

M.I.N.I. KID

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

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

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

Versión en Español:

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

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

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

La MINI para adultos está disponible:

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

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

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

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

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

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR

PRESENTACIÓN DE LA ENTREVISTA:

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

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

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

PRESENTACIÓN:

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

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

CONVENIOS:

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

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

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

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

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

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

FORMATO DE LA ENTREVISTA

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

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

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

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

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

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

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

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

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

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

En las últimas dos semanas:				
A1	¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado? ¿Has estado malhumorado o molesto? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	1
A2	a ¿Has estado bien aburrido o menos interesado en las cosas (Como jugar tus juegos favoritos)? ¿Has sentido que ya no puedes disfrutar de las cosas? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2 ?	➡ NO	SÍ	
	b ¿Te has sentido de esta manera la mayor parte del día?	➡ NO	SÍ	
	c ¿Te has sentido de esta manera casi todos los días?	➡ NO	SÍ	
A3 En las últimas dos semanas, cuando te sentías deprimido, malhumorado o sin interés en las cosas:				
a	¿Tenías menos hambre o mas hambre la mayoría de los días? ¿Perdiste o ganaste peso sin intentarlo? [i.e., por \pm 5% de su peso corporal ó \pm 8 libras en el último mes] CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenías dificultad para dormir casi todas las noches (“dificultad para dormir” significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche, despertarte bien temprano o dormir demasiado)?	NO	SÍ	4
c	¿Hablabas o te movías más lento de lo usual? ¿Estabas inquieto o se te hacía difícil quedarte tranquilo? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	5
d	¿Te sentías cansado casi todo el tiempo ?	NO	SÍ	6
e	¿Te sentías mal acerca de ti mismo casi todo el tiempo? ¿Te sentías culpable casi todo el tiempo? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	7
f	¿Se te hacía difícil prestar atención? ¿Se te hacía difícil decidirte? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	8
g	¿Te sentías tan mal que deseabas estar muerto? ¿Pensabas en hacerte daño a ti mismo? ¿Pensabas en quitarte la vida? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	9

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

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

C. TRASTORNO DISTÍMICO

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

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

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN C4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

D. EPISODIO (HIPO) MANÍACO

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

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

Por lo menos una semana o mas:

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

NO SÍ 12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA: ↓ ↓

HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ **NO** EN **D4**?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **D4**?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

E. TRASTORNO DE ANGUSTIA

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

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

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

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

F. AGORAFOBIA

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

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

AGORAFOBIA ACTUAL

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

Y

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

NO

SÍ

*TRASTORNO DE ANGUSTIA
sin Agorafobia
ACTUAL*

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

Y

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

NO

SÍ

*TRASTORNO DE ANGUSTIA
con Agorafobia
ACTUAL*

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

Y

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

NO

SÍ

*AGORAFOBIA, ACTUAL
sin historial de
Trastorno de Angustia*

G. TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

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

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

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

NO **SÍ**
TRASTORNO DE ANSIEDAD
DE SEPARACIÓN

H. FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)

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

H1	<p>¿En el pasado mes, sentiste miedo o vergüenza cuando otros te estaban mirando? ¿Tenías miedo de que te molestaran o se burlaran? ¿Como hablar frente a la clase? o ¿Comer o escribir frente a otros? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>	➡ NO	SÍ	1
H2	<p>¿Le tienes mas miedo a estas cosas que otros niños de tu edad?</p>	➡ NO	SÍ	2
H3	<p>¿Le tienes tanto miedo a estas cosas que tratas de alejarte de ellas? o ¿Solamente las puedes hacer cuando alguien está contigo? o ¿Las haces, pero se te hace bien difícil? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>	➡ NO	SÍ	3
H4	<p>¿Te molesta mucho este miedo? ¿Te causa problemas en tu casa o en la escuela? ¿Esto hace que tengas miedo de ir a la escuela? ¿Esto hace que quieras estar solo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>	<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">NO SÍ</p> <p style="text-align: center; margin: 5px 0;">FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social) ACTUAL</p>		4

I. FOBIA ESPECÍFICA

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

I1	<p>¿En el pasado mes, te han dado mucho miedo cosas como: culebras, serpientes, insectos? ¿Perros u otros animales? ¿Las alturas? ¿Tormentas? ¿La oscuridad? ¿O ver sangre o agujas?</p>	➡ NO	SÍ	1
I2	<p>Nombre la fobia específica: _____</p>			
I3	<p>¿Le tienes mas miedo a _____ que lo que le tienen otros niños de tu edad?</p>	➡ NO	SÍ	2
I4	<p>¿Le tienes tanto miedo a _____ que tratas de evitarlos? o ¿Solamente puedes estar cerca de _____ cuando alguien está contigo? o ¿Puedes estar cerca de _____ pero se te hace bien difícil? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>	➡ NO	SÍ	3
I5	<p>¿Te molesta mucho este miedo? ¿Te causa problemas en tu casa o en la escuela? ¿Es por esto que no haces cosas que te gustaría hacer? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</p>	NO	SÍ	4
	<p>¿CODIFICÓ SÍ EN I5?</p>	<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">NO SÍ</p> <p style="text-align: center; margin: 5px 0;">FOBIA ESPECÍFICA ACTUAL</p>		

J. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

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

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

↓
Ir a **J4**

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

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

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

↓
Ir a **J4**

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

obsesiones

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

compulsiones

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

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

➡
NO SÍ

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

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

K. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)

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

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

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

NO

SÍ

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

L. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

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

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

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

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

NO ➡ SÍ

DEPENDENCIA DE ALCOHOL

En el último año :

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

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

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

NO	SÍ
<i>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</i>	

M. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

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

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

CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:

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

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

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

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

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

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

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

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

Especifique la Droga(s) MAS USADA: _____

MARQUE UNA CASILLA

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS HA SIDO UTILIZADA .

SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

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

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

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

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

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

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

NO	→	SÍ
DEPENDENCIA DE DROGAS ACTUAL		

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

Durante el año pasado:

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN M3a o b o c o d?

NO		SÍ
ABUSO DE DROGAS ACTUAL		

N. TRASTORNOS DE TIC

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

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

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

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

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

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

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

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

O. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

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

En los últimos 6 meses:

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

En los últimos 6 meses:

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

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

CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN DOS O MAS RESPUESTAS

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

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

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

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

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

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

P. TRASTORNO DE LA CONDUCTA (DISOCIAL)

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

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

¿ CODIFICÓ SÍ EN P1 RESUMEN & P2 ?

NO **SÍ**
TRASTORNO DE LA
CONDUCTA
ACTUAL

Q. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

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

Q1 En los últimos seis meses:

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

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

NO SÍ

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

NO SÍ 9

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

¿CODIFICÓ SÍ EN Q1 RESUMEN & Q2 ?

NO	SÍ
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE ACTUAL	

R. TRASTORNOS PSICÓTICOS

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

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

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

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

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

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

BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR (A):

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

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

NO	SÍ
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL	

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

NO	YES	18
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		

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

NO

SÍ

R14 **SI CODIFICÓ SÍ EN R12:**

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

19

NO

SÍ

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

S. ANOREXIA NERVIOSA (opcional)

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

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

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

PARA NIÑAS : ¿CODIFICÓ SÍ EN S5 Y S6?

PARA NIÑOS : ¿CODIFICÓ SÍ EN S5?

➡ NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

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

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

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

T. BULIMIA NERVIOSA (optional)

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

En los últimos tres meses:								
T1	¿Te has dado atracones? Un "atacón" es cuando comes una gran cantidad de alimentos en un período de 2 horas.	➡ NO	SÍ	7				
T2	¿Te has dado 2 atracones o mas por semana?	➡ NO	SÍ	8				
T3	¿Durante un atracón, has sentido que no te puedes controlar?	➡ NO	SÍ	9				
T4	¿Trataste de hacer algo para evitar ganar peso? ¿Como inducir el vómito o ejercitarte en exceso? ¿Tratar de no comer por uno o mas días? ¿Tomar pastillas que te hacen ir mas al baño? ¿O tomar otro tipo de pastillas para evitar ganar peso? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	10				
T5	¿La opinión que tienes de tí mismo se ve afectada por tu peso? ¿La figura de tu cuerpo afecta la opinión que tienes de tí mismo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	➡ NO	SÍ	11				
T6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a O8	SÍ					
T7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kgs.)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVOSA.)	NO	SÍ	15				
T8	¿CODIFICÓ SÍ EN T5 O CODIFICÓ NO EN T7 O SALTÓ A O8?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
NO	SÍ							
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL								
T9	¿CODIFICÓ SÍ EN T7?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">ANOREXIA NERVIOSA Tipo Compulsivo/Purgativo ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	ANOREXIA NERVIOSA Tipo Compulsivo/Purgativo ACTUAL	
NO	SÍ							
ANOREXIA NERVIOSA Tipo Compulsivo/Purgativo ACTUAL								

U. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

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

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

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

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

NO **SÍ**
Trastorno de Ansiedad
Generalizada
ACTUAL

V. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

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

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

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

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

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

CALIFICADORES:
apropiados.

Marcar todos los que sean

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

SI MARCÓ:

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

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

SI NO, CODIFIQUE EL TRASTORNO COMO AUSENTE.

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

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

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

REFERENCIAS

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

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

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

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