	6 (2.8)	5 (2.5)	1 (7.1)	
	TDAH	4 (1.9)	4 (2.0)		
	TEPT	4 (1.9)	4 (2.0)		
	TUS Cannabis	4 (1.9)	2 (1.0)	2 (14.3)	
	TAG	4 (1.9)	4 (2.0)		
	Otros	15 (6.9)	13 (6.5)	2 (14.3)	
	<i>Sin dx psiquiátrico</i>	63 (29.6)	58 (29.2)	5 (35.7)	
	Total	213 (100.0)	199 (100.0)	14 (100.0)	

Fuente: Cédula de evaluación de 1ra vez

p: Medida de significancia estadística

Δ Valor calculado mediante la prueba exacta de Fisher

TUS: Trastorno por uso de sustancias

TDAH: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

TEPT: Trastorno por estrés postraumático

TAG: Trastorno de ansiedad generalizada

En la Tabla 7 se describen algunas características sociodemográficas y clínico-biológicas relacionadas con el VIH de una sub-muestra de adolescentes con infección por VIH, a quienes se les realizó evaluación específica a través de MINI-KID. Se aplicó dicha entrevista a un total de 48 adolescentes, con edades entre los 15 y 19 años, una media de edad de 18.1 años. La mayor proporción fueron hombres con VIH de transmisión sexual; la proporción respecto a la clínica en que se encontraban recibiendo atención al momento de incorporarlos al estudio fue muy similar, presentando una media de carga viral cercana a las 50 mil copias/ml, en su mayoría se encontraron detectables pero no infectantes respecto a la carga viral, con una media de Linfocitos T CD4 de 568.

Tabla 7. Características sociodemográficas y clínico-biológicas relacionadas con el VIH de una sub-muestra de adolescentes con infección por VIH, a quienes se les realizó evaluación específica de psicopatología (MINI-KID).

		N	̄/%
Edad (años)		48	18.1* (Max 19 – Min 15)
Sexo/Género	Hombre	43	89.6
	Mujer	4	8.3
	Mujer trans	1	2.1
	Total	48	100.0
Vía de transmisión	Sexual	46	95.8
	Vertical	2	4.2
	Total	48	100.0
Clínica en que recibe la atención	CEC	23	47.9
	CECI	25	52.1
	Total	48	100.0
Carga Viral		47	49 563 (Max 680 192 – Min 1)
Detectabilidad	Detectable	29	61.7
	Indetectable	18	38.3
	Total	47	100.0
Infectabilidad	Infectante	16	34.0
	No infectante	31	66.0
	Total	47	100.0
Linfocitos T CD4		46	568 (Max 1278 – Min 10)

Fuente: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (MINI-KID)

̄, * Media

% Porcentaje

CEC: Clínica Especializada Condesa

CECI: Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa

En la Tabla 8 se describen los trastornos psiquiátricos identificados en una sub-muestra de 48 adolescentes con infección por VIH, obtenidos mediante aplicación de la entrevista MINI-KID. Se identificó al menos un diagnóstico psiquiátrico en el 68.9% de la muestra. El trastorno observado con mayor frecuencia fue el trastorno negativista y desafiante con un 31.3% (n: 15), seguido por el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en un 27.1% (n: 13), encontrado a la par del episodio depresivo, les sigue el trastorno de conducta disocial con un 25% (n: 12), abuso de alcohol con 22.9% (n: 11), trastorno de angustia en el pasado 16.7% (n: 8), trastorno adaptativo con 14.6% (n: 7), con misma proporción del trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por estrés postraumático y la fobia social; con un 10.4% (n: 5), le siguen el abuso de drogas (no alcohol), la dependencia de alcohol, la fobia específica, el trastorno por

ansiedad de separación y la agorafobia, para finalmente identificarse trastorno distímico en 6.25% (n: 3), dependencia de drogas no alcohol 4.2% (n:2), y anorexia nervosa, trastorno de tics y trastorno de angustia actual con 2.1% (n: 1) cada uno de ellos. No se encontraron casos de episodio (hipo) maníaco, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos psicóticos y bulimia nervosa. Se registra también la proporción de sujetos identificados con riesgo suicida al momento del estudio 16.7% (n: 8) y con riesgo suicida en el pasado 31.3% (n: 15). El número promedio de diagnósticos por persona fue de 2.6, con un rango de 0 a 8 diagnósticos.

Tabla 8. Trastornos psiquiátricos identificados en una sub-muestra de adolescentes con infección por VIH, a quienes se les realizó evaluación específica (MINI-KID).

Trastorno Psiquiátrico		N	%
Trastorno negativista desafiante	Sí	15	31.3
	No	33	68.7
	Total	48	100.0
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Sí	13	27.1
	No	35	72.9
	Total	48	100.0
Episodio depresivo actual	Sí	13	27.1
	No	35	72.9
	Total	48	100.0
Trastorno de la conducta (disocial)	Sí	12	25.0
	No	36	75.0
	Total	48	100.0
Abuso de alcohol	Sí	11	22.9
	No	37	77.1
	Total	48	100.0
Trastorno de angustia en el pasado	Sí	8	16.7
	No	40	83.3
	Total	48	100.0
Trastorno adaptativo	Sí	7	14.6
	No	41	85.4
	Total	48	100.0
Trastorno de ansiedad generalizada	Sí	7	14.6
	No	41	85.4
	Total	48	100.0
Trastorno por estrés postraumático	Sí	7	14.6
	No	41	85.4
	Total	48	100.0
Fobia social	Sí	7	14.6
	No	41	85.4
	Total	48	100.0
Abuso de drogas (no alcohol)	Sí	5	10.4
	No	43	89.6
	Total	48	100.0

Dependencia de alcohol	Sí	5	10.4
	No	43	89.6
	Total	48	100.0
Fobia específica	Sí	5	10.4
	No	43	89.6
	Total	48	100.0
Trastorno de ansiedad de separación	Sí	5	10.4
	No	43	89.5
	Total	48	100.0
Agorafobia	Sí	5	10.4
	No	43	89.5
	Total	48	100.0
Trastorno distímico	Sí	3	6.25
	No	45	93.75
	Total	48	100.0
Dependencia de drogas (no alcohol)	Sí	2	4.2
	No	46	95.8
	Total	48	100.0
Anorexia nerviosa	Sí	1	2.1
	No	47	97.9
	Total	48	100.0
Trastornos de tics	Sí	1	2.1
	No	47	97.9
	Total	48	100.0
Trastorno de angustia actual	Sí	1	2.1
	No	47	97.9
	Total	48	100.0
Episodio (hipo) maniaco	No	48	100.0
Trastorno obsesivo compulsivo	No	48	100.0
Trastornos psicóticos	No	48	100.0
Bulimia nerviosa	No	48	100.0
Riesgo suicida actual	Sí	8	16.7
	No	40	83.3
	Total	48	100.0
Riesgo suicida en el pasado	Sí	15	31.3
	No	33	68.7
	Total	48	100.0
Número de diagnósticos por persona	\bar{x}	2.6	
	Rango		Min 0 – Max 8
	Mediana	2	
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	Sin dx	13	27.1
	Con dx	35	68.9
	Total	48	100.0

Fuente: aplicación de Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes, MINI-KID

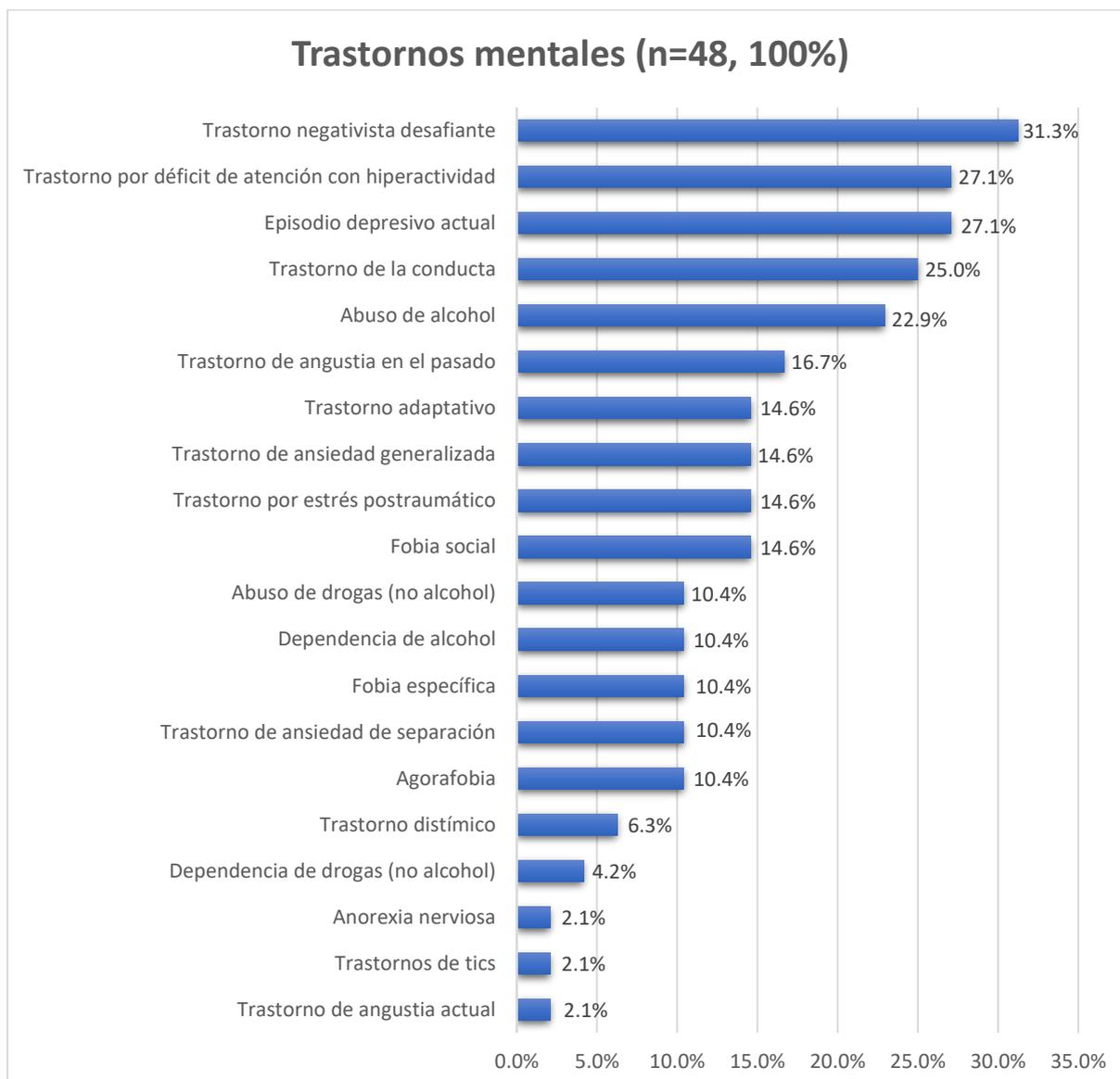
\bar{x} Media

Min, mínimo; Max, máximo

Dx, diagnóstico

En la Gráfica 1 se muestran las proporciones de trastornos psiquiátricos identificados en la sub-muestra de adolescentes con infección por VIH a quienes se realizó entrevista MINI-KID.

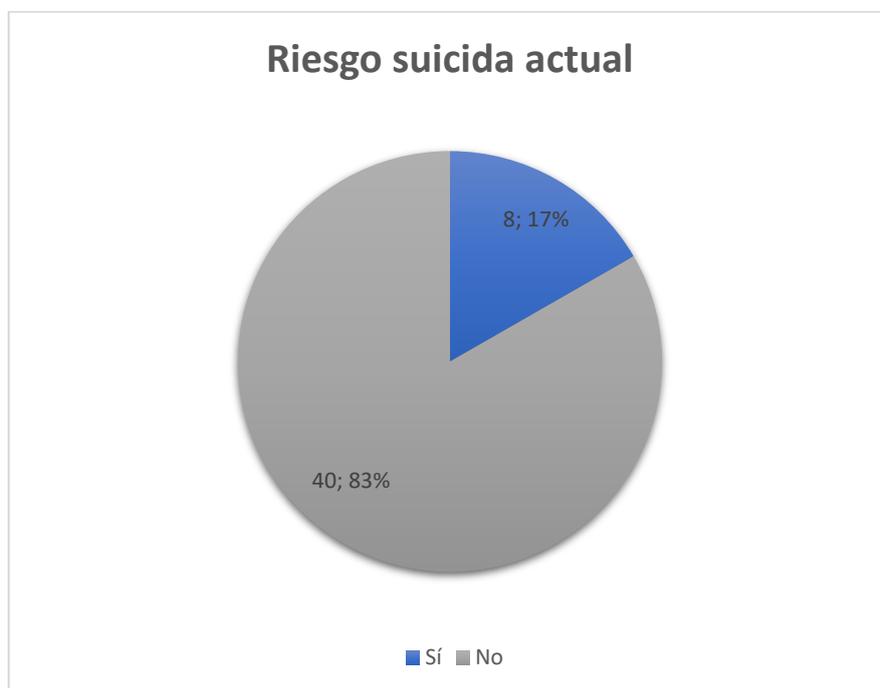
Gráfica 1. Trastornos psiquiátricos identificados en una sub-muestra de adolescentes con infección por VIH, a quienes se realizó evaluación específica (MINI-KID).



Fuente: aplicación de Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes, MINI-KID.

En la Gráfica 2 se puede observar la proporción de riesgo suicida al momento de la evaluación en una sub-muestra de adolescentes con infección por VIH a quienes se realizó entrevista MINI-KID, mismo que se encontró en un 17% de la muestra (n: 8).

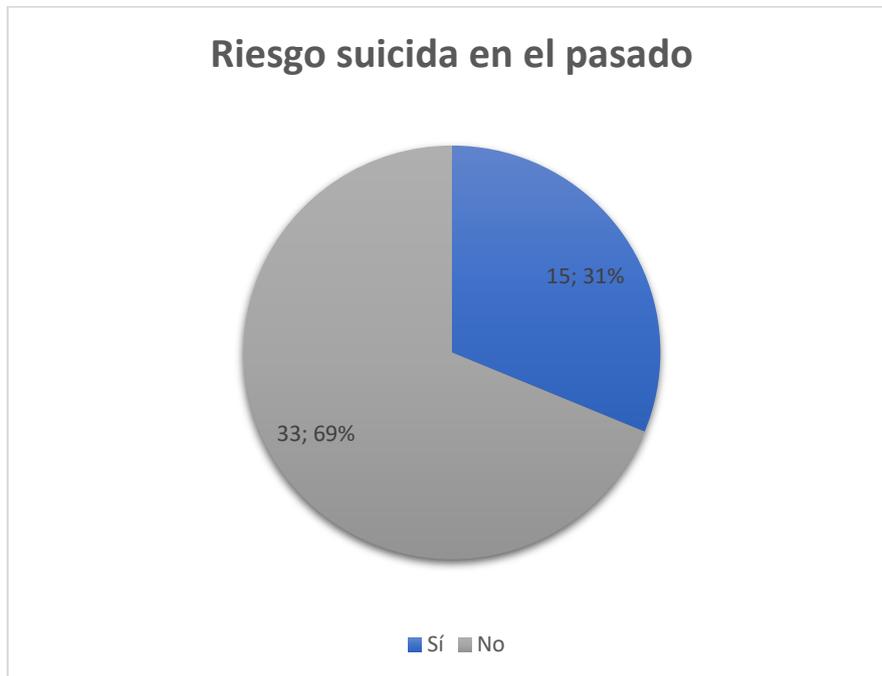
Gráfica 2. Riesgo suicida al momento de la evaluación en una sub-muestra de adolescentes con infección por VIH, a quienes se realizó evaluación específica (MINI-KID).



Fuente: aplicación de Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes, MINI-KID. N=48.

En la Gráfica 3 se muestra la proporción de adolescentes de la ya mencionada sub-muestra, que reportaron haber cursado con riesgo suicida en el pasado.

Gráfica 3. Riesgo suicida en el pasado, reportado por una sub-muestra de adolescentes con infección por VIH, a quienes se realizó evaluación específica (MINI-KID).



Fuente: aplicación de Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes, MINI-KID. N=48.

10. DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue describir las características clínicas y psicopatológicas de un grupo de adolescentes con infección por VIH, a través de la evaluación de una muestra de pacientes de entre 15 y 19 años de edad que se encuentran recibiendo atención en las Clínicas Especializadas Condesa. Si bien se logró conjuntar información relevante de una buena cantidad de adolescentes, por las características de la muestra estudiada los hallazgos encontrados no pueden ser generalizados a otras poblaciones de adolescentes con infección por VIH.

Como se ha descrito en estudios previos, la población de adolescentes con infección por VIH es una población de una vulnerabilidad particular conferida por la etapa de vida en que se encuentran principalmente, a lo que se agregan múltiples estresores relacionados con la infección por VIH. El conformar una muestra lo suficientemente representativa de adolescentes con infección por VIH de transmisión perinatal es un gran reto, sobre todo si el centro de captación de la población atiende predominantemente a población adulta, pues ya se ha descrito la alta pérdida en el seguimiento médico de pacientes en la transición de los cuidados pediátricos a la atención dirigida hacia los adultos, lo que de inicio ha limitado en este estudio el lograr comparaciones con la suficiente potencia estadística para distinguir características distintivas de las poblaciones en estudio.

De acuerdo con las cifras nacionales de CENSIDA en México (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, CENSIDA, 2017), que hasta el 1er trimestre de 2017 describía una distribución por género de la infección por VIH en los adolescentes de entre 15 y 19 años de edad, de 63.0% para los hombres y 37.0% para las mujeres, es llamativo como en la muestra del presente estudio el grupo de mujeres estuvo representado por apenas poco más del 10%, lo que hace considerar que el grupo de mujeres está sub representado en esta muestra, hallazgo a considerar en la interpretación de resultados; a pesar de esto, es llamativo como de entre las características de las mujeres, más de las

mitad de ellas se encuentra casada o unida, viven con familia y/o pareja, se dedican al hogar y profesan la religión católica, lo que no se ha encontrado en su contraparte de varones; consistente con lo reportado en otras poblaciones, en la mayoría de los casos (casi 7 de cada 10), la transmisión a las mujeres ocurre por parte de parejas estables, es decir, aquellas con quien tiene una relación que supera los 6 meses. Para el caso de los varones en su mayoría son solteros, estudiantes y la transmisión ha ocurrido por una pareja no estable, encontrándose una proporción de HSH que supera a 9 de cada 10 individuos, lo que claramente los coloca en uno de los grupos de riesgo que con mayor consistencia se han descrito en la literatura para el caso de la transmisión sexual.

La exposición a violencia se reporta llamativamente elevada para esta población, sin diferencias significativas por género, lo que corresponde con lo reportado por otros estudios que exploran la exposición a la violencia; será interesante revisar si esta exposición a violencia se correlaciona con desenlaces adversos en la salud global de este grupo de adolescentes. Sorprendentemente, la gran mayoría de adolescentes ha revelado el diagnóstico a sus familiares y ha percibido una actitud de apoyo.

La comparación entre grupos de adolescentes por modo de transmisión se ha visto limitada por la minoritaria proporción de los de transmisión perinatal, lo que tendrá que ajustarse en análisis posteriores; sin embargo, resulta llamativo resaltar como existe una mayor proporción de mujeres con transmisión vertical en este estudio, lo que podría ser un factor confusor por un sesgo de género en la interpretación de resultados. De entre las diferencias significativas con su contraparte de transmisión sexual, resaltar que es el grupo donde una menor proporción de personas se encuentra estudiando, el menos expuesto a violencia, y el de mayor apoyo familiar respecto al diagnóstico de VIH.

Son las mujeres quienes en mayor proporción están recibiendo tratamiento antirretroviral, pero a su vez son quienes reportan una menor adherencia al mismo. Por modo de transmisión y como se esperaba, son los adolescentes de transmisión vertical quienes con mayor proporción se encuentran recibiendo antirretrovirales, y quienes al mismo tiempo tienen una

menor adherencia al mismo (dato que no resultó significativo); son quienes en mayor proporción se encuentran indetectables y no infectantes por su nivel de carga viral.

En cuanto a factores relacionados con la salud mental, son las mujeres quienes en mayor proporción han tenido atención psicoterapéutica, llamativamente aunque con diferencia marginal, son las mujeres trans quienes con mayor frecuencia han intentado el suicidio, seguidas de los hombres. Cuando se revisan estos hallazgos de acuerdo con el modo de transmisión, es relevante mencionar como más del 70% de los adolescentes de transmisión vertical han tenido acceso a psicoterapia formal.

Los hallazgos obtenidos mediante la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional son relevantes al permitir comparar a esta población de estudio con otras poblaciones; para el caso de lo reportado en población general de adolescentes (Polanczyk GV, 2015), donde se describió una prevalencia mundial para niños y adolescentes de 13.4%, es relevante reportar como en esta población se obtuvo una prevalencia general de 68.9%, lo que supera también a lo descrito para los adolescentes de la población general en México (Benjet C, 2009), con datos dispares respecto a lo reportado en población adolescente con infección por VIH de otros países, pues en estudios como el de Scharko, 2006 y en el de Marhefka y colaboradores del 2009, se reportan cifras que rondan el 30%, mientras que estudios como el de Mellins en 2012 reporta prevalencias muy similares a las encontradas en nuestra población, señalando un 68.7% de psicopatología en adolescentes con infección por VIH, siendo los más prevalentes trastornos ansiosos, de conducta, por déficit de atención con hiperactividad y afectivos, con un patrón parecido al encontrado en esta población (Scharko, 2006) (Marhefka, y otros, 2009).

Este estudio cuenta pues con fortalezas, como el número total alcanzado de población estudiada, los instrumentos empleados y la correlación entre los hallazgos encontrados con lo reportado en otras poblaciones, sin embargo se requiere fortalecer particularmente los grupos poblacionales de adolescentes mujeres y de aquellos con infección por VIH de transmisión perinatal, con el

objetivo de lograr comparaciones con mayor potencia estadística que permitan identificar características distintivas por modo de transmisión que permitan el desarrollo de programas de atención con mejor adaptación al contexto clínico real.

11. CONCLUSIONES

Con este proyecto se ha pretendido conocer las características de un grupo de adolescentes viviendo con VIH en la ciudad de México, a través de un enfoque integral que incluye factores de tipo biopsicosocial. La información generada hasta ahora continuará analizándose y contrastándose con lo que se observa en el escenario clínico y de oferta de servicios de salud cotidiano, con la intención de desarrollar un Programa de Atención para Adolescentes que identifique y brinde atención de manera oportuna cuando se identifique la presencia de psicopatología.

De acuerdo con los objetivos de la Organización Mundial de la Salud, nos sumamos a los esfuerzos de la estrategia 90-90-90. Los resultados obtenidos en este estudio ofrecen oportunidades para incrementar la incorporación, retención y supresión virológica de los adolescentes viviendo con VIH en la CDMX. El adecuado control de una población con importante participación en las dinámicas de transmisión contribuye también, a la prevención de nuevos casos de VIH en la Ciudad.

12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ETAPA	ACTIVIDAD	FECHA/PERIODO
1	Revisión de la literatura y elaboración de marco teórico del tema	Marzo 2017 a Diciembre 2017
3	Aprobación del proyecto: - Comité de tesis - Comité de ética	Enero-Abril de 2018
4	Recolección de datos y aplicación de entrevistas	Mayo-Junio de 2018
6	Análisis estadístico y resultados	Junio-Julio de 2018
7	Elaboración de discusión y entrega de tesis	Julio de 2018

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alaniz-Cuevas. (2014). *Tesis: Tasa de pérdida en el seguimiento de pacientes VIH positivos en la Clínica Especializada Condesa, Ciudad de México. Factores asociados y consecuencias de la pérdida*. Ciudad de México.: UNAM-Dirección General de Bibliotecas.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnosical and Statistical Manual for Mental Disorders, DSM-5*. Washington, D.C.: APA Press.
- Arostegui, I., & Núñez, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Clada de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36)(*). *Estadística española*, 147-192.
- Beltrán, M. C., Freyre, M., & Hernández-Gúzman, L. (2012). El inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 5-13.
- Benjet C, B. G.-M.-G. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry*, 386-395.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2015). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Estados Unidos Mexicanos: Presidencia de la República.
- CENSIDA. (2016). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México, Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualizado al 15 de noviembre de 2016*. México: CENSIDA.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, CENSIDA. (2017). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México, Registro Nacional de Casos de*

- SIDA, Actualización al 1er trimestre del 2017*. Ciudad de México: CENSIDA, DGE, SSA.
- Comité de Evaluación y Recomendaciones del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal. (2011). *Índice de Desarrollo Social de las Unidades Territoriales del Distrito Federal Delegación, Colonia y Manzana*. México, DF: EVALUA DF.
- Conner, L., Wiener, J., Lewis, J., Phill, R., Peralta, L., Chandwani, S., & Koenig, L. (2013). Prevalence and predictors of drug use among adolescents with HIV infection acquired perinatally or later in life. *AIDS Behav*, 976-986.
- Cracco, C., & Blanco-Larrieux, M. (2015). Estresores y estrategias de afrontamiento en familias en las primeras etapas del ciclo vital y contexto socioeconómico. *Cienc Psicol*, 129-140.
- Delany-Moretlwe, S., & et al. (2015). Providing comprehensive health services for young key populations: . *Journal of the International AIDS Society*, 4-15.
- Evangeli, M. (2018). Mental health and substance use in HIV-infected adolescents. *Curr Opin HIV AIDS*, 1-8.
- Ferrand, R. A. (2016). Viral suppression in adolescents on antiretroviral treatment: review of the literature and critical appraisal of methodological challenges. *Tropical Medicine & International Health*, 325-333.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011, La adolescencia una época de oportunidades*. Nueva York, USA: UNICEF.
- Gama, A., Martins, M., & Dias, S. (2017). HIV Research with Men who Have Sex with Men (MSM): Advantages and Challenges of Different Methods for Most Appropriately Targeting a Key Population. *AIMS Public Health*, 221-239.
- Gardner EM, M. M. (2011). The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis*, 793-800.
- Gesida y PNS. (2010). *Documento de consenso de Gesida y PNS sobre el tratamiento antirretroviral del adulto*. Disponible en: http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcyrc2010_Doccon-sensoTARGESIDA-PNS-verpc.pdf.
- Hernández, B., & Velasco-Mondragón, H. (2000). Encuestas transversales. *Salud Pública de México*, 447-455.
- Hernández-Sampieri, R. (2014). Cap. 5 "Definición del alcance de la investigación que se realizará: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo". En R. Hernández-Sampieri, *Metodología de la Investigación 6a Edición* (págs. 88-101). México: McGraw-Hill Education.
- INEGI. (1999). *Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar* .
- INEGI. (2010). *Glosario de términos*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2015). *Encuesta Intercensal México 2015*. Obtenido de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/>
- infoSIDA. (2018, 9a Edición). *Glosario de infoSIDA, Términos relacionados con el VIH/SIDA*. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. (págs. 10: 86-92). *World Psychiatry*.
- Iribarren, M. M., Jiménez-Giménez, M., García-de Cecilia, J. M., & Rubio-Valladolid, G. (2011). Validación y propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad Estado (EIE). *Actas Esp Psiquiatr*, 49-60.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2014). *The gap report*. Switzerland: UNAIDS.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Mendez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 26-31.
- Kaplan, & Sadock. (2010). *Manual de bolsillo de psiquiatría clínica*. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., & et al. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 980-8.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82: 858-866.
- Kurt, A., & et al. (2015). HIV testing and linkage to services for youth. *Journal of the International AIDS Society*.
- Lamb MR, F. R.-B. (2014). High attrition before and after ART initiation among youth (15-24 years of age) enrolled in HIV care. *Aids.*, 28(4):559-568.
- Lowenthal, E. D. (2015). Prediction of HIV virologic failure among adolescents using the pediatric symptom checklist. *AIDS and Behavior*, 2044-2048.
- Machisa, M., Christofides, N., & Jewkes, R. (2017). Mental ill health in structural pathways to women's experiences of intimate partner violence. *PLoS One*, 12(4).
- MacKay, A., & Duran, C. (2007). *Adolescent Health in the United States*. Hyattsville, Maryland: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Marhefka, S., Lyon, M., Koenig, L., Orban, L., Stein, R., Lewis, J., & Tepper, V. (2009). Emotional and behavioral problems and mental health service utilization of youth living with HIV acquired perinatally or later in life. *AIDS Care*, 1447-1454.
- Maturo, D. e. (2011). Development of a protocol for transitioning adolescents with HIV infection to adult care. *Journal of Pediatric Health Care*, 16-23.
- McHorney, C. A., Ware, J. E., & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-item short-form survey (SF-36): II Psychometric and clinical tests of validity in measuring pysical and mental health constructs. *Medical Care*, 247-263.
- Medin G, G.-N. C.-G. (2015). Disease disclosure, treatment adherence, and behavioural profile in a cohort of vertically acquired HIV-infected adolescents. NeuroCoRISpeS study. *AIDS Care*, 1-7.
- Mellins, C., Elkington, K., Leu, C., Santamaria, K., Dolezal, C., Wisnia, A., . . . Abrams, E. (2012). Prevalence and change in psychiatric disorders among perinatally HIV-infected and HIV-exposed youth. *AIDS Care*, 953-962.

- Mellins, C., Tassiopoulos, K., Malee, K., Moscicki, A., Patton, D., Smith, R., . . . Seage, G. (2011). Behavioral health risks in perinatally HIV-exposed youth: co-occurrence of sexual and drug use behavior, mental health problems, and nonadherence to antiretroviral treatment. *AIDS Patient Care and STDs*, 413-422.
- Mutumba, & Harper. (2015). Mental health and support among young key populations: an ecological approach to understanding and intervention. *Journal of the International AIDS Society*.
- Orcasita Pineda, L. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psicología: avances de la disciplina*, 69-82.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Maternal Child Adolescent Epidemiology*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2000). Promoción de la salud sexual, Recomendaciones para la acción. *Actas de una Reunión de Consulta*, (págs. 6-10). Antigua Guatemala, Guatemala.
- Pérez Ramon, M., & Lucio-Gómez Maqueo, E. (2010). Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de bachillerato. *Health and Addictions*, 79-96.
- Pérez, P. e. (2012). Estructura factorial del test ASSIST: aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. *Trastornos Adictivos*, 44-49.
- Polanczyk GV, S. G. (2015). Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1-21.
- Reif LK, B. R. (2016). Impact of youth-friendly HIV clinic: 10 years of adolescent outcomes in Port-au-Prince, Haiti. *Journal of the International AIDS Society*, 1-10.
- Rodríguez, V., Vega-Ramírez, H., Hernández, G., Ramírez, C., Cruz, J., & Casillas, J. (2013). *Reliability, Validity and Factorial Congruence of SF-36 Health Survey in Mexican HIV positive patients*. Malasia.
- Rodríguez, V., Vega, H., Cruz, J., Ferreyra, D., Hirata, H., & Rocabert, C. (2015). *The utility of beck depression inventory HIV-adapted: cut-off scores for depressive symptoms screening in a specialized clinic in Mexico City. A two years' experience*. Canada.
- Ruiz-Pérez, I., Rodríguez-Barranco, M., Cervilla, J., & Ricci-Cabello, I. (2017). Intimate partner violence and mental disorders: Co-occurrence and gender differences in a large cross-sectional population based study in Spain. *J Affect Disord*, 69-78.
- SALVAR, F. (Agosto de 2017). Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales. *Clínica Especializada Condesa, datos no publicados*. Disponible en: <http://www.salvar.salud.gob.mx>
- Satyanarayana, V., Chandra, P., & Vaddiparti, K. (2015). Mental health consequences of violence against women and girls. *Curr Opin Psychiatry*, 350-56.
- Scharko, A. (2006). DSM psychiatric disorders in the context of pediatric HIV/AIDS. *AIDS Care*, 441-445.

- Secretaría de Salud. (2010). *Detección y atención de la violencia de pareja y de la violencia sexual, en el primer y segundo niveles de atención*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. (2006). *Sistema de Administración y Logística de ARV (SALVAR) [base de datos en Internet]*. México: Censida.
- Sheehan, D., Sheehan, K., Shytle, R., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J., . . . Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J Clin Psychiatry*, 71(3):313-26.
- Slogrove AL, M. M. (2017). Living and dying to be counted: What we know about the epidemiology of the global adolescent HIV epidemic. *Journal of the International AIDS Society*, 4-15.
- Steensma TD, M. J.-K. (2014). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 582-590.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2015). *Protocolo para juzgar con perspectiva de género. Haciendo realidad el derecho a la igualdad*. México.
- Tiburcio, M. e. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, Vol.28, no.1.
- Ulloa, R., De la Peña, F., & et al. (2006). Estudio de Confiabilidad Inter-evaluador del K-SADS-PL Versión México. *Actas Esp Psiquiátrica*, 34(1): 36-40.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. New York, USA: United Nations.
- Vance, S., Ehrensaft, D., & Rosenthal, S. (2014). Psychological and Medical Care of Gender Nonconforming Youth. *Pediatrics*, 1184-1192.
- World Health Organization. (2002). *World Report on Violence and Health: Summary*. Washington, D.C.
- (s.f.). www.cdmx.gob.mx.
- Zanoni Brian C, M. K. (2014). The adolescent and young adult cascade of care in the United States: exaggerated health disparities. *AIDS Patient Care and STDS*, 128-135.
- Zúñiga, A., Carrillo, J., Gandek, B., & Medina, M. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36. Resultados preliminares en México. . *Salud Pública Mex*, 110-118.

14. ANEXOS

- 14.1 Carta de Consentimiento/Asentimiento Informado
- 14.2 Cédula de evaluación de 1ª vez de Salud Mental-V9
- 14.3 Prueba de Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)
- 14.4 Cuestionario de Salud SF-36
- 14.5 Escala de Impulsividad Estado (EIE)
- 14.6 Inventario de Depresión de Beck (IBD)
- 14.7 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-KID)
- 14.8 Carta aprobación por el Comité de Investigación, INPRFM
- 14.9 Carta autorización del estudio en las Clínicas Especializadas Condesa
- 14.10 Carta aprobación de Proyecto General por el Comité de Investigación, INSP
- 14.11 Carta aprobación de Proyecto General por el Comité de Ética en Investigación, INSP
- 14.12 Carta aprobación de Proyecto General por el Comité de Bioseguridad, INSP

Ciudad de México, a 10 de julio del 2018

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"
PRESENTE:

Por este medio le informo que el Médico Residente de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia: Jesús Abrahán Ruiz Rosas, tutorado por los Drs. Edgardo Hamid Vega Ramírez (tutor teórico) y Francisco Rafael de la Peña Olvera (tutor metodológico), cuenta con mi autorización y apoyo para realizar su proyecto de investigación titulado: *"Características clínicas y psicopatológicas de un grupo de adolescentes con infección por VIH: estudio comparativo de transmisión horizontal vs. vertical"*, a realizarse con los pacientes de entre 15 y 19 años de edad con infección por VIH que reciben atención médica en la Clínica Especializada Condesa y en la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa "Dr. Jaime Sepúlveda Amor".

La autorización procederá cuando el alumno documente todos los requisitos de investigación y éticos que se requieren para el proyecto, tales como: aprobación por escrito del Comité de Investigación y de Ética, copia del protocolo final y copia de la carta de consentimiento informado.

Sin más por el momento quedo de ustedes para cualquier duda o aclaración.

ATENTAMENTE:



Dr. Florentino Badial Hernández
Coordinador del Programa de VIH/Sida de la Ciudad de México
Servicios de Salud del Distrito Federal



Servicios de Salud Pública de la CDMX

COORDINACIÓN DE VIH/SIDA DE LA CDMX

Gral. Benjamín Hill 24, Col. Hipodromo Condesa
Del. Cuauhtemoc 06170 CDMX

c.c.p. Dr. E. Hamid Vega Ramírez. Encargado de la Unidad de Investigación. Clínica Especializada Condesa.



SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN VIH/SIDA
CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA IZTAPALAPA,
Combate de Celaya s/n Col. Unidad Habitacional
Vicente Guerrero c.p. 9201
Del. Iztapalapa Tel. 5038170

Cuernavaca, Mor., 10 de abril, 2018
CI: 1525

René Leyva Flores
**Centro de Investigación en Sistemas de
Salud (CISS)**
Investigador Responsable
Presente

En relación a su estudio titulado **“Cohorte de adolescentes con VIH en la Ciudad de México: condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud”** me permito informarle que los y las integrantes del **Comité de Ética en Investigación** acordaron otorgarle el dictamen de:

Aprobado

Consentimiento: Le recordamos que para obtener el consentimiento de los sujetos humanos de su estudio *únicamente se deberán utilizar los materiales que han sido aprobados y la(s) carta(s) de consentimiento/asentimiento selladas por este u otro Comité de Ética en Investigación* al que haya sido sometido su estudio.

Addenda/Modificaciones: cualquier cambio o actualización en los procedimientos de este estudio deberá ser enviado a este Comité previo a su implementación, utilizando el sistema SIID.

Le agradecemos su cooperación y compromiso con la protección de los derechos de los sujetos humanos en la investigación.

Atentamente



Dra. Angélica Ángeles Llerenas
Comité de Ética en Investigación
Presidente



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

[Escriba aquí]

Carta de Consentimiento/Asentimiento Informado

Título del Proyecto: “Características clínicas y psicopatológicas de un grupo de adolescentes con infección por VIH: estudio comparativo de transmisión horizontal vs. vertical”.

Código del proyecto: _____

Se le invita a participar en una investigación que en colaboración realizan el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” y la Clínica Especializada Condesa. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información:

(todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar).

1. **Objetivo:** Describir las características clínicas y psicopatológicas de un grupo de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad con infección por VIH de transmisión vertical (perinatal) y horizontal (sexual, por transfusión o por compartir jeringas) en atención en la Clínica Especializada Condesa.

2. **Procedimiento:** Si usted acepta participar en este estudio se le realizará una serie de preguntas por parte del evaluador, con las que se buscará completar la información solicitada por 2 instrumentos: 1) cédula de evaluación para usuarios que por primera vez reciben atención en el programa de salud mental de la Clínica Especializada Condesa, 2) una entrevista diagnóstica estructurada para identificar alteraciones en la salud mental de niños y adolescentes llamada MINI-KID. Todo lo cual implica un riesgo mínimo.

3. **Tratamiento:** Usted recibirá la atención médica y de salud mental habitual a cargo del personal del programa de salud mental y del resto de personal médico y paramédico de la Clínica Especializada Condesa. Su médico estará enterado de su participación y, en caso de ser necesario, podremos contactarlo para cualquier consideración referente al estudio.

3. Beneficios derivados del estudio:

- **Directos:** Los resultados de esta evaluación le serán informados, a la vez que serán anexados a su expediente clínico, por lo que podrán ser tomados en cuenta para optimizar su atención médico-psiquiátrica; en caso de corroborarse algún diagnóstico psiquiátrico realizado previamente o de identificarse alguno por primera vez, se le ofrecerá manejo y seguimiento de acuerdo con las políticas institucionales (atención psiquiátrica y/o psicológica ambulatoria a través de citas subsecuentes en la consulta externa de las Clínicas Especializadas Condesa, referencia a otras instituciones del Sistema de Salud Pública de la Ciudad de México a través del sistema de referencia-contrarreferencia cuando los hallazgos así lo ameriten, por requerir un 2do o 3er nivel de atención), atención que los usuarios reciben sin costo a través de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.
- **Indirectos:** Además, con su participación usted estará contribuyendo a incrementar el conocimiento al respecto de las características clínicas y psicopatológicas de los adolescentes de entre 15 y 19 años de edad con infección por VIH que reciben atención en las Clínicas Especializadas Condesa, lo cual a su vez beneficiará a la comunidad de personas que lo presentan.



[Escriba aquí]

4. **Incomodidades:** Obtener la información a través de la entrevista podría llevar 20 a 30 minutos más de tiempo del empleado de forma habitual en la evaluación que se hace de primera vez a todos(as) los(as) pacientes en el programa de salud mental de la Clínica Especializada Condesa.

5. **Confidencialidad:** Todos los datos personales y clínicos que se obtengan serán mantenidos en total confidencialidad, estos serán codificados por lo que no se utilizará el nombre de ninguno de los participantes. Además, usted puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que por ello se altere la relación médico-paciente ni se produzca perjuicio en el tratamiento.

6. **La participación en este estudio es totalmente voluntaria.** Es importante que haya comprendido la razón por la cual se le invita a participar en esta investigación. De no ser así o en caso de que usted tenga cualquier pregunta, puede dirigirse con el Dr. Jesús Abrahán Ruiz Rosas (investigador principal) del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, en la Delegación Tlalpan. Clínica de la Adolescencia, piso 1. En el consultorio 7, de 08:00 a 17:00 horas o también al teléfono: 4160 5312.

7. **Uso de bases de datos de la Clínica Especializada Condesa y SALVAR.** Como parte de esta investigación, y en caso de que usted cuente con registros previos de atención en la Clínica Especializada Condesa y/o en el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de antirretrovirales (SALVAR), podría requerirse la consulta de información contenida en bases de datos, principalmente en la base de datos del Programa de Salud Mental y en la de SALVAR.

Estaría usted de acuerdo en que consultemos y recabemos información relacionada con Usted que se encuentre registrada en las ya mencionadas bases de datos:

Sí

No

Estaría usted de acuerdo en que consultemos su expediente para recabar información al respecto de la sintomatología y datos sociodemográficos:

Sí

No

Estaría usted de acuerdo en que la información obtenida sea compartida con su médico tratante, con el fin de optimizar la atención y tratamiento:

Sí

No

He leído la carta de consentimiento/asentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

[Escriba aquí]

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la Institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Nombre y firma del participante: _____

Fecha: _____

Nombre y firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Nombre y firma del investigador principal: _____

Fecha: _____

Nombre y firma del Testigo 1: _____

Fecha: _____

Nombre y firma del Testigo 2: _____

Fecha: _____


 INSTITUTO NACIONAL
 DE PSIQUIATRÍA
 RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
 DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA
 ★ 30 ENE. 2018 ★
 DEPARTAMENTO ACADÉMICO
 HORA: 13:00
 NOMBRE: Angelica



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

COMITÉ DE TESIS FORMATO DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE TESIS

Nombre del residente: JESÚS ABRAHÁN RUIZ ROSAS

Grado: R3 PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

Fecha: ENERO 23, 2018

Título: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PSICOPATOLÓGICAS DE UN GRUPO DE ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR VIH: ESTUDIO COMPARATIVO DE TRANSMISIÓN HORIZONTAL VS. VERTICAL

Nombre del Tutor Teórico: Dr. Edgardo Hamid Vega Ramírez

Nombre del Tutor Metodológico: Dr. Francisco Rafael de la Peña Olvera

Instrucciones: Marque con una X la puntuación que bajo su criterio corresponda a la oración, considerando que:

4 puntos = Excelente, **3 puntos** = Bien o adecuada, **2 puntos** = Regular o deficiente,
1 punto = Inaceptable,

VALORACIÓN GENERAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

La relevancia científica de la investigación es:	4	<input checked="" type="checkbox"/>	2	1
La trascendencia social de la investigación es:	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2	1
La factibilidad referente a los recursos humanos, materiales y financieros necesarios es:	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2	1
La factibilidad relativa a la muestra calculada es:	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2	1
El cronograma de actividades propuesto se ajusta al tiempo de duración del plan de estudios, de manera:	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2	1
Se cumple con los requisitos planteados por el comité de Ética:	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2	1

000153


 INSTITUTO NACIONAL
 DE PSIQUIATRÍA
 RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
 ★ 25 ENE. 2018 ★
 DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA
 HORA: 14:40
 NOMBRE: C. A. G.

Recomendaciones

00153

El trabajo propuesto es relevante y de interés científico. La pregunta de investigación es pertinente.
Sugiero incluir en el análisis aspectos que consideren al enfoque de las determinantes sociales en la salud mental en especial para este grupo de pacientes.

Evaluación
(Marque con una X)

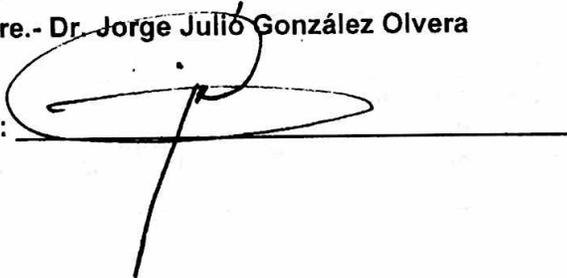
	Si	No
Aprobado	X	

EN CASO DE NO SER APROBADO:

El responsable de la evaluación:

Nombre.- Dr. Jorge Julió González Olvera

Firma:




Dr. Héctor Sentes Castellá
Presidente del Comité de Tesis:



*Instituto Nacional
de Salud Pública*

Comité de Investigación

Registro ante COFEPRIS: 15 CI 17 007 031.

CI-359.

Proyecto No. 1525.

Cuernavaca, Mor., a 11 de abril del 2018.

Dr. René Leyva Flores
Investigador Responsable de Proyecto
Centro de Investigación en Sistemas de Salud
Instituto Nacional de Salud Pública
Presente

Estimado Dr. Leyva,

Por medio del presente informo a usted, que el Comité de Investigación efectuó la revisión de su respuesta a los comentarios realizados al proyecto de Investigación titulado: **Cohorte de adolescentes con VIH en la Ciudad de México: condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud**, motivo por el cual se acordó emitir el siguiente dictamen:

Aprobado

Le recordamos que cualquier cambio o actualización en los procedimientos de este estudio, deberá ser registrado en el sistema SIID para su revisión, previo a su implementación.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo,

Atentamente,


Dr. Eduardo C. Lazcano Ponce
Presidente del Comité de Investigación
Instituto Nacional de Salud Pública

Ccp.- Dr. Juan A. Rivera Dommarco.- Director General INSP.- Presente.

Dr. Ricardo Enrique Pérez Cuevas.- Director General Adjunto del Centro de Investigación en Sistemas de Salud.- Presente.

Página | 1

Avenida Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatitlán
C.P. 62100
Cuernavaca, Morelos, México.



CB18-137.

Cuernavaca, Mor., 30 de marzo de 2018.

CI:1525 CB: 1516

Dr. Rene Leyva Flores
Responsable de Proyecto
CISS-INSP
Presente

En relación con su proyecto **“Cohorte de adolescentes con VIH en la Ciudad de México: condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud”**, se le informa que el Comité de Bioseguridad emite un dictamen como: **Aprobado**, en virtud a que el protocolo cumple con la normatividad establecida para el uso y manejo de RPBI y CRETIs.

Le recordamos que si tiene alguna duda con respecto al manejo de CRIT y RPBI puede consultar el Manual de procedimientos para el manejo de sustancias CRIT y RPBI del INSP (<https://www.insp.mx/comite-bioseguridad/manual-bioseguridad.html>).

Así mismo le tenga presente que debe mantener vigente la acreditación del responsable de bioseguridad, en caso de que esté vencida o próxima a vencer, puede actualizar en el sitio <https://about.citiprogram.org/en/course/basic-introduction-to-biosafety/>.

Atentamente,



Dra. Antonia Herrera Ortiz
Presidente del Comité
de Bioseguridad-INSP

Presidenta e-mail: aherrera@insp.mx
Secretario Técnico: gperales@insp.mx

Avenida Universidad 655
Cerrada Los Pinos y Caminera
Colonia Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México
conm.: (777) 329 3000

www.insp.mx

M.I.N.I. KID

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

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

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

Versión en Español:

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

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

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

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el “Medical Outcome Systems, Inc” en www.medical-outcomes.com

También está disponible gratuito a través del “Medical Outcome Systems, Inc” en www.medical-outcomes.com

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

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

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CUMPLE LOS CRITERIOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
B RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A
C TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
D EPISODIO (HIPO) MANÍACO	Actual Pasado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes) De por Vida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G TRASTORNO de ANSIEDAD de SEPARACIÓN	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.21	F93.0
H FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
I FOBIA ESPECÍFICA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.29	N/A
J TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
K ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
L ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2x/F10.
L DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2x/F10.
M ABUSO DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
M DEPENDENCIA DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
N TRASTORNOS DE TIC	Actual Pasado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	307.20-307.23	F95.x
O TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/ HIPERACTIVIDAD	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.00-314.01	F90.0/F98.8
P TRASTORNO DE LA CONDUCTA	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.x
Q TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	313.81	F91.3
R TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por Vida Actual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29
S ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
T BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
U TRASTORNO de ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
V TRASTORNOS ADAPTATIVOS	Actual	<input type="checkbox"/>	309.24/309.28 309.3/309.4	F43.xx

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR

PRESENTACIÓN DE LA ENTREVISTA:

La naturaleza y propósito de esta entrevista debe ser explicada al niño o adolescente, antes de comenzar la entrevista. Un ejemplo de una introducción se presenta a continuación:

"Te voy a hacer muchas preguntas acerca de tí mismo. Esto es para yo poder conocerte mejor y ver como puedo ayudarte. La mayoría de las preguntas se contestan 'sí' o 'no'. Si no entiendes una palabra o pregunta, pregúntame y yo te la explico. Si no estas seguro de como contestar una pregunta, no trates de adivinar – mejor dime que no estas seguro. Algunas de las preguntas te parecieran extrañas, pero trata de contestarlas de todos modos. Es importante que contestes las preguntas tan honestamente como puedas, para así yo poder ayudarte. ¿Tienes alguna pregunta antes de empezar?"

Para niños menores de 13 años , se recomienda que entreviste juntos al niño y al padre. Debe de hacerle las preguntas al niño, pero debe de alentar al padre a interrumpir si piensa que la respuesta del niño no está clara o no es precisa. El entrevistador/a determina si la respuesta del niño cumple con los criterios diagnósticos de la pregunta, esta decisión es basada en su juicio clínico.

PRESENTACIÓN:

La M.I.N.I. está dividida en **módulos** identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un **recuadro gris**, una o varias preguntas "**filtro**" correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en « letra normal » deben leerse "palabra por palabra" al paciente de modo a regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en « MAYÚSCULAS » no deben de leerse al paciente. Estas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en « negrita » indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Solo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado, deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (➔) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, circular « **NO** » en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Quando los términos estan separados por una *barra(/)* el entrevistador debe leer solo aquellos síntomas presentados por el paciente (por ejemplo, la pregunta H6).

Frases en (paréntesis) son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

FORMATO DE LA ENTREVISTA

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

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

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

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

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

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

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

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

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

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

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

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

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

NO SÍ

EPISODIO DEPRESIVO
MAYOR ACTUAL

B. RIESGO DE SUICIDIO

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

CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

O SÍ N ➔

**RIESGO DE SUICIDIO
PASADO**

En el último mes:

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

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

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

NO **SÍ**

**RIESGO DE SUICIDIO
ACTUAL**

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

C. TRASTORNO DISTÍMICO

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

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

En el último año:				
C1	a ¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado? ¿Has estado malhumorado o molesto? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	10
	b ¿Te has sentido así la mayor parte del tiempo?	➡ NO	SÍ	11
C2	En el último año , ¿Te sentiste bien por dos meses o mas?	NO	➡ SÍ	12
C3	Durante el último año , la mayor parte del tiempo:			
	a ¿Tenías menos hambre que la que usualmente tienes? ¿Tenías mas hambre que la que usualmente tienes? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	13
	b ¿Tenías dificultad para dormir (“dificultad para dormir” significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche, despertarte bien temprano o dormir demasiado)?	NO	SÍ	14
	c ¿Te sentías mas cansado de lo usual?	NO	SÍ	15
	d ¿Te sentías menos seguro de ti mismo? ¿Te sentías mal acerca de ti mismo? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	16
	e ¿Se te hacía difícil prestar atención? ¿Se te hacía difícil decidirte? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	17
	f ¿Sentías que las cosas nunca iban a mejorar? ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE C3a-f?	➡ NO	SÍ	
C4	¿Te molestaba mucho sentirte deprimido / malhumorado / desinteresado? ¿Esto te causó problemas en tu casa, en tu escuela, o con tus amigos? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	19

¿CODIFICÓ **SÍ** EN C4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

D. EPISODIO (HIPO) MANÍACO

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

D1	a	<p>¿Alguna vez, has tenido un período de tiempo en el que te has sentido tan feliz que has estado bien exaltado o eufórico? Por exaltado o eufórico, me refiero a que te sientas muy bien; estas lleno de energía, necesitas dormir menos; los pensamientos se aceleran en tu cabeza; estas lleno de ideas.</p> <p>NO CONSIDERE PERÍODOS DE TIEMPO CUANDO EL PACIENTE ESTABA INTOXICADO CON DROGAS O ALCOHOL O DURANTE SITUACIONES QUE NORMALMENTE SOBRE ESTIMULAN O EXCITAN A LOS NIÑOS, COMO LAS NAVIDADES, LOS CUMPLEAÑOS,...</p>	NO	SÍ	1
	b	¿En este momento te sientes “exaltado”, “eufórico”, o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	<p>¿Alguna vez, has tenido un período de tiempo en el que estuviste tan gruñón, malhumorado o molesto, que gritabas o empezabas peleas; o le gritabas a personas fuera de tu familia? Has tu o los demás notado, que has estado mas gruñón que otros niños, incluso cuando pensabas que tenías motivos para sentirte así?</p> <p>CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p> <p>NO CONSIDERE PERÍODOS DE TIEMPO CUANDO EL PACIENTE ESTABA INTOXICADO CON DROGAS O ALCOHOL O DURANTE SITUACIONES QUE NORMALMENTE SOBRE ESTIMULAN A LOS NIÑOS Y LOS PONE BIEN MALHUMORADOS O MOLESTOS.</p>	NO	SÍ	3
	b	¿En este momento te sientes “malhumorado” o “molesto”?	NO	SÍ	4
		¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a ?	NO	SÍ	
➡					
D3	<p>SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b O D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que te sentías exaltado, lleno de energía, o irritable notaste que:</p>				
	a	¿Podías hacer cosas que otros no podían hacer? ¿Sentías que eras una persona bien importante?	NO	SÍ	5
		CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
	b	¿Necesitabas dormir menos (ej. te sentías descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablabas mucho, sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderte?	NO	SÍ	7
		CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
	d	¿Tus pensamientos pasaban tan deprisa por tu cabeza que tenías dificultad para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Te distraías fácilmente con cosas insignificantes?	NO	SÍ	9
	f	¿Estabas tan activo o inquieto que los demás se preocupaban por ti?	NO	SÍ	10
	g	¿Querías hacer cosas divertidas, incluso cuando podías hacerte daño haciéndolas? ¿Querías hacer cosas que podían meterte en problemas? (Como quedarte fuera de casa hasta tarde o faltar a la escuela.)	NO	SÍ	11
		CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EVALUANDO EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EVALUANDO EPISODIO ACTUAL])?	NO	SÍ	
➡					

Por lo menos una semana o mas:

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

NO SÍ 12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA: ↓ ↓

HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ **NO** EN **D4**?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **D4**?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

E. TRASTORNO DE ANGUSTIA

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

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

E2 ¿Te ha pasado esto cuando no te lo esperabas? ➡
 NO SÍ 3

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

F. AGORAFOBIA

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

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

AGORAFOBIA ACTUAL

¿CODIFICÓ **NO** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ **SÍ** EN **E7** (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
-----------	-----------

*TRASTORNO DE ANGUSTIA
sin Agorafobia
ACTUAL*

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ **SÍ** EN **E7** (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
-----------	-----------

*TRASTORNO DE ANGUSTIA
con Agorafobia
ACTUAL*

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO	SÍ
-----------	-----------

*AGORAFOBIA, ACTUAL
sin historial de
Trastorno de Angustia*

G. TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

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

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **G1**, **G2 RESUMEN** Y **G3** ?

NO **SÍ**
TRASTORNO DE ANSIEDAD
DE SEPARACIÓN

H. FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)

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

H1	<p>¿En el pasado mes, sentiste miedo o vergüenza cuando otros te estaban mirando? ¿Tenías miedo de que te molestaran o se burlaran? ¿Como hablar frente a la clase? o ¿Comer o escribir frente a otros? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>	➡ NO	SÍ	1
H2	¿Le tienes mas miedo a estas cosas que otros niños de tu edad?	➡ NO	SÍ	2
H3	¿Le tienes tanto miedo a estas cosas que tratas de alejarte de ellas? o ¿Solamente las puedes hacer cuando alguien está contigo? o ¿Las haces, pero se te hace bien difícil? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	3
H4	¿Te molesta mucho este miedo? ¿Te causa problemas en tu casa o en la escuela? ¿Esto hace que tengas miedo de ir a la escuela? ¿Esto hace que quieras estar solo? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	<p style="text-align: center;">NO SÍ</p> <p style="text-align: center;">FOBIA SOCIAL <i>(Trastorno de Ansiedad Social)</i> ACTUAL</p>		4

I. FOBIA ESPECÍFICA

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

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

J. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

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

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

↓
Ir a **J4**

CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA, OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS ALIMENTICIOS, COMPORTAMIENTO SEXUAL, ABUSO DE ALCOHOL O DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS.

J2	<p>¿Estos pensamientos volvían a tu mente aún cuando tratabas de ignorarlos o de librarte de ellos?</p>	NO	SÍ	2
----	---	----	----	---

↓
Ir a **J4**

J3	<p>¿Tu piensas que estas cosas vienen de tu propia mente y que no vienen de fuera de tu cabeza?</p>	NO	SÍ obsesiones	3
----	---	----	--	---

J4	<p>¿En el pasado mes, hiciste algo una y otra vez sin poder dejar de hacerlo, como el lavar o limpiar una y otra vez? ¿Ordenar o arreglar las cosas una y otra vez? ¿Contar y verificar las cosas una y otra vez? ¿Decir o hacer algo una y otra vez?</p>	NO	SÍ compulsiones	4
----	---	----	--	---

CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **J3** O EN **J4**?

➡
NO SÍ

J5	<p>¿Estos pensamientos o acciones son la causa de que no participes en actividades en tu casa? ¿En la escuela? ¿Con tus amigos? ¿Te causaron problemas con otras personas?</p> <p>CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>
----	--

NO	5	SÍ
<p>TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO ACTUAL</p>		

K. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)

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

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

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

NO

SÍ

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

L. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

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

L1	<p>¿En el último año, has tomado más de 2 bebidas alcohólicas en un día? ¿En esas ocasiones, tomaste mas de 2 bebidas alcohólicas en un período de 3 horas? ¿Hiciste esto mas de 2 veces en el último año? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA</p>	NO	SÍ	1
----	--	----	----	---

L2	En el último año :			
a	¿Necesitaste beber más alcohol para conseguir los mismos efectos que cuando empezaste a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducías la cantidad de alcohol o dejabas de beber, temblaban tus manos? ¿Sudabas? ¿Te sentías nervioso o no te podías quedar tranquilo? ¿Alguna vez bebiste para evitar estos problemas? ¿Bebiste otra vez para evitar la resaca? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
c	¿Cuándo bebías alcohol, acababas bebiendo más de lo que en un principio habías planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Has tratado de reducir o dejar de beber alcohol? ¿Te diste cuenta de que no podías lograrlo? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	NO	SÍ	5
e	¿En los días que bebías, pasabas mas de dos horas bebiendo? Incluye el tiempo que te tomó conseguir el alcohol, beberlo, y recuperarte de sus efectos.	NO	SÍ	6
f	¿Pasaste menos tiempo en otras cosas debido a que estabas bebiendo (Como en la escuela, en tus pasatiempos,o estar con tus amigos)?	NO	SÍ	7
g	¿Continuaste bebiendo a pesar de saber que esto te causaba problemas (Como de salud fisica o mental)?	NO	SÍ	8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE L2 a-g?

NO ➡ SÍ DEPENDENCIA DE ALCOHOL
--

En el último año :

L3	a	¿Has estado intoxicado, embriagado, o con resaca cuando tenías algo importante que hacer? ¿Como tu trabajo escolar u otras responsabilidades en la casa? ¿Te pasó esto mas de una vez? ¿Esto te causó algún problema? CODIFIQUE SÍ SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	10
	b	¿Estabas intoxicado cuando estabas haciendo algo en lo que podías correr un riesgo físico, (Como correr en bicicleta, conducir un automóvil, o utilizar una máquina)?	NO	SÍ	11

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **1** O MÁS RESPUESTAS DE **L3**?

NO	SÍ
<i>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</i>	

M. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

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

M1	a	Ahora te voy a leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas. Deténme, si en el pasado año , has tomado alguna de estas drogas, en mas de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar tu estado de ánimo.	➡ NO	SÍ
----	---	--	---------	----

CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, “speed”, cristal, dexedrine, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, “speedball”.

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

Alucinógenos: LSD (ácido) mescalina, peyota, PCP (polvo de ángel, “peace pill”), “psilocybin”, STP, hongos, éxtasi

Inhalantes: pegamento, “éther”, óxido nitroso, (“laughing gas”), “amyl” o “butyl nitrate” (“poppers”).

Mariguana: hashish, THC, pasto, hierba, mota, “reefer”.

Tranquilizantes: Qualude, Seconal (“reds”), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, “Miltown”
 Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

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

Especifique la Droga(s) MAS USADA: _____

MARQUE UNA CASILLA

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS HA SIDO UTILIZADA .

SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

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

a	¿Necesitaste tomar mas de esa droga para obtener los mismos efectos que cuando empezaste a usarla?	NO	SÍ	1
---	--	----	----	---

b	¿Cuándo disminuiste la cantidad o dejaste de usar droga(s), te sentiste mal físicamente o tuviste síntomas de abstinencia? (“Síntomas de abstinencia” pueden ser sentirte enfermo, dolor en el cuerpo, temblores, fiebre, debilidad, malestar estomacal, diarreas, náuseas, sudoraciones, sentir que tu corazón late mas fuerte, dificultad para dormir, sentirte nervioso, irritable o sentir como que no te puedes quedar tranquilo.) ¿Usaste la droga(s) otra vez para evitar enfermarte o para sentirte mejor?	NO	SÍ	2
---	--	----	----	---

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

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

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

NO	➔	SÍ
DEPENDENCIA DE DROGAS ACTUAL		

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

Durante el año pasado:

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN M3a o b o c o d?

NO		SÍ
ABUSO DE DROGAS ACTUAL		

N. TRASTORNOS DE TIC

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

N1	a	¿En el último mes has tenido movimientos en tu cuerpo llamados "Tics"? Los "Tics" son movimientos rápidos de alguna parte de tu cuerpo, que son difíciles de controlar. Un tic puede ser parpadear tus ojos repetidamente, espasmos o temblores en tu cara, mover o sacudir tu cabeza, hacer un movimiento con tu mano una y otra vez, o tener que doblarte, o encojerte de hombros una y otra vez.	NO	SÍ	1
	b	¿Alguna vez has tenido un tic que te hizo decir algo una y otra vez y era difícil parar de hacerlo? Como toser, resoplar, aclararte la garganta una y otra vez, cuando no tenías catarro; o gruñir, ladrar; tener que decir ciertas palabras una y otra vez,, tener que decir malas palabras, o tener que repetir sonidos que escuchas o palabras que otra personas dicen?	NO	SÍ	2
SI CODIFICÓ NO EN AMBAS N1A Y N1B, CIRCULE NO EN TODAS LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y SALTE A O1					
N2	a	¿Tenías estos "tics" varias veces al día?	NO	SÍ	3
	b	¿Los tuviste por un año o mas?			
	c	¿Alguna vez se desaparecieron completamente por 3 meses consecutivos?	NO	➡ SÍ	4

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

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

N4 a	¿CODIFICÓ SÍ EN N1a, N1b, N2a, N2b Y N3 ?	➡	SÍ	
		NO TRASTORNO DE LA TOURETTE, ACTUAL		

N4 b	¿CODIFICÓ SÍ EN N1a + N2a + N2b + N3 Y CODIFICÓ NO EN N1b ?	➡	SÍ	
		NO TRASTORNO DE TIC MOTOR CRÓNICO		

N4 c	¿CODIFICÓ SÍ EN N1b + N2a + N3 Y CODIFICÓ NO EN N1a?	➡	SÍ	
		NO TRASTORNO DE TIC		

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

O. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

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

En los últimos 6 meses:

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

En los últimos 6 meses:

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

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **O1** RESUMEN & **O2** RESUMEN?

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

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

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

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

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

P. TRASTORNO DE LA CONDUCTA (DISOCIAL)

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

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

¿ CODIFICÓ SÍ EN P1 RESUMEN & P2 ?

NO **SÍ**
TRASTORNO DE LA
CONDUCTA
ACTUAL

Q. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

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

Q1 En los últimos seis meses:

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

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

NO SÍ

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

NO SÍ 9

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

¿CODIFICÓ SÍ EN Q1 RESUMEN & Q2 ?

NO	SÍ
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE ACTUAL	

R. TRASTORNOS PSICÓTICOS

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

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

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

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

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

R6	a	¿Alguna vez, has escuchado cosas que otras personas no pueden escuchar, como voces? [LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO “EXTRAÑAS” SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE]: SI SÍ: ¿Escuchaste una voz hablando de ti? Escuchaste más de una voz hablando?	NO	SÍ	11
				SÍ	
	b	SI SÍ: ¿Has escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	12
				SÍ → R 8b	
R7	a	¿Alguna vez, has tenido visiones o ha visto cosas que otros no pueden ver? NOTA: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS	NO	SÍ	13
	b	SI SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14

BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR (A):

R8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE, INCOHERENTE DESORGANIZADO, O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15
R9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16
R10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA [UN APLANAMIENTO AFECTIVO INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA] ?	NO	SÍ	17

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

NO	SÍ
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL	

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

NO	YES	18
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		

R13 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **R11** Y CODIFICÓ **SÍ** EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR O CODIFICÓ **SÍ** EPISODIO MANÍACO, (ACTUAL O PASADO)?

NO

SÍ

R14 **SI CODIFICÓ SÍ EN R12:**

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

19

NO

SÍ

***TRASTORNO DEL
ESTADO DEL ÁNIMO
CON SÍNTOMAS
PSICÓTICOS***

S. ANOREXIA NERVIOSA (opcional)

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

M1 a ¿Cuál es tu estatura?	<input type="text"/> pies <input type="text"/> <input type="text"/> pulg. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> libras. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kgs.
b ¿En los últimos tres meses, cual ha sido tu peso más bajo?	
¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	➡ NO SÍ

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

PARA NIÑAS : ¿CODIFICÓ SÍ EN S5 Y S6?

PARA NIÑOS : ¿CODIFICÓ SÍ EN S5?

➡ NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

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

Mujer Estatura/Peso															
pies/pulg.	4'9	4'10	4'11	5'0	5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10	
lbs.	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cms	144.8	147.3	149.9	152.4	154.9	157.5	160.0	162.6	165.1	167.6	170.2	172.7	175.3	177.8	
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre Estatura/Peso															
pies/pulg.	5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10	5'11	6'0	6'1	6'2	6'3
lbs.	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cms	154.9	157.5	160.0	162.6	165.1	167.6	170.2	172.7	175.3	177.8	180.3	182.9	185.4	188.0	190.5
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

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

T. BULIMIA NERVIOSA (optional)

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

En los últimos tres meses:				
T1	¿Te has dado atracones? Un "atacón" es cuando comes una gran cantidad de alimentos en un período de 2 horas.	➡ NO	SÍ	7
T2	¿Te has dado 2 atracones o mas por semana?	➡ NO	SÍ	8
T3	¿Durante un atracón, has sentido que no te puedes controlar?	➡ NO	SÍ	9
T4	¿Trataste de hacer algo para evitar ganar peso? ¿Como inducir el vómito o ejercitarte en exceso? ¿Tratar de no comer por uno o mas días? ¿Tomar pastillas que te hacen ir mas al baño? ¿O tomar otro tipo de pastillas para evitar ganar peso? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	10
T5	¿La opinión que tienes de tí mismo se ve afectada por tu peso? ¿La figura de tu cuerpo afecta la opinión que tienes de tí mismo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	11
T6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?		NO SÍ ↓ Ir a O8	
T7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____ libras/kgs.)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVOSA.)		NO SÍ	15
T8	¿CODIFICÓ SÍ EN T5 O CODIFICÓ NO EN T7 O SALTÓ A O8?	NO SÍ BULIMIA NERVIOSA ACTUAL		
T9	¿CODIFICÓ SÍ EN T7?	NO SÍ ANOREXIA NERVIOSA Tipo Compulsivo/Purgativo ACTUAL		

U. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

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

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

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

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

NO **SÍ**
Trastorno de Ansiedad Generalizada
ACTUAL

V. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

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

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

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

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

¿ESTÁN PRESENTES LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EMOCIONALES/DE CONDUCTA?:

CALIFICADORES:
apropiados.

Marcar todos los que sean

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

SI MARCÓ:

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

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

SI NO, CODIFIQUE EL TRASTORNO COMO AUSENTE.

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

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

Reconocimientos:
Queremos agradecer a Mary Newman, Berney Wilkinson, y a Marie Salmon por su ayuda y sugerencias

REFERENCIAS

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

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

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

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