

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL

CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE PEDIATRÍA “DR.SILVESTRE FRENK FREUND”

TÍTULO:

**FRECUENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN UN HOSPITAL DE
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

Dr. Roberto Alexis Molina Campuzano

Proyecto de tesis para obtener el diploma de especialista en
Psiquiatría Infantil y del Adolescente:

Asesor:

Dr. Leonel Jaramillo Villanueva
Jefe del servicio de Salud Mental de la UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo
XXI, IMSS

Investigadores asociados:

Dra. Claudia del Carmen Zepeda Martínez

Especialidad y cargo: Jefa del servicio de Nefrología Pediátrica UMAE Hospital de
Pediatría CMN Siglo XXI, IMSS

Dra. Rocío Hinojosa Vega

Especialidad y cargo: Médico de Psiquiatría infantil y del adolescente, médico
adscrito al servicio de Salud Mental de UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo
XXI, IMSS



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.

HOJA DE DATOS PERSONALES:

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Nombre: Roberto Alexis Molina Campuzano.

Especialidad: Psiquiatría Infantil y del adolescente

Grado: Segundo año

Unidad: Centro Médico Nacional Siglo xxi Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frank Freund xxx”

Teléfono: 2224554070

Dirección: Virginia Fábregas #98, colonia San Rafael, Delegación Cuauhtémoc.

Correo electrónico: alexismolina86@hotmail.com

DATOS DEL ASESOR:

Nombre: Dr. Leonel Jaramillo Villanueva

Especialidad y cargo: Médico de Psiquiatría infantil y del adolescente, Jefe del Servicio de Salud Mental de UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI, IMSS

Teléfono: 5512890545

Correo electrónico: leonel.jaramillo@gmail.com

DATOS DE INVESTIGADOR ASOCIADO:

Nombre: Claudia del Carmen Zepeda Martínez

Especialidad y cargo: Jefa del servicio de Nefrología Pediátrica UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI, IMSS

Teléfono: 5556276900

Correo electrónico: claudiazepeda@gmail.com

Nombre: Rocío Hinojosa Vega

Especialidad y cargo: Médico de Psiquiatría infantil y del adolescente, médico adscrito al servicio de Salud Mental de UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI, IMSS

UMA E Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI, IMSS

Teléfono: 5514809830

Correo electrónico: roshv.459@gmail.com

AUTORIZACIÓN DE TESIS

Comité: 3603

Dra. Amanda Idaric Olivares Sosa

Jefe de la División de Educación en Salud

Hospital de Pediatría UMAE “Dr. Silvestre Frenk Freud” CMN Siglo XXI

Dr. Leonel Jaramillo Villanueva

Jefe del servicio de Salud Mental y profesor titular del curso de especialización de

Psiquiatría infantil y de la Adolescencia Hospital de Pediatría UMAE “Dr. Silvestre

Frenk Freund” CMN SXXI

Dra. Claudia del Carmen Zepeda Martínez

Jefa del servicio de Nefrología Pediátrica UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

26/4/2019

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 36038.
HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COFEPRIS 17 CI 09 015 042
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 032 2017121

FECHA Viernes, 26 de abril de 2019

Mtro. Leonel Jaramillo Villanueva

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título **FRECUENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional
Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. María Guadalupe Miranda Novales
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 36038

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Agradesco a toda mi familia, mis maestros, especialmente al doctor Jaramillo por toda su comprensión a lo largo de la residencia y por brindarme una visión más amplia de la psiquiatría.

INDICE

Marco Teórico-----	8
Justificación-----	19
Planteamiento del problema-----	20
Hipótesis-----	20
Objetivos-----	20
Material y métodos-----	20
Análisis estadístico-----	34
Consideraciones éticas-----	35
Resultados-----	38
Discusión-----	42
Conclusiones-----	46
Bibliografía-----	47
Anexos-----	52

Resumen

Antecedentes:

Los pacientes con enfermedades crónicas renales presentan problemas físicos complejos, asociados con altos niveles de psicopatología y morbilidad psiquiátrica.

Objetivo: Identificar y describir la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica del Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frenk Freund”.

Material y métodos: Se llevará a cabo un estudio prolectivo, transversal, observacional, descriptivo en pacientes de 6 a 16 años y 11 meses con diagnóstico confirmado de insuficiencia renal crónica que acudan en el período de Mayo a Agosto de 2019; los sujetos fueron evaluados con la escala MINI KID (Mini International Neuropsychiatric Interview, para niños y adolescentes) En su versión en español previo consentimiento informado.

Análisis estadístico: se implementó estadística descriptiva a través del software IBM SPSS V.21.0, se aplicaron medidas de tendencia central y se procedió a su descripción y realizó el análisis bivariado por medio de chi cuadrada para la búsqueda de asociaciones.

Resultados: Se colectó una muestra de 34 pacientes, 16 correspondieron al sexo femenino (47%). Con una mediana de edad de 12 años.

La frecuencia total de trastornos psiquiátricos fue de 58%; La distribución de diagnósticos psiquiátricos de los 20 sujetos con psicopatología por método de sustitución fue de 4 (20%) para los sujetos en hemodiálisis y 16 (80%) para los pacientes en diálisis. El análisis bivariado arrojó diferencias significativas ($P=0.037$) entre el apego al tratamiento y el tipo de tratamiento sustitutivo.

Palabras Clave: Enfermedad renal crónica, trastornos mentales, niños y adolescentes.

MARCO TEÓRICO:

Introducción

En México y a nivel internacional actualmente son escasos los estudios que se realizan en población infantil en pacientes con insuficiencia renal crónica que abarque las variedades más comunes de trastornos neuropsiquiátricos en niños y adolescentes con insuficiencia renal crónica.

La mayoría de los datos reportados en la bibliografía son estudios internacionales, con un mayor número de bibliografía anglosajona, sin evaluar a la población latina.

Los datos reportados en la literatura internacional se encuentran prevalencias de trastornos afectivos dejando de lado una detección oportuna de cualquier otra psicopatología que se puede presentar en esta población de pacientes, altamente susceptibles.

Entre los datos más importantes que serán desarrollados en este documento, es la evidencia que la depresión y la ansiedad representan los principales problemas psiquiátricos de la enfermedad renal en etapa terminal.

Además de que la hemodiálisis (HD) (aunque es un tratamiento eficaz) afecta de manera significativa y adversa las vidas de los pacientes tanto física como psicológicamente.

La depresión y la ansiedad son las entidades psicopatológicas comunes en enfermedad renal crónica y con HD crónica, afectando el proceso de recuperación, calidad de vida e influyendo en la mortalidad en este grupo de pacientes.

Psiquiatría infantil de enlace

La psiquiatría se encarga de los aspectos psicológicos del desarrollo infantil mediante la subespecialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, está a su vez tiene la rama de enlace quien realiza asistencia, docencia e investigación para las poblaciones de menor edad. Por Psiquiatría Infantil de Enlace entendemos todos los lazos de trabajo que se crean entre quiénes se hacen cargo del cuerpo y quiénes se hacen cargo de la psique de los niños

y adolescentes que sufren trastornos somato-psíquicos. Bajo la expresión de Trastornos somato-psíquicos se agrupan tres dimensiones:

1. Consecuencias psíquicas de los trastornos somáticos (de estos mismos de las exploraciones diagnósticas, o de los tratamiento médico-quirúrgicos requeridos)
2. Consecuencias somáticas de ciertos trastornos psicopatológicos (anorexia nervosa, intento de suicidio)
3. Trastornos Psicósomáticos (fuerte intrincación de determinadas características del funcionamiento psíquico del niño o del adolescente y de ciertas manifestaciones somáticas asociadas) (1,2).

Los psiquiatras infantiles han concluido que la detección inicial de trastornos mentales en población infanto-juvenil debe realizarse a través de pediatría. Mientras que el manejo debe ser realizado por el psiquiatra infantil, apoyando la referencia a los servicios de salud mental luego de la detección primaria (3).

En el estudio español de Landa et al, demuestra que la mayor parte de los menores enviados al servicio de salud mental, en todas las edades, son varones, y que la mayor frecuencia de consultas se observa en la edad escolar (4).

En la interconsulta psiquiátrica infantil la comorbilidad coincidente, esta se refiere a los casos en que un desorden emocional desarrollado antes o después del comienzo de la enfermedad física es causado por factores distintos a los de la enfermedad. La prevalencia estimada de trastornos psiquiátricos en la población pediátrica general oscila entre el 10 y el 20%, mientras que hasta un 20% de los pacientes pediátricos en clínicas de atención primaria podría padecer un trastorno psiquiátrico diagnosticable (5).

Salud Mental en el Hospital de Pediatría de CMN Siglo XXI

El servicio de Salud Mental en CMN siglo XXI funciona desde 1963 fundado por el Dr. Miguel Foncerrada de Moreno. El servicio de salud mental en el hospital de Pediatría de CMN Siglo XXI. Está compuesto por un equipo multidisciplinario que integra psiquiatras, psiquiatras infantiles y de la adolescencia, psicólogos clínicos, además de médicos residentes de la subespecialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia. De igual manera se encuentran integrados en el servicio residentes de segundo año de la especialidad de psiquiatría del CMN SXXI Hospital de Especialidades, que realizan rotaciones por este servicio y regularmente residentes de pediatría médica y estudiantes de pregrado y posgrado de la carrera de medicina y psicología.

Este servicio tiene el objetivo de detectar oportunamente los trastornos mentales del hospitalizado y, si es posible, prevenirlos. Inicialmente son asignados por el jefe de servicio a los psiquiatras y psicólogos conforme a la sintomatología referida por los servicios del hospital.

Se establece contacto con los pediatras, médicos residentes y resto del personal paramédico, para que en forma conjunta se valoren los hallazgos psicobiológicos detectados y se proporcione el mayor tratamiento para ese niño (a) o adolescente(6).

En el 2013 la doctora Claudia Jazmin Martínez Radilla se realiza un estudio para conocer las interconsultas solicitadas al servicio de paidopsiquiatría del hospital de pediatría de CMN Siglo XXI; la relevancia que presenta es una perspectiva ilustrativa de la importancia que tiene la psiquiatría infantil de enlace en un hospital de tercer nivel en México, entre sus datos destaca que el Segundo servicio con más interconsultas es el de nefrología con (7.8%) (1).

Por otra parte, se encuentran datos de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos más comunes en nuestro hospital con comorbilidades hematológicas. En marzo del 2014 el doctor Victor Manuel Villanueva Hernandez, se realizó un estudio por medio de la escala mini Kid en 31 pacientes con LLA donde se encontraron 7 pacientes con episodios depresivos, 2 pacientes con trastornos de ansiedad de separación, 3 con trastorno de ansiedad generalizada, 2 con síntomas ansiosos, 1 con fobia específica a las agujas, 5 con

trastorno negativista desafiante y solo 8 de los 31 pacientes no presentaron psicopatología (45).

Psiquiatría infantil en enfermedad renal crónica

Diversos estudios han documentado que la psiquiatría infantil en nefrología y en las diferentes especialidades de la medicina; proporciona una experiencia única para el psiquiatra, porque se brinda la oportunidad de trabajar con un grupo multidisciplinario (7).

Los pacientes con enfermedades crónicas de tipo enfermedad renal presentan problemas físicos complejos, que se han asociado con altos niveles de psicopatología y/o alta morbilidad psiquiátrica, la cual se define como la presencia de anomalías perjudiciales de las emociones, el comportamiento y las relaciones que impiden el funcionamiento personal y social. (8)

La presencia de psicopatología y de morbilidades psiquiátricas puede ser medida a través de cuestionarios y entrevistas semi-estructuradas, para estudiar esta interacción entre la enfermedad renal crónica y las entidades psiquiátricas, se considera que los mejores instrumentos, son aquellos con psicometría establecida y validez adecuada para la población en estudio (9,10)

Es una realidad actual que los avances en la atención médica, incluyendo mejoras en la aplicación de los métodos de diálisis y trasplante renal han aumentado la supervivencia de los niños con insuficiencia renal crónica (ERC). Este aumento en la supervivencia conlleva mayor tiempo que se vive con la enfermedad, lo que incrementa la posibilidad de desarrollar una morbilidad psiquiátrica en los niños. (11-13)

Entre los datos más importantes encontrados son que la depresión y la ansiedad (14) son los principales problemas psiquiátricos de la enfermedad renal en etapa terminal. La diálisis, pero principalmente la hemodiálisis (HD) afecta de manera significativa y adversa las vidas de los pacientes tanto física como psicológicamente (15).

Enfermedad renal crónica, perspectiva global

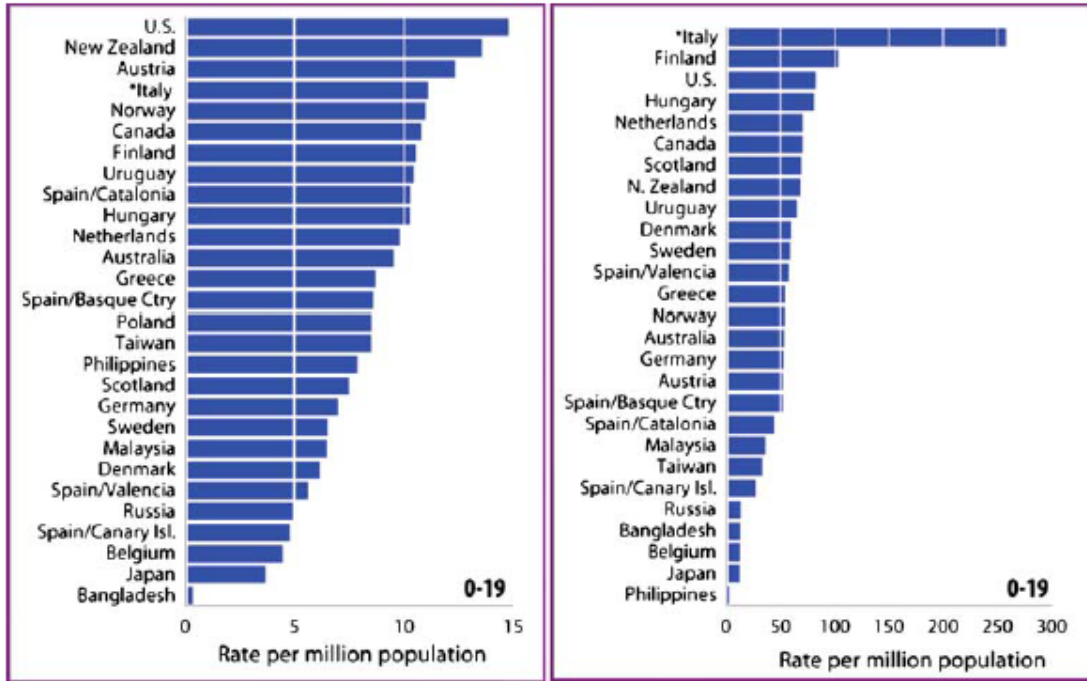
La enfermedad renal crónica (ERC) es una entidad que presenta dificultades a nivel de precisión tanto de prevalencia, incidencia, y factores etiológicos, aunque un gran porcentaje de los niños que la padecen (más de la mitad en algunas series), destacan la hipoplasia renal congénita y la uropatía obstructiva (16-18)

La ERC se divide en distintas etapas dependiendo la tasa de filtración glomerular (tabla 1):

Estadio	Tasa de filtrado glomerular (mL/min/1.73 m ²)
1	> 90
2	60 -89
3	30- 59
4	15 - 29
5	< 15 o <i>dialisis</i>

Tabla 1 tasa de filtración glomerular y estado de insuficiencia renal crónica conforme al national Kidney Foundation.

Actualmente es considerado que incidencia y la prevalencia exacta de la ERC en población infantil no es completamente precisa es influenciada por diferentes variables socioeconómicas en los distintos países, y circunstancias independientes de la enfermedad que influyen en los procesos epidemiológicos (falta de registro, enfermedades sub-diagnosticadas, entre otras), en la grafica 1, se puede observar que la incidencia en 26 países de 0 a 19 años es altamente variable:

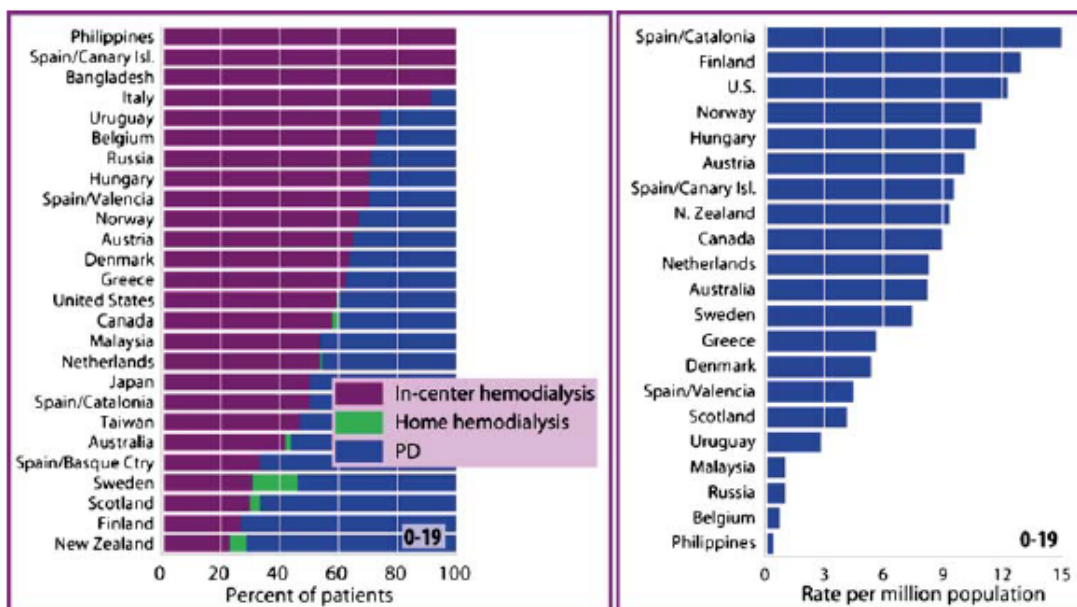


Grafica 1, incidencia de ERC de 20 países (16).

Destaca además de la alta variabilidad en las tasas de incidencia entre los distintos países, la ausencia de datos epidemiológicos en América latina y principalmente la inexistencia de datos de población Mexicana tanto a nivel de unidades medicas, estatal, y nacional.

Con respecto a los factores etiológicos; en el reporte americano del grupo de estudio cooperativo para trasplante renal destacan como primeras causas la uropatía obstructiva, la hipoplasia congénita incluso ya referido esto también por Bradley Lysaght y sus colaboradores (19)

Se puede observar en la gráfica 2 la prevalencia de diálisis y trasplante, en 20 países, con la mayor prevalencia de HD en Filipinas, España y Bangladesh:



Grafica 2, tasa de prevalencia de HD, HD en casa y diálisis peritoneal (16).

Se considera que aunque el número de población infantil con ERC, son una proporción pequeña comparados con la población de todas las edades con ERC, es una población importante que requiere diagnóstico oportuno y seguimiento a largo plazo, además de que estas enfermedades están asociadas con factores etiológicos definidos, por lo que se requieren mayores esfuerzos para precisar sus características epidemiológicas y dicha información nos pueda proporcionar el conocer los desenlaces de los pacientes con padecimientos (21-23)

Enfermedad renal crónica y psicopatología

Desde el punto de vista científico en la actualidad, es de suma importancia considerar que las enfermedades renales crónicas (ERC) producen un impacto importante y duradero para toda la vida en los pacientes y sus familiares, en múltiples esferas tanto psico-biológicas como socioeconómicas y principalmente alteraciones en la calidad de vida (11, 24).

Los avances científicos en el cuidado de estos pacientes, incluyendo hemodiálisis, trasplante renal, han aumentado la tasa de supervivencia de los niños con enfermedad renal crónica, independientemente de la etiología específica (25).

Como la mayoría de las enfermedades médicas crónicas, al presentarse en las etapas infantiles de la vida afectan la totalidad de su existencia, llevando a los niños a enfrentar altos niveles de ansiedad, que se ha demostrado tiene una influencia directa con el pronóstico de la enfermedad y se ha planteado la posibilidad de una disminución de los años de vida (26)

Son diversas las investigaciones clínicas enfocadas en evaluar las secuelas psicosociales y psicopatológicas que la ERC produce en los niños, tomando como modelo la respuesta conductual a los altos niveles de estrés que estos pacientes tienen que sobrellevar, tanto por el curso de la enfermedad como por los distintos tratamientos (HD y trasplante) (27).

En un estudio múlticéntrico del 2013 destacan dentro de sus conclusiones que no solamente la presencia de una enfermedad crónica es un factor etiológico de una entidad neuropsiquiátrica, sino que estas, por sí mismas pueden aumentar los problemas médicos pre-existentes, al alterar diversos sistemas, como por ejemplo: sistema cardiaco, el sistema nervioso, desregulación en el sistema inmune y modificaciones nutricionales. En conjunto todos estos factores también influyen la adherencia terapéutica de los pacientes (28).

En el estudio de Mustafa et al (2009) se evaluaron los problemas conductuales en 19 pacientes con ERC estadio 5 en hemodiálisis, 19 pacientes en etapa prediálisis y 19 controles, se utilizaron la escala de CBCL (child behavior checklist) y una entrevista semi-estructurada para niños y adolescentes, encontrando puntajes positivos significativos en ambos grupos con nefropatía, en comparación con controles, recomendando que los niños con ERC, requieren además de una búsqueda temprana intencionada de sintomatología psicopatológica, junto con apoyo psicosocial (11).

Livesley encontró que los niveles de ansiedad, depresión y trastornos de personalidad, en pacientes con diálisis crónica son significativamente más altos que la población general (29).

Enfermedad renal crónica y ansiedad

Los trastornos de ansiedad son los más comunes en la población general. Se cree que la prevalencia de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes con diferentes enfermedades médicas crónicas es más alto en comparación con la población general (30). Las tasas de síntomas de ansiedad en pacientes pediátricos varían de 7 a 46%, dependiendo de la subclasificación de la ansiedad, el grupo examinado o métodos utilizados, en comorbilidad con la ERC (31-33).

Se ha documentado que un nivel de ansiedad alto puede complicar los síntomas de la enfermedad renal crónica, el pronóstico, y la habilidad del adolescente y el niño para lidiar con la enfermedad (34).

En el estudio de Katarzyna (2013), realizado con 22 niños con hemodiálisis, 20 diálisis peritoneal y 95 en tratamiento conservador, se aplicó la prueba de ansiedad de STAI para adolescentes y para niños, obteniéndose niveles significativos de ansiedad en niños con hemodiálisis de 8 a 12 años, comparados con los otros grupos y con la población general del país del estudio (Polonia), destacaron niveles más altos de ansiedad en adolescentes de 13 a 18 años con hemodiálisis y una correlación entre los niveles de ansiedad y la duración de la enfermedad así como el número de hospitalizaciones (28).

La ansiedad se ha documentado como uno de los elementos más importantes que impactan la calidad de vida, destacando además su alta afeción a la calidad de vida de los pacientes y sus familias por lo que la recomendación actual es la detección temprana (35).

Enfermedad renal crónica y depresión

La depresión es un síntoma psicológico común en pacientes que son tratados con HD de manera crónica. Es una entidad psiquiátrica que afecta el proceso de recuperación y la mortalidad en pacientes con ERC en etapa terminal (36).

La prevalencia de la depresión mayor en la población general infantil y adolescente es del 1.1% al 15% en los hombres y del 1.8% al 2.3% en las mujeres, pero se ha informado que la prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica varía del 10% al 80% en diferentes series (37).

En el estudio de Lopes et al, se encontró 20% una prevalencia de depresión en 5256 pacientes y 13.9% en 9382 pacientes, ambos en hemodiálisis crónica (38). Y en el estudio Bakr et al (2009) en una muestra de niños con HD demostraron que el 52.6% presentan alteraciones psiquiátricas entre la que es mas prevalente es la depresión (33).

Son diversos los estudios que han documentado una asociación entre depresión, disminución en el tiempo de supervivencia, adherencia terapéutica con un aumento de 15 veces el riesgo suicida, en el número de hospitalizaciones y un impacto en la calidad de vida de los pacientes, más importante que los factores biológicos y terapéuticos (39,40).

Enfermedad renal crónica y depresión en México

En México es una tesis aislada la que evaluó esta asociación en población infantil, realizada en el servicio de pediatría del "Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro" en 1999, se aplicó la escala de depresión en niños (CDS) y se buscaron correlaciones con los factores de riesgo reportados en la bibliografía.

El estudio se realizó en un total de 15 pacientes, con edades promedio de 12 años de edad, encontrándose un incremento en el total depresivo, obtenido en los extremos de los pacientes estudiados, con un menor total depresivo y una diferencia significativa de los pacientes que acuden a la escuela.

Además, en el grupo de pacientes en los cuales se identificó la ausencia de uno o ambos padres se apreció un incremento en el total depresivo, en este estudio concluyeron que es

importante implementar apoyo psicoterapéutico de manera regular y permanente al paciente con esta patología (41).

Justificación

En el servicio de nefrología se encuentran actualmente 20 pacientes en hemodiálisis y de 40-50 paciente en diálisis peritoneal. Se desconoce la frecuencia real de los trastornos psiquiátricos presentes en esta población en nuestro hospital.

En el ámbito nacional, los datos epidemiológicos hasta el 2005 sugerían una prevalencia de trastornos mentales hasta del 20 % de los niños y adolescentes; de estos, entre un 4 % y un 6 % requieren atención en servicios de salud.

Cifras internacionales nos hablan de una prevalencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica se ha estimado en un 52,6%; siendo los más frecuentes los trastornos adaptativos como los trastornos más frecuentes (18,4%), seguidos por la depresión (10,3%) y los trastornos neurocognitivos (7,7%). Los trastornos de ansiedad y DE eliminación se informaron en 5.1 y 2.6%, respectivamente (33). Los trastornos fueron más prevalentes en pacientes en tratamiento mediante diálisis 68.4% que en pacientes con prediálisis 36.8%. Cabe destacar que la presencia de trastornos psiquiátricos no se ha correlacionado de forma significativa con el sexo, la gravedad de la anemia, la duración de la ERC ni la eficacia o la duración de la hemodiálisis.

Se ha informado que la prevalencia de depresión en pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica varía del 10% al 80% en diferentes series y de ansiedad del 27 al 46% en diferentes series (33,44). Pero no se encuentran estudios en los que se evalué de manera completa los diferentes trastornos psiquiátricos en esta población en nuestro país.

El presente estudio plantea identificar tanto en niños y adolescentes con insuficiencia renal crónica, la frecuencia con la que se presentan los trastornos psiquiátricos, debido a que éstos pueden contribuir a un mal apego al tratamiento sustitutivo y en la calidad de vida de los pacientes con estas condiciones, con lo cual se favorecen las complicaciones médicas derivadas de su descontrol, lo cual repercute tanto para el paciente, la familia y el país; pues los costos de diálisis y hemodiálisis son significativos para cualquier hospital.

El reconocer la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en la población pediátrica y adolescente con insuficiencia renal crónica ayudará a mejor apego al tratamiento y al control de las complicaciones secundarias de la enfermedad.

Planteamiento del problema

Los trastornos psiquiátricos se presentan con una frecuencia del 50 al 60 por ciento de acuerdo a estudios a nivel internacional (33,43). La morbilidad de trastornos psiquiátricos en nuestro país y hospital es desconocida, por lo que surgió la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica del Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frenk Freund”?

Objetivos

Objetivo general:

Describir la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica del Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frenk Freund”

Hipótesis general

Existirá una frecuencia mayor a 20% de trastornos neuropsiquiátricos respecto a la población general (38).

Metodología

Lugar de estudio:

Se realizará en Centro Médico Nacional Siglo XXI, Unidad Médica De Alta Especialidad, en el Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frenk Freund”

Tipo de estudio:

Por sus características se tratará de un estudio prolectivo, transversal, observacional descriptivo.

Universo del estudio:

Pacientes de la UMAE Hospital de pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI que cuenten con el diagnóstico de enfermedad renal crónica (KDOQI 4-5) realizado y documentado por un nefrólogo pediatra, en el expediente clínico.

Tamaño de la muestra:

Se incluirán a todos los pacientes con el diagnóstico de insuficiencia renal crónica en tratamiento por medio de hemodiálisis, adscritos al servicio de nefrología pediátrica que acepten participar en el estudio y que previamente firmen la carta de consentimiento informado por sus tutores y asentimiento informado por los propios pacientes. que acudan en el periodo del mes de Abril de 2019 a Marzo 2020 en la UMAE Hospital de pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Selección de la muestra:

No probabilístico de casos consecutivos por conveniencia.

Criterios de inclusión:

Pacientes niños y adolescentes de 6 a 16 años y 11 meses con diagnóstico confirmado de enfermedad renal crónica diagnosticada cuando el aclaramiento de creatinina fue inferior a 15 ml / min por 1.73 m² con la fórmula de Schwartz.

Ambos sexos.

Adscritos al servicio de nefrología

Pacientes y tutores que firmen las cartas de consentimiento y asentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes que presenten discapacidad auditiva evidente o documentada que les incapacite para escuchar adecuadamente las preguntas.

Pacientes con discapacidad intelectual documentada en el expediente clínico.

Criterios de eliminación:

Pacientes que no concluyan la evaluación clinimétrica o decidan abandonar el estudio.

Instrumentos de medición

Dentro de los instrumentos utilizados en los estudios para la evaluación de síntomas depresivos en niños y adolescentes, se encuentran los cuestionarios autoaplicados o estructurados y los cuestionarios semiestructurados.

La mayoría de las escalas solamente incluyen específicamente un solo trastorno o las que incluyen varios no llegan a ser tan extensiva e inclusiva como lo realiza la escala MINI KID, la cual es una entrevista semiestructurada.

MINI KID (Mini International Neuropsychiatric Interview, para niños y adolescentes) En su versión en español. Se trata de una entrevista diagnóstica clínica semiestructurada, que fue desarrollada en base a los criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE-10, dirigida a los niños y adolescentes (De 6 a 17 años 11 meses), la cual es fácil de aplicar (aproximadamente 25 minutos); sigue la misma estructura y formato que el MINI para adultos, por lo que se basa en preguntas clave que se ramifican a determinar la presencia o no de cada diagnóstico, con lo cual se busca reducir el número de preguntas realizadas. El MINI KID abarca 23 trastornos psiquiátricos, divididos en forma de módulos y añade el riesgo de suicidio como uno de éstos. Preferentemente se debe administrar al niño o al adolescente en presencia del padre o el tutor, las preguntas se deberán leer de manera literal. Este instrumento permite evaluar el inicio, la duración y el deterioro relacionado con los padecimientos.

Las entrevistas altamente estructuradas se caracterizan por estar diseñadas para aplicarse en poblaciones abiertas y para hacer investigaciones epidemiológicas. Así mismo en el

caso particular del MINI KID, al ser una entrevista semiestructurada, brinda la oportunidad al clínico que la aplica, la oportunidad de adecuar las preguntas de acuerdo a las características del paciente como son la edad, su contexto cultural y tiene la flexibilidad por parte del clínico de repetir o adecuar la pregunta para su comprensión, cerciorándose de que la haya comprendido adecuadamente su interlocutor, a partir de un grupo de preguntas que vienen sugeridas en la propia entrevista.

En Octubre de 2004 se presentó el estudio de validez y confiabilidad de la versión en español de la entrevista en México, la confiabilidad interevaluador y temporal fueron de 0.9 a 1 y de 0.60 a 0.75 respectivamente y la validez concurrente con entrevista clínica fue de 0.35 a 0.50 (43).

Aplicación

Debe explicarse desde un inicio la naturaleza y el propósito de la entrevista al niño o adolescente, antes de comenzar la entrevista.

El entrevistador/a determina si la respuesta del adolescente cumple con los criterios diagnósticos de la pregunta, esta decisión es basada en su juicio clínico.

Presentación:

La entrevista MINI KID 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.

En la prueba también existen llamados "*Convenios*", que vienen a ser guías para la entrevista para su adecuada valoración, evitar preguntas innecesarias o bien para poner ejemplos.

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.

Las 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.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas presentados por el paciente (por ejemplo, la pregunta H6, Véase Anexo 1)

Las 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 le dé un ejemplo para determinar si refleja el criterio que se está investigando. Si un ítem de la entrevista tiene más de una pregunta, el entrevistador/a debe tomar una pausa entre pregunta y pregunta de modo a permitirle suficiente tiempo al paciente para responder.

Las preguntas acerca de la duración de los síntomas están incluidas para aquellos diagnósticos en el cuál el período de tiempo es un elemento crítico.

Instrucciones de codificación

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).

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	MEDICIÓN EN EL ESTUDIO	CODIFICACIÓN
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista	Se medirá a través del interrogatorio directo al paciente de la fecha de nacimiento.	Cuantitativa discreta	Número de años cumplidos
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Situación o condición en la que se	Se obtendrá la información preguntando directamente al paciente	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria

	encuentra una persona escolarizada.			
Género	Construcción diferencial de los seres humanos en tipos femenino y masculinos	De acuerdo al género referido en el expediente clínico.	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino
Tiempo de diagnóstico de la enfermedad	Expresada como años que han transcurrido desde que se estableció el diagnóstico definitivo	Se refiere al tiempo de evolución en meses, desde la fecha en que se confirmó el diagnóstico hasta el día que se realiza la entrevista.	Cuantitativa	Meses cumplidos
Estadio de la enfermedad médica	Expresada en grado 4 y 5 de la National Kidney Foundation	Se refiere al estadio que da el grado de filtrado glomerular	Cuantitativa ordinal	4 y 5
Episodio depresivo mayor	Trastorno afectivo caracterizado por un estado de ánimo deprimido o anhedonia en casi todas las actividades por al menos 2 semanas, la mayor parte del días y los días. Niños y adolescentes puede estar el ánimo irritable en lugar de triste.	Se considera positivo cuando codificó en 5 o más respuesta, siendo, necesariamente obligatorios por lo menos una respuesta de los 2 primeros reactivos, del apartado A, del anexo 1	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Trastorno distímico	Trastorno afectivo que se caracteriza por el estado anímico depresivo durante dos años como mínimo, junto con al menos otros dos síntomas de depresión.	Se considera presente si codifica sí en 2 o más veces en reactivos del c3 a - f y en por lo menos 1 de los reactivos C1 o C2 y sí en el C4, que aparecen en el incisos del apartado C, del anexo 1.	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno caracterizado por una preocupación excesiva, la mayor parte de los días, con dificultad para tranquilizarse, generando disfunción.	Se considera positivo cuando codificó sí en U1a-b y codificó sí en 3 o más respuestas de U3a-f, del apartado U, del anexo 1.	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Trastorno de agorafobia	Es un trastorno de ansiedad que suele aparecer después de uno o más ataques de	Se considera positivo si se responde sí en cualquiera del inciso	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente

	pánico. Caracterizado por miedo y necesidad de evitar los lugares y las situaciones que pueden causar sensación de pánico, encierro, impotencia o vergüenza.	F1, del apartado F, del anexo 1.		
Trastorno de ansiedad social	es un trastorno de ansiedad caracterizado por un miedo persistente a una o más situaciones sociales por temor a que resulten embarazosas. ¹ Este temor puede ser desencadenado por el escrutinio (percibido o real) de otras personas. Es el trastorno de ansiedad más común y uno de los más comunes entre los trastornos psiquiátricos	Se considera positivo si codifica sí en cualquiera de H1 a H4, del apartado H, del anexo 1	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Fobia específica	Trastorno de salud emocional o psicológico que se caracteriza por un miedo intenso y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas	Se considera positivo si codificó, sí en I5, del apartado I, del anexo 1	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Estado por estrés postraumático	Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo.	Se considera positivo cuando codifica sí en K1 o K2, codifica sí en 3 o más respuestas de K3 a-f, codifica 2 o más respuestas de K4a-e y codifica sí en K5, del apartado K, del anexo 1.	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Trastorno de ansiedad de separación	Trastorno consistente en que un individuo presenta una excesiva ansiedad acerca de la separación del hogar o	Se considera positivo si codifica en sí en G1a-b y en 3 de G2a-h, del	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente

	de la gente hacia quienes tiene una fuerte relación de apego tal como la madre o el padre; asimismo puede presentarse ansiedad excesiva acerca del daño hacia figuras de apego y eventos que puedan llevar a la pérdida o a la separación de dichas figuras.	apartado G, del anexo 1		
Riesgo de suicidio previo	Se refiere al antecedente de haber presentado o cursado con alguna conducta autolítica, en un tiempo mayor a un mes.	Se considera positivo cuando codifica sí en cualquiera de B1a-c, del apartado B, del anexo 1.	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Riesgo de suicidio actual	Probabilidad de que se presente en un sujeto cualquier acción orientada a terminar con la vida de sí misma.	Se considera la gravedad del riesgo de acuerdo al número de puntos de los reactivos B1a-c y B2 al B6, con los siguientes puntos de corte para la gravedad del riesgo: De 1 a 5; leve, de 6 a 9; moderado y mayor a 10; grave, del apartado B.	Cualitativa ordinal	1 Riesgo leve 2 Riesgo moderado 3 Riesgo Grave
Trastorno de angustia	Trastorno psiquiátrico caracterizado por la aparición brusca de un período definido y breve de malestar o miedo intenso acompañado de algunos síntomas somáticos y/o cognitivos.	Se considera positivo si codifica sí en por lo menos E3 y en por lo menos 4 de los reactivos presentados en E4, del apartado E, del anexo 1.	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Episodio (hipo)maníaco	Se trata de un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es	Se considera positivo si codifica positivo en D1 o D2, y si codifica sí en 3 o más en los reactivos D3, del	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente

	claramente diferente del estado de ánimo habitual. Un episodio maníaco debe de durar más de 4 días.	apartado D, del anexo 1.		
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno que se caracteriza por inatención (distracción moderada a grave, períodos de atención breve), hiperactividad (inquietud motora) y comportamiento impulsivo (inestabilidad emocional y conductas impulsivas) que produce problemas en múltiples áreas de funcionamiento, dificultando el desarrollo social, emocional y cognitivo de la persona que lo padece	Se considera positivo cuando codifica sí en O1 y O2 del resumen, si codifica sí en resumen O1 y No en resumen O2 por último se considera positivo cuando codifica No en resumen O1 y sí en resumen de O2, del apartado O, del anexo 1.	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Trastorno negativista desafiante	Trastorno que se presenta en los niños y se caracteriza por un comportamiento desafiante y desobediente ante las figuras de autoridad.	Se considera positivo en cuando codifica en 4 o más de las respuestas de Q1a-h y codifica sí en Q2, del apartado Q, del anexo 1	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Trastorno de la conducta disocial	Trastorno caracterizado por la presencia recurrente de conductas distorsionadas, destructivas y de carácter negativo, además de transgresoras de las normas sociales, en el comportamiento del individuo.	Se considera positivo cuando en resumen de P1 se presentaron 3 o más respuestas positivas de P1a-o y codifica sí en P2, del apartado P, del anexo 2	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Anorexia nervosa	Trastorno alimenticio grave caracterizado por una imagen corporal distorsionada y el miedo injustificado a subir de peso.	Se considera positivo cuando codificó sí en el caso de las niñas en S5 y S6 y se considera positivo en hombres si codificó sí en S5, del	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente

		apartado S, del anexo 1		
Bulimia nervosa	Trastorno alimenticio grave caracterizado por atracones, seguidos de métodos para evitar el aumento de peso (conducta compensatoria)	Se considera positivo cuando codificó sí en T5 y codificó No en T7 o saltó a O8, del apartado T, del anexo 1	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Trastorno obsesivo compulsivo	Trastorno de ansiedad, caracterizado por pensamientos intrusivos, recurrentes y persistentes, que producen inquietud, aprensión, temor o preocupación, y conductas repetitivas denominadas compulsiones, dirigidas a reducir la ansiedad asociada.	Se considera positivo cuando codifica sí en cualquiera de J1 al J4 y que incluya sí en el reactivo J5, del apartado J, del anexo 1.	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Trastorno de TICs	Trastorno que consiste en gestos o movimientos involuntarios y repetitivos, que se produce por la contracción de uno o varios músculos del cuerpo, generalmente de la cara.	Se considera positivo cuando codifica sí en N1b+N2a+N3 y codificó No en N1a, del apartado N, del anexo 1	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Abuso de alcohol	Dicha conducta se produce antes de la dependencia física al alcohol, se caracteriza por imposibilidad de cumplir con responsabilidades laborales, escolares o del hogar, problemas legales o sociales, o ingesta de alcohol en situaciones de peligro, por ejemplo, al conducir.	Se considera positivo cuando codifique sí en 1 o más respuestas de L3a-d, del apartado L, del anexo 1	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Dependencia de alcohol	Trastorno que se caracteriza por una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir	Se considera positivo cuando codifica sí en L1 y codifica sí en 3 o	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente

	alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestándose a través de varios síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta.	más de las respuestas de L2a-g, del apartado L, del anexo 1		
Abuso de otras sustancias diferentes al alcohol	Se considera abuso cuando se observa un patrón que produce trastorno o dificultades físicas importantes desde un punto de vista clínico.	Se considera positivo cuando codifica sí en por lo menos 1 de M3, del apartado M, del anexo 1	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Dependencia a drogas	Trastorno que consiste en el uso compulsivo de una sustancia a pesar de las consecuencias negativas que conlleva, las cuales pueden ser severas. El abuso de las drogas es simplemente el uso excesivo de una droga o su consumo para fines distintos a los propósitos médicos.	Se considera positivo cuando codifica sí en por lo menos 3 de M2, del apartado M, del anexo 1	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Trastorno psicótico actual	Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Dos de los síntomas principales son delirios y alucinaciones.	Se considera positivo cuando codificó sí extraño en 1 o más de las preguntas "b" o bien si codificó sí en vez de sí extraño en 2 o más preguntas de "b", del apartado R, del anexo 1	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente
Trastornos adaptativos	Trastornos psiquiátrico caracterizado por una respuesta psicológica a uno o varios estresores identificables que comportan la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento	Se considera positivo cuando codifica sí en V1, V2 y V3a o V3b, y codifica No en V5, del apartado V, del anexo 1.	Cualitativa dicotómica	1 Presente 2 Ausente

	clínicamente significativos.			
--	---------------------------------	--	--	--

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos serán recolectados por el investigador en formatos diseñados para el estudio.

Procedimiento:

1.- El investigador encargado de recabar la información acudirá a la consulta externa del servicio de nefrología, hospitalización e insuficiencia renal crónica (KDOQI 4-5) del Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frank Freund” y les invitará a participar en el estudio a los padres y pacientes.

2.- En caso de que acepten participar en el estudio se acudirá al consultorio 19 que se encuentra en el servicio de salud mental, en el segundo piso de la consulta externa.

3.- Se les otorgarán las cartas de consentimiento informado y asentimiento informado, para que las lean y si así lo deciden, procedan a su firma por los tutores y/o padres y el paciente respectivamente, éste último a través de su nombre solamente, explicándoles previamente y resolviendo sus dudas sobre dicho estudio.

4.- Se les entregará a los tutores o padres, una hoja con datos sociodemográficos; incluyendo glucosa capilar, la cual es tomada de manera sistemática a los pacientes que ocurren a su cita de control por el servicio de nefrología pediátrica, para que sea llenado por ellos mismos o por el investigador principal si así lo prefieren ellos.

5.- Se procederá con la aplicación de la entrevista diagnóstica clínica estructura llamada M.I.N.I KID (Mini International Neuropsychiatry Interview) por el investigador principal, con un tiempo de entrevista estimado de 25 minutos.

6.- Se les informará a los padres la conclusión y significado de los resultados de la prueba. En caso de ser positiva la detección para algún trastorno psiquiátrico, el cual será codificado de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, de la OMS en su décima edición, se les informará a los padres o tutores y será canalizado el paciente para una evaluación más exhaustiva en la consulta externa de salud mental para el establecimiento diagnóstico definitivo y tratamiento; a través de una cita programada con los investigadores del propio servicio de salud mental y convenida en ese momento con ellos, registrándoles en el carnet de citas del IMSS, esto al finalizar la participación del paciente. De presentar riesgo grave para el propio paciente o terceras personas será evaluado de manera inmediata por los responsables del estudio para determinar su condición médica y tratamiento oportuno.

8.- Se realizará una base de datos con la información recabada y se analizará dicha base de datos a través del programa SPSS.

FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

El estudio se considera factible pues el Hospital al ser un tercer nivel cuenta con una población de pacientes considerable superior a otras unidades de pediatría donde son tratados pacientes con insuficiencia renal crónica. Además, el Servicio de Salud Mental posee la capacidad para poder otorgar atención psicológica y/o psiquiátrica según se requiera en algún caso.

El diseño y la elaboración del protocolo, la captura de pacientes, el registro de datos y análisis serán realizados por el investigador en colaboración con los médicos asesores, quienes laboran en la UMAE Hospital de Pediatría de CMN Siglo XXI del IMSS.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se elaborará la base de datos en Microsoft Excel 2016 y se utilizará estadística descriptiva (media, mediana, desviación estándar según la distribución de los datos), para evaluar la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes con ERCT. Además, se implementara estadística analítica a través del software IBM SPSS V.21.0, para el análisis univariado correspondiente a las variables demográficas y la variable dependiente; y análisis bivariado por medio de Ji cuadrada para la búsqueda de asociaciones que impactaran a la variable de resultado.

ASPECTOS ÉTICOS

Este protocolo se realizará de acuerdo a las normas éticas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, con base a los establecido en la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 4º, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 06 de Abril de 1990 y a la Declaración de Helsinki (1964), Venecia (1983), Hong Kong (1989) y Tokio(1995) , Séul Octubre 2008 y siendo su última revisión en Fortaleza, Brasil en Fortaleza en el 2013.

También se toma en cuenta el código Internacional de ética Médica, el cual afirma en sus Principios generales "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica", en donde queda englobado el deber de promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica.

El propósito principal del estudio es conocer la frecuencia de los trastornos psiquiátricos para comprender y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas en los pacientes con insuficiencia renal crónica.

Se asegura el respeto a los derechos individuales de los sujetos, que acepten o no participar en el estudio, de tal manera que la atención que recibirán por parte de esta institución no se encontrará sujeta a alguna consideración especial, asegurando de este modo sus intereses.

La información será responsabilidad del médico investigador asegurándose la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes, apegándose a la Ley DOF 05-07-2010, del IFAI vigente.

Se observan y respetarán las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos del país e internacionales vigentes. La investigación será supervisada por un médico competente y calificado apropiadamente. La participación de los pacientes no compromete de manera adversa su salud.

En caso de detectar la presencia de trastornos psiquiátricos que ameriten atención y seguimiento, el paciente será canalizado a la consulta externa de acuerdo a la decisión que tome el cuidador responsable del menor.

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, con base a los establecido en la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 4º, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 06 de Abril de 1990.

Se considera la presente investigación como de riesgo mínimo: debido a la aplicación de la entrevista estructurada y a la ausencia de intervenciones que puedan manipular la conducta del sujeto. Por ser un estudio en población vulnerable se pondrá especial atención en las necesidades de los sujetos y se garantizará la libre decisión por medio de las cartas de consentimiento y asentimiento informado.

Se proporcionará a cada participante una carta de asentimiento informado y una de consentimiento informado a los tutores o padres de los participantes, los cuáles serán otorgados de manera voluntaria, siendo un requisito indispensable para la participación en el estudio.

Se otorgará al paciente y tutores información adecuada y comprensible sobre los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del estudio, estipulaciones post estudio y todo aspecto pertinente de la investigación. De igual modo se le informará al sujeto y tutores sobre el derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias; asegurándonos de que el individuo haya comprendido la información.

Se le informará al paciente y tutores que en caso de negarse a participar o retirarse del estudio, esto no afectará de manera adversa la relación médico paciente ni su atención, para ello el solicitante de las cartas de consentimiento y asentimiento informado, será personal ajeno al tratamiento nefrológico.

Así mismo en caso de que se detecte algún trastornos psiquiátricos o ideación suicida se le informará a los tutores, paciente y médico tratante de nefrología pediátrica, sobre la necesidad de seguimiento y tratamiento de manera inmediata por parte del servicio de salud mental de este mismo hospital y de acuerdo al juicio clínico del entrevistador, canalizándose de manera oportuna.

RESULTADOS

Se reclutaron 34 paciente del hospital de pediatría del CMN S XXI, del servicio de Nefrología, el estudio se llevó a cabo de Noviembre 2018 - Agosto 2019, no se excluyeron pacientes; la muestra de paciente se observa en la Tabla 1.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS		N= 34
VARIABLE		N (%)
GENERO		
Femenino		16 (47%)
EDAD		
Años cumplidos*		\bar{x} 12.5 años (6 -16)

LUGAR DE PROCEDENCIA	
Interior del país	25 (73 %)
Residentes de la CDMX	9 (27 %)
ESCOLARIDAD	
Primaria	13 (38 %)
Secundaria	16 (47 %)
Preparatoria	5 (15 %)
METODO DE SUSTITUCIÓN	
Diálisis peritoneal	29 (85%)
Hemodiálisis	5 (15%)

Mediana de tiempo de sustitución

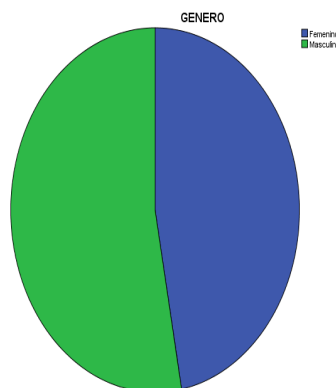
\tilde{x} Mediana P= 0.020 (Shapiro-Wilk)*

Del total de pacientes; 16 (47%) correspondieron al sexo femenino y 18 corresponden al sexo masculino (53%) (figura 1).

9 (27 %) sujetos son originarios y residentes de la ciudad de México Y el resto con domicilio en otro estado de la república.

La variable escolaridad se midió con los años cursados y se distribuyó mayormente en el grado de secundarias, primaria 13 (38%), secundaria 16 (47%) y preparatoria 5 (15%).

Se observaron los métodos de sustitución, trastornos psiquiátricos, la tabla 2.



variables relacionadas al de la función renal y a los tal y como se observan en

TABLA 2. DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS COMPARADOS CON EL MÉTODO DE SUSTITUCIÓN N=34

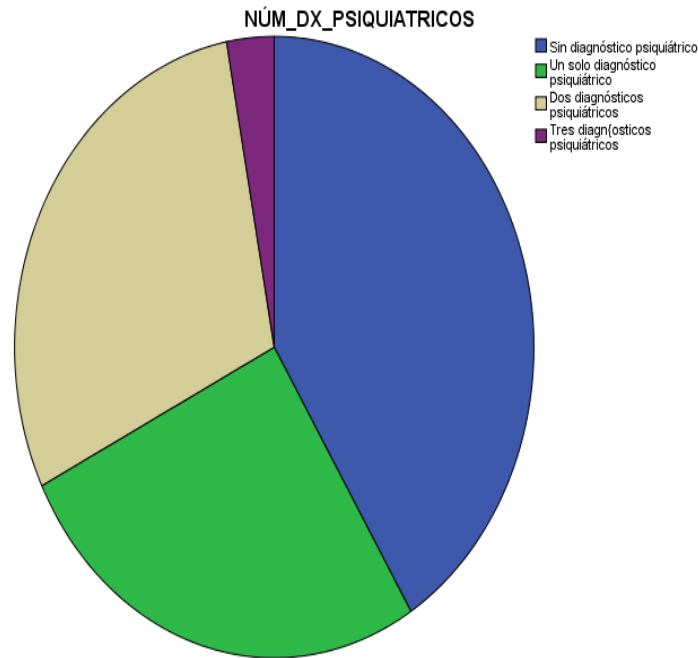
VARIABLE	N (%)
CON TRASTORNO PSIQUIATRICO	
Presencia de trastorno psiquiátrico	20 (58%)
TIPO DE TRASTORNO	
Trastorno afectivo	5 (15%)
Trastorno de ansiedad generalizada	2 (6%)
Trastorno mixto ansioso - depresivo	8 (22%)
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	5 (15%)
COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS	
Un solo diagnóstico	9 (26%)
Dos diagnósticos	10 (29%)
Tres diagnósticos	1 (3%)
METODO DE SUSTITUCIÓN	
Hemodiálisis	4 (20%)
Diálisis	16 (80%)
APEGO TERAPEUTICO	
Adecuado	21 (62%)
Inadecuado	13 (38%)

De los métodos de sustitución de la función renal, 29 pacientes (85%) se encontraban en diálisis peritoneal y resto en hemodiálisis.

La frecuencia de psicopatología medida por la entrevista semiestructurada MINI KID se presentó en 20 (58%) sujetos de los 34 evaluados. La distribución de los diagnósticos psiquiátricos quedó de la siguiente manera: El diagnóstico de trastornos afectivos se encontró presente en 5 (15%) pacientes, los trastornos de ansiedad en 2 (6%), los trastornos mixtos ansioso - depresivos 8 (22%) pacientes y el diagnóstico de trastorno por déficit de la atención e hiperactividad en 5 (15%) de los sujetos.

El análisis de la comorbilidad psiquiátrica indicó que 14 sujetos (42%) no presentaron diagnóstico psiquiátrico y 9 (26%) sujetos no presentaron comorbilidad,

10 (29%) de ellos mostraron dos diagnósticos y 1 (3%) con 3 diagnósticos (figura 2).



La distribución de diagnósticos psiquiátricos de los 20 sujetos con psicopatología por método de sustitución fue de 4 (20%) para los sujetos en hemodiálisis y 16 (80%) para los pacientes en diálisis.

El apego terapéutico fue adecuado en 21 (62%) pacientes e inadecuado en 13 (38%) en el total de los pacientes en tratamiento sustitutivo.

Se realizó un análisis bivariado para identificar asociación por medio de la prueba de chi cuadrada entre la presencia de diagnóstico psiquiátrico y mal apego, sin encontrarse diferencia estadísticamente ($p=0.303$).

Debido a la alta frecuencia en desapego al tratamiento en los pacientes con sustitución de la función renal, se llevó a cabo un análisis no paramétrico con el estadístico de Chi cuadrada para cruzar la información relacionada al apego

terapéutico y el método de sustitución renal, análisis que arrojó diferencias importantes en el apego terapéutico para los pacientes con diálisis peritoneal ($P=0.037$), Ver Tabla 3.

TABLA 3. RELACIÓN ENTRE APEGO TERAPÉUTICO Y EL MÉTODO DE SUSTITUCIÓN			
MÉTODO DE SUSTITUCIÓN	DE MAL APEGO	BUEN APEGO	TOTAL
Dialisis peritoneal	9 (26%)	20 (59%)	29 (85%)
Hemodialisis	4 (12%)	1 (3%)	5 (15%)
Total	13 (38%)	21 (62%)	34 (100%)

DISCUSIÓN

Durante la infancia, las enfermedades crónicas confieren un mayor riesgo de trastornos emocionales y del comportamiento, aunque la mayoría de los adolescentes y sus familias se adaptan con éxito al diagnóstico. La enfermedad renal crónica terminal invariablemente tiene un impacto estresante a lo largo de la

vida en esta población y sus familias, lo que incrementa el riesgo a desarrollar trastornos psiquiátricos.

En múltiples estudios se reportan prevalencias de trastornos psiquiátricos en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica estimada en un 50 %; siendo los trastornos adaptativos como los más frecuentes (18 %), seguidos por la depresión (10 %) y los trastornos neurocognitivos (8%). Los trastornos de ansiedad y de eliminación se informaron en 5 y 3%, respectivamente (33, 44). Los resultados descritos son equiparables a los frecuencia encontradas en nuestro estudio, donde los trastornos afectivos en conjunto con los trastornos adaptativos y depresivos obtubieron una frecuencia de (15%).

Se ha informado que la prevalencia de depresión en pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica varía del 10% al 80% en diferentes series y de ansiedad del 27 al 46% en diferentes series (33,44). Encontrándose en nuestro estudio una cifra de 15% en los trastornos afectivos y encontrandose la cifra mayor una combinaciòn de ambas sintomtologias tanto ansiedad y depresión en un 22%.

Son diversos los estudios que han documentado una asociación entre depresión, disminución en el tiempo de supervivencia, adherencia terapéutica con un aumento en el riesgo suicida de hasta 15 veces por el número de hospitalizaciones y un impacto en la calidad de vida de estos pacientes, más importante que los factores biológicos y terapéuticos (39, 40). En nuestro estudio no se encontraron pacientes con riesgo suicida a diferencia de dichos estudios.

La evaluación psiquiátrica de 26 niños británicos con enfermedad renal cronico terminal tratados con hemodiálisis reveló morbilidad psiquiátrica en 19% de los niños estudiados (16) siendo equiparable a la frecuencia encontrada en nuestro estudio de 20%.

Los niños con enfermedad renal crónica terminal, a menudo sufren de retraso en el crecimiento y deformidad ósea debido a la osteodistrofia, lo cual los predispone a padecer problemas de autoestima. Los estigmas de la terapia con hemodiálisis incluyen múltiples cicatrices, marcas de punción con aguja, fístulas o derivaciones arteriovenosas, que afectan la autoimagen y son particularmente devastadoras. La demora en la aparición de características sexuales secundarias que a menudo acompañan a la uremia, se suma a las alteraciones mencionadas; estos cambios negativos en la imagen corporal propician los sentimientos de alienación del grupo de pares en el niño. Por lo antes mencionado, los niños y adolescentes con ERCT pueden desarrollar morbilidad psiquiátrica. Con respecto a los factores de riesgo biológicos que afectan la Salud Mental de estos niños, la uremia por sí sola incrementa la irritabilidad, inquietud motora, distractibilidad y la abstracción no verbal, estos síntomas de base fisiológica aumentan la vulnerabilidad al desajuste psicosocial. Las alteraciones en los niveles de serotonina en el sistema nervioso central en estos pacientes coadyuva al desarrollo de los trastornos psiquiátricos. [46]. Otra explicación de la vulnerabilidad fisiológica al desajuste enuroquímico se encuentra en los efectos secundarios y la exposición crónica a los medicamentos que indican en estos niños.

En algunos estudios se han encontrado que los problemas psiquiátricos fueron más frecuentes en los niños con diálisis en comparación con el grupo de prediálisis. Garralda y col. [16] afirmó que existe una tendencia hacia a las dificultades psicológicas más definidas y marcadas en pacientes con afecciones renales cuando la enfermedad es más grave. En la búsqueda de estudios que ayuden a comparar psicopatología con el tipo de sustitución de la función renal, no se encontró, no se encontró en la literatura otro estudio con dicha medición, análisis que arrojó mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con diálisis peritoneal 16 (55 %).

Esta observación puede explicarse por el hecho de que los niños en diálisis experimentan síntomas físicos más angustiantes, más medicamentos e investigaciones y más dependencia de las máquinas que podrían funcionar mal en

cualquier momento a diferencia de los pacientes en hemodialisis los cuales requieren el tratamiento con menor frecuencia y estan bajo vigilancia médica continua; sin embargo esta explicación es completamente diferente cuando se cruzó la información sobre el apego al tratamiento de los pacientes nefrológicos y el tipo de sustitución de la función renal, donde se encontró en la muestra estudiada una diferencia significativa que indicó mayor desapego en los pacientes con hemodiálisis; para tratar de explicar dicho fenómeno se busco en la literatura y se encontró una referencia que asume a la presencia de trastornos psiquiátricos como un factor determinante para el mal apego (47); sin embargo dicha información no explica la razón del mal apego en los pacientes con hemodiálisis ya que en nuestra muestra los trastornos psiquiátricos no impactaron en el apego. (p.303). Consideramos que la razón del mal apego en este tipo de sustitución puede deberse a la facilidad que confiere la diálisis peritoneal ya que esta puede llevarse a cabo en la casa y requiere menos recursos para el traslado del paciente al centro de hemodiálisis; otra posible explicación podría girar entorno a la participación del paciente y la familia en los cuidados del manejo terapéutico ya que la hemodiálisis no favorece la participación activa.

La negación de la enfermedad y sus complicaciones es uno de los mecanismos de afrontamiento de los pacientes con una enfermedad crónica, este mecanismo ayuda a rechazar los sentimientos asociados con eventos o pensamientos graves, protegiendo así a los pacientes contra la ansiedad y la depresión severa, lo cual en la primera entrevista con el instrumento MINI KID derivo en dos pacientes en quienes no se identifico la presencia de algún trastorno, esto puede deberse al mecanismo defensivo antes mencionado, o puede deberse a un sesgo en el operador de la escala.

Los pacientes con IRC deben tratar de adaptarse a su enfermedad física crónica y a la necesidad, en muchos casos, de la dependencia de una máquina de diálisis para mantenerse con vida. Los pacientes y sus familias requieren un ajuste en términos cognitivos, emocionales y de comportamiento dicho ajuste puede ocurrir

durante los primeros meses y desencadenar una reacción de duelo, es aquí donde los síntomas depresivos a veces se desarrollan como parte de este proceso.

Los estudios de trastornos psiquiátricos en niños con otras enfermedades crónicas mostraron resultados similares aunque con mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad generalizada en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (42). Villanueva en un estudio realizado en pacientes con Leucemia linfoblástica aguda en el año 2017, encontró mayor prevalencia en los trastornos afectivos 23% y un 10% en los trastornos de ansiedad generalizada.

Del mismo modo, Ortega et al. Mostró que el asma infantil se asoció con el trastorno de ansiedad [16]. Estos hallazgos apuntan al hecho de que la mayor probabilidad de trastornos psiquiátricos durante la infancia no parece ser específica para la categoría de diagnóstico más allá de aquellos que involucran disfunción cerebral, pero refleja las dificultades inherentes a vivir con una enfermedad crónica [29].

El tamaño de la muestra es pequeño lo que no permitió realizar mayores análisis de esta; en el hospital hay más pacientes renales; de los cuales un buen porcentaje de ellos se encuentran en un grupo etario que no fue incluido debido a la restricción en el uso de la escala MINI KID y algunos pacientes que cubrían el criterio de edad ya se encuentran trasplantados, y otros no se incluyeron debido a su deserción y desapego a los tratamientos indicados.

CONCLUSIÓN

Con esta investigación se puede concluir que los trastornos afectivos (episodio único como recurrente), así como el trastorno mixto ansioso depresivo son los trastornos psiquiátricos más frecuentes tanto en pacientes en hemodiálisis como en diálisis.

La frecuencia total de trastornos psiquiátricos fue de 58%; encontrándose dentro de los rangos esperados.

El apego al tratamiento de los pacientes nefrológicos y el tipo de sustitución de la función renal fue mayor en aquellos con diálisis peritoneal comparados con los pacientes en hemodiálisis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Radilla CJ, Jaramillo-Villanueva L, Rendón-Macías ME. Motivos de interconsulta a psiquiatría infantil y concordancia entre el diagnóstico

- pediátrico y psiquiátrico. Tesis para el diploma de especialista en psiquiatría infantil y del adolescente. México 2014.
2. Acero González A R, Vásquez R. Psiquiatría infantil en el hospital pediátrico. *Rev Colombiana Psiquiatria* 2007; Vol 36, N. 3.
 3. Guevara JP, Greenbaum PE, Shera D, Bauer L, Schwarz DF. Survey of mental health consultation and referral among primary care pediatricians. *Acad Pediatr.* 2009; 9(2): 123-127.
 4. Landa N, Goñi A, García de Jalón E, López-Goñi J.J. Concordancia en el diagnóstico entre pediatría y salud mental. *Anales Sis San Navarra.* 2009; 32:161-168.
 5. Kuehn BM. Pediatrician-Psychiatrist Partnerships Expand Access to Mental Health Care. *JAMA.* 2011; 306(14): 1531-1533.
 6. Saucedo García JM, Maldonado Durán M, Montoya Cabrera MA. Psiquiatría de enlace en un hospital pediátrico: La experiencia del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI. *Rev. méd. IMSS;*23(6):427-35, nov.-dic. 1985.
 7. Ashraf Bakr, Mostafa Amr, Amr Sarhan, Ayman Hammad & Mohamed Ragab, Ahmed El-Refaey, Atef El-Mougy. Psychiatric disorders in children with chronic renal failure. *Pediatr Nephrol* (2007) 22:128–131.
 8. Phipps A, Turkington D (2001) Psychiatry in the renal unit. *Advances in psychiatric treatment* 7:426–432
 9. Gledhill J, Rangel L, Garralda E (2000) Surviving chronic physical illness: psychosocial outcome in adult life. *Arch Dis Child* 83:104–110.
 10. McConaughy SH, Achenbach TM (1994) Manual for the semistructured clinical interview for children and adolescents. Burlington VT: University of Vermont Department of Psychiatry P:30–62.
 11. Mustafa Amr, Ashraf Bakr, Abdel Hady El Gilany, Ayman Hammad, Ahmed El-Refaey, Atef El-Mougy. Multi-method assessment of behavior adjustment in children with chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol* (2009) 24:341–347.

12. Fukuniski L, Honda M, Kamiyama Y, Ito H (1993) Influence of mothers on school adjustment of continuous ambulatory peritoneal dialysis children. *Perit Dial Int* 13:232–235.
13. Fadrowski J, Cole SR, Hwang W, Fiorenza J, Weiss RA, Gerson A, Furth SL (2006) Changes in physical and psychosocial functioning among adolescents with chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol* 21:394–399
14. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn, text revision) (DSM-TVTR). Washington, DC:APA.
15. Rustomjee S, Smith G (1996) Consultation-liaison psychiatry to renal medicine: work with an inpatient unit. *Aus N Z J Psychiatry* 30:229–237.
16. Bradley A, Warady, Vimal Chadha. Chronic kidney disease in children: the global perspective. *Pediatr Nephrol* (2007) 22:1999–2009.
17. Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS (2003) Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis* 41:1–12
18. Lysaght MJ (2002) Maintenance dialysis population dynamics: current trends and long-term implications. *J Am Soc Nephrol* 13:37–40
19. North American Pediatric Renal Transplant Cooperative Study (NAPRTCS) (2005) 2005 annual report.
20. Katarzyna Kiliś-Pstrusińska^a, Anna Medyńska^a, Piotr Adamczak^b, Irena Bałasz- Chmielewska^c, Ryszard Grendad, Agnieszka Kluska-Jóźwiak^e, Beata Leszczyńska^f, et al. Anxiety in Children and Adolescents with Chronic Kidney Disease—Multicenter National Study Results. *Kidney Blood Press Res* 2013;37:579-587.
21. Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS (2003) Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis* 41:1–12.
22. Lysaght MJ (2002) Maintenance dialysis population dynamics: current trends and long-term implications. *J Am Soc Nephrol* 13:37–40.

23. El Nahas AM, Bello AK (2005) Chronic kidney disease: the global challenge. *Lancet* 365:31–40.
24. Fadrowski J, Cole SR, Hwang W, Fiorenza J, Weiss RA, Gerson A, Furth SL (2006) Changes in physical and psychosocial functioning among adolescents with chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol* 21:394–399.
25. Fielding D, Brownbridge G (1999) Factors related to psychosocial adjustment in children with end-stage renal failure. *Pediatr Nephrol* 13:766–770.
26. Bakr A, Amr M, Sarhan A, Hammad A, Ragab M, El-Refaey A, El-Mougy A (2007) Psychiatric disorders in children with chronic renal failure. *Pediatr Nephrol* 22:128–131.
27. Garralda ME, Jameson RA, Reynolds JM, Postlethwaite RJ (1988) Psychiatric adjustment in children with chronic renal failure. *J Child Psychol Psychiatry* 29:79–90.
28. Katarzyna Kiliś-Pstrusińskaa Anna Medyńskaa Piotr Adamczakb, Irena Bałasz- Chmielewska, et al. Anxiety in Children and Adolescents with Chronic Kidney Disease – Multicenter National Study Results. *Kidney Blood Press Res* 2013;37:579-587.
29. Edith G. Hernandez, Reyner Loza, Horacio Vargas, and Mercedes F. Jara. Depressive Symptomatology in Children and Adolescents with Chronic Renal Insufficiency Undergoing Chronic Dialysis. *International Journal of Nephrology*. Volume 2011, Article ID 798692, 7 pages.
30. Gandhi B, Cheek S, Campo JV: Anxiety in the pediatric medical setting. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012;21:643-653.
31. Garralda ME Palanca MI: Psychiatric adjustment in children with chronic physical illness. *Br J Hosp Med* 1994;52:230-234.
32. Pao M, Bosk A: Anxiety in medically ill children/adolescents. *Depress Anxiety* 2011;28:40-49.
33. Bakr A, Amr M, Sarhan A, Hammad A, Ragab M, El-Refaey A, El-Mougy A: Psychiatric disorders in children with chronic renal failure. *Pediatr Nephrol* 2007;22:128-131.

34. Watnick S, Kirwin P, Mahnensmith R, Concato J: The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 2003;41:105-110.
35. Goldstein SL, Gerson AC, Furth S: Health-related quality of life for children with chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007;14:364-369.
36. Hernandez EG, Loza R, Vargas H, Jara MF: Depressive symptomatology in children and adolescents with chronic renal insufficiency undergoing chronic dialysis. *Int J Nephrol* 2011;2011:798692.
37. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF 3rd, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, Shear MK, Rollman BL: Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:306-312.
38. Lopes AA, Albert JM, Young EW, Satayathum S, Pisoni RL, Andreucci VE, Mapes DL, Mason NA, Fukuhara, S, Wikström B, Saito A, Port FK: Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. *Kidney Int* 2004;66:2047-2053.
39. Amr M, Bakr A, El Gilany AH, Hammad A, El-Refaey A, El-Mougy A: Multi-method assessment of behavior adjustment in children with chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol* 2009;24:341-347.
40. Kimmel PL, Patel SS: Quality of life in patients with chronic kidney disease: focus on end-stage renal disease treated with hemodialysis. *Semin Nephrol* 2006;26:68-79.
41. González-Velázquez A. Depresión en pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica terminal. Tesis para el diploma de especialista en psiquiatría infantil y del adolescente. México 1999.
42. Pérez Vélez Martínez MA. Frecuencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1 de la consulta externa de un hospital de tercer nivel de atención. Tesis para el diploma de especialista en psiquiatría infantil y del adolescente. Centro Médico Nacional Siglo XXI Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría " Dr. Silvestre Frenk Freud" Septiembre 2018.

43. Munguía Matamoros Alejandra María (2004). Validez concurrente de la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional para niños y adolescentes (mini kid), versión en español. Tesis para el diploma de especialista en psiquiatría infantil y del adolescente. Centro Médico Nacional Siglo XXI Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría " Dr. Silvestre Frenk Freud" Febrero 2004.
44. Mohamed, S., Yousef, U., Abdel Salam, M., & Abdo, M. Assessment of depression and anxiety in children on regular hemodialysis. *Egyptian Journal of Psychiatry* 2014; 35(2), 100.
45. Villanueva Hernandez, V. (2017). *Frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes portadores de leucemia linfoblástica aguda de la UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI(Especialidad)*. UNAM.
46. Pivac N, Muck-Seler D, Barisic I, Jakovljevic M, Puretic Z (2001) Platelet serotonin concentration in dialysis patients with somatic symptoms of depression. *Life Sci* 13:68:2423–2433
47. Willner, P., Scheel-krüger, J., & Belzung, C. (2013). The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (ADULTOS)

Nombre del estudio:	Frecuencia de enfermedades mentales en los adolescentes con enfermedad renal crónica del Hospital de Pediatría " Dr. Silvestre Frenk Freund".
Lugar y fecha:	Delegación Cuauhtémoc, ...
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer la frecuencia de las enfermedades mentales en los adolescentes con enfermedad renal crónica, del Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund", ya que la presencia de enfermedad mental puede afectar la respuesta al tratamiento y la mejoría de la enfermedad.

Procedimientos:	Se le harán preguntas a su hijo basadas en una encuesta que tiene la finalidad de identificar síntomas depresivos, de ansiedad, déficit de atención, problemas de alimentación, obsesiones, entre otras enfermedades mentales (llamada M.I.N.I KID), por el investigador principal en un tiempo aproximado de 25 minutos, las preguntas se responderán con un "sí" o un "no". Después de leerse el consentimiento informado, habiéndose aclarado las dudas y haberlo firmado, se procederá a la obtención de datos generales y a la aplicación por el investigador principal del cuestionario antes mencionado.						
Posibles riesgos y molestias:	Los posibles riesgos e inconvenientes, derivados de la participación de su hijo (a) son: el tiempo que le tomará en contestar el cuestionario o reacciones de preocupación, mismas que se atenderán de forma inmediata por el investigador en caso de que se presenten.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio será la contribución al conocimiento científico y la atención oportuna de Salud Mental para quienes presenten algún trastorno psiquiátrico, o tengan riesgo de desarrollarlo.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se entregarán resultados una vez terminada la encuesta, en caso de identificarse algún posible trastorno psiquiátrico, se le notificará a usted de manera privada para que autorice el seguimiento y la atención por el Servicio de Salud Mental si así lo considera pertinente						
Participación o retiro:	El participante podrá retirarse de ésta investigación en el momento que lo decida, sin que esto afecte su atención médica en el Hospital de Pediatría " Dr. Silvestre Frenk Freund".						
Privacidad y confidencialidad:	Los datos obtenidos serán utilizados por el investigador para la realización de un estudio científico con la finalidad de obtener información que beneficie a los pacientes pediátricos con enfermedad renal. Se respetará con absoluta integridad el uso de sus datos personales de acuerdo a la ley DOF 05-07-2010, del IFAI vigente, Los datos se manejarán de manera anónima, únicamente por los investigadores principales de modo que ni su hijo ni usted serán identificados en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio.						
Declaración de consentimiento:							
Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio:							
<input type="checkbox"/>	No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes: en caso de requerir tratamiento por el servicio de Salud Mental, serán enviados con el Dr. Leonel Jaramillo Villanueva al consultorio 19 del área de consulta externa de este hospital para su tratamiento y seguimiento, el tratamiento podrá consistir en medicamentos o terapias, de acuerdo al padecimiento que se identifique. El teléfono del servicio es 56276938.							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dr. Roberto Alexis Molina Campuzano; localizado en consulta externa de Salud Mental, de lunes a viernes de 8 a 14 horas.						
Colaboradores:	Dr. Leonel Jaramillo Villanueva; localizado en consulta externa de Salud Mental, de lunes a viernes de 8 a 14 horas.						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética en Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 40 piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col. Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00, extensión 21230, Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com							
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nombre y firma del sujeto</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Testigo 1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Testigo 2</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nombre, dirección, relación y firma</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nombre, dirección, relación y firma</td> </tr> </table>		Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	Testigo 1	Testigo 2	Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento						
Testigo 1	Testigo 2						
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma						
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.							



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD**

**HOSPITAL DE PEDIATRÍA “DR. SILVESTRE FRENK FREUND”
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI. Avenida Cuauhtémoc 330, Doctores, 06720 Cuauhtémoc, CDMX

Fecha:

Por medio de esta carta se te invita de forma voluntaria a participar en el estudio llamado frecuencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedad renal crónica con el objetivo de identificar la frecuencias de los síntomas mentales como tristeza, nerviosismo, inquietud y otros más en escolares y adolescentes con enfermedad renal crónica.

De aceptar participar, se te realizará una entrevista en base a un conjunto de preguntas ya preparadas con anterioridad con el nombre en su conjunto de M.I.N.I KID, para que las contestes de acuerdo a lo que tú sientas y pienses de ellas, el tiempo de llenado es aproximadamente de 25 minutos.

Beneficios que recibirás de participar en este estudio son:

Tu participación ayudará al conocimiento científico de los niños y adolescentes que tienen enfermedades como la tuya; en caso encontrar alteraciones en tu salud mental, se hará una cita al servicio de Salud Mental para brindarte la atención médica necesaria. Los riesgos o inconvenientes con los que te podrías encontrar al realizar la entrevista incluyen el tiempo que te llevará contestar el cuestionario y una probable preocupación por responder.

Toda la información que nos des será usada de manera ética respetando tus datos personales y asegurando tu información para que nadie pueda saber que eres tú. En el momento que tú quieras e independientemente de que tus padres acepten tu participación en el estudio, podrás elegir no participar o suspender el estudio, sin que se afecte el trato por los médicos o tu atención médica cambie por esta decisión.

Las dudas sobre el estudio y tu participación serán respondidas por: el Dr. Roberto Alexis Molina Campuzano y Dr. Leonel Jaramillo Villanueva. Nos puedes encontrar en consulta externa del servicio de Salud mental, en el consultorio 19, de lunes a viernes de 8 a 14:00 horas.

Si aceptas participar por favor anota tu nombre a continuación:

Nombre _____ del _____ paciente:

RESUMEN
DIAGNOSTICOS MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES
(MINI-NA) [MINI-KID]

Nombre del paciente: _____

Número de Protocolo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Hora en que inicio la entrevista: _____

Nombre de el entrevistador: _____

Hora en que termino la entrevista: _____

Fecha de la entrevista: _____

Duración Total: _____ minutos

Proyecto de Investigación _____

Investigador _____

MÓDULOS	PERIODO EXPLORADO	CUMPLE LOS CRITERIOS DE	DSMIV	ICD 10
A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recurrente	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
B. RIESGO DE SUICIDIO	A lo largo de la vida	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A
	Actual (ultimo mes)	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A

	Riesgo	Leve <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>
C. DISTIMIA	Actual (el año pasado)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
D. EPISODIO DE (HIPO)MANIA	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F40.01
E. TRASTORNO DE ANGUSTIA (PANICO)	Pasado Actual (último mes)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	300.01 – 300.21	F40.01-F41.0
F. AGORAFOBIA	De por vida Actual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACION	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.21	F93.0
H. FOBIA SOCIAL (TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)	Actual (ultimo mes)	<input type="checkbox"/>	300. 23	F40. 1
I. FOBIA ESPECIFICA	Actual (ultimo mes)	<input type="checkbox"/>	300. 29	NA
J. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (ultimo mes)	<input type="checkbox"/>	300. 3	F42. 8
K. ESTADO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO (opcional)	Actual (ultimo mes)	<input type="checkbox"/>	309. 81	F43. 1
L. DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
L. ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
M. DEPENDENCIA DE SUSTANCIA (No-alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
M. ABUSO DE SUSTANCIA (No-alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
N. TRASTORNO DE TOURETTE	Actual	<input type="checkbox"/>	307.23	F95.2
TRASTORNO DE TIC MOTORES	Actual	<input type="checkbox"/>	307.22	F95.1
TRASTORNO DE TIC VOCALES	Actual	<input type="checkbox"/>	307.22	F95.1
TRASTORNO DE TIC TRANSITORIOS	Actual	<input type="checkbox"/>	307.21	F95.0
O. TDAH COMBINADO	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.01	F90.0
TDAH INATENTO	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.00	F98.8
TDAH HIPERACTIVO/IMPULSIVO	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.01	F90.0
P. TRASTORNO DISOCIAL (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. TRASTORNO PSICÓTICO	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
<i>TRASTORNO DEL ANIMO CON PSICOSIS</i>	De por vida	<input type="checkbox"/>	296.24/296.34/296.44	F32.3/F33.3/
	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24/296.34/296.44	F30.2/F31.2/F31.5/F31.8/F31.9/9
S. ANOREXIA NERVOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
T. BULIMIA NERVOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>		
U. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
V. TRASTORNOS DE AJUSTE	Actual	<input type="checkbox"/>	309.24/309.28	F43.xx
W. TRASTORNO GENERALIZADO (PENETRANTE) DEL DESARROLLO	Actual	<input type="checkbox"/>	299.00/299.10/	F84.0/.2/.3/.5/9 93.89/298.8/28

INSTRUCCIONES GENERALES

ACERCA DE LA ENTREVISTA

La M.I.N.I (N-A) [M.I.N.I-*kid*] es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DMS IV y el ICD- 10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la M.I.N.I (N-A) con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de Salud para entrevistadores no clínicos para el ICD-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I (N-A) tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un tiempo mucho más breve (de 11.6 a 18.7 minutos, promedio 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos luego de una breve sesión de entrenamiento. Los entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

PRESENTACIÓN DE ENTREVISTA AL PACIENTE

De modo a mantener la entrevista lo más breve posible , informe al niño o al adolescente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le va a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no. Un ejemplo de presentación podría ser:

“Voy a hacerte muchas preguntas acerca de lo que sientes, o acerca de tu comportamiento. Esta es la única manera de poder conocerte bien y saber de qué forma puedo ayudarte a resolver tus dificultades, si las tienes. Debes contestar SI o NO a la mayoría de las preguntas, y en algunas ocasiones te voy a solicitar que me expliques tu respuesta con más detalle. Si en relación con alguna pregunta no estás seguro de cómo responder, dímelo y trataré de darte una orientación mejor. Algunas de las preguntas te van a parecer muy raras para tu edad, pero hay niños y adolescentes que pudieran tener esas conductas extrañas, por eso te las pregunto también a ti; en todo caso, contesta lo más honestamente posible. ¿Tienes alguna pregunta que hacer antes de empezar?”

NOTA: Para niños menores de 13 años se recomienda hacer la entrevista en presencia de los padres. Las preguntas se deben hacer directamente al niño. En caso de una respuesta poco fiable, se puede pedir la opinión a los padres. La información a consignar en la hoja de respuesta será aquella que a juicio clínico del entrevistador tenga mayor validez en cada caso. Tenga a la mano ejemplos clínicos de cada tipo de conducta para ayudar a los niños más pequeños a dar unas respuestas precisas. Las preguntas en relación con uso, consumo de sustancias y trastorno disocial se deben hacer al niño o adolescente en ausencia de los padres, luego a los padres sin que el niño o el adolescente estén presentes.

FORMATO GENERAL

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

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

CONVENCIONES

Las oraciones escritas en “letra normal” deben leerse “palabra por palabra” al paciente, para que la evaluación de los criterios diagnósticos sea estandarizada y similar para todos los casos. **Esto es muy importante cuando la M.I.N.I (N-A) se usa con estándar de oro en investigación.**

Las oraciones escritas en “MAYUSCULA” no deben leerse al paciente. Estas son instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en “**negrita**” indican el periodo (tiempo) que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Solo aquellos síntomas que ocurrieron durante el 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, codificar “NO” en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo 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.

NOTA: como los niños pequeños pudieran tener problemas para determinar el tiempo transcurrido entre los eventos, el examinador puede ayudarlo proporcionando información sobre acontecimientos que el niño pueda identificar con claridad, por ejemplo preguntar si el problema apareció antes o después de su cumpleaños, o antes o después de la vacaciones, si cuando estaba en el grado anterior, o si tenía el problema en las navidades, etc. También se puede apoyar en la información suministrada por los padres.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica no deben codificarse si en la M.I.N.I (N-A) La M.I.N.I Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

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

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

Thierry Hergueta M.S.
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS, FRANCE
Tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
Fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e- mail: hergueta@ext.jussieu.fr

Laura Ferrando, M.D.
IAP
Velasquez 156
28.002 Madrid, España
Tfn: +91 5644718
Fax: +91 4115432
e – mail: iap@lander.es

Marelli Soto, M.D.
University of South Florida
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613 -4788
Tel: +1 813 974 4544
Fax: +1 813 974 4575
e – mail: mon0619@aol.com

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

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

- A1 ¿En la últimas dos semanas, has estado aburrido(a), o has estado triste?, ¿o te has sentido vacío o decaído(a)?, ¿o irritado(a) o enojado?

SI CONTESTO SI EN ALGUNA CONTINUE, SI ES NO A TODAS CODIFIQUE NO

¿Has estado así casi todos los días durante la mayor parte del día?
NO SI

- A2 ¿En las últimas dos semanas, se te han quitado las ganas de hacer las cosas que te gustan, (como jugar tu juego favorito)?, ¿o ya no disfrutas las cosas tanto como antes?
SI CONTESTO SI EN ALGUNA CONTINUE, SI ES NO A TODAS CODIFIQUE NO

¿Has estado así casi todos los días durante la mayor parte del día?
NO SI

¿CODIFICO SÍ EN A1 O EN A2?
NO SI

- A3 En las últimas dos semanas, cuando te sentías aburrido, o sin ganas de hacer las cosas:

a. ¿Has tenido menos (o más) ganas de comer? ¿Te has enflaquecido (o engordado)?
NO SI

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

b. ¿Tenías dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarte dormido, te despertabas a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormías mucho)

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

c. ¿Casi todos los días, hablabas o te movías más lento de lo normal, o no te quedabas
NO SI

quieto(a) o tenías dificultad para permanecer tranquilo(a)?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

d. ¿Casi todos los días, te sentías la mayor parte del tiempo cansado(a) o sin energía?
NO SI

e. ¿Casi todos los días sentías que tenías la culpa de todo, o sentías
NO SI

que no servías para nada?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

f. ¿Casi todos los días, tenía dificultad para poner atención o para decidir
NO SI

sobre algo?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

- g. ¿Varias veces ha sentido ganas de hacerte daño o has sentido ganas de morirte
 NO SI
 o has querido matarte?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

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

NO	SI*
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4,

DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

- A4 a. ¿Otras veces en tu vida te has sentido aburrido(a), triste o sin ganas de hacer nada y has
 NO SI 10
 tenido la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?

- b. ¿Alguna vez, luego de sentirte triste, has estado completamente sin tristeza,
 pero luego te has sentido otra vez aburrido(a), con períodos de dos meses o más entre
 las crisis?

□

NO	SI	**
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECURRENTE		
Número de episodios: _____		

* Si el paciente padece de un Episodio Depresivo Mayor, Actual, codifique sí en las preguntas correspondientes de la página 6

** Si se codifica SI, pregunte cuantas veces han ocurrido los episodios de depresión

B. RIESGO DE SUICIDIO

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

- B1 a. ¿Alguna vez te has sentido tan mal que has deseado mejor estar muerto(a)?
NO SI 1
- b. ¿Has intentado herirte o hacerte daño?
NO SI 2
- c. ¿Has intentado matarte?
NO SI 4

NO	SI	**
RIESGO DE SUICIDIO		
LO LARGO DE LA VIDA		
Número de episodios: _____		

** Si se codifica SI, pregunte cuantas veces han ocurrido los episodios de intentos de suicidio

Durante este último mes:

P
u
n
t
o
s
:

- B2 ¿Has tenido algún accidente?
NO SI 0
SI CODIFICO **NO** SALTE A B3, SI CODIFICO **SI** PREGUNTE B2a
- B2a ¿Planeabas hacerte daño o herirte con este accidente? NO SI
0
INCLUYA EN SUS ANOTACIONES INTENTO DE SUICIDIO PASIVO O ACTIVO
SI CODIFICO **NO** SALTE A B3, SI CODIFICO **SI** PREGUNTE B2b
- B2b ¿Tú pretendías morir en este accidente?
NO SI 0
- B3. ¿Piensas que es mejor la muerte, que es mejor estar muerto(a)?
NO SI 1
- B4. ¿Has intentado herirte o hacerte daño?
NO SI 2

B5. ¿Has intentado matarte?
 NO SI 6

SI CODIFICO SI PREGUNTE POR LA INTENSIDAD Y FRECUENCIA DE LA IDEACION SUICIDA

Frecuencia	Intensidad	
Ocasional	<input type="checkbox"/>	Leve <input type="checkbox"/>
Frecuente	<input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>
Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>

seguro(a) d ¿Puedes controlar estos impulsos, tanto como para estar que estás planeando?

Nota: califique 8 sólo si la respuesta es NO

B6 ¿Has planeado quitarte la vida?
 NO SI 8

B4 ¿Has diseñado este plan paso a paso incluyendo la visión de estar muerto(a)?
 NO SI 8

B5 ¿Has intentado herirte o hacerte daño sin la intención de matarte?
 NO SI 4

B6 ¿Alguna vez ha intentado matarte?
 NO SI 10
 ¿Con la esperanza de ser rescatado y sobrevivir?
 ¿Con la idea firme de morirte?

CODIFIQUE SÍ, CUANDO SE RESPONDA SÍ EN POR LO MENOS 1 ITEM, EXCEPTO B2?

SI CODIFICO SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (B1-B9). ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO .

NO	SI
RIESGO DE SUICIDIO ACTUAL	
1-8 PUNTOS LEVE	<input type="checkbox"/>
9-16 PUNTOS MODERADO	<input type="checkbox"/>
17 PUNTOS ALTO	<input type="checkbox"/>

Si codificó SÍ, favor hacer los comentarios respectivos acerca de si el paciente debe ser remitido a un centro de atención mental inmediata, que pueda garantizar su seguridad. Utilice el espacio disponible debajo.

C. DISTIMIA

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

(SI EL PACIENTE REUNIO LOS CRITERIOS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SALTE ESTE MODULO)

-
- C1. ¿Te has sentido triste o deprimido(a), o aburrido(a), o vacío(a), o muy sensible, o enojado(a) durante la mayor parte del tiempo en el último año?
- NO SI
-

Durante el último año:

-
- C2. ¿Te has sentido muy bien, o contento(a) durante dos meses o mas de forma continua?
NO SI
- C3. Durante el último año la mayor parte del tiempo:
- a. ¿Sentías menos hambre de lo usual?, o ¿sentías más hambre de lo usual?
NO SI
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA
- b. ¿Tuviste más problemas para dormir?
NO SI
(Problemas para dormir significa dificultad para empezar el sueño al acostarte, o despertar en medio de la noche y no poder volver a dormir, o despertarte muy temprano, o dormir demasiado)
- c. ¿Te sentías más cansado(a) que lo usual?
NO SI
- d. ¿Tenías menos confianza en ti?, ¿te sentías mal acerca de ti mismo(a)?
NO SI
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA
- e. ¿Tenías problemas para prestar atención? ¿Tenías problemas para concentrarte? NO SI
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA
- f. ¿Sentías que las cosas nunca mejorarían
NO SI
- CODIFICO 2 O MAS DE LOS ITEM C3 COMO SI
NO SI
- C4. ¿Estos sentimientos de estar deprimido(a), triste, aburrido(a) o sin interés te molestan o te fastidian mucho?
- ¿Te producen muchos problemas en la casa, en el colegio, o con tus amigos(as)?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

NO	SI
DISTIMIA ACTUAL	

D. EPISODIO DE HIPOMANÍA)

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

(SI EL PACIENTE REUNIÓ LOS CRITERIOS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SALTE ESTE MÓDULO)

NO D1. a. ¿Has tenido alguna vez un período en el que te
SI
has sentido muy feliz muy contento, eufórico, exaltado? Eufórico
y exaltado significa que realmente te sentías muy, pero muy bien,
como si pudieras pensar a gran velocidad, como si tuvieras muchas
ideas a la vez.

NO SE DEBEN CONSIDERAR LAS EPOCAS DURANTE LAS CUALES EL JOVEN ESTABA BAJO EL EFECTOS DE DROGAS O ALCOHOL, O AQUELLAS DURANTE LAS CUALES LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES SE MUESTRAN PARTICULARMENTE EXCITADOS COMO LAS NAVIDADES, EL AÑO NUEVO, LOS CUMPLEAÑOS, ETC.

b. ¿En este momento te sientes exaltados, eufórico, muy feliz y lleno de energía? NO SI

D2. a. ¿Has tenido períodos en los que te has sentido irritado, muy molesto, NO SI
muy enojado, los cuales te han llevado a pelear constante con los
demás por fuera de tu familia?; ¿Te han dicho los otros que has estado
más irritado, molesto o enojado que los otros jóvenes,
aunque tú piensas que es correcto actuar así?

NO SE DEBEN CONSIDERAR LAS EPOCAS DURANTE LAS CUALES EL JOVEN ESTABA BAJO EL EFECTOS DE DROGAS O ALCOHOL

SI RESPONDIO NO A TODAS, CODIFIQUE NO EN **D2b**; SI CONTESTO SI EN ALGUNA

b. ¿Actualmente te sientes enojado, irritado o muy molesto?
NO SI

□

¿CODIFICO D1 O D2 COMO **SI**?

NO SI

SI CONTESTO **SI** EN D1b Y D2b, EXPLORE EL EPISODIO ACTUAL Y EL EPISODIO MAS SINTOMATICO DEL PASADO.

SI CONTESTO **NO** EN D1b Y D2b, EXPLORE SOLO EL EPISODIO MAS SINTOMATICO DEL PASADO

Durante la época en que te sentías exaltado, eufórico, lleno de energía, o irritado, o muy enojado:

ACTUAL PASADO

a. ¿Sientes que puedes hacer cosas que los otros no son capaces?, ¿Piensas que
NO SI NO SI
eres un personaje muy importante?
SI CODIFICA **SI**, SOLICITE EJEMPLOS. SI CONTESTA **SI** A CUALQUIERA

SI CODIFICO SI EN D4

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL O EN EL PASADO

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

E. TRASTORNO DE ANGUSTIA (PANICO)

(SIGNIFICA: CODIFICAR NO EN E5, E6, E7 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, te sentiste muy asustado(a) o angustiado(a), incluso en situaciones en las que la mayoría de los jóvenes no se sentirían así?	<input type="checkbox"/>	NO	SI
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA, O NO SI CONTESTA NO EN TODAS			<input type="checkbox"/>		
	b.	¿Esto te ha ocurrido varias veces?			
		NO SI			
	c.	¿Estos miedos aparece súbitamente y se desaparecen rápido?	<input type="checkbox"/>		
		NO SÍ			
<hr/>					
E2		¿Estos miedos llegan de repente, cuando menos los esperas y sin motivo?	<input type="checkbox"/>		
		NO SÍ			
E3	a.	¿Cuándo esto sucede te da temor que se repitan, o de que algo malo te pueda ocurrir como consecuencia de estos ataques?, ¿Has decidido cambiar lo que haces usualmente a causa de estas crisis? (por ejemplo salir siempre acompañado, no querer salir a la calle, o pedir que te lleven al médico a cada rato)		NO	SÍ
	b.	¿Has estado preocupado por estas crisis durante un mes o más?			
SI CONTESTO SI EN AMBAS PREGUNTAS C3a Y C3b C, CODIFICAR SI					
E4		Piensa acerca de esas crisis de miedo sin razón, y dime si has tenido lo siguiente:			
	a	¿Sentías que tu corazón saltaba o latía más fuerte o más rápido?			
		NO SÍ			

- b ¿Sudabas mucho? ¿Tenías las manos más húmedas?
NO SÍ
- CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ **SI** EN ALGUNA
- c ¿Te temblaban las manos o todo el cuerpo?
NO SÍ
- d ¿Sentías dificultad para respirar?
NO SÍ
- e ¿Te sentías asustado(a)? ¿Sentías un nudo en la garganta?
NO SÍ
- CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ **SI** EN ALGUNA
- f ¿Sentías dolor o presión en el pecho?
NO SÍ
- g ¿Tenías ganas de vomitar? ¿Malestar en el estómago?,
¿o diarrea repentina?
NO SÍ
- CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ **SI** EN ALGUNA
- h ¿Te sentías mareado o a punto de desmayarte?
NO SÍ
- i ¿Te parecía que las cosas a tu alrededor eran raras o irreales?,
¿o que todo estaba muy lejos? ¿o que estabas fuera de tu cuerpo?
NO SÍ
- CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ **SI** EN ALGUNA
- j ¿Sentías temor a perder el control? ¿Tenías miedo de volverte loco?
NO SÍ
- CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ **SI** EN ALGUNA
- k ¿Tenías miedo de que te estuvieras muriendo? NO SÍ
- l ¿Tenías alguna parte del cuerpo dormida o con hormigueos?
NO SÍ
- m ¿Tenías calores o escalofríos? NO SÍ
- E5 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN AMBAS E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?
NO SÍ

Trastorno de angustia

alguna vez en la vida

SI CODIFICO **SI** EN E5, SALTE A E7

- E6 SI C5 = NO ¿CODIFICÓ **SÍ** EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?
NO SÍ

Síntomas limitados de angustia

alguna vez en la vida.

SI E6 = **SÍ**, PASAR A F1

- E7 ¿En el último mes has tenido estas crisis de miedo varias veces?,
Si esto ha sucedido, ¿has tenido temor de que se repitan?
NO SÍ

F. AGORAFOBIA

- D1 ¿Te has sentido de repente asustado(a), o nervioso(a), o incómodo(a) en lugares donde podrías NO SÍ llegar realmente a sentir miedo o intranquilidad; tales como lugares con mucha aglomeración de gente, o haciendo una fila, o cuando estás solo(a), o cuando estás cruzando un puente, o viajando en bus o en carro?, ¿en donde ocurran cosas como las que acaba de contar o no haya posibilidad de escape o haya mucha gente, o estés solo(a) o tengas que viajar?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

SI F1 = NO, CODIFIQUE NO EN F2

- F2 ¿Tienes tanto miedo a estas situaciones que las evitas, sufres por ellas o necesitas estar acompañado(a) para salir de ellas?

NO SI

AGORAFOBIA
ACTUAL

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?

Y

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

NO SI

EPISODIO DE
ANGUSTIA
Sin Agorafobia
ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?

Y

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

NO SI

EPISODIO DE
ANGUSTIA
Con Agorafobia
ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?

Y

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

NO SI

AGORAFOBIA, ACTUAL
Sin historia de
Trastorno de Angustia

G. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

(SIGNIFICA: CODIFICAR NO Y PASAR DIRECTAMENTE AL SIGUIENTE MÓDULO)

-
- G1. a. **En el mes pasado**, ¿has tenido miedo de ser abandonado(a) por
NO SÍ
alguien que es muy importante para ti, has tenido miedo de perder
a alguien muy cercano?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

- b. ¿Quién piensas que te va abandonar o a quién temes perder? _____

-
- G2. a. ¿Te sientes muy mal cuando _____ te deja?

NO SÍ

- ¿Te sientes muy mal cuando piensas que _____ te puede dejar?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

- b. ¿Te sientes muy preocupado(a) de pudieras perder _____?

NO SÍ

- ¿Te sientes muy preocupado(a) de que algo malo le pudiera ocurrir a _____?

(como un accidente en el carro, o morir...)

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

- c. ¿Vives preocupado(a) de que te puedan separar de _____?

NO SÍ

(Por ejemplo si te pierdes o te secuestran)

- d. ¿Te niegas a ir a la escuela o a otros lugares por temor a ser abandonado(a) por _____? NO

SÍ

- e. ¿Te asustaría mucho si vuelves a casa y _____ no está?

NO SÍ

- f. ¿No te puedes acostar a dormir si _____ no está en casa? NO

SÍ

- g. ¿Tienes pesadillas acerca de ser abandonado(a) por _____?

NO SÍ

¿estas han ocurrido más de una vez?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

- h. ¿Sientes muchas enfermedades (dolores de cabeza, o de estómago, o náuseas,

NO SÍ

o vómitos, o palpitaciones, o mareos) cuando _____ te deja?

¿Te sientes muy enfermo cuando piensas que _____ te va a dejar?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

-
- G2. **RESUMEN:** ¿SI CONTESTO SI AL MENOS 3 DE G2a-h, CODIFICAR SI?

NO SÍ

G3. ¿Has sentido esto de manera persistente por lo menos durante 4 meses?
SÍ

NO

G4. ¿Los miedos de ser abandonado(a) por _____ realmente te molestan mucho?
NO SÍ

¿Te ocasionan muchos problemas en casa?, ¿en el colegio?, ¿con los amigos?
¿o con otros?, ¿o en algún otro sentido?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

¿CODIFICO SI EN G1, G2, RESUMEN G3 Y G4?

NO

SI

TRASTORNO DE
ANSIEDAD POR
SEPARACION

H. FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CODIFICAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿En el último mes has tenido miedo o vergüenza cuando te NO SÍ Están mirando?, ¿Cuándo te pasan al tablero en clase?, ¿o cuando Comes o escribes frente a otros CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
H2.	¿Sientes mucho más miedo a estas cosas que los otros jóvenes? NO SÍ	<input type="checkbox"/>
H3.	¿Sientes tanto miedo de hacer estas cosas que intentas evitarlas? NO SÍ ¿o sólo las hace cuando alguien está contigo? ¿o las haces pero sientes que son muy difíciles para ti? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA	<input type="checkbox"/>
H4	¿Este miedo realmente te molesta mucho?, ¿Te causa problemas en la casa?, ¿Te produce miedo de ir al colegio?, ¿esto hace que desees estar solo(a)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
H5	¿Tiene este miedo social/ ansiedad social al menos 6 meses? NO SÍ	<input type="checkbox"/>
H6	¿Estos miedos sociales afectan tus rutinas diarias, tus relaciones con los demás tu habilidad para interactuar con los otros, tus trabajos en la escuela, o te hacen sentir muy molesto(a)?	<input type="checkbox"/>

SUBTIPOS

¿Le temes o evitas 4 o más situaciones sociales?

SI ES **SI**: FOBIA SOCIAL GENERALIZADA
(TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)

SI ES **NO**: FOBIAL SOCIAL NO GENERALIZADA (ESPECIFICA)
(TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)

EL ENTREVISTADOR DEBE DEFINIR SI LOS SINTOMAS DE MIEDO SOCIAL ESTAN RESTRINGIDOS A UNA O POCAS SITUACIONES SOCIALES, EN CUYO CASO SE DEBE CODIFICAR COMO FOBIA SOCIAL NO GENERALIZADA O ESPECIFICA A ESAS SITUACIONES. DE OTRO LADO SE DEBE DETRMINAR SI ESTOS MIEDOS APARECEN EN LA MAYORIA DE LAS SITUACIONES SOCIALES, EN CUYO CASO, COMO DICE EL DSM IV, SE DEBE CODIFICAR COMO FOBIA SOCIAL GENERALIZADA. OPERATIVAMENTE EN ESTA ENTREVISTA SE DEFINE COMO “LA MAYORIA DE LAS SITUACIONES..” 4 O MAS SITUACIONES SOCIALES, AUNQUE SABEMOS QUE EL DSM IV

NO	SI
FOBIA SOCIAL <i>(Trastorno de Ansiedad Social)</i> ACTUAL	
GENERALIZADA	<input type="checkbox"/>
NO GENERALIZADA (ESPECIFICA)	<input type="checkbox"/>

NO TIENE DEFINIDO ESTE PUNTO COMO CUANTITATIVO.

LOS EJEMPLOS A CONSIDERAR COMO SITUACIONES SOCIALES ATEMORIZANTES SON:
INICIAR Y MANTENER CONVERSACIONES, PARTICIPAR EN DISCUSIONES DE GRUPO,
TENER UNA CITA AMOROSA, HABLARLE AL JEFE O A LA AUTORIDAD, COMER
FRENTE A OTROS EN UN RESTAURANTE PÚBLICO, ORINAR EN UN BAÑO PÚBLICO, ETC...

I. FOBIA ESPECÍFICA

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CODIFICAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

-
- I1. En el mes pasado: ¿has estado realmente asustado(a) por alguna cosa:
NO SÍ
Por ejemplo serpientes o insectos?, ¿perros u otros animales?,
¿tormentas?, ¿la oscuridad?, ¿o ver sangre o agujas de inyección?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA
- I2 Hagamos una lista de las cosas que te producen mucho
miedo: _____
-
- I3 ¿Sientes que les tienes más miedo a _____ que los otros jóvenes? NO SÍ
- I4 ¿Tienes tanto miedo de _____ que tratas de evitarlo(s)?
NO SÍ
¿o lo toleras si alguien te está acompañando?, ¿o sientes que enfrentarlo(s)
es realmente muy difícil para ti?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA
- I5 ¿Este miedo realmente te molesta mucho?, ¿Te causa problemas en NO SÍ
la casa?, ¿Te produce miedo de ir al colegio?, ¿esto hace que dejes
de hacer cosas que te gustan?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

¿CODIFICO SI EN I5?

NO	SI
FOBIA ESPECIFICA ACTUAL	

J. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

(□ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1

¿Durante el último mes te han molestado cosas malas que se te meten
NO SÍ

En la cabeza y que por más esfuerzo que hagas no te las puedes sacar de la
mente?, ¿Cómo malos pensamientos o acosos mentales?, ¿o escenas obscenas
saltar a J4

u ofensivas?, ¿por ejemplo, pensar repetidamente que hieres a alguien
a pesar de que tú no quieres hacer eso?, ¿sientes miedo de que tú o
alguien puede resultar herido por alguna cosa que tu hiciste o que dejaste
de hacer?, ¿estás muy preocupado por el sucio, o el polvo o porque los
gérmenes te puedan contaminar o enfermar?, ¿te preocupa mucho
contaminar a otro, o transmitirle gérmenes o alguna enfermedad a los demás?
¿te preocupa mucho que estés haciendo algo realmente asustador u ofensivo?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA
COTIDIANA, NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, PROBLEMAS
RELACIONADOS CON EL JUEGO PATOLÓGICO, ALCOHOL
O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA
DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA
SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS).

J2

¿Estos pensamientos regresan a tu mente aunque tratas de ignorarlos
o de sacarlos?

▲

NO SÍ

saltar a J4

J3

¿Crees que estos pensamientos están dentro de tu mente y no
NO SÍ
vienen de afuera de tu cabeza?

obsesio
nes

o

J4

¿En el último mes has hecho cosas repetidas una y otra vez, sin poderlo evitar
NO SÍ

o sin poder parar, como lavarte una y otra vez?, ¿Ordenar las cosas una y otra vez?
¿hacer cuentas de algo una y otra vez?, ¿revisar algo una y otra vez?, ¿decir o hacer algo
una y otra vez?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

¿CODIFICÓ SÍ EN J3 O EN J4?
NO SÍ

□

J5 ¿Crees que estos pensamientos molestos y esas cosas que haces
NO SÍ
una y otra vez son más frecuentes que lo que observas en otros jóvenes?

□

J6 ¿Estos pensamientos hacen que se te pasen o se te olviden cosas en la casa?,
¿o en el colegio?, ¿o cuando estás con los amigos?, ¿o esto te causa problemas
con otras personas?, ¿gastas más de una hora diaria en estos pensamientos?
¿gastas más de una hora diaria en las cosas que haces repetidamente?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

NO SÍ

TRASTORNO OBSESIVO
-COMPULSIVO
ACTUAL

K. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, CODIFICAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

			<input type="checkbox"/>
K1	¿Alguna cosa realmente horrible te ha ocurrido?, ¿Cómo estar en una inundación, NO SI o una avalancha, o un terremoto?, ¿o un tiroteo?, ¿o estar en un incendio o en un accidente grave?, ¿o que hayan matado o herido gravemente a alguien? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA		<input type="checkbox"/>
K2	¿Cuándo esto pasó, sentiste mucho temor y miedo? <input type="checkbox"/>	NO	SÍ
K3	¿Durante el pasado mes, has recordado lo que sucedió, lo has soñado, NO SI o has visto imágenes, o has tenido las mismas sensaciones que tuviste en ese momento? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA		
K4	En el último mes: a ¿Has intentado no recordar o no pensar en lo que pasó? NO SI b ¿Has tratado de evitar cosas que te recuerden lo que pasó? NO SI c ¿Has tenido problemas para recordar detalles de lo que sucedió? NO SI d ¿Has sentido menos interés por las cosas que te gustaban o en tus amigos(as)? e ¿Te has sentido aislado(a) de los demás? NO SI f ¿Has sentido que ya no te importan las cosas? NO SI g. ¿Sientes que vivirás menos, o morirás antes que los demás? NO SI	NO	SÍ
			<input type="checkbox"/>
	RESUMEN K4: ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE G4? NO SI		

- K5 Durante el último mes:
- a. ¿Has tenido dificultades para dormir?
NO SI
 - a. ¿Has estado más enojado(a) o irritado(a) que antes?
NO SÍ
 - b. ¿Has tenido dificultad para concentrarte?
NO SÍ
 - c. ¿Ha estado más nervioso(a) o asustadizo(a) que antes?
NO SÍ
 - d. ¿Se asusta fácilmente por cualquier ruido?, ¿o cuando ves algo con el rabillo del ojo?
NO SÍ
- CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

□

RESUMEN K5: ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE G5?

NO SÍ

- K6 ¿En el transcurso de este mes, te han molestado mucho estos problemas?,
¿Te han producido problemas con tu estudio, o en tu casa,
o con tus amigos, o en tus juegos?

NO SI

TRASTORNO POR
ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL

L. ALCOHOL DEPENDENCIA Y ABUSO

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, CODIFICAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

L1. **En el último año**, ¿te has tomado 3 o más tragos de licor

NO SÍ

En un día?, ¿alguna vez te has tomado 3 o más tragos

En 3 horas?, ¿has hecho esto 3 o más veces en el último año?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

L2. **En el último año**

a. ¿Necesitas tomar más licor para conseguir los mismos efectos

NO SÍ

que sentías cuando tomaste licor por primera vez?

b. ¿Cada vez que dejas de tomar o abandonas el licor

NO SÍ

te tiemblan las manos?, ¿o sudas mucho, ¿o te sientes tan nervioso(a) que no puedes permanecer sentado?

¿Bebes para evitar que te den estos problemas?

¿Vuelves a tomar para quitarte un guayabo?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

c. ¿Cuándo has tomado licor casi siempre terminas tomando más de lo que inicialmente te habías propuesto tomar?

NO SÍ

d. ¿Has tratado de dejar el licor pero no has sido capaz?

NO SÍ

e. ¿Los días en que decides beber licor has durado más tres horas tomando?

NO SÍ

¿llevas la cuenta del tiempo que pasas sin beber y el que duras tomando?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

f. ¿Le estas dedicando menos tiempo a tus obligaciones por estar bebiendo?

NO SÍ

g. ¿Sigues tomando a pesar de saber que esto te está ocasionando problemas?

NO SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE L2?

* SI CODIFICO SI, SALTE LAS PREGUNTAS DE L3, CODIFIQUE N/ A EN EL CUADRO DE TRASTORNO POR ABUSO DE ALCOHOL Y PASE DIRECTAMENTE AL SIGUIENTE TRASTORNO POR ABUSO/ DEPENDENCIA DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS – NO ALCOHOLICAS

NO SÍ *

DEPENDENCIA DE
ALCOHOL
ACTUAL

L3. **En el último año**

a. ¿Has tenido que tomar licor para trabajar en algo importante,

NO SÍ

como presentar exámenes, o hacer la tareas?, ¿te causó esto problemas?

b. ¿Has estado borracho mientras haces actividades de riesgo, como montar

NO SÍ

- en bicicleta o en moto, o manejar carros, u operar máquinas?
- c. ¿Has tenido problemas legales por estar tomando licor?
 NO SÍ
 (Como ser llevado a la estación de policía, o ser multado)
- d. ¿Has seguido tomando licor a pesar de saber que te causa problemas
 NO SÍ
 con tu familia?, ¿con otras personas
- CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE L3?

NO	N/ A	SI
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL		

M. DEPENDENCIA Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHOLICAS

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, CODIFICAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- M1. a. Ahora yo te voy a leer una lista de drogas que se usan en la calle,
 NO SÍ
 o de medicinas, detenme cada vez que mencione alguna que tu
 hayas consumido más de una vez para sentirte *super (trabarte)*, o para
 sentirte bien, o para cambiar tu estado de ánimo.

SEÑALE CON UN CIRCULO CADA DROGA CONSUMIDA

ESTIMULANTES: Anfetaminas, Extasis, Dexedrina, Ritalina, Pastillas para adelgazar

COCAINA: Inhalada, Inyectada, Bazuco, Crack, como tizana o aromática, masticar hoja de coca.

NARCOTICOS: heroína, morfina, opio, demerol, metadona, codeína, percodan, tramal, darvon

HALUCINOGENOS: LSD (Acido), Mescalina, Peyote, PCP (angel, pastillas de paz), hongos, *cacao sabanero*, ketamina, Yajé (brebaje de los *chamanes* indios)

INHALANTES: Pegante (Sacol o Boxer), cloruro de etilo, óxido nitroso (gas de la risa), poppers, gasolina.

MARIHUANA: fumada, hashis, en aromática o tizana.

TRANQUILIZANTES: seconal (pepas), fenobarbital, valium, xanax, librium, ativán, rivotril, rohipnol, somese, lexotán.

MIXTOS: Esteroides, *pepas* para aumentar los músculos, otras sustancias: _____

ESPECIFICAR LA DROGA MAS FRECUENTEMENTE USADA:

SOLO UNA OPCION ELIJA

SOLAMENTE UNA DROGA/ CLASE DE DROGA SE HA USADO

SOLAMENTE LA DROGA MAS USADA SE VA EXPLORAR

CADA DROGA/ CLASE DE DROGA SE PREGUNTARÁ SEPARADAMENTE
 (HACER FOTOCOPIAS DE M2 Y M3 PARA CADA DROGA/ CLASE DROGA)

- b. ESPECIFIQUE CUAL DROGA/ CLASE DE DROGA SE VA A EXPLORAR CON LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN EN LA ENTREVISTA; ADEMAS, SI HAY POLICONSUMO

O SI HAY CONSUMO SECUENCIAL DE VARIAS

M2. Piensa acerca del uso que has hecho de (NOMBRE(s) DE LA DROGA(s)/ CLASE EXPLORADA) Que tu has tenido en el último año

- a. ¿Necesitas consumir más (XXX) para conseguir los mismos efectos
NO SÍ
que sentías cuando la consumiste por primera vez?
- b. ¿Cuándo dejas de consumir (XXXX) tu cuerpo se siente mal, presentas
NO SÍ
abstinencia? (“abstinencia” significa que te sientes físicamente muy mal, como si estuvieras enfermo, débil, con escalofríos, con vacío en el estómago, con vómitos, o con diarrea, con sudoración, con problemas para dormir, muy acelerado, con palpitaciones en el pecho, nervioso, aburrido), ¿tienes que consumir (XXXX) para quitarte estos problemas o para sentirte mejor?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

- c. ¿cuando empiezas a consumir (XXXX) terminas metiendo más de lo
NO SÍ
pensabas consumir?
- d. ¿Has intentado dejar de meter (XXX) de no volver a consumir (XXX)
NO SÍ
pero no has sido capaz de hacerlo?

CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA

- e. ¿En los días cuando decide meter (XXXX) empleas más de 3 horas haciéndolo?
NO SÍ
- f. ¿Le dedicas menos tiempo a tus obligaciones por estar metiendo (XXXX)?
NO SÍ
- g. ¿Sigues metiendo (XXXX) a pesar de saber que esto te causa problemas?
NO SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE M2?

ESPECIFIQUE LA DROGA _____

NO SÍ *

DEPENDENCIA DE
SUSTANCIAS
ACTUAL

* SI CODIFICO SI, SALTE LAS PREGUNTAS DE M3, CODIFIQUE N/ A EN EL CUADRO DE TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS Y PASE DIRECTAMENTE AL SIGUIENTE TRASTORNO

M3. Piensa acerca del uso que has hecho de (NOMBRE(s) DE LA DROGA(s)/ CLASE EXPLORADA) que tu has venido *metiendo en el último año*

- a. ¿Has estado *trabado(a)*, o enguayabado(a) por consumir (XXXX) más de una vez
NO SÍ
mientras hacías una actividad importante?, ¿Como presentar un examen, o hacer las tareas, o presentar un taller?, ¿Esto ha ocurrido varias veces?, ¿Esto te ocasionó algún problema?
CODIFIQUE SI SOLO SI ESTO HA OCASIONADO PROBLEMAS
- b. ¿Has estado *trabado(a)* con (XXXX) mientras realizabas actividades de riesgo?, ¿(como NO SÍ

- montar en bicicleta o en moto, manejar carro, montar en lanchas, operar máquinas)?
- c. Has tenido algún problema legal por estar usando o *metiendo* (XXXX) en más
NO SÍ
de una ocasión?, ¿(Como por ejemplo, ser detenido por la policia, ser multado)?
- d. ¿Has seguido *metiendo* (XXXX) a pesar de que con ello te hayas
NO SÍ
metido en problemas con tu familia?, ¿con otros?

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE M3?

ESPECIFIQUE LA DROGA _____

NO	N/A	SI *
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL		

ABUSO DEPENDENCIA A LA NICOTINA

□

M4. **En el último año:** ¿has estado fumando 3 o más cigarrillos,
NO SÍ
o uno o más tabacos, al día casi todos los días,
¿o mascas tabaco casi todos los días?

M5. Piensa acerca del uso que has hecho de cigarrillo o del tabaco en el último año

- a. ¿Necesitas FUMAR (o mascar) más para conseguir los mismos efectos
NO SÍ
que sentías cuando fumaste (o mascaste) por primera vez?
- b. ¿Cuándo dejas de FUMAR (o mascar) tu cuerpo se siente mal, presentas
NO SÍ
abstinencia? (“abstinencia” significa que te sientes físicamente mal,
como si estuvieras débil, con vacío en el estómago,
con sudoración, con problemas para dormir, muy acelerado,
muy nervioso, irritable y aburrido), ¿tienes que fumar para quitarte
estos problemas o para sentirte mejor?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

- c. ¿cuando empiezas a fumar terminas fumando más de lo
NO SÍ
pensabas?, ¿sales a comprar cigarrillos (tabaco) inmediatamente si se te acaban?,
¿sales a comprar cigarrillo (tabaco) aún a altas horas de la noche o de la
madrugada?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

- d. ¿Has intentado dejar de fumar cigarrillo (tabaco) NO SÍ
pero no has sido capaz de hacerlo?

CODIFICAR NO, SI CODIFICÓ NO EN ALGUNA DE M5a. HASTA M5d.

- e. ¿En los días cuando decides fumar o mascar empleas más de 3 horas haciéndolo?
NO SÍ
- f. ¿Tienes que fumar cada vez que haces algo que te demanda esfuerzo mental?
NO SÍ
- g. ¿Sigues fumando a pesar de saber que esto te causa problemas?
NO SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE M5?

NO	SI *
DEPENDENCIA DE NICOTINA ACTUAL	

ESPECIFIQUE LA DROGA _____

* SI CODIFICO **SI**, SALTE LAS PREGUNTAS DE M6, CODIFIQUE **N/ A**
EN EL CUADRO DE TRASTORNO POR ABUSO DE NICOTINA

M6. Piensa acerca del uso que has hecho del cigarrillo o del tabaco **en el último año**

- h. ¿Has tenido que fumar cigarrillo o tabaco más de una vez
NO SÍ
mientras hacías una actividad importante?, ¿Como presentar un examen, o hacer
las tareas, o presentar un taller?, ¿Esto ha ocurrido varias veces?, ¿Esto te
ocasionó algún problema?

CODIFIQUE **SI** SOLO SI ESTO HA OCASIONADO PROBLEMAS

- i. ¿Has estado fumando mientras realizabas actividades de riesgo?, ¿(como
NO SÍ
montar en bicicleta o en moto, manejar carro, montar en lanchas, operar máquinas)?
- j. ¿Has fumado en sitios donde está prohibido fumar, en más NO SÍ
de una ocasión?, ¿(como por ejemplo en hospitales, escuelas, supermercados)?
- k. ¿Has seguido fumando a pesar de que con ello te hayas
NO SÍ
metido en problemas con tu familia?, ¿con otros?

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE M3?

ESPECIFIQUE LA DROGA _____

NO N/A SI *

ABUSO DE NICOTINA
ACTUAL

N. TRASTORNO POR TIC

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, CODIFICAR NO Y CONTINUAR CON EL
SIGUIENTE MÓDULO)

N1.

- a. En el mes pasado has tenido movimientos en tu cuerpo de esos que se
NO SI
llaman tics. Los tics son movimientos súbitos de alguna parte de tu
cuerpo muy difíciles de controlar. Por ejemplo, parpadear una y otra
vez, torcer la cara o la boca, mover la cabeza, mover los brazos o las
manos de manera repetida, sacudir los hombros, zapatear, etc.
- b. alguna vez has tenido un tic que consista en decir una cosa de manera
NO SI
repetida, o hacer un sonido con la boca o la garganta una y otra vez, que
sea muy difícil de parar?, ¿Cómo toser, o resoplar, o carraspear sin estar
con gripa?, ¿o gruñir, o ladrar, o relinchar?, ¿o decir malas palabra una y
otra vez sin ningún motivo?, ¿o tener que repetir como un eco
los sonido que escuchas o lo que dicen las otras personas?

SI TODAS LAS PREGUNTAS N1 a y b SON CONTESTADAS **NO**, CODIFIQUE **NO** EN TODAS LAS
DEMÁS PREGUNTAS DEL MÓDULO N, Y SALTE AL SIGUIENTE MÓDULO **O**

N2

- a. ¿Estos tics ocurren varias veces en el día?
NO SI
- b. ¿Los has tenido casi todos los días durante al menos 4 semanas?
NO SI
- c. ¿Esto ha ocurrido varias veces durante un año o más? NO SI
- d. ¿Han desaparecido completamente durante al menos 3 meses? NO SI

□

N3. ¿Estos tics te molestan mucho?, ¿te interfieren con lo que haces en el colegio?, ¿te causan problemas en la casa?, ¿te ocasionan problemas con los amigos?, ¿los otros niños se burlan de tus tics?

NO SI

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

□

N4. ¿Te aparecen sólo cuando tomas Ritalina, Concerta, Strattera o cualquier
NO SI
Otra medicación para tratarte TDAH?

N5a. ¿CODIFICO N1a + N1b + N2a + N2c Y N3 COMO SI?

NO SI

TRASTORNO DE LA
TOURETTE
ACTUAL

N5b. ¿CODIFICO N1a + N2a + N2c + N3 COMO SI, Y N1b COMO NO?

NO SI

TRASTORNO POR TIC
MOTOR
ACTUAL

N5c. ¿CODIFICO N1b + N2a + N2c + N3 COMO SI, Y N1a COMO NO?

NO SI

TRASTORNO POR TIC
VOCAL
ACTUAL

N5d. ¿CODIFICO N1a + N1b + N2a + N2b Y N3 COMO SI, Y N2c COMO NO?

NO SI

TRASTORNO POR TIC
TRANSITORIO
ACTUAL

O. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, CODIFICAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

RASTREO PARA TDAH – TDC Y TND

□

O1. ¿Alguien (maestros(as), cuidadores, padres, o amigos(as)) se ha quejado
NO SI
de manera **permanente** de tu comportamiento, de tu disciplina,
o de tu rendimiento académico?

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

SI CODIFICO NO, CODIFIQUE **NO** EN TODAS LAS PREGUNTAS DEL MODULO **O**, Y EN TODAS PREGUNTAS DEL MODULO DE TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA

O2. En los pasados 6 meses

a. ¿A menudo no prestas atención suficiente a los detalles y cometes errores
NO SI
por descuido en las tareas escolares?

b. ¿A menudo tienes dificultades para mantener la atención en tareas o en los deportes? NO SI

c. ¿Con frecuencia te tienen que repetir las cosas por no escuchar
NO SI
cuando te están hablando directamente?

d. ¿Con frecuencia no sigues haciendo lo que te han dicho que hagas?,
NO SI
¿o no terminas las tareas escolares, o las obligaciones que debes hacer?,
¿esto ocurre a pesar de que entendiste qué es lo que tienes que hacer?,
¿esto ocurre a pesar de saber que es tu obligación hacerlo?

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

e. ¿Con frecuencia te cuesta mucho organizar tus cosas? NO SI

f. ¿Con frecuencia evitas, o le sacas el cuerpo, a las cosas que te hacen pensar, o en
NO SI
las que te tienes que concentrar largo rato (como las tareas académicas),
¿te producen rechazo o pereza todas las actividades en las que te tengas
que poner a pensar mucho rato?

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

g. ¿Frecuentemente se te pierden, o se te embolatan, las cosas que necesitas
NO SI
para hacer las tareas, como por ejemplo las instrucciones de las tareas,
los lápices o lapiceros, los colores, etc.?

h. ¿A menudo se distrae fácilmente por estímulos insignificantes
(como sonidos fuera del salón de clases, moscas, etc.) NO SI

- i. ¿A menudo se te olvidan las actividades de la vida diaria?
 NO SI
 (como peinarte, abotonarte, cepillarte los dientes, atarte los cordones, etc.)

RESUMEN 02: ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MÁS RESPUESTAS DE 02?

NO SI

O3. En los pasados 6 meses

- a. ¿Con frecuencia te están diciendo que mueves mucho las manos y los pies cuando estás sentado?, ¿te retuerces mucho en el puesto?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

- b. ¿A menudo te levantas del puesto sin permiso en la clase?
 NO SI

- c. ¿Con frecuencia te has puesto a brincar, trepar, correr en sitios donde no se debe hacer eso?, ¿sientes ganas constantes de estar corriendo, saltando y trepando, y te cuesta mucho aguantarte?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

- d. ¿A menudo tienes muchas dificultades para jugar tranquilamente o relajarte para quedarte quieto sin hacer nada?
 NO SI

- e. ¿A menudo «estás en marcha» como si tuvieras un motor prendido por dentro?
 NO SI

- f. ¿Has estado hablando demasiado, sobre todo en las clases?
 NO SI

- g. ¿Con frecuencia has estado contestando sin pensar, o antes de que te terminen de decir las preguntas?
 NO SI

- h. ¿Frecuentemente tienes problemas para esperar tu turno?
 NO SI

- i. ¿Con frecuencia interrumpes a los demás?, ¿Como entrometerte cuando están conversando o interrumpir cuando están hablando por teléfono
- NO SI

RESUMEN 03: ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MÁS RESPUESTAS DE 03?

NO SI

04. ¿Algunos de estos problemas para poner atención o para quedarte quieto aparecieron antes de que cumplieras los 7 años?
 NO SI

05. ¿Estos comportamientos te han ocasionado problemas en el colegio?
 NO SI
 ¿en la casa?, ¿con otros familiares?, ¿con tus amigos?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN DOS SITUACIONES O MAS DE 05

SI CODIFICO COMO **SI** EN RESUMEN 02 Y 03

NO	SI
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN – HIPERACTIVIDAD COMBINADO	

SI CODIFICO COMO **SI** EN RESUMEN 02 Y **NO** EN RESUMEN 03

NO	SI
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN – HIPERACTIVIDAD INATENTO	

SI CODIFICO COMO **NO** EN RESUMEN 02 Y **SI** EN RESUMEN 03

NO	SI
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN – HIPERACTIVIDAD HIPERACTIVO IMPULSIVO	

P. TRASTORNO DISOCIAL (DE LA CONDUCTA)

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, CODIFICAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI CODIFICO **NO** EN TODAS LAS PREGUNTAS DEL MODULO **01**, CODIFIQUE **NO** EN TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA Y SALTE AL MODULO R

□

P1. ¿Alguien (maestros(as), cuidadores, padres, o amigos(as)) se ha quejado
NO SI

de manera **permanente** de tu comportamiento, de tu disciplina,
o de tu rendimiento académico?

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

P2. Durante el último año:

a. ¿Has estado amenazando o intimidando a los demás? NO SI

b. ¿Has iniciado peleas o enfrentamientos físicos con otros?
NO SI

c. ¿Has Usado armas para herir a otros?, ¿como cuchillos, navajas,
NO SI

pistolas, bates, garrotes u otros objetos?

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

d. ¿Intencionalmente has herido físicamente a otras personas?
NO SI

e. ¿Intencionalmente has herido o has sido cruel con los animales?
NO SI

f. ¿Has robado a alguien usando la fuerza?, ¿has atracado a alguien?,
NO SI
¿Has usado armas para asaltar a alguien?, ¿Le has *raponeado* algo a alguien?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ **SI** EN ALGUNA

g. ¿Has obligado a alguien a tener sexo contigo?, ¿has violado a alguien?
NO SI
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ **SI** EN ALGUNA

h. ¿Has iniciado incendios con la intención de causar daños?
NO SI

i. ¿Has destruido intencionalmente cosas valiosas de otras personas?
NO SI

j. ¿Has entrado violentamente a carros o a las casas ajenas?
NO SI

k. ¿Has mentido muchas veces para obtener dinero o cosas valiosas?
NO SI
¿has estafado a alguien?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ **SI** EN ALGUNA

l. ¿Has hurtado cosas valiosas cuando te dan la oportunidad?,
NO SI
¿has hurtado cosas en supermercados?, ¿has sustraído dinero sin permiso?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ **SI** EN ALGUNA

m. ¿Te has quedado tarde en la noche por fuera de la casa sin permiso de tus padres?
NO SI
¿Esto lo empezaste a hacer antes de los 13 años?
CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ **NO** EN ALGUNA

n. ¿Te has fugado o te has *volado* de la casa dos o más veces?
NO SI

o. ¿Te has fugado o te has volado varias veces del colegio?
NO SI
¿Empezaste a volarte del colegio antes de los 13 años?
CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ **NO** EN ALGUNA

RESUMEN P2: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2
NO SÍ

CON AL MENOS UNA DE ELLAS PRESENTE EN LOS ULTIMOS SEIS MESES?

□

NO	SI
TRASTORNO DISOCIAL (DE LA CONDUCTA) ACTUAL	

P3. ¿Estas conductas te han ocasionado problemas serios en el colegio?
¿En la casa?, ¿Con otros familiares?, ¿Con los amigos?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

Q. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, CODIFICAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI CODIFICO **SI** EN TRASTORNO DISOCIAL SALTE EL MODULO DE TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y CODIFIQUELO **NO** EN EL FORMATO DE RESPUESTAS

SI CODIFICO **NO** EN TODAS LAS PREGUNTAS DEL MODULO **01**, CODIFIQUE **NO** EN TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y SALTE AL MODULO R

Q1. ¿Alguien (maestros(as), cuidadores, padres, o amigos(as)) se ha quejado
NO SI
de manera **permanente** de tu comportamiento, de tu disciplina,
o de tu rendimiento académico?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

Q2. En los seis pasados meses

¿Con frecuencia has perdido el control de tu temperamento?
NO SI

¿A menudo has hecho rabietas o pataletas?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

¿Generalmente has argumentado de forma grosera con los adultos?
NO SI

¿A menudo te has rehusado a cumplir las órdenes de los adultos?,
NO SI

¿te has negado a seguir las normas?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

¿Con frecuencia molestas a los demás para hacerlos enojar?
NO SI

¿A menudo culpas a los demás de tus errores y de tu mal comportamiento?
NO SI

¿Con frecuencia *explotas* cuando te molestan o te hacen bromas?
NO SI

¿Vives resentido, o envidioso de los demás?
NO SI

¿Eres rencoroso y vengativo?, ¿Tienes que desquitarte de lo que te hacen?
NO SI

RESUMEN Q2: ¿CODIFICÓ SÍ EN 4 O MÁS RESPUESTAS DE Q2?
NO SI

Q3. ¿Estas conductas te han ocasionado problemas serios en el colegio? NO SI
¿En la casa?, ¿Con otros familiares?, Con los amigos?

¿Q2 + Q3 FUERON CODIFICADAS COMO SI?

NO	SI
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE ACTUAL	

R. TRASTORNOS PSICÓTICOS Y ALTERACIONES DEL ESTADO DEL ANIMO CON CARACTERISTICAS PSICOTICAS

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, CODIFICAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MODULO).

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

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

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

Ahora te voy a preguntar acerca de experiencias raras que
EXTRAÑOS
algunas personas pueden tener.

R1 a. ¿Has creído que alguien te está vigilando secretamente?,
NO SI SI
¿Has creído que alguien ha estado tratando de hacerte daño?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN ACECHO O UN ACOSO REALES.

b. SI ES SÍ, O SÍ EN EXTRAÑOS: ¿ahora crees en esto? NO SI
SI

R6

R2 a. ¿Has creído que alguien te esta leyendo la mente?, ¿O que
NO SI SI
alguien puede escuchar tus pensamientos?, ¿o que con seguridad

tú puedes leer los pensamientos de otros?, ¿o escuchar lo que ellos están pensando?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

- b. SI ES SÍ, O SÍ EN EXTRAÑOS: ¿ahora crees en esto?
NO SI SI

□

R6

- R3 a. ¿Has creído que alguien o que una fuerza externa haya
metido pensamientos en tu mente?, ¿o has creído que alguien o
algo hace que tu actúes de una manera diferente a como tú usualmente lo haces?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

NOTA: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE ELEMENTOS QUE NO SEAN PSICÓTICOS.

- b. SI ES SÍ, O SÍ EN EXTRAÑOS: ¿Ahora crees en esto?
NO SI SI

□

R6

- R4 a. ¿Has creído que te están enviando mensajes especiales a través
de la radio o de la televisión?, ¿o a través de tus juguetes o de tus video-juegos?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA

NO SI

- b. SI ES SÍ, O SÍ EN EXTRAÑOS: ¿ahora tú crees en esto?
NO SI SI

□

R6

- R5 a. ¿Tus familiares o tus amigos han pensado que tus creencias
Son raras o extrañas?, ¿por favor, dame un ejemplo?

ENTREVISTADOR(A): PIDA EJEMPLOS CODIFIQUE SÍ SOLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS R1 A R4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS, DE GRANDEZA, DE CELOS, DE CULPA, DE RUINA, O DE INDIGENCIA, ETC.

- b. SI ES SÍ, O SÍ EN EXTRAÑOS: ¿ahora consideran los demás tus ideas como extrañas?
NO SI SI

- R6 a. ¿Has escuchado cosas que otras personas no podían escuchar,
como voces?

LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO EXTRAÑAS SOLAMENTE SI EL PACIENTE

CONTESTA SI A LO SIGUIENTE:

SI ES SÍ: ¿Escuchaste estas voces hablando de ti, ¿o escuchaste
NO SI
dos o mas voces conversando entre sí?

- b. SI ES SÍ, O SÍ EN EXTRAÑOS: ¿has escuchado estas cosas en el pasado mes? NO SI
SI

□

LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO EXTRAÑAS

R8b

SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SI A LO SIGUIENTE:

SI ES SÍ: ¿Escuchaste estas voces hablando de ti, ¿o escuchaste
dos o mas voces conversando entre sí?

- R7 a. ¿Estando despierto, has visto cosas que otros no podían ver? NO SI

NOTA: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.

- b. SI ES SÍ: ¿Ha visto estas cosas en el pasado mes?
NO SI

SEGÚN EL JUICIO DEL CLINICO

- R8 b. ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE
NO SI
O CON MARCADA PERDIDA DE LAS ASOCIACIONES?

- R9 b. ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O
NO SI
CATATÓNICO?

- R10 b. ¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA
NO SI
(UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE (ALOGIA) O INCAPA-
CIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?

R11.

- a. ¿CODIFICÓ SI EN 1 O MAS PREGUNTAS a DE R1a A R7a O SI EN EXTRAÑOS?

Y/O

CODIFICO SI EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL O RECURRENTE

O

CODIFICO SI EN EPISODIO MANIACO O HIPOMANIACO ACTUAL O EN EL PASADO

NO SI

□

R13

- b. Anteriormente me dijiste que habías tenido un(os) periodo(s)
en el (los) que te sentías aburrido(a)/ triste/ exaltado o malgeniado;

¿Tú tuviste en ese(os) período(s) estas creencias o cosas de las que me acabas de hablar (DAR EJEMPLOS AL NIÑO DE LOS SINTOMAS CODIFICADOS COMO SI de R1a a R7a) ¿Solo la(s) tenías cuando estabas aburrido, triste, exaltado o malgeniado?

SI EL PACIENTE HA TENIDO ESTAS CREENCIAS O EXPERIENCIAS (SINTOMAS PSICOTICOS) EN UN PERIODO DE 2 O MAS SEMANAS, DURANTE EL CUAL NO HAYA ESTADO DEPRIMIDO, EXALTADO O IRRITABLE CODIFIQUE NO PARA ESTE TRASTORNO

SI LA CODIFICACION DE ESTE TRASTORNO ES NO CODIFIQUE TAMBIEN NO EN R12 Y SALTE A R13

NO	SI
TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO CON CARACTERISTICAS PSICOTICAS	
ALGUNA VEZ EN LA VIDA	

R12

a. ¿CODIFICÓ SI EN 1 O MAS PREGUNTAS b DE R1b A R7b O SI EN EXTRAÑOS?

Y/O
CODIFICO SI EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL
O
CODIFICO SI EN EPISODIO MANIACO O HIPOMANIACO ACTUAL

SI CODIFICO SI EN R11 Y/O EN RE 12, CODIFIQUE NO EN R13 Y SALTE AL SIGUIENTE MODULO

NO	SI
TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO CON CARACTERISTICAS PSICÓTICAS ACTUAL	

R13

¿CODIFICÓ SI EXTRAÑOS EN 1 O MAS PREGUNTAS b DE R1b A R6b?
O
¿CODIFICO SI EN 2 O MAS PREGUNTAS DE R1b A R10b? (EN LUGAR DE SI EXTRAÑO)
¿OCURRIERON AL MENOS 2 SINTOMAS PSICOTICOS DURANTE EL MISMO MES?

NO	SI
TRASTORNO PSICOTICO ACTUAL	

R14.

¿CODIFICO SI EN R13?
O
¿CODIFICO SI EXTRAÑO EN 1 O MAS PREGUNTAS DE R1a A R6a?
¿CODIFICO SI EN 2 O MAS PREGUNTAS DE R1a A R7a? (EN LUGAR DE SI EXTRAÑO)
¿OCURRIERON AL MENOS 2 SINTOMAS PSICOTICOS DURANTE EL MISMO MES?

NO	SI
TRASTORNO PSICOTICO ALGUNA VEZ EN LA VIDA	

S. ANOREXIA NERVIOSA

(□ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, CODIFICAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MODULO)

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

En los últimos tres meses:

S2	¿Has tratado de no engordar?	<input type="checkbox"/> NO SÍ
S3	¿Has tenido miedo de ganar peso? ¿Has tenido miedo a ponerte gordo(a)?	<input type="checkbox"/> NO SÍ
	MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	
S4 a	¿Has pensado que te ves muy gordo(a)? ¿Has pensado que tu cuerpo no es eatractivo?	NO SÍ
	MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	
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? MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO SÍ
c	¿Has pensado que tu bajo peso no es un problema serio?	NO SÍ
S5	¿MARCÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE S4 ?	<input type="checkbox"/> N SÍ
S6	SOLO PARA NIÑAS EN LA PUBERTAD: ¿En los últimos tres meses, dejaste de tener O todos tus períodos menstruales, aunque debiste tenerlos (cuando no estabas embarazada)?	N SÍ

PARA NIÑAS : ¿MARCÓ SÍ EN S5 Y S6?

PARA NIÑOS : ¿MARCÓ SÍ EN S5?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/ PESO MÍNIMO CORRESPONDING TO A BMI THRESHOLD OF 17.5 KG/M²

Estatura/Peso												
pies/pulg.	3'0	3'1	3'2	3'3	3'4	3'5	3'6	3'7	3'8	3'9	3'10	
lbs.	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	53	
cms	55	57	60									
kgs	91	94	97	99	102	104	107	109	112	114	117	
	119	122	125									
	15	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	25	26	27									
pies/pulg.	4'2	4'3	4'4	4'5	4'6	4'7	4'8	4'9	4'10	4'11	5'0	5'1
lbs.	52	53	54	70	72	75	78	81	84	87	89	92
cms	96	99	102									
kgs	127	130	132	135	137	140	142	145	147	150	152	155
	158	160	163									
	28	29	31	32	33	34	35	37	38	39	41	42
	43	45	46									
pies/pulg.	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10	5'11	6'0	6'1	6'2	6'3	
lbs.	105	108	112	115	118	122	125	129	132	136	140	
cms	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191	
kgs	48	49	51	52	54	57	57	59	60	62	64	

The weight thresholds above are calculated using a body mass index (BMI) equal to or below 17.5 kg/m² for the patient's height. This is the threshold guideline below which a person is deemed underweight by the DSM-IV and the ICD-10 Diagnostic Criteria for Research for Anorexia Nervosa.

T. BULIMIA NERVIOSA

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, CODIFICAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MODULO)

En los últimos tres meses:		
T1	¿Te has dado atracones? Un “atacón” es cuando comes una gran cantidad O de alimentos en un período de 2 horas.	<input type="checkbox"/> N SÍ
T2	¿Te has dado 2 atracones o mas por semana? O	<input type="checkbox"/> N SÍ
T3	¿Durante un atracón, has sentido que no te puedes controlar? O	<input type="checkbox"/> N SÍ

T4 ¿Trataste de hacer algo para evitar ganar peso? ¿Como inducir el vómito o ejercitarte
 O
 en exceso? ¿Tratar de no comer por uno o mas días? ¿Tomar pastillas que te hacen
 ir mas al bano? ¿ O tomar otro tipo de pastillas para evitar ganar peso?
 MARCAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

☐
 N
 SÍ

T5 ¿La opinión que tienes de tí mismo se ve afectada por tu peso? ¿La figura de tu cuerpo
 O
 afecta la opinión que tienes de tí mismo?
 MARCAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

☐
 N
 SÍ

T6 ¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS
 NO
 SÍ

▲ DE ANOREXIA NERVIOSA?

Ir a T8

T7 ¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kgs.)?
 NO
 SÍ

(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.)

T8 ¿MARCÓ **SÍ** EN **T5** O MARCÓ **NO** EN **T7** O PASO?

NO	SÍ
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	

T9 ¿MARCÓ sí EN T7?

NO SÍ

ANOREXIA NERVIOSA
Tipo Compulsivo/Purgativo
ACTUAL

U. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, CODIFICAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MODULO)

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

U1	a	En los últimos 6 meses, ¿te has preocupado mucho o has estado nervioso? NO	<input type="checkbox"/>	SÍ
		Te 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? MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA		
	b	¿Te preocupas casi todos los días? NO	<input type="checkbox"/>	SÍ
		MARCAR SÍ , SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE SE RESTRINGE <input type="checkbox"/> EXCLUSIVAMENTE, O ES MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE NO		SÍ
LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.				

U2		¿Se te hace difícil dejar de preocuparte? ¿Estas preocupaciones interfieren NO	<input type="checkbox"/>	SÍ
		para concentrarte en lo que haces? MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA		
U3		PARA LAS SIGUIENTES, MARCAR NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS. Cuando estas preocupado, casi todo el tiempo:		
	a	¿Te sientes inquieto o intranquilo? NO		SÍ
	b	¿Te sientes tenso? NO		SÍ
	c	¿Te sientes cansado o débil? NO		SÍ

- d ¿Se te hace difícil prestar atención?
NO SÍ
- e ¿Te sientes molesto o malhumorado?
NO SÍ
- f ¿Tienes dificultad durmiendo casi todas las noches (“dificultad durmiendo”
NO SÍ

significa dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche o demasiado temprano, o dormir en exceso)?

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

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	

ACTUAL

V. TRASTORNOS ADAPTATIVOS (AJUSTE)

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, CODIFICAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MODULO)

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 **MARCÓ NO** EN LOS DEMÁS TRASTORNOS.

- V1 ¿Tienes mucho estrés por algo? ¿Esto te molesta o
O
empeora tu comportamiento?
MARCAR **NO**, SI CONTESTÓ **NO** EN ALGUNA
- [Entre los ejemplos está la ansiedad/depresión/quejas físicas; mala conducta como pelear manejar imprudentemente, faltar a clase, el vandalismo, no respetar los derechos de otros o hacer cosas ilegales].

ESTRESOR IDENTIFICADO: _____
FECHA EN QUE COMENZÓ EL ESTRESOR: _____

- V2 ¿Estos problemas de conducta o que te hacían sentir molesto comenzaron
O
poco después de que empezaron los factores estresantes?
[¿Dentro de los 3 meses desde el comienzo de los factores estresantes?]
- V3 a ¿Este estrés te molesta mas que lo que molestaría a otros niños de tu edad?
O
- b ¿Te causan estos problemas dificultades en la escuela?
O
- ¿Dificultades en tu casa? ¿Dificultades con tu familia o con tus amigos?
MARCAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

V4 ¿ESTOS SÍNTOMAS EMOCIONALES/DE CONDUCTA SON CAUSADOS EN SU TOTALIDAD POR LA PÉRDIDA DE UN SER AMADO (DUELO) Y SON SIMILARES EN SEVERIDAD, NIVEL DE INCAPACIDAD Y DURACIÓN A LO QUE OTROS SUFRIRÍAN BAJOS CIRCUNSTANCIAS SIMILARES? (SI ES ASÍ, ESTO ES DUELO)

¿HA SIDO DESCARTADO UN DUELO NO COMPLICADO?

O N
SÍ

V5 ¿Estos problemas han continuado a pesar de que el estrés ya terminó?

¿Estos problemas han continuado por más de 6 meses desde que el

O N
SÍ

estrés desapareció?

MARCAR **NO**, SI CONTESTÓ **NO** EN ALGUNA

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

CALIFICADORES: **Marcar todos los**
que sean apropiados.

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

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

SI NO, MARCAR EL TRASTORNO COMO AUSENTE.

NO	SÍ
TRASTORNO ADAPTATIVO CON _____	
(VER CALIFICADORES)	

W. TRASTORNO GENERALIZADO (PENETRANTE) DEL DESARROLLO

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, CODIFICAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MODULO)

W1	¿Desde que tienes 4 años has tenido dificultades haciendo amistades? SÍ DUDOSO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO
	Tienes ese problema porque eres reservado? Esto pasa porque eres tímido o porque piensas que no perteneces a ese grupo?	

MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

W2 ¿Estás fijo en rutinas y rituales o tienes otros intereses especiales que interfieran
 SÍ DUDOSO NO
 en otras actividades?

W3
 ¿Los otros niños piensan que tu eres raro o extraño o poco común?
 SÍ DUDOSO NO

W4 ¿Juegas casi siempre solo, en vez de jugar con otros niños?
 SÍ DUDOSO NO

W5 MARCAR SI, SI SE MARCÓ SI EN W1 Y W2 Y W3 Y W4.
 SI ALGUNO (W1 – W5) HA SIDO CODIFICADO COMO
 DUDOSO, MARCAR DUDOSO. DE OTRA MANERA
 MARCAR NO.

NO SÍ INCIERTO TRASTORNO GENERALIZADO (PENETRANTE) DEL DESARROLLO ACTUAL

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE PEDIATRIA "DR. SILVESTRE FRENK FREUND"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
FRECUENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

NOMBRE		
NO. DE FOLIO		
EDAD EN AÑOS		
GÉNERO	MASCULINO	FEMENINO
ESCOLARIDAD		
LUGAR DE RESIDENCIA	CD MX	FORÁNEO
FECHA DE DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA		
DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS PREVIOS	PRESENTE	AUSENTE
1. 1.EPISODIO DEPRESIVO MAYOR		
2. DISTIMIA		
3. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA		
4. AGORAFOBIA		
5. FOBIA SOCIAL		
6. FOBIA ESPECIFICA		
7. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO		
8. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN		

9. INTENTO SUICIDA PREVIO		
10. RIESGO SUICIDA		
11. TRASTORNO DE PÁNICO		
12. EPISODIO HIPOMANIACO		
13. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD		
14. TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE		
15. TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA		
16. ANOREXIA NERVOSA		
17. BULIMIA NERVOSA		
18. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO		
19. TRASTORNO POR TICS		
20. ABUSO DE ALCOHOL		
21. DEPENDENCIA A ALCOHOL		
22. ABUSO DE OTRAS SUSTANCIAS DIFERENTES AL ALCOHOL		
23. DEPENDENCIA A OTRAS SUSTANCIAS DISTINTAS AL ALCOHOL		
24. TRASTORNOS PSICÓTICOS		
25. TRASTORNOS ADAPTATIVOS		