

Traducción al Español de la Entrevista Diagnóstica:
**Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia,
Present & Lifetime Version (K-SADS-PL)(1996)**

SECCIÓN UNO

Entrevista con: (rodee uno) SUJETO PADRES

Nombre del Sujeto:_____

Número de Identificación_____

Fecha:_____

Entrevistador:_____

Entrevista de seguimiento. Tiempo 1_____ Tiempo 2_____

Esta entrevista está validada en Español. Referencia:
de la Peña F, Ulloa R, Higuera F, Ortiz S, Arechavaleta B, Foullux C, Nogales I, Márquez M, Cruz E, Martínez P, Hernández L, Domínguez E. Interrater reliability of the Spanish version of the K-SADS-PL. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Annual Meeting. San Francisco, CA, Oct 22-27 2002, New Research Poster A35, Scientific Proceedings page 95.

Ulloa, R.E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresan, A., Apiquian, R., Cortes, J., Arechavaleta, B., Foullux, C., Martínez, P., Hernandez, L., Dominguez, E., de la Peña, F., 2006. Interrater reliability of the Spanish version of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime version (K-SADS-PL). Actas Esp. Psiquiatr. 34, 36–40.

Traducción Realizada por: Dra Monica Wolff, Dr Humberto Nicolini, Lic. Ana Fresan, Lic. Claudia Blas, Dr. Franciasco Paez, Dr. Rogelio Apiquian, Dr. Francisco de la Peña. Cedida por la Dra Wolff al Dr. César Soutullo para uso científico (Septiembre 1999).

Adaptada al idioma Español/Castellano de España por Dr. Cesar Soutullo (Clínica Universitaria, Universidad de Navarra, Pamplona, España. csoutullo@unav.es)

Uso autorizado por el Dr Francisco de la Peña, Clínica de Adolescentes, Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, Mexico (adolesc@imp.edu.mx) el 21 Noviembre 2003.
Autorización para colgarla en internet con acceso libre por Dra. Mónica Wolff mwofff@emory.edu (18 Septiembre 2007)

Instituto Psiquiátrico del Oeste, y Servicio de Consulta Externa de Alto Tamizaje, Méjico. (Dra Wolff actualmente en: Child Study Center, Yale University School of Medicine, PO Box 207900, New Haven, CT 06520-7900, USA).

El K-SADS-PL fue adaptado del K-SADS-P que desarrolló William Chambers, MD y Joaquim Puig-Antich, MD, y fue revisada más tarde por Joaquim Puig-Antich, MD, y Neal Ryan, MD. El K-SADS-PL fue escrito por Joan Kaufman PhD, Boris Birmaher MD, David Brent MD, Uma Rao MD, y Neal Ryan MD. Se diseñó para obtener puntuaciones de severidad en los síntomas, y valorar la psicopatología presente y pasada. El presente instrumento contiene muchos aspectos de otros instrumentos de entrevista estructurada como el K-SADS-E (Orvaschel & Puig-Antich), el SADS-L (Spitzer & Endicott), el SCID (Spitzer, Williams, Gibbon, & First), el DIS (Robins & Helzer), el ISC (Kovacs), el DICA (Reich et al), y el DUSI (Tarter et al).

Entrevista Inicial

Datos Demográficos :

- 1.-Fecha de nacimiento :
Día Mes Año
- 2.-Edad : Curso que estudia: _____
- 3.-Sexo :
- 4.-Raza (Observar):
- 5.-ESTUDIOS DE LOS PADRES (hasta qué año terminaron): Padre: _____ Madre _____
- 6.-Trabajo Actual de los Padres: Padre: _____ Madre: _____

Entrevista inicial no estructurada Cuando se evalúan niños que no son pacientes psiquiátricos, las preguntas en relación a la referencia deben ser omitidas de la entrevista introductoria. De otra forma, se sigue el mismo patrón de la entrevista inicial. La hoja de calificación de la entrevista inicial resume los tópicos que deben ser investigados en esta parte de la evaluación.

Historia de la Enfermedad Actual

MEDICACIÓN ACTUAL:

HISTORIA PSIQUIÁTRICA

Registre la Historia de tratamiento

Edad	Fecha de Tratamiento	Síntomas o Condición	Tratamiento/ Lugar
------	----------------------	----------------------	--------------------

Edad del primer tratamiento siendo paciente de consulta externa : _____

Edad de la primera hospitalización psiquiátrica : _____

Número de hospitalizaciones psiquiátricas : _____

Medicación psicotrópica :

Sedantes o tranquilizantes menores _____

Tranquilizantes mayores _____

Antidrepresivos _____

Estimulantes _____

Litio _____

Otro (especificar) _____

Hospitalizaciones o procedimientos quirúrgicos _____

Historia de medicamentos : _____

Nombre y dosis de medicamentos pasados _____

Fecha de inicio _____ Fecha de terminación _____

¿Sensibilidad o alergias a alguna medicación ? Si _____ No _____

Nombre de la medicación _____ Reacción _____

Inmunización : ___Completa ___Incompleta ___Sin información ___

HISTORIA DE DESARROLLO

Complicaciones durante el embarazo, labor y/o parto : ___Si ___No

Si hubo, explique _____

¿Uso de drogas o alcohol durante el embarazo ? ___Si ___No

Si, explique _____

¿Relaciones sociales durante la infancia? ___Si ___No

No, explique _____

Desarrollo dentro de los límites normales ___Si ___No

No, explique

Historia de Abuso ? ___ Si ___ No Edad _____
 Si , qué clase de abuso ___ Físico ___ Descuido ___ Sexual ___ Psicológico
 Si ,el abuso fue identificado ___ antes de la evaluación ___ en la evaluación

Acción tomada: _____

Relación del perpetrador con el paciente : _____

¿El niño tiene algún contacto actual con el perpetrador ? No ___ Si ___ No esta seguro _____

HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDADES MEDICAS Y PSIQUIÁTRICAS

ADAPTACIÓN ESCOLAR Y RELACIONES SOCIALES

Obtenga información de las siguientes áreas. Parte de la información pudo ser obtenida con anterioridad.

1.- Escuela

- Preguntar acerca de : (a) Curso actual (o último curso realizado) ; (b) Cursos(s) repetidos ; © Servicios especiales (especificar) ; (d) Promedio ;
 (e) Rendimiento (diario y en exámenes) ;
 (f) quejas del profesor/a sobre la conducta del niño ; (g) Expulsiones/avisos disciplinarios;
 y (h) Lo que le agrada o desagrada

2.- **Relaciones con otros chicos/ as (amigos):** (a) Mejores amigos ; (b) Relaciones en colegio; (c) Relaciones en barrio/ vecindario ; (d) Actividades con amigos ; y (e) Problemas (molestar, peleas).

3.- **Relaciones familiares**

- Investigar acerca de : (a) Relación madre-hijo ; (b) Relación padre-hijo ; © Relación de pareja; (d) Relación con los hermanos ; (e) Familia (abuelos, tíos, primos)/ apoyos sociales

4.- Otras actividades

- Investigar acerca de : (a) Pasatiempos ; (b) Tiempo dedicado a actividades de recreo; © Deportes ; (d) Organizaciones (scouts, clubs...)

En entrevista con el niño, no es necesario (y usualmente no es recomendable) el completar la entrevista introductoria. Revise los datos demográficos (p.ej. edad, grado, constitución familiar, nombres y edades de hermanos), quejas presentadas (probablemente con menor detalle que con el padre) y familia, adaptación escolar e información minuciosa de las relaciones. La discusión de estos últimos tópicos es extremadamente importante, ya que suministran un contexto para dilucidar síntomas afectivos (depresión e irritabilidad) para niños, y obtener información preliminar para evaluar el deterioro funcional.

Trastornos Depresivos

Afecto Depresivo

P C S PARENT / CHILD / SUMMARY
PADRES / NIÑO / RESUMEN

Se refiere a los sentimientos subjetivos de depresión basados en quejas verbales o sentimientos depresivos, tristeza, infelicidad, vacío, malos sentimientos, ganas de llorar. No incluye pensamientos (como desánimo, pesimismo, sentirse inútil), intentos suicidas o aspecto triste. Algunos niños negarán sentirse “tristes” y solo mencionan que se sienten “mal” por lo que es importante investigar acerca de cada afecto disfórico. No se toman en cuenta los sentimientos de ansiedad o tensión. La irritabilidad sin algún otro afecto disfórico persistente no debe ser cuantificada. En la entrevista con el padre, el “sentido intuitivo” de la madre de que el niño con frecuencia se siente triste puede ser considerado como evidencia positiva del afecto deprimido del niño siempre y cuando el padre no se encuentre deprimido en la actualidad.

¿Te has sentido triste, vacío, melancólico o desanimado? ¿Con ganas de llorar? ¿Cuándo fue esto? ¿Te sientes_____ ahora? ¿Hubo algún otro momento en que te sintieras_____? ¿Tuviste algún otro sentimiento malo? ¿Tuviste algún mal sentimiento todo el tiempo del cual no podías deshacerte? ¿Lloraste o tenías ganas de llorar? ¿Te sentías_____ todo el tiempo o solo parte del tiempo? (Porcentaje de tiempo despierto: suma del % de todas aquellas descripciones si no se presentan simultáneamente. (La valoración de la variación diurna puede clarificar la duración diaria del humor depresivo.

0 0 0 Sin información.

¿Este sentimiento iba y venía? ¿Con qué frecuencia? ¿Diario? ¿Cuánto duraba? ¿Qué crees que lo ocasionaba? (Evalúe la relación entre el humor depresivo y la separación del padre/ madre) ¿Te sentías triste cuando tu madre no estaba? Si la separación de la madre es dada como una causa: ¿Te sentías_____ cuando tu madre estaba contigo? ¿Te sentías un poco mejor o el sentimiento estaba ausente? ¿Otras personas podían decir cuando estabas triste? ¿Cómo podían decirlo? ¿Te veías diferente?

1 1 1 No del todo o menos de una vez por semana.

2 2 2 Subumbral: Con frecuencia experimenta ánimo disfórico al menos 3 veces por semana por más de 3 horas en cada ocasión.

3 3 3 Umbral: Se siente “deprimido” casi todo el día.

Pasado: P (___) C (___) S (___)
Duración del Afecto Depresivo

Nota: A veces, al inicio de la entrevista el niño da una respuesta negativa a lo que se le pregunta pero en el transcurso de la entrevista está triste. Entonces, las preguntas iniciales deben repetirse empleando el estado de ánimo actual, usándolo como ejemplo para determinar la frecuencia. Igualmente, si la madre indica que el niño se encuentra triste casi todo el tiempo y el niño lo niega, éste debe ser confrontado con la opinión de la madre para luego preguntarle por qué cree que su madre piensa que él se siente triste con frecuencia.

Nota: Cuando el niño o el padre reporta frecuentes períodos de tristeza a lo largo del día, es probable que el niño siempre se encuentre triste y que solo se reporten las exacerbaciones, para lo cual la evaluación del afecto depresivo será de 3. Además, es esencial preguntar acerca del tiempo restante: “¿Además de estos momentos en el que te sientes_____, el resto del día de sientes feliz o estabas más triste que tus amigos?”

Irritabilidad y Enfado**P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN**

Sentimientos subjetivos de irritabilidad, enfado, mal carácter, resentimiento, expresado abiertamente o no. Evalúe la intensidad y duración del sentimiento

¿Hubo algún momento en el que te sentías irritable o rabioso/enfadado por cosas insignificantes? ¿Hubo algún momento en que te enfadaste mucho? ¿Cuándo? ¿Estás así en este momento? ¿Hubo algún otro momento en el que te sentiste_____? ¿Qué cosas te hacen_____? ¿Te sentías enfadado aunque no lo demostrabas? ¿Cuánto te enfadas? ¿Más que antes? ¿Que cosas te enfadan? ¿Alguna vez te sentiste enfadado o irritado sin saber porqué? ¿Te ocurre con frecuencia? ¿Te enfadas demasiado? ¿Con tu familia? ¿Con tus amigos? ¿Con alguien más? ¿En la escuela? ¿Qué hacías? ¿Te decían algo acerca de eso? ¿Cuanto tiempo te sentías enfadado/irritado? ¿Todo el tiempo? ¿Mucho tiempo? ¿Solo ahora y entonces? ¿En ningún momento? ¿Cuando te enfadabas, que pensabas? ¿Pensabas en matar a otros o hacerte daño? ¿Lastimar a otros o torturarlos? ¿A quien? ¿Tenías un plan? ¿Cuál?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Menos de una vez por semana.
	2	2	2	Subumbral: Se siente más enojado o irritable de lo que la situación amerita, al menos 3 veces por semana por más de 3 horas en cada ocasión. Expresa con facilidad su molestia.
	3	3	3	Umbral: Se siente irritado o enojado diario o casi diario, por lo menos el 50% del tiempo. O con frecuencia grita, o pierde el control

Pasado: P () C () S ()

Duración de la Irritabilidad

Si la irritabilidad se presenta por períodos breves junto con un estado depresivo especialmente no provocado, debe tomarse en cuenta al evaluar manía/hipomanía

Anhedonia, Pérdida de Interés, Apatía, Baja Motivación o Aburrimiento**P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN**

Aburrimiento es un término que todos los niños comprenden y que con frecuencia se refiere a la pérdida de la capacidad de goce (anhedonia) o la pérdida de interés o ambos. La pérdida de placer e interés no son mutuamente excluyentes y pueden presentarse de forma conjunta.	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Diversas actividades son menos placenteras o interesantes. Aburrido o apático al menos 3 veces por semana durante estas actividades.
¿Qué cosas haces para divertirte? ¿Te diviertes? (De ejemplos: nintendo, deportes, amigos, juegos favoritos, materias escolares, excursiones, actividades familiares, programas televisivos favoritos, juegos de video o computadora, música, baile, jugar solo, leer, salir, etc?) ¿Hubo algún momento en que estuvieras aburrido por mucho tiempo? ¿Cuándo? ¿Te sientes aburrido ahora? ¿Te sientes aburrido cuando piensas en hacer cosas que usualmente te divertían? (De ejemplos como los mencionados con anterioridad) ¿Esto te impedía hacer las cosas? ¿Te sientes aburrido mientras haces cosas que antes disfrutabas?	3	3	3	Umbral: Muchas actividades son menos placenteras o interesantes. Aburrido o apático diario o casi diario, al menos el 50% del tiempo durante estas actividades.

Anhedonia se refiere a la pérdida parcial o total de la habilidad para tener placer, disfrutar o divertirse en la realización de actividades que eran atractivas para el niño como las mencionadas anteriormente. También se refiere a los placeres básicos resultado de las comidas favoritas y, en adolescentes, de las actividades sexuales.

¿Buscas hacer las cosas que antes disfrutabas? ¿Tratas de involucrarte en ellas? ¿Tienes que esforzarte para hacer tus actividades favoritas? ¿Te interesan? ¿Te emocionas o te sientes entusiasta por hacerlas? ¿Porqué no? ¿Te divertirías igual que antes al hacer estas actividades antes de que te sintieras triste? ¿Si las disfrutas menos, es tan solo un poco menos? ¿Mucho menos? ¿No las disfrutas? ¿Te diviertes igual que tus amigos? ¿Cuántas cosas son menos divertidas ahora de lo que eran antes? ¿Cuántas eran igual de divertidas? ¿Más divertidas? Hacías _____ menos que antes? ¿Cuánto menos?

En adolescentes: (Si es sexualmente activo)
¿Disfrutas del sexo igual que antes? ¿Tienes menos actividad sexual que antes?

No se refiere a la incapacidad para realizar las actividades (pérdida de habilidad para concentrarse en la lectura, en juego, T.V., materias escolares, etc.

Deben realizarse dos comparaciones en cada evaluación: Diversión comparada con aquella de los amigos y/o comparada con la que el niño tenía antes de estar deprimido. La segunda no es posible llevarla a cabo en episodios crónicos ya que normalmente las preferencias del niño se modifican con la edad. La severidad se determina por el número de actividades que el niño disfruta con menos intensidad, y por el grado de pérdida de la habilidad para disfrutar.

No confundir con la pérdida de oportunidades para hacer las cosas producto de restricciones paternas.

a. Pensamientos Recurrentes de muerte P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

En ocasiones los niños que se sienten molestos o se sienten mal, desean estar muertos o sienten que estarían mejor muertos. ¿Alguna vez has tenido estos pensamientos? ¿Cuándo? ¿Te sientes así ahora?	0	0	0	Sin información.
¿Hubo algún otro momento en el que te sintieras de esa forma?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Pensamientos transitorios de muerte.
	3	3	3	Umbral: Recurrentes pensamientos de muerte "Estaría mejor muerto" o "Deseo estar muerto"

Pasado: P (___) C (___) S (___)

b. Ideación Suicida P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

Incluye la preocupación con pensamientos de muerte o suicidio así como alucinaciones en donde el niño escucha una voz que le ordena que se mate y que incluso le sugiera el método.	0	0	0	Sin información.
No incluye el miedo a morir.	1	1	1	No del todo.
En ocasiones los niños que se sienten molestos o se sienten mal piensan en morirse e incluso en suicidarse. ¿Has tenido estos pensamientos? ¿Como lo harías? ¿Tienes algún plan?	2	2	2	Subumbral: Pensamientos ocasionales de suicidio pero no ha pensado en un método específico.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia piensa en el suicidio y ha pensado en algún método.
				Pasado: P (___) C (___) S (___)

c. Intentos Suicidas - Severidad

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

Juzgue la severidad del intento suicida expresado en el acto suicida: Probabilidad de ser rescatado, precauciones para no ser descubierto, acciones para que le ayuden durante o después del intento, grado de planeación, motivo aparente del intento (manipulativo o verdadero intento suicida).	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Sin intento o sin intención de morir (p.e., Tener píldoras en la mano).
¿Has tratado de suicidarte? ¿Cuándo? ¿Qué hiciste? ¿Realmente querías morir? ¿Qué tan cerca estuviste de lograrlo? ¿Había alguien en el cuarto? ¿En la casa o departamento? ¿Dijiste que lo ibas a hacer? ¿Cómo te encontraron? ¿Realmente querías morir? ¿Pediste ayuda después de que intentase suicidarte?	2	2	2	Subumbral: Presente, pero muy ambivalente
	3	3	3	Umbral: Intento suicida explícito.
				Pasado: P (___) C (___) S (___)

d. Intentos Suicidas -Letalidad Médica

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

Referente a la amenaza médica actual hacia la vida o a la condición física posterior al intento suicida más severo. Tome en cuenta el método, deterioro o daño de la consciencia al momento de ser rescatado, severidad de la herida o daño físico, toxicidad del material ingerido, reversibilidad, tiempo necesario para una completa recuperación y tratamiento médico requerido.	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Sin intento o sin intención de morir (p.e. Tener píldoras en la mano).
¿Cómo de cerca de morir estuviste después de (intento suicida más severo)? ¿Qué hiciste cuando tratase de suicidarte? ¿Que ocurrió después de que trataste de suicidarte?	2	2	2	Subumbral: p.e., tomó 10 aspirinas, gastritis media.
	3	3	3	Umbral: p.e., tomó 10 seconal, breve inconsciencia
				Pasado: P (___) C (___) S (___)

e. Actos no Suicidas de Autodaño

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

Se refiere a la automutilación u otros actos hechos sin

la intención de suicidarse.	0	0	0	Sin información
¿Alguna vez has tratado de lastimarte? ¿Te has quemado con cerillas/velas? ¿Te has herido con agujas/cuchillos? ¿Con tus uñas? ¿Has puesto monedas calientes en tu piel? ¿Algo más? ¿Con qué frecuencia? ¿Porqué lo hacías? ¿Has tenido muchos accidentes? ¿Qué clase de accidentes? ¿Con qué frecuencia?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Infrecuente (1-3 veces por año). Nunca se ha causado una lesión severa.
Algunos niños hacen estas cosas porque quieren suicidarse, y otros lo hacen porque se sienten mejor después de hacerlo ¿Porqué lo hacías?	3	3	3	Umbral: Frecuente (4 o más veces por año) o se ha causado una lesión severa (quemaduras con cicatriz, ruptura de huesos).

Pasado: P (___) C (___) S (___)

___ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección de trastornos depresivos del suplemento #1, trastornos afectivos, después de finalizar la entrevista inicial.

___ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete la sección de trastornos depresivos del suplemento #1, trastornos afectivos, después de finalizar la entrevista inicial.

___ Sin evidencia de trastorno depresivo.

Notas: (Registre las fechas de posibles trastornos depresivos actuales y pasados).

Suplemento 1a: **Trastornos del Humor: Depresión.**

Suplemento de Depresión

1. Poca Reactividad del Humor Deprimido/ Irritable a Estímulos Positivos

P C S

Se extiende hasta una mejoría temporal en el afecto cuando este se encuentra asociado a eventos ambientales positivos. Para pacientes con trastorno de ansiedad por separación, diferencie entre mejoría en síntomas de ansiedad y depresivos (especialmente en pacientes hospitalizados durante la entrevista), lo cual será evaluado posteriormente. Las calificaciones deben ser tomadas en cuenta tanto en extensión como en duración en torno a la mejoría del afecto.

0 0 0 Sin información

¿Si alguien tratara de animarte, lo lograría?
¿Te ha ocurrido algo bueno desde que empezaste a sentirte_____?

3 3 3

Ausente: Responde a eventos del ambiente, tanto en extensión como en duración de mejoría.

Subumbral: Responde a los estímulos pero aún así se siente deprimido. El afecto mejora de forma parcial y se mantiene por más de unos cuantos minutos.

Umbral: "Picos Breves". El afecto se eleva no por más de unos cuantos minutos en respuesta a estímulos positivos, luego el ánimo baja nuevamente.

Si, ¿que fue?

No, ¿estás seguro?

¿Algo un poco bueno? ¿Esto hizo que te sintieras un poco mejor?

Si, ¿qué tan bien te sentías? ¿Te sentías feliz? ¿Te reías por algo? ¿Cuando te sentías peor, alguna vez este sentimiento se fue? ¿Cuando tenías tu mente en otras cosas o cuando algo bueno ocurría, el sentimiento se iba? ¿Se iba todo el sentimiento? ¿Qué hacía que el sentimiento se fuera? (p.e., ¿cuando jugabas con otros niños?) ¿Cuánto duraba el sentimiento de felicidad? ¿Minutos? ¿Horas? ¿Todo el día? ¿Te sentías mal sin importar lo que estuviera pasando?

Pasado: P (___) C (___) S (___)

2.- Calidad del Animo Disfórico Diferente a la Pena

P C S

Se extiende hasta los sentimientos subjetivos de depresión que siente el niño los cuales son cualitativamente diferentes de la clase de sentimientos que debería sentir tras la muerte de alguien a quien quería, una mascota o por la soledad o por el sentimiento de perder a alguien en una experiencia de separación (más común en la vida del niño). De ser posible, obtenga una evaluación inicial para hacer una comparación de los sentimientos de ausencia, pena, o soledad durante el período

0 0 0 Sin información o incapaz de entender la pregunta.

1 1 1 Ausente: Sin diferencia o solo más severo.

2 2 2 Subumbral: Cuestionable o solo una diferencia mínima.

3 3 3 Umbral: Definitivamente diferente.

en el que el niño no estaba deprimido.

NOTA: El padre solo puede decir sí a éste ítem si el niño ha manifestado ésto de forma espontánea anteriormente.

¿Este sentimiento es diferente al que tuviste cuando algún amigo se mudó, o cuando alguno de tus padres salió de la ciudad por algún tiempo? ¿Es como “extrañar a alguien” o un sentimiento de “soledad”? ¿Cómo es diferente? ¿Alguien cercano a tí ha muerto? ¿Una mascota? ¿El sentimiento que tienes ahora de estar (triste, deprimido) es diferente al sentimiento que tuviste después de que _____murió?

Pasado: P (___) C (___) S (___)

3.- Variación Diurna del Afecto

P C S

Peor por la Mañana

Al menos durante una semana hubo una fluctuación persistente del afecto (deprimido o irritable) en la primera o segunda mitad del día. Califique a pesar de los cambios regulares del ambiente. No califique positivo si el sentimiento empeora solo cuando el niño se va a dormir, época escolar u otros momentos de separación. El peor período debe tener una duración de al menos 2 horas. Pregunte acerca de fines de semana. Asegúrese que la información se refiera a un ánimo disfórico y no a ansiedad o efectos ambientales.

0 0 0

Sin información

1 1 1

Ausente: No es peor en las mañanas o es variable o no está deprimido por las mañanas

2 2 2

Subumbral: Mínimo o cuestionable o por menos de dos horas.

3 3 3

Umbral: Empeoramiento notable por al menos 2 horas.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

¿Te sientes más_____ en las mañanas cuando te despiertas, o en las tardes o por las noches? ¿Te sientes mucho peor o solo un poco mal? ¿Cuánto dura? ¿Ocurre cuando llegas de la escuela, después de cenar? ¿Cuándo te empiezas a sentir mejor?

0 0 0

Sin información

¿Cuanto peor? ¿Cuando te sientes peor, es un sentimiento diferente o es el mismo sentimiento aumentado?

1 1 1

Ausente: No se encuentra peor por las noches o es variable o sin afecto deprimido.

(Utilice eventos regulares como base: almuerzo, la segunda clase de la mañana, programas de TV, después de cenar, etc.)

2 2 2

Subumbral: Mínimo o cuestionable o por menos de 2 horas.

3 3 3

Umbral: Empeoramiento notable por al menor 2 horas.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

4.- Alteraciones en el Sueño

P C S

Trastornos del sueño, incluye la dificultad inicial, media y terminal para poder dormir o mantenerse dormido. No califique si el niño

no siente la necesidad de dormir. Tome en cuenta el número de horas estimado que el niño duerme y el sentimiento subjetivo de pérdida de sueño.

Normalmente un niño de 6-8 años debe dormir aproximadamente 10 horas +/- una hora. Entre 9-12 años - 9 horas +/- una hora. Entre 12-16 años - 8 horas +/- 1 hora.

	P	C	S	
a.- Insomnio Inicial				
¿Tienes problemas para quedarte dormido?	0	0	0	Sin información.
¿Cuánto tiempo tardas en quedarte dormido?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Menos de 2 horas la mayoría de las noches.
	3	3	3	Umbral: Dos horas o más la mayoría de las noches.
Pasado: P (___) C (___) S (___)				
b.- Insomnio Medio				
¿Te despiertas a la mitad de la noche?	0	0	0	Sin información
¿Cuántas veces? ¿Cuánto tiempo tardas en volverte a dormir?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Menos de 30 minutos la mayoría de las noches.
	3	3	3	Umbral: Más de 30 minutos la mayoría de las noches
Pasado: P (___) C (___) S (___)				
c.- Insomnio Terminal				
¿Cuando te sientes triste, a que hora te despiertas por las mañanas? ¿Te despiertas antes de lo que deberías?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Menos de 30 minutos la mayoría de las noches.
	3	3	3	Umbral: Más de 30 minutos la mayoría de las noches.
Pasado: P (___) C (___) S (___)				
d.- Ciclo Circadiano Invertido				
¿Cuando te sientes deprimido, duermes a distintas horas de lo usual? ¿En ocasiones estás despierto hasta tarde, como a las 4:00 a.m., y luego duermes al día siguiente hasta la tarde?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Menos de 1 día por semana.
	3	3	3	Umbral: Más de un día por semana.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

e.- Sueño No Reparador	P	C	S	
¿Te sientes descansado cuando te despiertas?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Sentimiento subjetivo de cansancio y dificultad para levantarse. Efecto mínimo o nulo en el funcionamiento una vez ya levantado.
	3	3	3	Umbral: Sentimiento subjetivo de cansancio junto con dificultad para levantarse y que provoca un sentimiento de flojera que persiste solo una parte del día.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

f.- Hipersomnio	P	C	S	
No califique positivo si el tiempo de dormir en el día más el de la noche equivale al tiempo normal de dormir (siestas compensatorias)	0	0	0	Sin información
Aumento de la necesidad de dormir, dormir más de lo usual. Investigue acerca de hipersomnio aunque el insomnio se haya calificado 3-6. Duerme más de lo usual en un período de 24 horas.	1	1	1	Ausente: O necesita dormir menos de lo usual
	2	2	2	Subumbral: Duerme al menos 1 hora más de lo usual varias veces por semana.
¿Estás durmiendo más de lo normal? ¿Te vuelves a dormir después de que te despiertas en las mañanas? ¿Cuándo empezaste a dormir más de lo usual? ¿Antes tomabas siestas? ¿Cuántas horas dormías antes de que empezaras a sentirte triste?	3	3	3	Umbral: Duerme al menos 2 horas más de lo usual varias veces por semana.

Los padres pueden referir que si no despertaran al niño, regularmente podría dormir > 11-12 horas y que actualmente lo hace, cada vez que está solo. Esto recibe un puntaje de 3.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

5.- Fatiga, Falta de Energía y Cansancio

	P	C	S	
Esto es un sentimiento subjetivo (No confundir con la falta de interés) (Evalúe la presencia aunque el sujeto sienta que es secundario al insomnio).	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	No del todo o más energía de lo usual.
¿Te has sentido cansado? ¿Con qué frecuencia?	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se siente más cansado o con menos energía de lo usual.
¿Te sientes cansado todo el tiempo? ¿La mayor parte del tiempo? ¿Parte del tiempo? ¿Ahora y antes? ¿Cuando empezaste a sentirte tan cansado? ¿Fue después de que	3	3	3	Umbral: Con frecuencia se siente cansado y sin energía. Tiene que descansar (no dormir)

empezaste a sentirte _____? ¿Tomas siestas porque te sientes cansado? ¿Que tanto? ¿Tienes que descansar? ¿Sientes tus brazos y piernas pesadas? ¿Te es difícil hacer algo?¿Mover tus piernas? ¿Te sientes así todo el tiempo?

durante el día.

Pasado: P () C () S ()

6.- Alteraciones Cognitivas

P C S

a.- Concentración, Falta de Atención o Lentitud del Pensamiento

(La información de la escuela puede ser crucial para la evaluación de este reactivo)

0 0 0 Sin información

Quejas (o evidencia del maestro) de habilidad disminuida para pensar o concentrarse que no estaba presente en el mismo grado antes del inicio del episodio. Distinga de la falta de interés o motivación. (No incluya si se encuentra asociado con un trastorno formal del pensamiento)

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Conciente de su falta de atención pero no causa dificultades más que el esforzarse más en el trabajo escolar.

3 3 3 Umbral: Interfiere con el trabajo escolar. Olvidadizo.

¿Sabes lo que significa concentrarse? Algunos niños tienen muchos problemas para concentrarse. Por ejemplo, tienen que leer una página de un libro y no pueden tener su mente en ello por lo que se tardan mucho en hacerlo o no lo pueden hacer, no pueden poner atención.

¿Has tenido esta clase de problemas? ¿Cuándo comenzó? ¿Tu pensamiento es más lento? ¿Si te esfuerzas, te puedes concentrar? ¿Te toma más tiempo hacer tu tarea? ¿Cuándo tratas de concentrarte en algo, tu mente se distrae con otros pensamientos? ¿Puedes poner atención en la escuela? ¿Puedes poner atención cuando quieres hacer algo que te gusta? ¿Se te olvidan demasiado las cosas? ¿A qué cosas le puedes poner atención? ¿No te puedes concentrar? o ¿son cosas que no te interesan o no te importan? ¿Tenías antes este problema? ¿Cuándo comenzó?

Nota: Si el niño tiene un trastorno por déficit de atención, no califique positivo, a menos que los problemas para concentrarse empeoren y que esté asociado con el inicio del ánimo deprimido.

Pasado: P () C () S ()

b.- Indecisión

P C S

¿Cuándo te sentías triste, se te dificultaba tomar decisiones? ¿Como darte cuenta que

0 0 0 Sin información

el recreo había terminado antes de que pudieras decidir que era lo que querías hacer?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Dificultad para tomar decisiones, con un efecto moderado en el funcionamiento.
	3	3	3	Umbral: Dificultad para tomar decisiones. Con un efecto moderado a severo en el funcionamiento

Pasado: P (___) C (___) S (___)

7.- Apetito / Peso

P C S

a.- Apetito Disminuído

Comparar el apetito con el usual o con el de los compañeros si el episodio es de mayor duración. Asegúrese de diferencias entre la disminución de comida ingerida debido a una dieta o por pérdida de apetito. Solo evalúe la pérdida del apetito.	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	No del todo - normal o incrementado.
	2	2	2	Subumbral: Disminución del apetito diario o casi diario (p.e. botanas regulares no son consumidas).

¿Cómo está tu apetito? ¿Con frecuencia sientes hambre? ¿Comes más o menos que antes? ¿Dejas comida en el plato? ¿Cuándo comenzaste a perder tu apetito? ¿En ocasiones te tienes que forzar a comer? ¿Cuando fue la última vez que te sentiste hambriento? ¿Estás haciendo dieta? ¿Qué clase de dieta?	3	3	3	Umbral: Disminución moderada en el apetito diario o casi diario (p.e., come menos de lo usual, deja de hacer algunas comidas).
---	---	---	---	--

Pasado: P (___) C (___) S (___)

b.- Pérdida de Peso

P C S

Pérdida total de peso desde el inicio del episodio (o un máximo de 12 meses). Asegúrese de que no ha estado a dieta. En la evaluación de la pérdida de peso es preferible obtener el peso de registros médicos anteriores o por el pediatra del niño. Si el niño tiene entre 5-11 años de edad y no ha subido aproximadamente 1.5 kg. en un período de 6 meses, se considera como pérdida de peso. Los agrupamientos son: Debajo del tercer percentil: entre 3-10, 10-25, 25-50, 50-75, 75-90, 90-97, y por encima del percentil 97. Evalúe esta pregunta aunque posteriormente el niño haya subido de peso o tenga sobrepeso. De ser posible, verifique el peso en el momento de la entrevista.	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Sin pérdida de peso (se mantiene en el mismo grupo de percentil).
	2	2	2	Subumbral: Pérdida del 3-4% del peso o menos.
	3	3	3	Umbral: Pérdida del 5% o más.

¿Has perdido peso desde que te empezaste a sentir triste? ¿Cómo lo sabes? ¿Te queda grande tu ropa? ¿Cuándo fue la última vez que te pesaron? ¿Cuánto pesabas entonces? ¿Y ahora? (pese al niño).

NOTA: No califica positivo si el niño

padece anorexia.**Pasado: P (___) C (___) S (___)**

c.- Aumento de Apetito	P	C	S	
Comparado con el usual. Investigue acerca de esta pregunta aunque las preguntas de anorexia y/o pérdida de peso hayan recibido una puntuación de 2-3.	0	0	0	Sin información
	1	1	1	No del todo - normal o disminuido.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones come entre comidas más de lo usual, o sus comidas son un poco mayores en cantidad.
¿Has estado comiendo más que antes? ¿Desde cuándo? ¿Te sientes con hambre todo el tiempo? ¿Te sientes así todo el día? ¿Comes menos de lo que te gustaría comer? ¿Porqué? ¿Tienes apetencia por los dulces? ¿Qué cosas comes demasiado?	3	3	3	Umbral: La mayoría de los días come entre comidas mucho más de lo usual o sus comidas son mayores en cantidad.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

d.- Aumento de Peso	P	C	S	
Aumento en el peso comparado con el usual durante el presente episodio (o en un máximo de los últimos 12 meses) No incluye el aumento de peso que anteriormente había perdido o el aumento de peso de acuerdo al percentil usual del niño.	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Sin aumento de peso (se mantiene dentro del mismo percentil).
¿Has subido de peso desde que empezaste a sentirte triste? ¿Cómo lo sabes? ¿Has tenido que comprar ropa porque la que tenías ya no te quedaba? ¿Cuánto pesabas la última vez que te pesaron?	2	2	2	Subumbral: Ha subido del 3-4% o menos.
¿Cuándo fue la última vez que te pesaron?	3	3	3	Umbral: Ha subido 5% o más.

Pasado: P (___) C (___) S (___)**8.- Alteraciones Psicomotoras**

a.- Agitación	P	C	S	
Incluye la incapacidad para estar quieto, movimientos continuos, inquietud, movimientos repetitivos de labios o dedos, torcer las manos, tocarse o estirarse la ropa y hablar demasiado. Para que se cuente como positivo, estas actividades deben presentarse mientras el sujeto se siente deprimido, no asociado a un síndrome de manía, y no limitado a períodos aislados. No se incluyen los sentimientos subjetivos de tensión o inquietud que con frecuencia son llamados agitación. Tome en cuenta sus observaciones durante la entrevista, lo reportado por el niño y lo reportado por el padre en cuanto al comportamiento del niño durante el episodio.	0	0	0	Sin información
	1	1	1	No del todo, retardado o asociado con un síndrome maníaco.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones incapaz para estar quieto en una silla, se mueve o se jala y/o frota.
¿Desde que te sientes triste, hay momentos en los que no puedes estar quieto, o tienes	3	3	3	Umbral: Con frecuencia no puede permanecer sentado en clase, se mueve continuamente, etc., casi siempre se muestra perturbado.

que estar moviéndote y no puedes parar?
 ¿Caminas de arriba a abajo? ¿Tuerces tus
 manos? (Demostrar) ¿Estiras o te tocas tu
 ropa, cabello, piel u otras cosas? ¿La gente
 te dice que no hables tanto? ¿Hacías esto
 antes de que te empezaras a sentir (triste)?
 ¿Cuando haces estas cosas, es porque te
 sientes triste o porque te sientes con mucho
 ánimo o grandioso?

¿Si alguien te hubiera filmado mientras
 desayunabas y hablabas con tu (mamá) y lo
 hubieran hecho antes de que te (deprimieras)
 y lo volvieran hacer estando (deprimido),
 podrías ver alguna diferencia? ¿Cuál sería?
 ¿Qué es lo que yo vería?

Prueba: ¿Te tomaría más tiempo antes o
 mientras estás (deprimido)? ¿Un poco más?
 ¿Mucho más?

¿Si yo viera un video o escuchara una cinta
 de su hijo mientras estaba deprimido y otra
 cuando no estaba deprimido, podría decir si
 hay alguna diferencia?

Si, ¿Qué es lo que vería (escucharía)
 diferente?

Asegúrese de que la referencia no sea en
 torno al contenido del lenguaje o actos o
 expresión facial. Se refiere solo a la
 velocidad y ritmo.

**Nota: Si el niño tiene un trastorno por déficit
 de atención, no califique como positivo la
 pregunta de agitación psicomotriz a menos de
 que exista un empeoramiento en la agitación
 que corresponda con el inicio del ánimo
 deprimido.**

Pasado: P (___) C (___) S (___)

b.-Retraso Psicomotor

P C S

Enlentecimiento visible y generalizado del
 movimiento físico, reacciones y lenguaje.
 Incluye latencia en el lenguaje.

0 0 0 Sin información.

Asegúrese de que el enlentecimiento se
 presenta en la actualidad y que no es tan
 solo un sentimiento subjetivo. Para la
 calificación del reactivo tome en cuenta sus
 observaciones durante la entrevista, lo
 referido por el niño y sus padres acerca del
 comportamiento del niño durante el
 episodio.

1 1 1 No del todo.

2 2 2 Subumbral: La conversación es notablemente
 retardada pero no deformada, y/o movimiento
 corporal lento.

3 3 3 Umbral: Le es difícil mantener la conversación,
 y/o sus movimientos son muy lentos.

¿Desde que empezaste a sentirte (triste) has
 notado que no te puedes mover tan rápido
 como antes? ¿Has notado que se te dificulta
 empezar a hablar? ¿Ha disminuido la
 velocidad de tu lenguaje? ¿Hablas mucho
 menos que antes? ¿Desde que empezaste a
 sentirte triste, sientes que te mueves como en

cámara lenta? ¿Otras personas lo han notado?

¿Si alguien tomara un video mientras estabas comiendo o hablando con tu (madre), y tomaran ese mismo video antes de que estuvieras (deprimido) y cuando estás deprimido podría ver alguna diferencia? ¿Que sería? ¿Qué es lo que vería? ¿Qué es lo que escucharía?

Prueba: ¿Tardarías más tiempo antes o cuando estabas deprimido? ¿Un poco más? ¿Mucho más?

¿Si viera un video o escuchara alguna cinta de su hijo mientras está deprimido y otra cuando no estaba deprimido, podría yo notar alguna diferencia? Si, ¿qué es lo que vería (escucharía) diferente?

Pasado: P (___) C (___) S (___)

9.- Autoestima/ Autoimagen

a. Autodesprecio/Imagen Negativa de Sí Mismo **P C S**

Incluye sentimientos de inadecuación, inferioridad, fallos y autodevaluación, depreciarse, menosprecio. **0 0 0** Sin información

Evalúe sin hacer caso de si es “realista” o no la evaluación negativa de sí mismo. **1 1 1** No del todo

¿Cómo te sientes de ti mismo? ¿Te gusta cómo eres? ¿Porqué o ¿Porqué no? ¿Piensas que eres guapo o feo? ¿Piensas que eres listo o tonto? ¿Te gusta tu personalidad o te gustaría ser diferente? ¿Con qué frecuencia te sientes así? **2 2 2** Subumbral: En ocasiones se siente inadecuado o le gustaría cambiar un aspecto de sí mismo (p.e., imagen, inteligencia o personalidad). Es capaz de identificar algunos atributos positivos de sí mismo.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia se siente inadecuado o le gustaría cambiar 2 o más aspectos de sí mismo (p.e. imagen, inteligencia o personalidad).

Pasado: P (___) C (___) S (___)

b.- Culpa Excesiva o Inadecuada **P C S**

...y autoreproche, por cosas hechas o no hechas, incluye delirios de culpa. Evalúe de acuerdo a la proporción entre la intensidad de los sentimientos de culpa o la severidad del castigo que el niño piensa que merece y las fechorías actuales. **0 0 0** Sin información

Quando las personas dicen o hacen cosas buenas, usualmente se sienten bien, y cuando dicen o hacen cosas malas se sienten mal . ¿Te sientes mal por cosas que has hecho? ¿Con qué frecuencia piensas en eso? **1 1 1** No del todo.

2 2 2 Subumbral: En ocasiones se siente muy culpable por acciones pasadas, significando que el niño exagera y que la mayoría de los niños ya hubieran olvidado.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia siente culpa que no puede explicar o por cosas que objetivamente no

¿Cuándo haces eso? ¿Qué significa que te sientas culpable por algo? ¿Cuánto tiempo te sientes así? ¿La mayor parte del tiempo? ¿Mucho tiempo? ¿Poco tiempo? ¿No del todo?

¿De qué cosas te sientes culpable? ¿Te sientes culpable por cosas que no has hecho? ¿O que no son tu culpa? ¿Te sientes culpable por cosas que tus padres u otras personas hacen? ¿Sientes que tu provocas cosas malas? ¿Piensas que debes ser castigado por eso? ¿Qué castigo mereces? ¿Te gustaría ser castigado? ¿Qué es lo que hacen tus padres para castigarte? ¿Piensas que es suficiente?

Para muchos niños es mejor dar un ejemplo concreto como: “Te voy a hablar sobre tres niños y me vas a decir a cuál te parece más. El primero es un niño que hizo algo malo y se siente mal por haberlo hecho, va y se disculpa con la persona, las disculpas son aceptadas y se olvida lo que ocurrió. El segundo niño es como el primero pero después de que las disculpas fueron aceptadas, no puede olvidar lo que hizo y sigue sintiéndose mal por una o dos semanas. El tercer niño que no hizo algo muy grave, se siente culpable incluso por cosas que en realidad no eran su culpa como... ¿Cuál de estos tres niños es como tú? Es útil que se ratifique la comprensión del niño a las preguntas pidiéndole que dé un ejemplo, como la última vez que se sintió culpable “como el niño de la historia”.

son su culpa. (Excepto sentirse culpable por la separación de los padres y/o divorcio el cual es normativo y no recae en él a una evaluación positiva de culpa en el reactivo, excepto si esta persiste después de repetidas discusiones apropiadas con los padres).

Pasado: P (___) C (___) S (___)

10.- Desesperanza, Vulnerabilidad, Desánimo y Pesimismo

Visión negativa hacia el futuro, con respecto a su vida y problemas actuales. Este reactivo se refiere al contenido de las ideas y no a los sentimientos.

	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
	1	1	1	No se muestra tan desanimado con respecto al futuro.
¿Qué piensas que te va a pasar? ¿Piensas que vas a estar mejor? ¿Un poco mejor? ¿Crees que podemos ayudarte? ¿Cómo? ¿Crees que alguien te puede ayudar? ¿Quién? ¿Cómo? ¿Qué te gustaría hacer (ser) cuando seas grande? ¿Crees que lo lograrás? ¿Porqué no? ¿Te has rendido? ¿Has sentido que tu muerte está cerca? ¿Has sentido que el mundo está cerca de terminar? ¿Piensas que vas a sufrir para siempre? ¿Con que frecuencia te sientes así? ¿Estás seguro de que no hay esperanza para ti? ¿Cómo lo sabes? ¿Puede haber una pequeña esperanza para ti?	2	2	2	Subumbral: Sentimientos transitorios de desánimo moderado a severo con respecto al futuro.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia se siente pesimista con respecto al futuro. Los prospectos para el futuro aparecen borrosos, turbios.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

11.- Sensibilidad al Rechazo

P C S

¿Te sientes desanimado cuando un amigo te dice que te va a hablar y no lo hace?	0	0	0	Sin información
¿Cuánto tiempo te sientes así? ¿Si te peleas con tu madre y piensas que ella está enojada contigo, hace que te derrumbes? ¿Cuánto dura este sentimiento? ¿Qué tan malo es?	1	1	1	Ausente
¿Hay veces en que tus amigos o alguien de tu familia te ignora y te deja? ¿Qué pasa? ¿Hace que te desanimas?	2	2	2	Subumbral: El niño experimenta breves períodos transitorios de rechazo que precipitan disforia. La disminución en el ánimo no persiste por más de un día y no se encuentra asociado con severa sintomatología depresiva (p.e. tendencias suicidas).
	3	3	3	Umbral: El rechazo que precipita disforia persiste por varios días o se encuentra asociado con severa sintomatología depresiva (p.e. tendencias suicidas).

Pasado: P (___) C (___) S (___)

Otros Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
1.- Evidencia de un Precipitante	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
(Especifique): _____ _____						
2.- Los Síntomas se Presentan o Empeoran con el Período Menstrual						
(Para chicas adolescentes): ¿Has encontrado alguna relación entre tu ciclo menstrual y tu humor? ¿Te deprimas cada mes justo antes o después de que empezaste tu período?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3.- Deterioro						
a. Social (con compañeros): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Familiar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. Escolar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
		Sumario CE		Sumario MSP		
4.- Evidencia de DM (DSM-IV)						

1.- Cumple los criterios (puntuación 3) de al menos 5 síntomas depresivos que se encuentran presentes durante el mismo período de dos semanas, incluyendo un síntoma de los reactivos (p.e., ánimo deprimido, ánimo irritable, o anhedonia), además de desesperanza/culpa, alteraciones del sueño, fatiga, concentración/indecisión, cambio en apetito/peso, alteraciones psicomotoras, o pensamientos recurrentes de muerte/suicidio; y

2. Etiología orgánica (farmacológica) descartada;

3. La depresión no es una reacción normal ante la pérdida de un ser querido (VER DSM-III-R);

4.- En ningún momento se han presentado delirios o alucinaciones por al menos dos semanas en la ausencia de prominentes síntomas afectivos; y

5.- No cumple los criterios para Esquizofrenia o Trastorno Esquizofreniforme

0 1 2

0 1 2

5.- Cumple los Criterios para Depresión Melancólica

a.- Criterios DSM-IV

Cumple los criterios para EDM, presenta disminución de placer en todas o casi todas las actividades o disminución de reactividad. Además, 3 de los siguientes: diferente calidad del ánimo deprimido (el ánimo difiere del sentimiento experimentado después de la muerte o pérdida de alguien querido); depresión más severa por las mañanas, insomnio terminal (2 horas o más), alteraciones psicomotoras; anorexia o pérdida de peso; o culpa.

0 1 2

0 1 2

6.- Evidencia de Patrón Estacional

Existe una relación temporal regular entre el inicio del episodio Recurrente de Depresión Mayor (o Trastorno Depresivo NE) y un período particular de 60 días del año (p.e. aparición regular de la depresión entre los primeros días de octubre y finales de noviembre). No incluye los casos en que existe una obvia influencia de la estación del año relacionada con un estresor psicosocial.

0 1 2

0 1 2

7.- Evidencia de Depresión Atípica

Cumple los criterios para EDM, Distimia, o Trastorno Depresivo NE, con ánimo depresivo en respuesta a eventos positivos, y 2 de las siguientes características están presentes: hipersomnio, extrema inercia corporal/ sensación de pesadez, aumento del apetito o aumento de peso, y sensibilidad al rechazo.

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

8.- Evidencia de ENM con Rasgos Psicóticos

1.- Cumple los criterios para EDM y
 2.- en algún momento durante el episodio de DM, el sujeto de forma concurrente presenta delirios, alucinaciones, incoherencia, pérdida de asociaciones, comportamiento catatónico o afecto aplanado o inapropiado; y
 3.- los síntomas psicóticos solo están presentes durante el episodio de EDM.

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

9.-Evidencia de Trastorno Esquizoafectivo, Tipo Depresivo

1.- Cumple los criterios para EDM y;
 2.- en algún momento durante el episodio de DM, el sujeto de forma concurrente presenta delirios, alucinaciones, incoherencia, pérdida de asociaciones, comportamiento catatónico o afecto aplanado o inapropiado; y
 3.- en algún momento del episodio, han existido delirios o alucinaciones por al menos dos semanas en la ausencia de síntomas afectivos prominentes.

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

10.- Evidencia de Distimia

El ánimo deprimido (o irritable) se presenta más días que los que no, por al menos un año, además de **dos** de los siguientes síntomas adicionales durante el período: alteraciones en el **apetito**, alteraciones del **sueño**, **fatiga**, **baja autoestima**, baja **concentración** o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de **desesperanza**. No existe evidencia de EDM durante el primer año de la alteración, sin antecedentes de episodios maníacos o episodios hipomaníacos, no está sobrepuesto a un trastorno psicótico crónico y no existe evidencia de etiología orgánica

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

11.- Distimia - Tipo Primario

Las alteraciones del ánimo no se encuentran relacionadas a un trastorno preexistente, crónico del Eje I (p.e. anorexia, Trastorno de Ansiedad Excesiva) o Trastorno del Eje III.

0 1 2 0 1 2

12.- Distimia - Tipo Secundario

Las alteraciones del ánimo aparentemente se encuentran relacionadas a un trastorno preexistente, crónico del Eje I o Eje III.

0 1 2 0 1 2

13.- Evidencia de un Trastorno Depresivo No Especificado

Trastornos con rasgos depresivos que no cumplen los criterios de cualquier trastorno específico del ánimo o Trastorno de Ajuste con Afecto Depresivo (p.e., trastorno recurrente con depresión leve que no cumple los criterios para Distimia, episodios depresivos no relacionados a estrés que no cumplen los criterios para EDM).

0 1 2 0 1 2

14.- Evidencia de Trastorno de Ajuste con Afecto Depresivo

- 1.- Reacción debida a un (o múltiples) estresores psicossocial identificables que se presenta en los tres meses siguientes a la presencia del estresor.
- 2.- Evidencia de deterioro o síntomas excesivos en respuesta a una reacción normal o esperable a un estresor.
- 3.- Presencia de síntomas depresivos que no cumplen criterios para cualquier trastorno mental específico y que no representa un duelo complicado.
- 4.- Duración menor a 6 meses,

0 1 2 0 1 2

Manía**Humor Eufórico ó Expansivo**

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

Animo elevado y/o actitud optimista hacia el futuro. Diferencie del ánimo normal y sujetos con depresión crónica. No evalúe como positivo si el humor elevado se reporta en situaciones como Navidad, cumpleaños, parques de diversiones, los cuales normalmente son sobreestimulantes y hacen que el niño se entusiasme.

0 0 0 Sin información.
1 1 1 Ausente

¿Hubo algún momento en el que te sintieras muy bien, realmente contento o alegre? ¿Más de lo normal?

Si es impreciso:

¿Sentías como que no había nada que no pudieras hacer? ¿Sentías que todo iba a salir como tu querías?

¿Te ponías muy bobo (ridículo)? ¿Estabas más bobo (ridículo) que la mayoría de tus amigos? ¿Tus amigos te decían algo de que estuvieras bobo (ridículo) o muy contento? ¿Si la gente te veía, hubieran pensado que solo estabas de buen humor o hubieran pensado algo más? ¿Te ponías como si estuvieras borracho? ¿Te sentías super-contento? ¿Me puedes dar algunos ejemplos?

¿Cuánto duraba este sentimiento?

Nota: No evalúe como positivo si el humor elevado es debido a drogas

2 2 2 Subumbral: Humor elevado y visión positiva que puede estar fuera de proporción de acuerdo a las circunstancias. Esto se presenta al menos 3 veces por semana y persiste por más de 3 horas en cada ocasión.

3 3 3 Umbral: El humor y la actitud están claramente fuera de proporción de acuerdo a las circunstancias. Es notable para otros y se percibe como exagerado. Experimenta humor elevado diario o casi diario al menos el 50% del tiempo durante al menos 4 días - o por períodos más cortos de tiempo pero de forma repetida (p.e. en un período extenso por un día del mes se encuentra con el humor elevado).

Pasado: P (___) C (___) S (___)

Humor Irritable (usar lo contestado en Depresión)

Descenso de la Necesidad de Sueño

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

¿Alguna vez has tenido que dormir menos de lo usual para sentirte descansado? ¿Cuánto duermes normalmente? ¿Estás despierto porque te sientes animado o con mucha energía? ¿Estabas solo o con amigos? ¿Estabas tomando alguna droga?

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente

Nota: No evalúe positivo si el descenso en la necesidad de dormir es producto de un evento social o por uso de drogas, o si refleja el típico patrón irregular de sueño del adolescente.

2 2 2 Subumbral: De 1 a 2 horas menos de lo usual por dos o más noches consecutivas. Se siente animado o con mucha energía.

Observe si se reporta insomnio o hipersomnio en respuesta a los reactivos

3 3 3 Umbral: 3 o más horas menos de lo usual por dos o más noches consecutivas. Duerme menos porque se siente animado o con mucha energía- no se siente cansado al día siguiente.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

Incremento en la Actividad Dirigida a una Meta

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

¿Hubo algún momento en el que te sentías más activo de lo normal o hacías más actividades de lo usual?

0 0 0 Sin información.

¿Estuviste trabajando en proyectos escolares o de tu casa? ¿Salías más de lo usual? ¿Estabas sexualmente

1 1 1 Ausente.

más activo de lo normal? ¿Como era tu estado de ánimo en ese momento? ¿Qué sentías de ti mismo? ¿Más confiado de lo usual?

2 2 2 Subumbral: Ligerero pero definitivo incremento en el nivel general de actividad que involucra diversas áreas (p.e. trabajo, escuela, social, sexualidad).

Nota: Solo califique positivo si el incremento de actividad se presenta durante un período de cambio de ánimo (alegría, irritabilidad) o incremento de confianza y seguridad en sí mismo.

3 3 3 Umbral Incremento moderado a severo en el nivel general de actividad que involucra diversas áreas o un marcado

incremento en una o más áreas. La participación en actividades es excesiva, más de lo que se podía esperar en un niño de su edad.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

Aceleración del pensamiento o Fuga de Ideas

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

¿Alguna vez tus pensamientos iban tan rápido que te era difícil controlarlos? ¿Alguna vez has sentido que había muchas ideas en tu mente? ¿Podías controlar estos pensamientos si querías? ¿Cómo era tu estado de ánimo en ese momento?

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente

Evalúe de acuerdo a los datos reportados por el informante o por los datos observados. Evalúe positivo solo de la velocidad del pensamiento se presenta durante un cambio de estado de ánimo (p.e. alegría, irritabilidad).

2 2 2 Subumbral: La velocidad del pensamiento provoca una ligera molestia o deterioro.

3 3 3 Umbral: La velocidad del pensamiento provoca una molestia o deterioro significativo. Los pensamientos no pueden ser controlados de forma voluntaria.

Nota: Si la velocidad del pensamiento fue el único reactivo inicialmente apoyado, vuelva a preguntar acerca del estado de ánimo (eg. alegría e irritabilidad), sueño y nivel de actividad durante los períodos donde se reporta un incremento en la velocidad del pensamiento

Pasado: P (___) C (___) S (___)

___ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual de manía del suplemento #1, trastornos afectivos, después de finalizar con la entrevista inicial.

___ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete la sección pasada de manía del suplemento #1, trastornos afectivos, después de finalizar con la entrevista inicial.

___ Sin evidencia de manía

Notas: (Registre las fechas de posibles episodios actuales o pasados de manía.

Suplemento 1b:

Trastornos del Humor: Manía

Suplemento de Manía

1.- Grandiosidad/ Autoestima Elevada

P C S

¿Desde que te sientes (muy alegre, elevado, realmente bien), te has sentido más confiado de lo usual? ¿Crees que tienes cualidades especiales? ¿Has sentido que eres mucho mejor que los demás? ¿Más listo? ¿Más fuerte? ¿Porqué? ¿Has ganado reconocimientos o premios por_____? ¿Has sentido que eres una persona particularmente importante?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 0 | 0 | Sin información |
| 1 | 1 | 1 | Ausente: No del todo o autoestima disminuída. |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: Sobreestima o exagera al menos dos de sus cualidades, habilidades, prospectos o planes. |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: Autoestima desproporcionalmente elevada que involucra diversas áreas de su funcionamiento. |

Nota: Asegúrese de determinar si el niño realmente tiene o no “cualidades especiales” antes de evaluar este reactivo.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

2.- Habla presionada (Press Speech), Acelerada, o Aumento de la Cantidad

P C S

¿Desde que te sientes (___) hay ocasiones en que hablas muy rápido o hablas y hablas y no puedes parar? ¿La gente te ha dicho que hablas muy rápido o que hablas demasiado? ¿La gente ha tenido problemas para entenderte?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | Sin información |
| 1 | 1 | 1 | Ausente: No del todo o lenguaje retardado. |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: Habla más de lo normal pero la conversación no se encuentra alterada. |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: La conversación se encuentra alterada debido a la velocidad del lenguaje. |

Evalúe de acuerdo a lo reportado y observado.

Nota: Si el niño cumple los criterios para Trastorno Hiperactivo por Déficit de Atención, solo califique como positivo si hubo un incremento en la velocidad del lenguaje si se encuentra asociado con el inicio de los síntomas afectivos.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

3.- Poca capacidad de Juicio

P C S

¿Alguna vez has hecho algo que te ha ocasionado problemas o a tus amigos o familia? ¿Hacías cosas que normalmente no harías... como estar fuera de tu casa toda la noche, gastar mucho dinero, hacer viajes inesperados, o hacer algo riesgoso por diversión.

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 0 | 0 | Sin información |
| 1 | 1 | 1 | Ausente |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: En ocasiones se involucra en actividades que muestran un juicio inadecuado (p.e., manejar sin precaución, tener relaciones sexuales pasajeras, actividades de alto riesgo). |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: En ocasiones se involucra en actividades que muestran un juicio inadecuado y que tienen consecuencias peligrosas. |

(Para Adolescentes) ¿Involucrarte rápidamente en relaciones, tener muchas relaciones sexuales pasajeras, o hacer otras cosas que son peligrosas como conducir sin precaución, gastos excesivos?

(Para Pre-adolescentes) ¿Saltar de grandes alturas, hacer viajes largos en tu bicicleta, o hacer travesuras serias en la escuela?

Pasado: P (___) C (___) S (___)

4.- Distraibilidad

	P	C	S	
¿Desde que te sientes___ has tenido problemas para hacer lo que supuestamente tienes que hacer? ¿Empiezas a hacer cosas que no terminas? ¿Te distraes fácilmente? ¿Has tenido problemas para poner atención en clase?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Presente pero responde a la estructuración y repetición. La distracción no tiene efectos o son mínimos sobre el funcionamiento diario.
Evalúe de acuerdo a lo reportado y observado.				
Nota: Si el niño cumple los criterios para THDA, solo califique positivo si hubo un incremento en la distractibilidad asociado con el inicio de los síntomas afectivos.	3	3	3	Umbral: La distracción tiene un efecto moderado en el funcionamiento diario. No responde a la estructura.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

5.- Inquietud Física/Agitación Psicomotriz

	P	C	S	
¿Cuando te sientes elevado o muy alegre, hay momentos en los que no puedes estar quieto, o tienes que estarte moviendo y no puedes parar? ¿Sientes que tienes que estar caminando continuamente? ¿Retuerces tu manos? (demostrar)	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente. No del todo o retardado.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones es incapaz de estar sentado , agitado, se jala o retuerce.
Nota: Si el niño cumple los criterios para THDA, solo califique positivo si hubo un incremento en la agitación asociado con el inicio de los síntomas afectivos.	3	3	3	Umbral: Con frecuencia es incapaz de estar sentado en clase, agitado, etc. la mayor parte del tiempo se encuentra perturbado.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

6.- Influencia de Drogas o Alcohol

	P	C	S	
¿Siempre te has sentido de esta forma o solo cuando estabas bebiendo o tomando drogas o medicamentos? ¿Qué cosas? ¿Qué cantidad? ¿Solo en otros momentos? ¿Qué era primero, la droga o sentirte elevado? ¿Tomas mucho café u otras bebidas con cafeína? ¿Cuánto tomas? ¿Alguna vez te sentiste así cuando no estabas tomando bebidas con cafeína?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	En ocasiones bajo la influencia de alcohol o drogas.
	3	3	3	Con frecuencia pero no siempre bajo la influencia de alcohol o drogas. Al menos en una ocasión estuvo maníaco o hipomaníaco sin estar bajo la influencia de drogas o alcohol.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

7.- Duración del Animo Expansivo o Irritable y Síntomas Asociados

P C S Especifique _____	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Tres días o menos.
	3	3	3	Cuatro días o más.

Pasado: **P** (___) **C** (___) **S** (___)

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
8.- Deterioro						
a.- Social (con compañeros): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b.- Familiar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c.- Escolar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
d.- Hospitalización (por manía): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
e.- Otro: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

9.- Evidencia de Manía
a.- Criterios DSM-IV

1.- Marcado período de afecto anormalmente elevado, expansivo o irritable de al menos UNA SEMANA de duración (o menos si se necesita hospitalización)

2.- Durante la alteración del ánimo, al menos 3 de los siguientes síntomas (cuatro si el ánimo es solo irritable): autoestima elevada /grandiosidad, menor necesidad de dormir, habla más/lenguaje pujante, fuga de

Sumario CE	Sumario MSP
0 1 2	0 1 2

ideas/rapidez del pensamiento, distractibilidad, incremento en la actividad/inquietud física, se involucra de forma excesiva en actividades de alto riesgo.

3.- Durante la alteración del ánimo, existe un marcado deterioro u hospitalizaciones.

4.- Se descarta etiología orgánica (farmacológica).

5.- En ningún momento se han presentado delirios o alucinaciones o al menos dos semanas sin prominentes síntomas afectivos.

6.- No cumple los criterios para Esquizofrenia o Esquizofreniforme.

10.- Subtipo

a. Trastorno Bipolar - Manía	0	1	2	0	1	2
b.- Trastorno Bipolar - Depresión	0	1	2	0	1	2
c.- Trastorno Bipolar - Mixto	0	1	2	0	1	2
d.- Ciclado Rápido	0	1	2	0	1	2

11.- Evidencia de Hipomanía

a.- Criterios del DSM-IV

Los mismos criterios que Manía, pero sin evidencia de un deterioro funcional, y duración de al menos 4 DIAS

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

12.- Evidencia de Ciclotimia

Durante al menos un año, presencia de diversos episodios hipomaniacos y numerosos períodos de ánimo deprimido o pérdida del placer que no cumple los criterios de EDM.

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

13.- Evidencia de Trastorno Bipolar no Especificado

El trastorno con rasgos maniacos o hipomaniacos no cumple los criterios de cualquier trastorno bipolar (p.e. al menos un episodio hipomaniaco y un episodio DM, pero nunca maniaco o ciclotímico).

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

Psicosis

1. Alucinaciones

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

Algunas veces, cuando los niños están solos, escuchan voces o ven cosas o huelen cosas y no saben con certeza de donde provienen.

0 0 0 Sin información.

¿Alguna vez te ha ocurrido eso? Platícame de eso.

¿Hubo algún momento en el que escucharas voces cuando estabas solo? ¿Qué escuchabas? ¿Has escuchado que alguien te llama cuando no había nadie a tu alrededor? ¿Qué cosas escuchas? ¿Alguna vez has escuchado música que otros no podían escuchar?

1 1 1 Ausente.

¿Alguna vez has visto cosas que no estaban en realidad? ¿Qué acerca de sombras u otros objetos moviéndose? ¿Alguna vez has visto fantasmas? ¿Cuándo? ¿Esto solo ocurría en la noche cuando tratabas de dormir u ocurría también durante el día? ¿Qué veías?

2 2 2 Subumbral: Probables alucinaciones.

¿Alguna vez has percibido un olor extraño que venía de tu cuerpo?

3 3 3 Umbral: Presencia de alucinaciones.

Nota: Si la presencia de alucinaciones es probable, antes de calificar este reactivo, evalúe la convicción que tiene el sujeto de la realidad de las alucinaciones con los siguientes reactivos.

¿Qué piensas que era? ¿Crees que fue tu imaginación? ¿Crees que fue real cuando lo (escuchaste, viste, oliste,etc)?

¿Qué hiciste cuando lo (viste,escuchaste, oliste, etc.)?

¿Las voces que escuchaste (o alucinaciones) se presentaron cuando estabas dormido o despierto?

¿Pudo haber sido un sueño?

¿Ocurrieron cuando tratabas de quedarte dormido?

¿Cuando te despertabas? ¿Solo cuando estaba oscuro? ¿Ocurrieron en algún otro momento?

¿Tenías fiebre cuando ocurrieron? ¿Alguna vez has bebido cerveza, vino u alcohol? o ¿Habías tomado alguna droga cuando esto ocurrió? ¿Fue como un pensamiento o como una voz (ruido) o una visión?

Pasado: P (___) C (___) S (___)

2.- Delirios

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

¿Sabes lo que es la imaginación? Explícamelo.

¿Alguna vez tu imaginación te jugó trucos? ¿Qué clase de trucos? Háblame más acerca de ellos. ¿Has tenido ideas acerca cosas que no le has dicho a nadie por temor a que no te entendieran? ¿Qué ideas?

0 0 0 Sin información

¿Crees en cosas que las demás personas no creen?

1 1 1 Ausente

¿Como qué?

2 2 2 Subumbral: Probables delirios.

Pregunte acerca de los siguientes delirios:

3 3 3 Umbral: Presencia de delirios

¿Alguna vez has sentido que alguien te ha querido lastimar/hacer daño? ¿Quién? ¿Porqué?

¿Alguna vez has pensado que eres una persona muy importante o grandiosa?

¿Cuando estabas con personas que no conocías, piensas que hablaban de ti?

¿Alguna vez has sentido que algo le pasaba a tu cuerpo? ¿Como creer que se pudre por dentro o que algo muy malo estaba en él?

¿Alguna vez has sentido que el mundo se iba a acabar?

¿Con qué frecuencia has pensado en_____?

Pasado: P (___) C (___) S (___)

___ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de alguno de los reactivos, complete la sección actual del suplemento #2, trastornos psicóticos, después de finalizar la entrevista inicial.

___ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación pasada de alguno de los reactivos, complete la sección pasada del suplemento #2, trastornos psicóticos, después de finalizar la entrevista inicial.

___ Sin evidencia de psicosis

Notas: (Registre las fechas de posibles alucinaciones y delirios actuales y pasados).

o piensas? (Especifique si el contenido siempre está relacionado con depresión o manía)

Describa: _____

d.- Voces que Conversan entre Si

¿Cuántas voces escuchas? ¿Qué es lo que dicen? ¿Hablan entre ellas? (Especifique si el contenido siempre está relacionado con depresión o manía)

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3

Describa: _____

e. Pensamientos Sonoros

¿Escuchas que tus pensamientos hablan en voz alta? ¿Si alguien estuviera a tu lado, escucharía lo que estás pensando? ¿Es una voz real que está fuera de tu cabeza?

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3

f.- Otras Alucinaciones Verbales

¿Hay otros sonidos o voces que escuches que no me hayas dicho? ¿Estas voces te critican? ¿Se burlan de tí? ¿Te dicen que te van a hacer cosas malas? ¿Te han hablado Dios (Jesús), ángeles, demonios, la Virgen María o santos? ¿Conoces a otra persona a quien (____) le haya hablado?

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3

(Especifique si el contenido siempre está relacionado con depresión o manía)

Describa: _____

2.- Localización de las Voces / Sonidos

a.- Solo Dentro de su Cabeza

¿De donde vienen las voces? ¿De tu cabeza? ¿Fueron tus pensamientos lo que escuchaste? ¿Otras personas podían escuchar las voces?

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3

b.- Solo Fuera de su Cabeza

¿Venían de fuera de tu cabeza, a través de tus oídos? ¿Se escuchaba tan claro como mi voz cuando te hablaban?

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3

c.- Combinación

¿En ocasiones las voces venían de tu cabeza y otras veces de fuera de tu cabeza? ¿Unas veces como pensamientos y otras veces como mi voz?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
3.- Alucinaciones Visuales						
¿Ves cosas que otros niños no pueden ver? ¿Qué es lo que ves? ¿Veías algo real o solo como una sombra moviéndose? ¿Qué tan claro era? ¿Lo veías varias veces por varios días en forma consecutiva? (Especifique si el contenido siempre está relacionado con depresión o manía)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Describa: _____						
4.- Alucinaciones Tactiles						
¿Alguna vez has sentido como que alguien o algo te toca, pero cuando volteas no hay nada? ¿Platícame sobre esto? (Especifique si el contenido siempre está relacionado con depresión o manía)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Describa: _____						
5.- Alucinaciones Olfatorias						
¿Alguna vez has olido algo que los demás no pueden oler? ¿Qué?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Describa: _____						
6.- Ilusiones						
Falsa percepción estimulada por una percepción real que es transformada momentáneamente. Ocurren con frecuencia debido a una pobre resolución perceptual (oscuridad, lugar ruidoso) o por poca atención y son inmediatamente corregidos cuando se centra la atención en el estímulo sensorial externo o cuando la resolución perceptual mejora.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
¿Alguna vez has visto cosas en tu cuarto por las noches que pensabas que eran algo diferente? ¿Como si vieras alguno de tus muñecos o una playera y pensaras que podría ser algo que podría atraparte? ¿Alguna						

vez has visto un cuerda y pensaste que era una serpiente? ¿Otras cosas?

Código para las Preguntas Restantes:

0 = Sin información

1 = No

2 = Si

7.- Aceptación Cultural de las Alucinaciones

¿Algunos miembros de tu familia o miembros de tu iglesia experimentan la misma (especifique alucinación)?

0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2

8.- Duración de la Alucinación

Una o la combinación de alucinaciones que se presentan en el transcurso del día por varios días o en diversas ocasiones en una semana por varias semanas.

0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2

9.- Asociación con Trastorno Afectivo / del Humor

Las alucinaciones siempre se presentaron durante o en el transcurso de 2 semanas de un trastorno afectivo (Depresión o Manía)

0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2

10.- Asociación con Trauma

Los temas alucinatorios reflejan experiencias traumáticas pasadas. (Especifique): _____

0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2

11.- Asociación con Uso de Sustancias o Factor Orgánico

Las alucinaciones siempre se presentan después del consumo de sustancias o en el curso de una condición médica. (Especifique): _____

0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2

12.- Evidencia de un Precipitante

(Especifique): _____

0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2

13.- Duración de una Semana o más de los Síntomas

graves? ¿Cómo lo sabes? ¿Estás seguro? ¿Le ha pasado algo a tu cuerpo o al interior de tu cuerpo? Platícame de ello. Puede ser que solo sientas estas cosas pero que en realidad no tengas nada. ¿Puede ser eso?						
a.- Solo durante un Episodio Afectivo / del humor	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5.- Nihilismo/ Catástrofismo						
¿Sientes que algo terrible va a pasar o ha pasado? ¿Qué es lo que va a pasar? ¿Has sentido que el mundo va a llegar a su fin? ¿Cuándo?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
6.- Transmisión del Pensamiento						
¿Has sentido que tus pensamientos son transmitidos tan fuerte que otras personas saben lo que estas pensando? ¿Como en el radio, en donde cualquiera los pueda escuchar? ¿En la actualidad escuchas que tus pensamientos son muy fuertes? ¿Otros los han escuchado?.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7.- Inserción del Pensamiento						
¿Sientes que pensamientos son puestos en tu mente y que no son tuyos? ¿Quién los pone ahí? ¿Cómo? ¿Porqué?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
8.- Robo del Pensamiento						
¿Alguien ha sacado tus pensamientos de tu cabeza o los ha sacado alguna fuerza especial? Dime qué ocurría.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
9.- Mensajes del Radio / TV						
¿Alguna vez la radio o TV te ha hablado o te ha mandado mensajes? ¿Qué hay acerca de canciones?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10.- Delirios Persecutorios						
¿Alguien te ha hecho las cosas difíciles o te ha causado problemas a propósito o ha tratado de lastimarte o ha conspirado en tu contra? ¿Cómo?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
11.- Delirios de que Otros Pueden Leer su Mente						

¿La gente puede saber lo que estás pensando? ¿Es por la forma en que te ves o solo porque saben lo que estás pensando porque pueden leer tu mente?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
12.- Delirios de Referencia						
¿Parece que la gente te tira indirectas? ¿La gente te dice cosas en doble sentido? ¿Hacen cosas de una forma especial para decirte algo? ¿Parece que las cosas son arregladas de una forma especial para que solo tú entiendas su significado?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
13.- Otras Delirios Bizarros						
¿Otros pensamientos especiales de los que quieras hablarme?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Describe: _____						
Código para los Reactivos Restantes:						
0 = Sin información						
1 = No						
2 = Si						
14.- Delirios Subculturales o Familiares						
¿Otras personas de tu familia creen en lo que me has dicho (de ser necesario pregunte a la madre o a otro miembro de la familia)? ¿Algún miembro de tu religión también cree en eso? ¿Otros niños, como tus amigos creen en lo que tu crees?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
15.- Delirios Múltiples						
16.- Los delirios siempre se presentan durante o en el transcurso de 2 semanas de un trastorno afectivo (Depresión o Manía)	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
17.- Los delirios siempre se presentan en el contexto de abuso de sustancias o durante el curso de una enfermedad médica. Especifique: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
18.- El contenido de los delirios siempre se relaciona con afecto	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

depresivo o animado.						
19.- Evidencia de un Precipitante						
Especifique: _____ _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
20.- Duración de una semana o más de los síntomas						
Especifique la Duración: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

Notas:

III. Otros Síntomas Psíquicos

Evalúe de acuerdo a lo observado durante la entrevista.

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
1.- a. Afecto Aplanado						
Déficit en el contacto emocional que no es explicado por un trastorno severo del afecto o preocupación, p.e., aun cuando el entrevistador se esfuerce para establecer un contacto emocional adecuado, el sujeto no da signos de respuesta emocional tales como una sonrisa ocasional, tendencia al llanto, risa o el ver directamente al entrevistador. En el nivel "moderado", existe un aplanamiento indicado por una voz monótona, falta de expresión facial con signos emocionales.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b.- Afecto Inapropiado						
El afecto es incongruente con el contenido del lenguaje, por ejemplo, risas mientras se habla de las razones de hospitalización. No incluye los sentimientos puros de vergüenza o un afecto extremadamente fuerte, como cuando el sujeto llora cuando se discute una desilusión menor. La incongruencia no implica excesiva intensidad pero si la inconsistencia cualitativa con el contenido del pensamiento y / o circunstancias ambientales.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2.- a. Incoherencia						

El lenguaje generalmente no es comprensible, y se encuentra acompañado de pensamientos o palabras sin lógica o conexión gramatical, lo cual da como resultado desorganización.	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Describa: _____

b. Pérdida de Asociaciones (Loose Associations)

Pensamiento en el que las ideas saltan de un objetivo a otro de una forma que no tienen relación alguna.	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Describa: _____

3.- Conducta Catatónica

Conductas motoras que incluyen inmovilidad, estupor, rigidez, posturas bizarras, flexibilidad cérica y excitación de los movimientos (sin un propósito y actividad motora estereotipada que no tiene influencia alguna de estímulos externos.	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

IV. Deterioro en el Funcionamiento Durante la Enfermedad

1. Deterioro Escolar	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Deterioro en Relaciones con los Amigos.	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3.- Deterioro en las Relaciones Familiares.	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

4.- Deterioro en el Autocuidado	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Complete los árboles de diagnóstico comenzando por la siguiente página de este suplemento.

Árbol de Diagnóstico: Psicosis

	Padre	Niño	Sumario						
Alguna vez ha tenido síntomas psicóticos no asociados a depresión o manía	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Criterios DSM-IV.									

Para el diagnóstico de **Esquizofrenia**, se requieren los siguientes criterios:

A. Síntomas psicóticos característicos: Al menos dos de los siguientes, presentes por un lapso significativo de tiempo durante un período de un mes (o menos si los síntomas fueron tratados con éxito):

- 1.- Delirios.
- 2.- Alucinaciones.
- 3.- Lenguaje Desorganizado (p.e., disgregación frecuente, incoherencia o pérdida marcada de asociaciones).
- 4.- Comportamiento desorganizado o conducta catatónica.
- 5.- Síntomas negativos (p.e. afecto aplanado, alogia o avoliación).

Nota: Solo uno de los síntomas de A se requieren si los delirios son bizarros o las alucinaciones consisten de una voz que se mantiene comentando acerca del comportamiento o pensamientos del individuo, o dos o más voces conversando.

B. Durante el curso del trastorno, el funcionamiento en áreas como el trabajo, relaciones sociales, y autocuidado se encuentran por debajo del funcionamiento anterior al trastorno (o en inicio infantil o adolescente, un bajo nivel al esperado de desarrollo social).

C. Signos continuos del trastorno por al menos 6 meses. El período de 6 meses debe incluir una fase activa (de al menos una semana, a menos que los síntomas hayan sido tratados con éxito) durante el cual se presentan síntomas característicos de esquizofrenia (síntomas de A), y una fase prodrómica o residual si la fase activa tiene una duración menor a 6 meses.

D. Síndrome depresivo o maníaco, si están presentes durante la fase activa del trastorno (síntomas De A), fueron breves en relación a la duración del trastorno. El trastorno esquizoafectivo y trastorno afectivo con rasgos psicóticos es descartado.

E. Se descarta etiología orgánica o farmacológica.

Para el diagnóstico de **Trastorno Esquizofreniforme**, se requieren los siguientes criterios:

- A. Cumple los criterios A, D y E de Esquizofrenia.
- B. Un episodio del trastorno (incluyendo fase activa, prodrómica y residual), tiene una duración de al menos un mes, pero menos a 6 meses.

Para el diagnóstico de **Psicosis Reactiva Breve**, se requieren los siguientes criterios:

- A. Presencia de lenguaje desorganizado, delirios, alucinaciones, o conducta catatónica o desorganizada.
- B. Duración del episodio de al menos un día y no más de un mes, con un regreso eventual al nivel premórbido de funcionamiento.
- C. No es debido a un Trastorno del ánimo, esquizofrenia, causa orgánica o etiología farmacológica.

Especifique si: Con marcado estresor (es); sin marcado estresor (es); inicio post-parto.

Si cumple los criterios para esquizofrenia o trastorno esquizofrénico, o se encuentra actualmente en la fase prodrómica o residual, describa los rasgos clínicos en los cuadros de la página siguiente.

Si cumple los criterios de **esquizofrenia**, complete los siguientes reactivos:

1.- Curso	Calificación
a.- Subcrónico: El tiempo desde el inicio del trastorno, cuando el individuo por primera vez mostró signos del trastorno (incluyendo fases prodrómicas, activas y residuales) de una forma más o menos continua, es menor a dos años pero al menos de 6 meses.	0 1 2

b.- Crónico: Igual que el anterior, pero mayor a dos años.	0 1 2
c.- Subcrónico con Exacerbación Aguda: Reaparición de síntomas psicóticos prominentes en un individuo con curso crónico que ha estado en fase residual del trastorno.	0 1 2
d.- Crónico con Exacerbación Aguda: Resurgimiento de síntomas psicóticos prominentes en un individuo con curso crónico que ha estado en fase residual del trastorno.	0 1 2
e.- En Remisión: Este debe ser usado cuando un individuo con antecedentes de Esquizofrenia se encuentra libre de todos los signos del trastorno (con o sin medicamento). La diferenciación entre Esquizofrenia en Remisión de la ausencia de un Trastorno Mental requiere de la consideración del nivel de funcionamiento, el tiempo desde el último período del trastorno, la duración total del trastorno, y si el tratamiento profiláctico fue dado.	0 1 2
Para las fases Prodrómica y residual de la enfermedad, evalúe rasgos asociados:	
2.- Rasgos Asociados:	
a. Aislamiento social o retirada social.	0 1 2
b. Deterioro en el desempeño escolar.	0 1 2
c. Marcado comportamiento peculiar.	0 1 2
d. Deterioro en la higiene personal.	0 1 2
e. Afecto inapropiado.	0 1 2
f. Lenguaje disgregado, vago, sobreelaborado o circunstancial o pobreza del lenguaje o contenido.	0 1 2
g. Creencias extrañas, pensamiento mágico con influencia sobre el funcionamiento.	0 1 2
h. Experiencias perceptuales inusuales.	0 1 2
i. Marcada pérdida de iniciativa, intereses o energía.	0 1 2
j. Duración de la fase prodrómica / residual (en semanas)	0 1 2
Si cumple los criterios de trastorno esquizofreniforme, complete los siguientes reactivos: Especifique si se presentan rasgos de buen pronóstico, p.e., al menos 2 de los siguientes para bueno, uno para medio, ninguno para pobre.	
1.- Rasgos Pronósticos:	
a. Inicio de prominentes síntomas psicóticos durante las 4 semanas siguientes del primer cambio notable en el comportamiento o funcionamiento usual.	0 1 2
b. Confusión, desorientación o perplejidad en el momento del episodio psicótico.	0 1 2
c. Buen funcionamiento premórbido social y ocupacional.	0 1 2

2.- Pronóstico	
a. Bueno: Presencia de dos o más rasgos pronósticos positivos .	0 1 2
b. Medio: Presencia de un rasgo pronóstico positivo.	0 1 2
c. Pobre: Sin presencia de algún rasgo pronóstico.	0 1 2

Trastornos de Pánico

Ataques de Pánico

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

¿Alguna vez has tenido sentimientos de mucho miedo que vienen de repente sin ninguna razón especial? Háblame de ello.

0 0 0 Sin información.

La primera vez que tuviste un ataque de estos, ¿qué crees que lo provocó? ¿Este sentimiento aparecía de repente? ¿Cómo era? ¿Cuánto duraba? ¿Después de la primera vez que te pasó, te preocupabas porque volviera a suceder?

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: Al menos un ataque no anticipado, y un mínimo de 4 ataques. La preocupación por futuros ataques no es persistente y no hay efectos sobre el comportamiento relacionados a los ataques.

Si los síntomas específicos no son obtenidos de forma espontánea al describir los ataques, pregunte acerca de los siguientes síntomas:

Síntomas Asociados: Respiración entrecortada, palpitations, dolores de pecho, náusea, ruboraciones, escalofríos, sensación de asfixia, mareos, entumecimiento de manos o pies, sudoración, desvanecimientos, temblores, despersonalización o desrealización, miedo a morir, miedo a perder el control.

3 3 3 Al menos 4 ataques, con una preocupación persistente de tener otro ataque por al menos durante un mes o un cambio significativo en el comportamiento relacionado a los ataques.

Nota: No cuantifica su persisten por todo el día.

Pasado: P () C () S ()

__ Si tiene una puntuación de 3 en la evaluación actual del reactivo de ataques de pánico, complete la sección actual de trastorno de pánico del suplemento #3, trastornos de ansiedad, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Si tiene una puntuación de 3 en la evaluación pasada del reactivo de ataques de pánico, complete la sección pasada de trastorno de pánico del suplemento #3, trastornos de ansiedad, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de trastorno de pánico.

Notas: (Registre las fechas de posibles ataques de pánico actuales y pasados.

Trastorno de Ansiedad por Separación

1.- Temor a un Evento Catastrófico que Provoque la Separación P C S

	0	0	0	Sin información.
¿Alguna vez te has preocupado de que algo malo te ocurra y que no puedas volver a ver a tus padres?	1	1	1	Ausente.
¿Como perderte, ser secuestrado, asesinado o tener un accidente? ¿Qué tanto te preocupa?	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se preocupa. Se preocupa más y con mayor frecuencia que otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Frecuentemente se preocupa en situaciones de separación.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

2.- Temor al Daño del Padre P C S

	0	0	0	Sin información.
¿Alguna vez te has preocupado de que algo malo le pase a tus padres? ¿Como qué? ¿Tenías miedo de que tuvieran un accidente o que los mataran? ¿tenías miedo de que te dejaran y no volvieran? ¿Cuánto te preocupabas?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se preocupa. Se preocupa más y con mayor frecuencia que otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia se preocupa en situaciones de separación.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

3.- Rechazo Escolar P C S

	0	0	0	Sin información.
¿Hubo algún momento en el que te obligaron a ir a la escuela? ¿Tienes preocupaciones con respecto a ir a la escuela? Háblame de esos sentimientos.	1	1	1	Ausente.
¿De qué tenías miedo? ¿Has estado yendo a la escuela? ¿Con qué frecuencia has dejado de ir a la escuela o salías de la escuela temprano? (volver a casa antes de tiempo)	2	2	2	Subumbral: Con frecuencia muestra cierta resistencia a ir a la escuela, pero usualmente lo convencen de ir, se ausenta no más de un día en 2 semanas.
Nota: Solo se toma en cuenta si el evitar la escuela es para estar con los padres o en el hogar.	3	3	3	Umbral: Protesta intensamente con respecto a ir a la escuela, o es enviado a su casa o se niega a ir al menos un día por semana.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

4.- Temor a Dormir Fuera de su Casa/Dormir P C S

Solo

¿Alguna vez, cuando tenías más de 4 años, tenías miedo de dormir solo? ¿Te da miedo dormir fuera de tu casa sin que tus padres estén contigo?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones temeroso. El miedo a dormir fuera de su casa o dormir solo es más severo y con mayor frecuencia que otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia temeroso. evita dormir solo o fuera de su casa.
Pasado: P () C () S ()				

5.- Temor a Estar Solo en Casa

	P	C	S	
¿alguna vez, cuando tenías más de 4 años, seguías a tu madre a donde quiera que ella fuera? ¿Te preocupabas si ella no estaba contigo en el mismo cuarto? ¿Te aferrabas a tu madre?	0	0	0	Sin información.
¿Vigilabas a tu madre? ¿Siempre querías saber donde estaba tu madre?	1	1	1	Ausente
¿Cuanto miedo tenías?	2	2	2	Subumbral: En ocasiones temeroso. Teme estar solo con mayor intensidad y frecuencia que cualquier otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Se aferra a la madre, temeroso, evita estar solo. No se separa de ella.
Pasado: P () C () S ()				

__Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual de trastorno de ansiedad por separación del suplemento #3 de trastornos de ansiedad, después de finalizar la entrevista inicial.

__Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete la sección pasada de trastorno de ansiedad por separación del suplemento #3 de trastornos de ansiedad, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de trastorno de ansiedad por separación.

Notas: (Registre las fechas de posibles trastornos de ansiedad por separación pasados y actuales.

Trastorno Evitativo / Fobia Social

1.- Reducción del Contacto

P C S

Muchos niños son tímidos. Algunos niños son más que eso y nunca se sienten cómodos con gente ajena a su familia. ¿Alguna vez fuiste así? ¿te sentías muy incómodo o nervioso cuando estabas cerca de tu maestro u otros niños en la escuela? ¿Con los niños de tu vecindario?	0	0	0	Sin información.
Algunos niños se sienten muy nervioso al estar cerca de personas que no conocen. Siente como si no pudieran decir nada. ¿Alguna vez estuviste así? ¿Cuánto tiempo te tardas normalmente para sentirte cómodo o en confianza?	1	1	1	Ausente
¿Te era difícil hablar con una persona que no conocías, aún con otro niño? ¿Te sentías tan temeroso que no podías decir ni una sola palabra? ¿Te ocurría la mayor parte del tiempo?	2	2	2	Subumbral: Incomodidad ocasional cerca de personas que no son de la familia y / o con extraños. Más severo y con mayor frecuencia que otro niño de su edad, en caso de existir, mínimo deterioro.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia muestra una severa incomodidad ante personas que no son de su familia y/o extraños. Deterioro moderado a severo.

Pasado: P () C () S ()

2.- Temor ante Situaciones Sociales

Algunos niños odian contestar a las preguntas que se les hacen en clase, hablar frente al grupo, hablar con adultos o niños que no conocen bien, conocer nuevos niños, utilizar el baño de la escuela si otro niño está ahí, o comer frente a otros niños... (pregunte acerca de estas situaciones). ¿Alguna de estas cosas realmente te ha incomodado? ¿Más que a otros niños de tu clase? ¿Qué te incomodaba de_____ (p.e. temor a decir algo tonto, temor a parecer avergonzado, temor a temblar, paralizarte, etc.)?	0	0	0	Sin información.
¿Esto te molestaba demasiado o poco? ¿Te hacía sentir realmente nervioso o asustado? ¿Te hacía llorar? ¿Te hacía querer estar solo?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Incomodidad ocasional en una o más situaciones sociales. Con mayor frecuencia que otro niño de su edad. Sin evitación.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia experimenta una inconformidad significativa en una o más situaciones sociales. Las situaciones conllevan ansiedad moderada o es evitativo en ocasiones.

Pasado: P () C () S ()

___Si recibió un puntaje de 3 en cualquiera de los reactivos, continúe con las preguntas de la siguiente página.

___Si no existe evidencia de un trastorno evitativo / Fobia social actual o pasado, continúe con la sección de agorafobia y trastornos fóbicos específicos de la página 24.

3.- Participación Social con Personas Familiares	Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
<p>¿Te gusta estar con tu familia u otras personas que conoces? ¿Como se llevan tu y tu mamá/papá? ¿Con tus hermanos? ¿Hermanas? ¿Tienes un mejor amigo o uno o 2 niños con los que pases el tiempo? ¿Te sientes nervioso o temeroso cerca de_____? ¿Qué clase de cosas te gusta hacer con ellos?</p> <p>A algunos niños no les gusta estar con otras personas, personas a las que no conoce muy bien, incluso con otros niños. ¿Eres así? ¿Existen algunas personas con las que te guste estar. o con las que te gustaría sentirte más cómodo o en confianza?</p>	<p>Desea participar o involucrarse con gente familiar.</p>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4.- Duración							
<p>Fechas específicas_____</p>	<p>6 meses o más</p>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5.- Deterioro							
<p>a.- Social (con sus iguales):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<p>b.- Con familia:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<p>c.- En la escuela:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<p>d.Ansiedad extrema / Llanto / Rabieta:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<p>e.- Evitación:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<p>f.- Evidencia de algún precipitante (Especifique):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

| Sumario

| Sumario |

	CE			MSP		
6.- Evidencia de Fobia Social (Criterios DSM-IV)						
1.- Temor marcado y persistente en una o más situaciones sociales.	0	1	2	0	1	2
2.- La exposición a situaciones de temor provoca ansiedad Puede ser expresado por medio del llanto o rabietas.						
3.- Evitación de situaciones sociales a las que teme o relacionadas con ansiedad.						
4.- En niños, debe existir evidencia de capacidad para establecer relaciones sociales con gente familiar y la ansiedad debe ocurrir no solo en la interacción con adultos, sino también con los pares.						

Agorafobia y Fobias Específica

Solo evalúe la fobia más intensa

1.- Ansiedad

P C S

Fobias específicas: ¿Hubo algún momento en que tuvieras mucho miedo de las multitudes, estar en la calle solo, estar en un puente, viajar en autobús, tren o automóvil?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

¿Hubo algún momento en que tuvieras mucho miedo a los perros, caballos, insectos, alturas, ascensores, metro, la oscuridad... (pregunte de las situaciones en esta lista)? ¿Tenías miedo de alguna otra cosa?.

2 2 2 Subumbral: Temor al estímulo o situación más intenso que cualquier otro niño de su edad. Asociado solo que síntomas transitorios de ansiedad.

Agorafobia: ¿Tenías miedo de estar en algún lugar muy concurrido o estar en la calle solo? ¿Tenías miedo de ir al supermercado o cualquier otro lugar? ¿Estar en algún puente, viajar en coche, autobús o tren?

3 3 3 Umbral: Temor al estímulo o situación asociado con síntomas moderados a severos de ansiedad.

¿Cuanto miedo te daba ____? ¿Hacia que te enfermaras del estómago o que tu corazón se acelerara? ¿Cuánto tiempo duraba? ¿Tenías más miedo de ____ que tus amigos?

Pasado: P (___) C (___) S (___)

2.- Evitación

¿Hubo algún momento en que tu miedo a ____ te impedía hacer cualquier cosa? ¿Tratabas de evitar ____? ¿Había momentos en que podías ____? ¿Si alguien estaba contigo, podías ____?

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: Evitación mínima o inconsistente.

3 3 3 Umbral: El estímulo o situación que provoca el miedo es evitada.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

Trastorno de Ansiedad Generalizada

	P	C	S	
1.- Preocupación no realista sobre el futuro.				
¿Hubo algún momento en que te preocupaste demasiado por cosas que aún no habían ocurrido?	0	0	0	Sin información.
¿Crees que te preocupabas más que otros niños de tu edad? ¿Puedes darme algunos ejemplos? ¿Alguien te ha dicho que te preocupas demasiado? ¿Sabes por qué dicen eso?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Con frecuencia se preocupa de forma excesiva (al menos 3 veces por semana) por eventos que aún no han ocurrido o por el comportamiento actual.
Nota: No se cuantifica si la única preocupación del niño es en torno a la figura parental o a una fobia simple. Se Solo se evalúa como positivo si el niño se preocupa por demasiadas cosas	3	3	3	Umbral: La mayor parte de la semana se preocupa demasiado por al menos dos circunstancias o eventos anticipados o comportamiento actual.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

	P	C	S	
2.- Quejas Somáticas				
¿alguna vez te has enfermado con mucha frecuencia?	0	0	0	Sin información.
¿Has faltado al colegio, gimnasio o a otras actividades porque no te sentías bien? ¿Hubo algún momento en el que tenías demasiados dolores?	1	1	1	Ausente.
¿Tenías dolores de cabeza, estomacales, dolores en tus piernas o de espalda? ¿Algún otro tipo de problemas? ¿Diario? ¿Una vez? ¿Cuándo se presenta_____? ¿Por la mañana, por la tarde, los fines de semana? ¿Solo los días que vas al colegio?	2	2	2	Subumbral: Síntomas/quejas ocasionales. Los síntomas /quejas se experimentan con mayor frecuencia que cualquier otro niño de su edad.
Nota: No se cuantifica si se encuentra relacionado c situaciones de separación o rechazo a la escuela.	3	3	3	Umbral: Síntomas/quejas frecuentes (más de una vez por semana)

Pasado: P (___) C (___) S (___)

	P	C	S	
3.- Marcada Conciencia de Si Mismo				
Algunos niños realmente se preocupan demasiado por lo que otras personas piensen de ellos? ¿Te ocurre a ti? ¿En algún momento has pensado en lo que vas a decir, antes de hacerlo? ¿Te preocupaba que otras personas pensarán que eras tonto o que decías cosas graciosas?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Frecuente nerviosismo / ansiedad.
	3	3	3	Umbral: La mayor parte de la semana está nervioso/ansioso.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

___ Si recibió puntuación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los ítems, complete la sección actual de trastorno generalizado de ansiedad del **suplemento #3**, trastornos de ansiedad, después de finalizar la entrevista inicial.

___ Si recibió puntuación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los ítems, complete la sección pasada de trastorno generalizado de ansiedad del **suplemento #3**, trastornos de ansiedad, después de finalizar la entrevista inicial

___ Sin evidencia de trastorno generalizado de ansiedad.

Notas: (Registre las fechas de posibles trastornos de ansiedad generalizados actuales o pasados.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

1.- Compulsiones

Conductas intrusivas recurrentes, repetitivas, dirigidas a una meta en respuesta a una obsesión, de acuerdo a ciertas reglas o de acuerdo a un estereotipo que provoca ansiedad y debilidad en donde el sujeto tiene poco control.

P C S

0 0 0 Sin información

¿En algún momento te encontraste haciendo cosas que parecían tontas, una y otra vez, o cosas que no podías resistir como tocar cosas, contar o lavar tus manos muchas veces o revisar cerraduras u otras cosas?

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Sospechoso o probable.

¿Había cosas que siempre tenías que hacer de la misma forma o de alguna forma en especial?

3 3 3 Umbral: Obsesiones claras, causando efectos en el funcionamiento de sujeto o ansiedad.

¿Has tenido problemas para acabar tu tarea porque tienes que leer algunas partes una y otra vez o porque tenías que escribir tu tarea una y otra vez? ¿Has tenido problemas para llegar a la escuela porque te tardas mucho para estar listo?

¿Si cometes un error al hacer tu tarea tienes que volverla a hacer desde el principio?

¿Cuando te vas a dormir, tienes que revisar algo varias veces antes de poder dormirte? ¿O tienes que arreglar las cosas de tu cuarto de alguna forma en especial? ¿Alguien te ha comentado algo con respecto a estos hábitos?

Pasado: P (___) C (___) S (___)

2. Obsesiones

Pensamientos recurrentes e intrusivos, impulsos, o imágenes que, generan ansiedad y sobre los que la persona tiene muy poco control.

P C S

¿En algún momento te has molestado por pensamientos, imágenes o palabras que continuamente vienen a tu mente sin razón alguna y que en las cuales no puedes dejar de pensar? ¿Alguna vez te ha preocupado de sobremano tener tus manos sucias o con microbios, o que te puedas enfermar por eso? ¿Alguna vez te ha preocupado por hacer perfectas las cosas o arreglarlas de alguna manera? ¿Tienes pensamientos de que algo malo puede pasar, o de que hiciste algo terrible aunque sabes que no es verdad? ¿Algún otro tipo de pensamiento que estuviera en tu mente? ¿Pensamientos tontos, palabras, o números de los cuales no podías deshacerte?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Se sospecha o probable.

¿Con qué frecuencia piensas en esto? ¿Eran pensamientos de los cuales no podías deshacerte y se presentaban continuamente?

3 3 3 Umbral: Obsesiones definitivas, tiene efectos sobre el funcionamiento.

¿Te molestaban estos pensamientos? ¿Parecían no tener ningún sentido? ¿Los pensamientos irrumpían en tu mente y te impedían hacer cosas?

Nota: No cuenta como positivo si las ideas/pensamientos son delirantes, o se relacionan con otro trastorno del Eje I (p.e. pensamientos de comida en presencia de un trastorno de alimentación, pensamientos de peligro para los padres en la presencia T. ansiedad por separación).

Pasado: P (___) C (___) S (___)

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, ya sean obsesiones o compulsiones, complete la sección actual del trastorno obsesivo-compulsivo del suplemento #3, trastornos de ansiedad, al finalizar la entrevista inicial.

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, ya sean obsesiones o compulsiones, complete la sección pasada del trastorno obsesivo-compulsivo del suplemento #3, trastornos de ansiedad, al finalizar la entrevista inicial.

__Sin evidencia de trastorno obsesivo-compulsivo.

Notas: (registre las fechas de posibles trastornos obsesivo-compulsivos pasados o actuales).

ENURESIS

1.- Evacuación Continua

P C S

Algunos niños tienen accidentes y mojan su cama cuando están dormidos?¿Alguna vez te ha pasado? ¿Has tenido estos accidentes durante el día? ¿Cuando te ríes o estornudas fuerte?

a.- Noches

¿Con qué frecuencia te ocurre por las noches?

Especifique:_____

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 De 1 a 4 veces en un mes por tres meses o más

Pasado: P () C () S ()

b.- Día

¿Con qué frecuencia te ocurre durante el día?

Especifique:_____

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 De 1 a 4 veces en un mes por tres meses o más

Pasado: P () C () S ()

c.- Total

Estime la frecuencia de los accidentes diurnos y nocturnos

Especifique:_____

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 De 1 a 4 veces en un mes por tres meses o más

Pasado: P () C () S ()

__Si recibió una calificación de 2 o más en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete las preguntas de la siguiente página.

__Si recibió una calificación de 2 o más en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete las preguntas de la siguiente página.

__Si no hay evidencia de Enuresis, continúe con la sección de encopresis.

Ansiedad

¿Qué haces cuando tienes estos accidentes? ¿Le dices a tu mamá? ¿A tu maestro? ¿Qué es lo que hacen?
¿Los niños de tu escuela saben que tienes estos accidentes? ¿Qué tanto te molestan cuando tienes un accidente?

Deterioro: (hogar, escuela, pares)

Duración: (Especifique)

Criterios para Enuresis (DSM-IV)

- 1.- Evacuación recurrente de orina en la cama o en la ropa (involuntaria o intencional)
- 2.- El comportamiento es clínicamente significativo como se manifiesta por una frecuencia de al menos dos veces por semana durante al menos 3 meses, o por la presencia de distress clínicamente significativo, o disminución del funcionamiento social, académico (ocupacional), o en otras áreas funcionales.
- 3.- Edad cronológica de al menos 5 años (o nivel de desarrollo equivalente)
- 3.- No es producto de un medicamento (diurético), o un trastorno médico (diabetes, infección del tracto urinario, espina bífida, epilepsia).

__Cumple los criterios del DSM-IV para Enuresis (Actual).

__Cumple los criterios del DSM-IV para Enuresis (Pasado).

Notas: (Registre las fechas de Enuresis actual o pasada).

ENCOPRESIS

1.-Paso de Heces (Hacerse Caca) Repetido

Algunos niños tienen accidentes y ensucian su cama cuando están dormidos. ¿Alguna vez te ha ocurrido eso? ¿Alguna vez has tenido accidentes y has defecado en tus pantalones? ¿Cuándo tienes mucho miedo o porque no pudiste ir al baño por alguna razón? ¿Qué clase de accidentes has tenido? ¿Número uno o número 2? Nota: Solo puntúa positivo si hay deposiciones en la ropa del paciente

	P	C	S	
a.- Noche	0	0	0	Sin información.
Con qué frecuencia te ocurre por las noches?				
Especifique: _____	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: 6-11 veces por año.
	3	3	3	Umbral: 1 o más veces por mes Pasado: P (___) C (___) S (___)

	P	C	S	
b.- Día	0	0	0	Sin información.
¿Con qué frecuencia te ocurre durante el día?				
Especifique: _____	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: 6-11 veces por año.
	3	3	3	Umbral: 1 o más veces por mes Pasado: P (___) C (___) S (___)

	P	C	S	
c.- Total	0	0	0	Sin información.
Estime el número total de accidentes diurnos y nocturnos				
Especifique: _____	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: 6-11 veces por año.
	3	3	3	Umbral: 1 o más veces por mes Pasado: P (___) C (___) S (___)

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete las preguntas de la siguiente página.

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete las preguntas siguientes

Ansiedad

¿Qué haces cuando tienes estos accidentes? ¿Le dices a tu mamá? ¿A tu maestro? ¿Qué es lo que hacen? ¿Los niños de tu escuela saben que tienes estos accidentes? ¿Cuanto te molesta cuando tienes un accidente?

Deterioro: (hogar, escuela, con amigos)

Duración: (Especifique)

Criterios para Encopresis (DSM-IV)

- Hacerse caca repetidamente en sitios inapropiados (en la ropa, el suelo, etc) voluntaria o involuntariamente
- Al menos una vez al mes durante 3 meses
- La edad cronológica es al menos 4 años (o su equivalente de desarrollo)
- El comportamiento no se debe solamente a una sustancia (laxantes), o un problema médico que causa estreñimiento.

__Cumple los criterios del DSM-IV para Encopresis (Actual).

__Cumple los criterios del DSM-IV para Encopresis (Pasado).

Notas: (Registre las fechas de Encopresis actual o pasada).

Anorexia Nerviosa

Comience esta sección con una breve (2-3 minutos) entrevista semi-estructurada para obtener información de hábitos alimenticios:

¿Piensas que eres obeso? ¿En algún momento has deseado ser más delgado? ¿Alguna vez has hecho dieta? ¿Cuánto te gustaría pesar? ¿Si tuvieras el peso que deseas, qué diferencias crees que habría en tu vida?

	P	C	S	
1.- Temor a ser Obeso				
¿Alguna vez has tenido miedo de engordar?	0	0	0	Sin información
¿Pensabas que eras obeso? ¿Has tenido sobrepeso?				
¿Vigilabas lo que comías y pensabas acerca de lo que ibas a comer? ¿Tenías miedo de comer ciertas cosas porque ibas a engordar? ¿Qué comida? ¿Cuánto tiempo piensas acerca de la comida y te preocupas por engordar? ¿Si subes un kilo o 2, cambias tus hábitos alimenticios? ¿Dejas de comer por un día o haces algo más?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Temor intenso y persistente a engordar, lo cual desafía la historia previa o actual de peso, confianza, etc. El temor tiene un impacto moderado sobre el comportamiento y/o funcionamiento (p.e., los métodos para perder peso son utilizados al menos por un mes pero menos de una vez por semana).
	3	3	3	Umbral: Temor intenso y persistente de engordar, lo cual tiene un impacto moderado a severo sobre el comportamiento y/o funcionamiento (p.e., preocupación constante en aspectos referentes al peso, o uso de métodos para perder peso una vez por semana o más.)
Pasado: P () C () S ()				

	P	C	S	
2.- Deterioro Físico				
El peso es proporcionalmente más bajo que el peso ideal para la altura (ver tabla). Si, por observación, existe alguna sospecha de deterioro físico, debe pesar al niño, y observar la tabla. Si persiste la duda, solo pese al niño.	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Peso por debajo del 90% del ideal.
Nota: No califica positivo si la pérdida de peso es debido a alguna condición médica	3	3	3	Umbral: Peso por debajo del 85% del ideal.
Pasado: P () C () S ()				

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los items, complete la sección actual de anorexia nerviosa del **suplemento #5**, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los items, complete la sección pasada de anorexia nerviosa del **suplemento #5**, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__Sin evidencia de anorexia nerviosa.

Notas: (Registre las fechas de posible anorexia nerviosa actual y pasada).

Bulimia Nerviosa

1.- Métodos para Perder Peso**P C S**

¿Alguna vez has usado píldoras para controlar tu peso? ¿Laxantes o píldoras para perder peso? ¿Te has provocado vómito? ¿Haces mucho ejercicio, más de lo usual, para perder peso? ¿Qué tanto? ¿Cuántas horas al día? ¿Has tenido períodos de al menos 1 semana durante los cuales no comías nada más que fluidos sin calorías (té, refrescos dietéticos, café, agua)?

Código

- 0 Sin información
- 1 Ausente
- 2 Menos de una vez por semana
- 3 Una o más veces por semana

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
a.- Utiliza píldoras de dieta	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b.- Toma laxantes.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c.- Toma píldoras de agua.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
d.- Vomita.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
e.- Hace mucho ejercicio.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
f.- Solo consume fluidos no calóricos por una semana o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
g.- Con frecuencia combina diversos métodos para bajar de peso	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

2.- Atracciones de Comida o Ataques**P C S**

Recurrentes episodios discretos por comer de forma excesiva e incontrolable comida de nivel calórico elevado, el cual tiene una duración de pocas horas durante el cual el paciente usualmente se esconde, y que finaliza con dolores estomacales, vómito o quedándose dormido y que puede ser seguido de ánimo depresivo y baja autoestima. Un atracón implica el consumo de 3000 calorías o más.	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Los atracones se presentan menos de una vez por semana.
	3	3	3	Umbral: Los atracones se presentan una vez por semana o más.

¿Alguna vez has tenido un “ataque de comida” o atracones? ¿Cuánto es lo más que has comido? ¿Alguna vez has comido tanto que te sentiste enfermo? ¿Con qué frecuencia ocurrió? (Observe todos los detalles de la definición) ¿Qué provocó el atracón? ¿Qué comes usualmente en el atracón? ¿Cuánta comida has ingerido

durante un atracón? ¿Cómo te sentías después del atracón? ¿Tenías el atracón estando solo o con otras personas? ¿Otras personas saben de tus atracones?

Nota: Solo puntúe aquellos atracones que son patológicos (p.e., esconderse de la familia y los pares, seguido de un afecto depresivo, y /o vómito). No evalúe la forma de alimentación típica del adolescente (p.e. salir con los amigos por pizza o helado).

Pasado: P (___) C (___) S (___)

__Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los métodos para perder peso o en el reactivo de atracones, complete la sección actual de bulimia del suplemento #5, otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los métodos para perder peso o en el reactivo de atracones, complete la sección pasada de bulimia del suplemento #5, otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__Sin evidencia de Bulimia.

Notas: (Registre las fechas de posible bulimia nerviosa actual y pasada).

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Determine la edad de inicio de los primeros síntomas posibles de THDA. Si el síntoma ha persistido desde temprana edad, utiliza la evaluación actual para describir la severidad más intensa del síntoma durante el año pasado. Califique el síntoma como “ausente” en el pasado a menos que un episodio sintomatológico anterior fuera seguido por un período de 6 meses en el cual el niño no presentó problemas de THDA.

Prueba: ¿Por cuánto tiempo _____ ha sido un problema? ¿Ha sido un problema desde el kindergarten? ¿En primer año de primaria? ¿El problema empezó antes de esto?

1.- Dificultad para Mantener la Atención en Tareas o Actividades Recreativas

	P	C	S	
¿Alguna vez has tenido problemas para poner atención en la escuela? ¿Afectó tu rendimiento escolar? ¿Tuviste problemas por ésto? ¿Cuando hacías tu tarea, tu mente se distraía? ¿Cuando estabas jugando? ¿Se te olvidaba cuando era tu turno?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se le dificulta poner atención a tareas o actividades recreativas. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento
Nota: Evalúe de acuerdo a los datos reportados por el informante o por lo observado.	3	3	3	Umbral: Con frecuencia se le dificulta poner atención a tareas o actividades recreativas. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Pasado: P () C () S ()

2.- Se Distrae con Facilidad

	P	C	S	
¿Hubo algún momento en que pequeñas distracciones te hacían difícil el mantener tu mente en lo que hacías? ¿Como si otro niño en tu clase le pregunta algo al maestro, mientras el resto de la clase trabaja en silencio, te era difícil concentrarte en tu trabajo? ¿Cuando había alguna interrupción, como cuando el teléfono suena, te era difícil regresar a hacer lo que estabas haciendo antes de la interrupción? ¿Hubo algún momento en el que podías concentrarte en lo que hacías aunque hubiera pequeñas interrupciones o ruidos? ¿Con qué frecuencia eran un problema?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones distraído. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia distraído por mínimas distracciones que otros niños ignora. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Nota: Evalúe de acuerdo a los datos dados por el informante o lo observado.

Pasado: P () C () S ()

3.- Dificultad para Mantenerse Sentado

	P	C	S	
¿Hubo algún momento en el que te levantabas de tu asiento en la escuela?	0	0	0	Sin información
¿Tenías problemas por esto? ¿e era difícil mantenerte sentado en la escuela? ¿En la cena?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones impulsivo. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.
Nota: Evalúe de acuerdo a lo reportado por el informante o por lo observado.	3	3	3	Umbral: Con frecuencia impulsivo. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

__ Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual del trastorno hiperactivo por déficit de atención del suplemento #4, trastornos conductuales, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Si recibió una calificación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete la sección pasada del trastorno hiperactivo por déficit de atención del suplemento #4, trastornos conductuales, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de trastorno hiperactivo por déficit de atención.

Notas: (registre las fechas de trastorno hiperactivo por déficit de atención actuales o pasados)

Trastorno Oposicional / Negativista Desafiante

1.- Pérdida de Control

	P	C	S	
¿En algún momento te has enojado con facilidad y has perdido el control? ¿Es difícil que te enojas? ¿Con qué frecuencia te enojas realmente o te molestan y pierdes el control? ¿Cómo eras cuando tenías una rabieta? ¿Qué hacías?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones tiene estallidos. Los estallidos son más frecuentes y más severos que los de otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral. Severos estallidos de 2-5 ocasiones por semana. Pasado: P () C () S ()

2.- Discute Demasiado con Adultos

	P	C	S	
¿Hubo algún momento en el que discutías demasiado con adultos? ¿Con tus padres o maestros? ¿Qué clase de cosas discutías con ellos? ¿Discutías demasiado con ellos? ¿Qué tan fuertes eran las peleas? ¿Tenías disputas con ellos?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones discute con los padres y/o maestros. Las discusiones son más severas y frecuentes que las de un niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia discute con sus padres y/o maestros. Discute diario o casi diario. Pasado: P () C () S ()

3.- Desobedece con Frecuencia

	P	C	S	
¿Alguna vez has tenido problemas en casa o en la escuela por no seguir las reglas? ¿Has tenido problemas con los maestros de tu escuela? ¿Por qué cosas? ¿Tus padres se han enojado contigo porque no haces las cosas o porque te niegas a seguir las reglas de tu casa? ¿Con qué frecuencia ocurre? ¿Cuántas veces no has hecho las cosas y no has tenido problemas o no te han visto?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones desafía o se rehusa a las peticiones de los adultos o a las reglas (p.e. se rehusa a hacer las cosas en su casa). Desobediente con mayor frecuencia que otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia desafía o se rehusa a las peticiones de los adultos o reglas. Diario o casi diario. Pasado: P () C () S ()

__Si obtuvo una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual del trastorno oposicionista desafiante del suplemento #4, trastornos conductuales, después de finalizar la entrevista inicial.

__Si obtuvo una calificación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete la sección pasada del trastorno oposicionista desafiante del suplemento #4, trastornos conductuales, después de finalizar la entrevista inicial.

__Sin evidencia de trastorno oposicionista desafiante.

Notas: (Registre las fechas de posible trastorno oposicionista desafiante actual o pasado).

Trastorno de la Conducta (Disocial)

1.- Mentiras

	P	C	S	
¿Hubo algún momento en que le dijiste mentiras a tus amigos? ¿A tu maestro?	0	0	0	Sin información.
¿alguien te ha llamado mentiroso? ¿Porqué? Dime la clase de mentiras que decías. ¿Cuál es la peor mentira que has dicho? ¿Mientes para que otras personas hagan las cosas por ti? ¿Mientes para no pagar dinero que debes o para no hacer un favor que le debes a alguien? ¿Alguien te ha dicho estafador? ¿Se han quejado de que rompes tus promesas con frecuencia? ¿Con qué frecuencia mientes?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones miente. Miente con mayor frecuencia que otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Miente con frecuencia, en múltiples ocasiones por semana o más.

Nota: Solo evalúe evidencia positiva de mentiras para engañar o estafar.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

2.- Falta a Clases

	P	C	S	
¿Alguna vez te has ido de pinta? ¿A donde fuiste? ¿Alguna vez has ido a la escuela y te has ido temprano cuando no deberías hacerlo? ¿Has llegado a tarde a propósito? ¿Has faltado a algunas clases en la mañana? ¿Con qué frecuencia?.	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Se ha ido de pinta en una sola ocasión.
Adolescentes: ¿Qué edad tenías la primera vez que te fuiste de pinta?	3	3	3	Umbral: Se ha ido de pinta en diversas ocasiones (p.e. 2 o más ocasiones).

Nota: Solo califique positivo si ocurrió antes de los 13 años.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

3.- Inicia Peleas

	P	C	S	
¿Alguna vez has participado en muchas peleas físicas? ¿Quién iniciaba las peleas? ¿Cuál ha sido la peor pelea en la que has estado? ¿Qué pasó? ¿Alguien salió herido? ¿Con quien peleas usualmente? ¿Alguna vez has golpeado a un maestro? ¿A uno de tus padres? ¿A un adulto? ¿Con qué frecuencia peleas? ¿Alguna vez has tratado o deseado matar a alguien?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Pelea solo con sus pares. Las peleas no han terminado con lesiones severas hacia el par (e.g sin necesidad de intervención médica, puntadas,etc.)
¿Alguno de tus amigos o tú están en una banda? ¿En qué banda?	3	3	3	Umbral: Reporta participación en múltiples peleas, con una o más peleas que terminan con lesiones severas hacia el par. O reporta al menos una pelea en la que se involucra a un adulto. (p.e. maestro, padre).
__Verifique si existe evidencia de un intento homicida.				
__Verifique si existe evidencia de participación en bandas.				

Pasado: P (___) C (___) S (___)

4.- Intimidación, Amenazas a Otros

	P	C	S	
¿Alguna vez algún niño te ha hecho enfadarte demasiado? ¿En ocasiones les haces algo? ¿Como qué? ¿Los insultas? ¿Los amenazas o golpeas? ¿Los empujas? ¿Haces que se tropiecen? ¿Les tiras los libros? ¿Los golpeas en la cara? ¿Con qué frecuencia haces estas cosas?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Ha intimidado o amenazado a otros solo en una o dos ocasiones.
	3	3	3	Umbral: Ha intimidado o amenazado a otros en 3 o más ocasiones. Pasado: P (___) C (___) S (___)

5.- Robo no Agresivo

	P	C	S	
¿En el último año, has robado algo / qué es lo más costoso que has robado? ¿Qué otras cosas has robado? ¿De quien? ¿De qué tiendas? ¿Has robado algún juguete de una tienda? ¿Dinero de tu madre? ¿Algo más? ¿Con qué frecuencia has robado cosas?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Ha robado sin confrontar a la víctima en una sola ocasión.
Nota: Solo se toman en cuenta robos de valor (p.e. 100 €UROES o más)	3	3	3	Umbral: Ha robado sin confrontar a la víctima en dos o más ocasiones. Pasado: P (___) C (___) S (___)

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual de trastornos de conducta del suplemento #4, trastornos conductuales, después de finalizar la entrevista inicial.

__Si recibió un puntaje de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete la sección pasada de trastornos de conducta del suplemento #4, trastornos conductuales, después de finalizar la entrevista inicial.

__Sin evidencia de trastorno de conducta.

Notas: (Registre las pechas de posibles trastornos de conducta pasados y actuales. Realice notas con respecto a la participación en bandas).

Trastornos por Tics

1.- Tics Motores

	P	C	S	
¿Alguna vez has notado que tus músculos se han movido de alguna forma que no querías o no esperabas? ¿Cómo levantar tus cejas (demostrar), parpadear demasiado (demostrar), mover tu nariz (demostrar) encoger los hombros (demostrar) o mover tu cabeza de esta forma (demostrar)? ¿Parpadeas demasiado o con mucha fuerza y no lo puedes controlar? ¿Con qué frecuencia ocurre?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Se presentan de forma infrecuente algunos tics inespecíficos, sin una base diaria. Si se presenta un ataque de tics, este es breve e infrecuente.
	3	3	3	Umbral: Presencia de tics específicos con una base diaria.

Nota: Evalúe de acuerdo a lo reportado y observado.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

2.- Tics Fónicos / Vocales

	P	C	S	
¿Alguna vez has hecho ruidos que no querías hacer, sonidos o palabras repetitivas que no querías decir? ¿Como estornudar, toser, aclarar tu garganta cuando no estabas resfriado? ¿Hacer sonidos de animales o gruñir o incluso repetir cosas que tú u otras personas ya habían dicho?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Se presentan de forma infrecuente algunos tics inespecíficos, sin una base diaria. Si se presenta un ataque de tics, son breves y no comunes.
	3	3	3	Umbral: Presencia de tics específicos con una base diaria.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de los reactivos de tics ya sean motores o fónicos, complete la sección actual de trastornos de tics del suplemento #5, trastornos por abuso de sustancias, después de finalizar la entrevista inicial.

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación pasada de los reactivos de tics, ya sean motores o fónicos, complete la sección pasada de trastornos de tics del suplemento #5, trastornos por abuso de sustancias, después de finalizar la entrevista inicial.

__Sin evidencia de Trastornos de Tics.

Notas: (Registre las fechas de posibles trastornos de tics actuales o pasados).

Uso de Tabaco / Cigarros

(Código: 0=Sin información; 1=No; 2=Si)

	Padre			Niño			Sumario		
1.- Uso									
a.- Ha fumado.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
B.- Ha mascado tabaco	0	1	2	0	1	2	0	1	2

__Si alguna vez ha fumado cigarros, complete las siguientes preguntas.

__Si no existe evidencia de uso de cigarros, continúe con la sección de abuso de alcohol de la siguiente página.

	Padre			Niño			Sumario		
2.- Cantidad									
a.- Uso actual (cigarros/día)									
b.- Mayor cantidad (cigarros/día)									
Edad: _____									
3.- Edad al primer uso regular (1 cigarro al día o más)									
4.- Intentos de Renunciar	0	1	2	0	1	2	0	1	2
5.- Ha dejado de fumar	0	1	2	0	1	2	0	1	2
6.- Si, codifique el mayor número de meses									

Abuso de Alcohol

(0= Sin información; 1= No; 2= Si)

Comience esta sección con una breve (2-3 minutos) entrevista semiestructurada para obtener información con respecto a los hábitos de bebida.

Prueba: ¿Qué edad tenía la primera vez que tomó una copa? ¿Cuál es su bebida favorita? ¿Tiene algún grupo de amigos con los que usualmente bebe, o usualmente bebe solo? ¿Donde bebe generalmente? ¿En la casa? ¿En las fiestas? ¿En la casa de algún amigo? ¿En la calle? ¿En bares? ¿Existe algún momento en el que le guste beber más que en otros? ¿Bailes de la escuela u otras fiestas? ¿Qué edad tenía cuando empezó a beber con regularidad, digamos dos copas o más por semana? ¿En los últimos 6 meses ha existido alguna semana en la que al menos bebiera dos copas?

	Padre	Niño	Sumario
1.- Uso			
a. Edad del primer consumo regular			
b. Bebe dos copas 4 veces por semana o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2

__Si recibió una calificación de 2 en el reactivo previo, continúe con las preguntas de la siguiente página.

__Si no hay evidencia de uso actual o pasado de alcohol vaya a la sección de abuso de sustancias de la página 46.

Abuso de Alcohol

1.- Cantidad

	P	C	S	
¿Cuál ha sido la mayor cantidad de alcohol que ha bebido en un día? ¿En los últimos 6 meses, cuánto ha sido lo más que ha bebido en un día?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	1-2 copas.
	2	2	2	3 o más copas
Pasado: P (___) C (___) S (___)				

2.- Frecuencia

	P	C	S	
¿Cuanto es el mayor número de días en el que has tomado alcohol? ¿Usualmente bebes viernes y sábados por la noche? ¿En el transcurso de la semana también?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	1-2 días.
	2	2	2	3 o más días.
Pasado: P (___) C (___) S (___)				

3.- Preocupación de Otros por la Bebida

	P	C	S	
¿Alguien se ha quejado por tu forma de beber? ¿Tus amigos? ¿Tus padres? ¿Maestros? ¿Te has preocupado por esto?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	No
	2	2	2	Si
Pasado: P (___) C (___) S (___)				

__Si recibió una calificación de 2 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual de abuso de drogas del suplemento #5, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__Si recibió una calificación de 2 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete la sección pasada de abuso de drogas del suplemento #5, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__Sin evidencia de abuso de alcohol.

Notas: (Registre las fecha de posible abuso de alcohol actuales y pasadas).

Uso de Sustancias

(0= Sin información; 1= No; 2= Si)

Antes de iniciar esta sección, proporcione al sujeto la lista de drogas incluidas en la entrevista. Recuerde al niño la naturaleza confidencial de la entrevista antes de iniciar con las preguntas (si es apropiado).

1.- Uso de Drogas

Hazme saber si usaste alguna de las drogas de la lista en el pasado, aunque solo las hayas probado una vez.
¿Cuáles has usado?

	Padre			Niño			Sumario		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2
a.- Cannabis Marihuana, pot, hachís, THC.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
b.- Estimulantes Speed, Uppers, anfetaminas, dexedrina, píldoras de dieta, crystal meth.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
c.- Sedantes / Hipnóticos / Ansiolíticos Barbitúricos, benzodiacepinas, qualude, valium, librio, xanax.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
d.- Cocaína Cocaína, crack.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
e.- Opioides Heroína, morfina, codeína, metadona, demerol, percodan.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
f.- PCP Polvo de ángel	0	1	2	0	1	2	0	1	2
g.- Alucinógenos Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
h.- Solventes / Inhalantes Pegamento, gasolina, cloroformo, éter, pintura.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
i.- Otros Drogas prescritas, óxido nitroso, ecstasy, MDA, etc.	0	1	2	0	1	2	0	1	2

Especifique: _____

__Si ha usado cualquiera de estas drogas, complete el reactivo de la siguiente página.

__Si no existe evidencia de uso actual o pasado de drogas, vaya a la sección de trastorno por estrés post-traumático.

Abuso de Sustancias

1.- Frecuencia

¿En los últimos 6 meses, cuál es la mayor cantidad de ____ que has usado? ¿Lo usaste diario o casi diario durante al menos una semana? ¿Menos? ¿Más? ¿Hubo algún momento en especial en el usaste más ____?

Código:

0= Sin información

1= Ausente

2= Menos de una vez al mes.

3= Más de una vez al mes.

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
a. Cannabis	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Estimulantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Sedantes/Ansiolíticos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Cocaína	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Opioides	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f. PCP	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Alucinógenos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h. Solventes / Inhalantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i. Otros	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
j. Polisustancias	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

__ Si recibió una calificación de 3 en el ítem de frecuencia actual de cualquier droga, complete la sección actual de abuso de sustancias del suplemento #5, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Si recibió una calificación de 3 en el ítem de frecuencia pasada de cualquier droga, complete la sección pasada de abuso de sustancias del suplemento #5, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de abuso de sustancias.

Notas: (Registre las fechas de posible abuso de sustancias actual y pasada).

Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT-PTSD)

(0= Sin información; 1= No; 2= Si)

1.- Eventos Traumáticos

Prueba: Te voy a hacer una preguntas con respecto a algunas cosas malas que en ocasiones le ocurren a los niños de tu edad, y quiero que me digas si alguna de estas cosas te ocurrió. Dime si te ocurrió alguna de estas cosas aunque solo haya sido una vez.

	Crterios	Padre	Niño	Sumario
a.- Accidentes Automovilísticos				
¿Alguna vez has estado en un accidente automovilístico? ¿Qué pasó? ¿Te lastimaste? ¿Alguien más salió herido?	Accidente automovilístico significativo en el cual el niño u otra persona fueron heridos o necesitaron intervención médica	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b.- Otro Accidente				
¿Alguna vez has estado en otro tipo de accidentes? ¿Accidentes en bicicleta? ¿Otros accidentes? ¿Qué ocurrió? ¿Te lastimaste?	Accidente significativo en donde el niño fue herido y requirió intervención médica.	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c.- Incendios				
¿Alguna vez has estado en un incendio? ¿Se incendió tu casa o la escuela? ¿Has iniciado algún incendio? ¿Qué ocurrió? ¿alguien salió herido? ¿Hubo muchos daños?	El niño presencio un incendio el cual causó daños significativos a la propiedad o daños físicos moderados a severos .	0 1 2	0 1 2	0 1 2
d.- Testigo de Desastre				
¿Alguna vez has estado en una tormenta muy fuerte, como un huracán o tornado? ¿Has estado en inundaciones en donde el agua era lo suficientemente profunda como para nadar?	El niño presenció un desastre natural que provocó una devastación significativa.	0 1 2	0 1 2	0 1 2
e.- Testigo de un Crimen Violento				
¿Alguna vez has visto que asalten a alguien o que le disparen? ¿Que roben una tienda o ataquen a alguien? ¿Que tomen a alguien de rehén? ¿Qué ocurrió? ¿Donde estabas cuando esto ocurrió? ¿Alguien salió herido?	El niño fue testigo de alguna amenaza o un crimen violento	0 1 2	0 1 2	0 1 2
f.- Víctima de un Crimen Violento				
¿Alguna vez te han asaltado o te han atacado de alguna forma? ¿Qué ocurrió? ¿Te hirieron?	El niño fue víctima de una amenaza seria o un crimen violento	0 1 2	0 1 2	0 1 2
g.- Enfrentamiento con Noticias				

Traumáticas

¿Alguna vez te han dado muy malas noticias de forma inesperada? ¿Como que alguien que querías mucho acababa de morir o estaba enfermo y nunca se iba a recuperar?

Noticias repentinas, muerte inesperada de algún ser querido, o que algún ser querido tenía una enfermedad incurable.

0 1 2 0 1 2 0 1 2

h.- Testigo de Violencia Doméstica

Los padres de algunos niños tienen muchas peleas. Se insultan, se arrojan cosas, se amenazan uno al otro y en ocasiones se lastiman? ¿Tus padres (o tu madre y su novio) alguna vez han tenido este tipo de peleas? ¿Platícame la peor pelea que recuerdes que tuvieron tus padres? ¿Qué ocurrió?

El niño fue testigo de argumentos explosivos que implicaban amenazas o daño físico hacia el padre o madre.

0 1 2 0 1 2 0 1 2

i.- Abuso Físico

¿Cuando tus padres se enfadan contigo, te pegan? ¿Alguna vez te han dejado contusiones o marcas en el cuerpo o te lastimaron de alguna forma? ¿Qué ocurrió?

Contusiones significativas en más de una ocasión o lesiones severas.

0 1 2 0 1 2 0 1 2

j.- Abuso Sexual

¿Alguna vez alguien te ha tocado tus partes privadas cuando no debían? ¿Qué ocurrió? ¿Alguien te ha tocado de una forma que te hacía sentir mal? ¿Alguna vez alguien que no debía te ha hecho desnudar, te ha tocado entre las piernas, te ha hecho acostarse con él/ella, o te ha hecho jugar con sus partes privadas?

Incidentes repetidos o aislado de tocamiento genital, sexo oral o contacto vaginal o anal.

0 1 2 0 1 2 0 1 2

k. Otro

¿Hay algo más que te haya ocurrido realmente malo, o algo más que te dió mucho miedo, que te gustaría decirme?

Registre el incidente.

0 1 2 0 1 2 0 1 2

__Si existe evidencia de un trauma pasado, complete las preguntas del trastorno por estrés post-traumático de la siguiente página.

__Si no existe evidencia de un trauma pasado, finalice la entrevista inicial. Complete la hoja de diagnóstico preliminar y los suplemento apropiados.

__**Notas: (Registre las fechas de los eventos traumáticos pasados).**

Preguntas

Nota: Al discutir los eventos traumáticos con el niño, es importante que utilice el mismo lenguaje en su diálogo (p.e., ¿Piensas acerca de cuando él ponía su pi-pi en tu trasero?)

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
1. Pensamientos Recurrentes o Imágenes del Trauma						
¿Alguna vez ves ____ una y otra vez? ¿Con qué frecuencia ocurre? ¿Lo que ocurrió seguía viniendo a tu mente? ¿Piensas mucho en eso?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2. Esfuerzos para Evitar los Pensamientos o Sentimientos Asociados con el Trauma						
¿Qué clase de cosas haces o has hecho para no pensar en ____? Para deshacerte de los malos pensamientos, algunos niños leen, hacen cosas para mantenerse ocupados o se duermen. ¿Haces algo como estas cosas u otras cosas para deshacerte de esos malos pensamientos y/o sentimientos?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. Pesadillas						
¿Alguna vez has tenido muchas pesadillas? ¿Sueñas con ____? ¿Con qué frecuencia? ¿Cómo te sientes cuando te despiertas después de haber tenido una pesadilla?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4. Insomnio						
¿Después de que ____ ocurrió, tuviste problemas para quedarte o mantenerte dormido? ¿Cuanto tiempo te tardas en quedarte dormido? ¿Te despiertas durante la noche?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5. Irritabilidad o Estallidos de Enojo						
¿Después de que ____ ocurrió, te sentías muy irritado o enojado? ¿Hacías muchas rabietas?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

__Si recibió una calificación de 2 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete los ítems restantes actuales y pasados del trastorno por estrés post-traumático de la siguiente página.

__Si recibió una calificación de 2 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos,

complete los ítems restantes actuales y pasados del trastorno por estrés post-traumático de la siguiente página.

Notas: (Registre las fechas de posible trastorno por estrés post-traumático actual y pasado.

Trastorno por Estrés Post-Traumático: Preguntas Complementarias

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
1.- Juego Repetitivo Relacionado al Evento.						
¿Cuando jugabas, en ocasiones pretendías ____? ¿Cuando jugabas con tus muñecas en ocasiones ____? ¿Con qué frecuencia hacías con tus muñecas ____?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
En respuesta al abuso sexual, se observa un marcado comportamiento seductor, juego sexual con muñecas o los pares, o un incremento en la masturbación.						
En respuesta al abuso sexual o al presenciar violencia doméstica, se observa un marcado juego agresivo.						
2.- Episodios Disociativos, Ilusiones, o Alucinaciones.						
a. Episodios Disociativos.						
¿La gente decía que fantaseabas demasiado? ¿Que te perdías en el espacio? ¿Perdías la noción del tiempo? ¿Te perdías por horas y no estabas seguro de que es lo que habías hecho en ese tiempo?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Ilusiones						
¿Hubo algún momento en el que sentías que ____pasaba de nuevo? ¿Donde estabas cuando esto ocurrió? ¿El sentimiento era tan fuerte que te era difícil si estaba ocurriendo o no de nuevo? ¿Has visto o escuchado cosas que sabías que realmente no estaban ahí, pero te recordaban lo que había pasado? ¿Qué veías?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. Alucinaciones						
¿Desde que ____ocurió, has tenido						

alguna experiencia en que veías cosas que el resto de la gente no podía ver, o escuchabas cosas que las demás personas no podían escuchar? ¿Qué es lo que veías/escuchabas? ¿Has visto algún fantasma? ¿Escuchabas al perpetrador hablándote? ¿Sentías que el perpetrador te tocaba?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3.- Ansiedad Producto de la Exposición a Estímulos que Recuerdan o Simbolizan el Evento						
¿Hubo un momento en el que te sentías mal en algún lugar que te recordaba lo que te pasó? ¿En ocasiones veías gente que te recordaba____? ¿Cuando veías a alguien que te recordara____, sentías que volvía a pasar? ¿Había otras cosas que te hacían sentir que volvía a pasar? ¿Fechas especiales o momentos del día que te recordaran____, y que te hicieran sentir que volvía a pasar?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4.- Esfuerzos para Evitar Actividades o Situaciones que le Recordaran el Trauma						
Me dijiste que____ te recordaba lo que pasó. ¿Tratas de evitar____?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5.- Incapacidad para Recordar un Aspecto Importante del Trauma						
¿Recuerdas todo lo que te pasó o parece que algunas cosas se fueron de tu mente? ¿Existen partes o ciertos detalles que no puedas recordar?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
6.- Disminución de Interés en Actividades.						
¿Desde que ____ocurrió, te sientes muy aburrido? ¿Las cosas no son tan divertidas como antes?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
7.- Sentimientos de Separación o Alejamiento						
¿Te cuesta trabajo confiar en las personas? ¿Te sientes más solo que						

antes? ¿Como si no te gustara estar con la gente como antes? ¿Te sientes solo aún estando con otras personas?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
8.- Afecto Restringido						
¿En ocasiones te sientes como un robot? ¿Se te dificulta decir cómo te sientes? ¿Cuando algo triste ocurre, te sientes triste? ¿Cuando algo agradable ocurre, te sientes feliz? ¿Tan feliz como antes o menos?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
9.- Sensación de un Futuro Limitado						
¿Cómo piensas que serán las cosas cuando seas grande? ¿Crees que vas a crecer? ¿Te es difícil imaginar que vas a crecer?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
10.- Dificultad para Concentrarse						
¿Tienes problemas para mantener tu mente en lo que estás haciendo? ¿Te es más difícil hacer tu tarea o leer desde que ___ocurió?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
11.- Hipervigilancia						
¿Desde que ___ocurió, eres más cuidadoso? ¿Sientes que tienes que vigilar todo lo que ocurre a tu alrededor? ¿Revisas dos veces las puertas o ventanas para asegurarte que están cerradas?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
12.- Sobresaltos						
¿Desde que ___ocurió, eres más nervioso? ¿Los ruidos insignificantes te espantan?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
13.- Reactividad Fisiológica a la Exposición de Eventos que Simbolizan el Evento Traumático						
¿Cuando estás en algún lugar que te recuerda___, cómo te sientes? ¿Tu corazón empieza a latir más rápido o empiezas a sentir como si quisieras vomitar?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
14.- Deterioro						
a. Social	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

b. Con la Familia:	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2

c. En la Escuela:	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2

15.- Duración (en semanas)												

	Sumario CE	Sumario MSP	
16.- Evidencia de Trastorno por Estrés Post-Traumático			
b.- Criterios del DSM-IV	0	1	2
1.- Al menos uno de los siguientes reactivos de re-experiencia (1. Pensamientos o Imágenes Recurrentes del Evento, 2. Juego Repetitivo, 3. Pesadillas, 4. Episodios Disociativos, Ilusiones o Alucinaciones, 5. Ansiedad producto de la Exposición a Estímulos, o 6. Reactividad Fisiológica);			
2.- Al menos 3 de los Reactivos de Evitación Persistente (1. Sentimientos o Pensamientos Evitativos, 2. Evitación de Actividades, 3. Incapacidad para Recordar, 4. Interés Disminuido, 5. Sentimientos de Separación, Afecto Restringido o, 6. Futuro Limitado);			
3.- Al menos dos reactivos de Sobreestimulación (1. Insomnio, 2. Irritabilidad, 3. Dificultad para Concentrarse, 4. Hipervigilancia o 5. Sobresaltos);			
4.- Duración de al menos un mes; y			
5.- Evidencia de un deterioro funcional			
17.- Evidencia de un Trastorno de Estrés Agudo (Solo criterios DSM-IV):	0	1	2
Ya sea mientras de experimenta o inmediatamente después de experimentar el evento traumático, presencia de tres de los siguientes síntomas disociativos: 1) Sensación subjetiva de entumecimiento, separación o ausencia de respuestas emocionales; 2) reducción de conciencia de lo que le rodea (p.e. aturdimiento); 3) Desrealización; 4) Despersonalización; o 5) Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma. Además, el evento traumático es			

reexperimentado, existe una marcada evidencia de evitación a los estímulos que le recuerden el trauma, Síntomas marcados de sobreestimulación y deterioro. Los síntomas tienen una duración mínima de dos días y un máximo de 4 semanas, y se presentan dentro de las 4 semanas posteriores al evento.

Escala global de Evaluación para Niños

Utilice los niveles intermedios (p.e. 35, 58, 62). Evalúe el funcionamiento actual sin tomar en cuenta el tratamiento y pronóstico. Los ejemplos de comportamiento provistos únicamente son ilustrativos y no requieren una evaluación en particular.

- 100 - 91 Funcionamiento Superior en Todas las Áreas** (en la casa, escuela y con los pares); Participa en diversas actividades para los cuales muestra mucho interés (p.e., pasatiempos o participación en actividades extracurriculares o pertenece a una organización como los Scouts, etc); agradable, confiado; no pierde el control de las preocupaciones diarias, funcionamiento escolar adecuado; sin síntomas.
- 90 - 81 Adecuado Funcionamiento en Todas las Áreas;** se siente seguro con su familia, en la escuela y con los pares; pueden existir dificultades transitorias y en ocasiones, las preocupaciones diarias se salen de su control (p.e. leve ansiedad asociada con algún examen importante, discusiones ocasionales con los pares, hermanos o padres).
- 80 - 71 Deterioro Mínimo del Funcionamiento** en la casa, escuela o con los pares; se puede presentar alguna alteración en el comportamiento o ansiedad en respuesta a estresores cotidianos (p.e. separación ante los padres, muertes, nacimiento de un hermano), pero estos son breves y su influencia sobre el comportamiento es transitoria; estos niños perturban de una forma mínima a otros y no se consideran desviados o diferentes por aquellos que los conocen.
- 70 - 61 Alguna Dificultad en una Área,** pero generalmente funcionan de forma adecuada (p.e. actos antisociales esporádicos o aislados, tales como jugar rudo o un robo insignificante, dificultades menores en el trabajo escolar, cambios de ánimo de breve duración, miedos o ansiedades que no llevan a un comportamiento evitativo; dudas sobre sí mismo); tiene relaciones interpersonales significativas; la mayoría de las personas que no conocen al niño pueden no considerarlo como desviado o diferente pero aquellos que lo conocen pueden expresar cierta preocupación.
- 60 - 51 Funcionamiento Variable con Dificultades Esporádicas** o presencia de síntomas en algunas áreas pero no en todas las áreas sociales; la alteración puede ser aparente aquellos que encuentran al niño en algún escenario o momento disfuncional pero no para aquellos que ven al niño en otros escenarios.
- 50 - 41 Interferencia Moderada en el Funcionamiento** en la mayor parte de las áreas sociales o un severo deterioro o funcionamiento en una área, lo cual puede resultar de, por ejemplo, preocupaciones suicidas y rumiaciones, rechazo escolar y otras formas de ansiedad, rituales obsesivos, síntomas conversivos mayores, frecuentes ataques de ansiedad, habilidades sociales deficientes o inapropiadas, frecuentes episodios de agresividad u otras conductas antisociales con la preservación de algunas relaciones sociales.
- 40 - 31 Severo Deterioro en el Funcionamiento de Diversas Áreas** y la incapacidad para funcionar en una de estas áreas, se encuentra alterado en el hogar, escuela, con los pares o con la sociedad en general, p.e. agresión persistente sin una razón clara, marcada timidez o comportamiento de aislamiento relacionado con un trastorno afectivo o del pensamiento, intentos suicidas con un claro intento letal, estos niños requieren de escuelas especiales y/o hospitalización o abandonar la escuela (lo cual no es un criterio suficiente para la inclusión en esta categoría).
- 30 - 21 Incapacidad Funcional en la Mayoría de las Áreas,** p.e. se queda en casa, o en cama todo el día sin participar en actividades sociales o un deterioro severo en pruebas de realidad o deterioro severo en la comunicación (p.e. en ocasiones incoherente o inapropiada).
- 20 - 11 Requiere Supervisión** para prevenir que se lastime o lastime a otros (p.e. con frecuencia violento, repetidos intentos suicidas) o para mantener la higiene personal o un severo deterioro en toda clase de comunicación, p.e., severas anormalidades en la comunicación verbal y no verbal, marcado distanciamiento social, estupor, etc.
- 10 - 1 Requiere Constante Supervisión** (cuidados de 24 horas) debido a la severa agresión o comportamiento autodestructivo o por un grave deterioro en pruebas de realidad, comunicación, cognición, afecto o higiene personal.

La Escala de Evaluación Global para Niños se adaptó de la Escala de Evaluación Global para Adultos (GAF) (Shaffer, D., Gould, M., Brasic, J., Ambrosini, P., Fischer, P., Aluwahlia, S., A Children's Global Assessment Scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry, 1983, 40:1228-1231).

Escala de Evaluación Global para Niños (Utilice la escala de evaluación de la página anterior)

Actual

___ Evalúe el nivel general de funcionamiento del sujeto de las últimas dos semanas seleccionando el nivel que describa su funcionamiento en un continuo hipotético de salud-enfermedad.

Pasado Más Severo

___ Evalúe el nivel general de funcionamiento del sujeto durante el episodio pasado más severo de enfermedad psiquiátrica.

Registre el tiempo evaluado: _____

Pasado más Elevado

___ Durante el año pasado, evalúe el mayor nivel de funcionamiento del niño

Lista de Resumen de Diagnósticos

Nombre: _____

No. de Historia: _____

Entrevistador: _____

Sin información = 0

Ausente = 1

Probable = 2

Remisión Parcial = 3

Definitivo = 4

Criterios de Diagnóstico Probable:

1. Cumple los criterios de los síntomas del trastorno.
2. Cumple todos excepto uno, o un mínimo del 75% de los criterios restantes requeridos para el diagnóstico, y
3. Evidencia de un deterioro funcional.

	Diagnóstico de Episodios Previos	Diagnóstico de Episodios Actuales	Edad de Inicio del Primer Episodio	Edad de Inicio del Episodio Actual	Duración en Meses de Todos los Episodios	Número Total de Episodios
Trastorno Depresivo Mayor	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Síntomas Psicóticos	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Distimia	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno Depresivo NOS	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Adap con Humor Depresivo	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Manía	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Hipomanía	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Ciclotimia	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Bipolar NOS	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Bipolar I	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Bipolar II	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Esquizoafectivo - Maníaco	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Esquizoafectivo - Depresivo	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Esquizofrenia	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno Esquizofreniforme	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Psicosis Reactiva Breve	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno de Pánico	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. de Ansiedad por Separación	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Infantil de Evitación	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Fobia Simple	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Fobia Social	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Agorafobia	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno de Sobreansiedad	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. de Ansiedad Generalizada	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Obsesivo - Compulsivo	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. por Estrés Post-traumático	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno Agudo de Estrés	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Adap con Humor Ansioso	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Enuresis	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Encopresis	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Anorexia Nerviosa	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Bulimia	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Nota*= Especifique el Subtipo						
* Tx. de Déficit de Atención H.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
* Trastorno de Conducta	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Oposicionista Desafiante	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Adj., con Tx de Conducta	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Adj con Afecto Mixto y Conductas de Tourette	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____

Tx. Crónico de Tics Vocales y Fónicos	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. de Tics Transitorio	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Abuso de Alcohol	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Dependencia al Alcohol	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Abuso de Sustancias	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Dependencia a sustancias	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Retardo Mental	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Otro Trastorno Psiquiátrico (Especifique)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Sin Trastorno Psiquiátrico	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____

Historia de Tratamiento (Califique: 0 =Sin información, 1= No, 2= Si

Tratamiento de Consulta Externa	0 1 2	Antipsicótico (Especifique)	0 1 2
Edad del Primer Tratamiento	_____	Antidepresivos (Especifique)	0 1 2
Duración del Tratamiento (semanas)	_____	Sedantes/Tranquilizantes Menores (Especifique)	0 1 2
		Estimulantes (Especifique)	0 1 2
		Litio (Especifique)	0 1 2
Hospitalización Psiquiátrica	0 1 2	Otro (Especifique)	0 1 2
Edad en la Primera Hospitalización	_____	Medicamentos Actuales (Especifique:)	0 1 2
No. de Hospitalizaciones Psiquiátricas	_____	_____	_____
Duración del Tratamiento (semanas)	_____	_____	_____

Conductas Suicidas	No	Confiability de la Información	
Ideación	_____	Buena	_____
Planeación	_____	Regular	_____
Intento	_____	Pobre	_____

Notas:

Lista de Drogas

a.- Cannabis

Marihuana, pot, hachís, THC.

b.- Estimulantes

Speed, Uppers, anfetaminas, dexedrina, píldoras de dieta, crystal meth.

c.- Sedantes / Hipnóticos / Ansiolíticos

Barbitúricos, benzodiacepinas, qualude, valium, librio, xanax.

d.- Cocaína

Cocaína, crack.

e.- Opioides

Heroína, morfina, codeína, metadona, demerol, percodan.

f.- PCP

Polvo de ángel

g.- Alucinógenos

Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote.

h.- Solventes / Inhalantes

Pegamento, gasolina, cloroformo, éter, pintura.

i.- Otros

Drogas prescritas, óxido nitroso, ecstasy, MDA, etc.

Lista de Chequeo Final

Instrucciones: Marque las secciones que deben ser completadas de cada suplemento. Registre fechas y/o edades de inicio para cada posible trastorno actual y pasado.

Suplemento #1: Trastornos Afectivos

- _____ Trastornos Depresivos - Actuales
- _____ Trastornos Depresivos - Pasados
- _____ Manía - Actual
- _____ Manía - Pasada

Suplemento #4: Trastornos de Conducta

- _____ THDA - Actual
- _____ THDA - Pasado
- _____ Trastorno Oposicionista - Actual
- _____ Trastorno Oposicionista - Pasado
- _____ Trastorno Conductual - Actual
- _____ Trastorno Conductual - Pasado

Suplemento #2: Trastornos Psicóticos

- _____ Psicosis - Actual
- _____ Psicosis - Pasada

Suplemento #5: Abuso de Sustancias y Otros Tx.

- _____ Abuso de Alcohol - Actual
- _____ Abuso de Alcohol - Pasado
- _____ Abuso de Sustancias - Actual
- _____ Abuso de Sustancias - Pasado
- _____ Bulimia - Actual
- _____ Bulimia - Pasado
- _____ Anorexia Nerviosa - Actual
- _____ Anorexia Nerviosa - Pasado
- _____ Trastornos de Tics - Actuales
- _____ Trastornos de Tics - Pasados

Suplemento #3: Trastornos de Ansiedad

- _____ Trastornos de Pánico - Actuales
- _____ Trastornos de Pánico - Pasados
- _____ Trastornos de Separación - Actuales
- _____ Trastornos de Separación - Pasados
- _____ Trastornos Fóbicos - Actuales
- _____ Trastornos Fóbicos - Pasados
- _____ Trastornos de Sobreansiedad - Actuales
- _____ Trastornos de Sobreansiedad - Pasados
- _____ Trastorno Obsesivo- Compulsivo - Actual
- _____ Trastorno Obsesivo - Compulsivo - Pasado

7.- Náusea						
¿Te duele el estómago? ¿Sientes que vas a vomitar?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
8.- Despersonalización/ Desrealización						
¿Sientes que las cosas a tu alrededor no son reales o como si estuvieras en una película? ¿Sientes como si estuvieras en un sueño? ¿O como si estuvieras fuera de tu cuerpo?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
9.- Entumecimiento						
¿Sientes entumecimiento en tus manos o pies? ¿Como si hubiera agujas o como si no pudieras sentirlos?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10.- Sofocos o Escalofríos						
¿De repente sientes sofocos o escalofríos?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
11.- Dolores de Pecho						
¿Te duele el pecho? ¿O sientes como si tuvieras un peso encima del pecho?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
12.- Temor a Morir						
¿Cuando tienes estos ataques, tienes miedo de poder morir?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
13.- Temor a Perder el Control						
¿Tenías miedo de volverte loco o de que pudieras hacer alguna locura o algo que no quisieras hacer?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
Códigos para los Items Restantes: 0 = Sin información 1 = No 2 = Si						
14.- Estímulos Específicos Los ataques no solo se presentan antes o durante la exposición a una situación	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
¿Los ataques solo se presentan en una situación específica? ¿Cuál?						

	específica u objeto.						
15.- Ataques inesperados							
¿Cuando tienes un ataque, ocurre algo que lo provoca o se siente como si llegara sin razón alguna? ¿Que estabas haciendo la primera vez que tuviste uno de estos ataques?	Al menos un ataque inesperado; no se presenta inmediatamente antes o después de una situación que siempre provoca ansiedad.	0	1	2	0	1	2
16.- Criterios Mínimos de Síntomas							
¿Has tenido un ataque en donde tenías todos estos sentimientos que me describiste (apunte los síntomas que cuente el niño)? ¿Qué pasó en tu primer ataque?	Al menos un ataque con 4 síntomas	0	1	2	0	1	2
17.- Frecuencia de los Ataques							
¿Cuál es el mayor número de ataques que has tenido en un mes? ¿Con qué frecuencia has tenido estos sentimientos de miedo?	Cuatro ataques en un período de dos semanas	0	1	2	0	1	2
Registre el máximo número de ataques en un mes		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Registre el número de ataques en la semana pasada		_____	_____	_____	_____	_____	_____
18.- Temor a Tener Otro Ataque							
¿Después de que esto ocurrió, te has preocupado o temes que vuelva a pasar? ¿Qué tanto piensas acerca de esto? ¿Por cuánto tiempo (días, semanas, meses)?	Uno o más ataques seguidos de al menos un mes de temor persistente a padecer otro ataque.	0	1	2	0	1	2
19.- Inicio de los Ataques							
¿Cuánto tiempo tarda desde que empiezas a tener estos sentimientos de miedo a cuando están peor? (liste síntomas positivos) ¿Generalmente cuántos minutos?	Durante al menos un ataque, 4 síntomas se desarrollaron de forma repentina, haciéndose más intensos en los 10 minutos siguientes.	0	1	2	0	1	2
20.- Agorafobia							

<p>¿Desde que empezaste a tener estos ataques, has estado más tiempo en casa? ¿Has evitado estar en multitudes, estar solo fuera de tu casa o viajar? ¿Has empezado a dejar estas cosas porque tienes miedo de tener un ataque? ¿Cuando sales, sientes mucho miedo al pensar lo que podría pasar si tienes un ataque?</p>	Restricción al viajar o requiere de compañía cuando está fuera de casa debido al miedo de tener una ansiedad extrema al estar fuera .	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
21. Deterioro													
a.- Social: (con compañeros):		0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
b.- Familiar:		0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
c.- Escolar:		0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2

	Sumario CE	Sumario MSP				
22.- Evidencia de Trastorno de Pánico sin Agorafobia						
a.- Criterios DSM-IV						
1.- Recurrentes ataques inesperados con al menos un ataque con 4 síntomas asociados;	0	1	2	0	1	2
2.- Al menos un ataque ha sido seguido por un mes o más de: preocupación persistente de tener otro ataque; preocupación por las implicaciones o consecuencias del ataque (p.e., perder el control, tener un ataque cardíaco); o un cambio significativo en el comportamiento relacionado con los ataques;						
3.- Al menos algunos ataques se desarrollan de forma repentina y su intensidad se incrementa en los 10 minutos siguientes;						
4.- Los ataques de pánico no son producto de una etiología orgánica o farmacológica; y						
5.- Los ataques de pánico no se encuentran relacionados con otro trastorno mental (p.e., PTSD, fobia social, trastorno de ansiedad por separación).						
23.- Evidencia de Ataques de Síntomas Limitados						
Los mismos criterios del DSM-III-R para Trastorno de Pánico excepto que todos los ataques involucran menos de 4 síntomas.	0	1	2	0	1	2

Suplemento de Trastorno de Ansiedad por Separación

1.-Pesadillas

	P	C	S	
¿Tienes muchas pesadillas? ¿Sueños de estar lejos de tus padres? ¿De ser secuestrado?	0	0	0	Sin información
¿De que tus padres se vayan o que los lastimen? ¿Mucho? ¿Algunas veces?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones tiene pesadillas, más severas y frecuentes que cualquier niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Pesadillas frecuentes (3 o más por mes) Pasado: P (___) C (___) S (___)

2.- Síntomas Físicos en la Escuela /Días de Separación

	P	C	S	
¿Te enfermas del estómago o vomitas demasiado? ¿tienes dolores de cabeza?	0	0	0	Sin información
¿Cuándo? ¿Por la mañana, por la noche, en la escuela? ¿Los fines de semana?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones tiene síntomas físicos, más severos y con mayor frecuencia que cualquier niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Síntomas frecuentes (al menos 1 vez por semana) en días escolares o cuando anticipa la separación. Pasado: P (___) C (___) S (___)

3.- Ansiedad Excesiva al Anticipar Separaciones

	P	C	S	
¿Te preocupas demasiado o te enfadas cuando tu madre/padre sale sin tí? ¿O cuando te estás preparando para ir al colegio? ¿Mucho? ¿En ocasiones? ¿Qué es lo que haces?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Ansiedad ocasional al anticipar separaciones, más severas y con mayor frecuencia que cualquier niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia se muestra ansioso al anticipar situaciones de separación (p.e., berrinches, llanto, súplicas). Pasado: P (___) C (___) S (___)

4.- Ansiedad Excesiva ante la Separación

	P	C	S	
¿Te preocupas mucho o te enojas cuando tu madre/ padre están fuera? ¿Te afecta que te dejen con una niñera? ¿Demasiado? ¿Qué es lo que haces? ¿Cuánto tiempo tardas en calmarte? ¿Estás bien después de unos minutos?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Ansiedad ocasional a la separación, más severa y con mayor frecuencia que cualquier niño de su edad.

3 3 3 Umbral: Frecuente ansiedad en situaciones de separación (p.e. berrinches, llanto, súplicas).

Pasado: P (___) C (___) S (___)

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
5.- Duración: Al menos 2 semanas						
¿Desde hace cuánto tiempo te sientes mal cuando no estás con tus padres?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Registre la duración, en semanas, aproximada de los síntomas.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6.- Deterioro						
a.- Social (con compañeros):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b.- Familiar:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c.- Escolar:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
7.- Evidencia de un Precipitante						
(Especifique):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	Sumario CE	Sumario MSP
8.- Evidencia de un Trastorno de Ansiedad por Separación		
Criterios del DSM-IV		
Los items que valoran la ansiedad anticipatoria antes de situaciones de separación, y ante la separación son tomados como un solo síntoma en el DSM-IV. Se requiere la presencia de 3 síntomas de 8 . El criterio de duración de los síntomas es de 4 semanas para establecer el diagnóstico DSM-IV.	0 1 2	0 1 2

Suplemento de Trastornos Fóbicos

Episodio Actual:

¿Cuando estabamos hablando me dijiste que le tenías miedo a _____le tienes miedo a cualquiera de estas cosas?

Nota: Obtenga información con respecto a lo que acontece con los miedos del niño. Por ejemplo, las “multitudes” pueden ser una fobia social o fobia específica, dependiendo de si el niño teme a que se encuentre bajo escrutinio (fobia social) o teme no tener suficiente aire (usualmente fobia específica/simple). De la misma forma, en el caso de un elevador, el niño puede temer quedarse atrapado (usualmente fobia específica/simple - claustrofobia) o teme tener un ataque de pánico (agorafobia)

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente

2 = Subumbral: Temor al estímulo o situación más severo que cualquier otro niño de su edad. Sin síntomas de ansiedad.

3 = Temor al estímulo o situación asociado con una ansiedad moderada a severa (p.e. dolores de estómago, taquicardia, temblores, llanto ligero).

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
1.- Situaciones / Estímulos Fóbicos						
Estímulos o situaciones que son temidas, evitadas o acompañadas de severa ansiedad, y asociadas con un deterioro funcional.						
a.- Alturas	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b.- Oscuridad	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c.- Sangre	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d.- Perros	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e.- Otros animales	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f.- Insectos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g*.- Estar solo fuera de casa	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h*.- Multitudes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i*.- Espacios Abiertos (salir solo después de los 10 años de edad).	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
j*.- Viajar (autobuses, metro)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
k*.- Ascensores	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
l*.- Tiendas u otros espacios cerrados excepto ascensores	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
m*.- Estar en puentes o túneles.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
n.- Otro (especifique):	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

Nota: Los items con asterisco (*) representan los miedos típicos de agorafobia.

____ Marque si los temores de agorafobia se encuentran asociados con la preocupación de tener un

ataque de pánico inesperado o anticipado o síntomas de pánico.

	Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
	2.- Reconoce que el Miedo es Excesivo						
	¿Sabes qué tanto miedo sientes de____? ¿Piensas que todos los niños se sienten igual de asustados o nerviosos de____? ¿Te gustaría no sentirte tan asustado? ¿Piensas que te sientes más asustado que cualquier otro niño de tu edad?	Reconoce que el miedo es excesivo	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	3.- Duración						
	(Especifique): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	4.- Deterioro:						
	a.- Social (con compañeros): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	b.- Familiar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	c.- Escolar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	5.- Evidencia de un Precipitante:						
	(Especifique): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	Sumario CE	Sumario MSP
6.- Evidencia de Fobia		
a.-Fobia Simple: Criterios DSM-IV		
1.- Temor persistente a uno o más estímulos circunscritos.	0 1 2	0 1 2
2.- Si otro diagnóstico del Eje I está presente, el temor no se encuentra relacionado.		
3.- Durante alguna fase del trastorno, la exposición a estímulos sociales provoca una ansiedad extrema (o llanto, rabietas, parálisis, o agarrarse).		
4.- La situación fóbica es evitada o relacionado con intensa ansiedad.		
5.- Las conductas evitativas interfieren con el funcionamiento o provoca marcada ansiedad.		
6.- La persona reconoce que el miedo es excesivo o irracional (niños a veces no lo saben)		
7.- Duración de al menos 6 meses		

7.- Subtipos						
a.- Tipo Animal (p.e. insectos, arañas, serpientes).	0	1	2	0	1	2
b.- Tipo de Ambiente Natural (p.e. alturas, tormentas, agua).	0	1	2	0	1	2
c.- Tipo Sangre, inyecciones, lesiones.	0	1	2	0	1	2
d.- Tipo Situacional (p.e. aviones, elevadores, lugares cerrados).	0	1	2	0	1	2
e.- Otro Tipo (p.e. contraer enfermedades, sonidos fuertes).	0	1	2	0	1	2
8.- Agorafobia (DSM-IV)						
a.- Ansiedad por lugares en donde el escape puede ser difícil (o embarazoso) o en donde la ayuda puede no estar disponible en caso de un ataque de pánico (p.e., elevador, multitud).	0	1	2	0	1	2
b.- Evitación de situaciones (p.e. viajes restringidos o que provocan una marcada ansiedad).						
c.- Evitación no relacionada con otro trastorno (p.e., fobia social, TOC, PTSD, fobia específica).						
9.- Trastorno de Pánico con Agorafobia.						
Cumple los criterios para trastorno de pánico y agorafobia.	0	1	2	0	1	2

preocupaciones si lo intentas? ¿Por cuánto tiempo puedes olvidarte de estas preocupaciones?

5.- Otros Síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada

¿Te preocupas más días que los que no: (No califique positivo si se libera completamente por la presencia de la figura parental, o si solo se presenta durante un ataque de pánico o en una situación específica)?

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
a.- Tensión Muscular, dolores o quejas.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b.- Inquietud.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c.- Se fatiga con facilidad.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
d.- Inquietud o sentimiento de estar en el límite.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
e.- Dificultad para concentrarse o su mente se pone en blanco debido a la ansiedad.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
f.- Dificultad para dormirse o mantenerse dormido.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
g.- Irritabilidad	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
6.- Duración						
(Especifique): _____ 6 meses o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
7.- Evidencia de Deterioro:						
a.- Social (con compañeros): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b.- Familiar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c.- Escolar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
8.- Evidencia de un Precipitante						
(Especifique): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

Sumario
CE

Sumario
MSP

	Episodio Actual			Episodio pasado más grave		
9.- Evidencia de un Trastorno Generalizado de ansiedad (DSM-IV)						
Criterios del DSM-IV:						
1.- Cumple los criterios de al menos 1 de los siguientes 6 síntomas está presente: 1) Tensión muscular; 2) Agitación o sentimiento de estar al límite, 3) Se fatiga con facilidad; 4) Dificultad para concentrarse o su mente se pone en blanco; 5) Dificultad para dormirse o mantenerse dormido ; o Irritabilidad.	0	1	2	0	1	2
2.- Duración de los síntomas de al menos 6 meses.						
3.- No ocurre exclusivamente durante el curso de un Trastorno Afectivo, Trastorno Persistente del Desarrollo, Esquizofrenia o cualquier trastorno psicótico, y						
4.- Si está presente otro diagnóstico del Eje I (p.e., Trastorno de Ansiedad por Separación, TOC), la base de los síntomas no se encuentra limitado a esto.						
Los individuos pueden decir que les es difícil controlar sus preocupaciones, o que experimentan ansiedad o deterioro.						

c.- Pensamientos nihilistas o morbosos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d.- Necesidad de simetría o exactitud (certeza/precisión/orden)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e.- Frases/sonidos/imágenes sin significado	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f.- Obsesiones sexuales	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g.- Atesorar /ahorrar	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h.- Religiosas	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i.- Otro (Especificar): _____	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
Código para los reactivos restantes: 0 = Sin información 1 = No 2 = Si						
2.- Pensamientos Intrusivos / Sin Sentido						
Se perciben como intrusivos o sin sentido, al menos inicialmente. ¿Te molesta que estos pensamientos vengan a tu mente? ¿Estos pensamientos tienen algún sentido o parecen tontos? ¿Cuándo iniciaron?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3.- Supresión						
Intentos por ignorar, suprimir o neutralizar con algún otro pensamiento o acción. ¿Cuándo tienes estos pensamientos, tratas de detenerlos...de sacarlos de tu cabeza? ¿Qué es lo que haces? ¿Tratas de pensar en otras cosas o hacer algo para sacarlos de tu mente? ¿Tienes control sobre los pensamientos o ellos tienen control sobre ti?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4.- Origen de los Pensamientos						
Obsesiones vistas como producto de su mente, no impuestos desde el exterior (inserción) ¿De donde crees que vengan estos pensamientos? ¿Vienen de tu cabeza u otra personas los ponen en tu mente?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5.- Tiempo Empleado						
Más de una hora por día						

¿Cuanto tiempo empleas pensando en ____? ¿Piensas en ____ en la escuela? ¿Durante el recreo? ¿En tu casa? ¿En la cena? ¿Qué cosas no puedes hacer por ____?

6.- Deterioro

a.- Social (con compañeros):

b.- Familiar:

c.- Escolar / Laboral:

d.- Ansiedad Severa:

0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

7.- Evidencia de Trastorno Obsesivo-Compulsivo. (DSM-IV)

Presencia de Obsesiones:

1.- Ideas recurrentes y persistentes, pensamientos que al menos en el inicio eran percibidos como intrusivos o sin sentido;

2.- Intentos por ignorar, suprimir o neutralizar los pensamientos con otros pensamientos o acciones;

3.- Reconocimiento de que las obsesiones son producto de su mente;

4.- Si se presenta otro diagnóstico del Eje I, el contenido de la obsesión o compulsión no se encuentra relacionado (p.e., pensamientos de comida en presencia de un Trastorno Alimenticio).

NOTA: 1) las obsesiones no son simples preocupaciones excesivas de problemas reales; y 2) los niños no tienen que estar conscientes de que las obsesiones o compulsiones son excesivas

ó

Presencia de Compulsiones:

1.- Conductas repetitivas, con propósito (p.e., lavarse las manos, ordenar, checar) ejecutadas en respuesta a una obsesión o de acuerdo a ciertas reglas.

2.- Conductas realizadas para neutralizar o prevenir la incomodidad, acto o situación a la que se teme, la

Sumario
CE

Sumario
MSP

0 1 2


0 1 2

0 1 2

0 1 2

actividad no está relacionada de una forma realista para lo que está diseñada a neutralizar o prevenir o es claramente excesiva.

Las obsesiones o compulsiones causan ansiedad, consumen mucho tiempo (una hora por día), o un deterioro significativo. Los niños no tienen que estar conscientes de que las obsesiones o compulsiones son excesivas.



Suplemento 4:

Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad y de la Conducta

Suplemento Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad

(Si el niño se encuentra medicado por THDA, evalúe el comportamiento cuando se encontraba sin medicamento)

1. Comete demasiados errores por descuido	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
¿Cometes muchos errores por descuido en el colegio?				
¿Frecuentemente tienes errores en los exámenes por no leer bien las instrucciones?	1	1	1	Ausente
¿Con frecuencia dejas sin contestar preguntas por accidente? ¿Olvidas contestar preguntas que están en ambos lados de una página? ¿Con qué frecuencia ocurren estas cosas? ¿Tu maestra te ha dicho que debes poner más atención a los detalles?	2	2	2	Subumbral: Ocasionalmente comete errores por descuido. El problema tiene efectos mínimos sobre el funcionamiento
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia comete errores por descuido. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento
				Pasado: P (___) C (___) S (___)
2.- No parece escuchas lo que se le dice	P	C	S	
	0	0	0	Sin Información
¿Se te dificulta recordar cosas que tus padres o maestros te dicen? ¿Tus padres o maestros se quejan de que no los escuchas cuando te hablan? ¿Ignoras a las personas? ¿Has tenido problemas por no escuchar?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Ocasionalmente no escucha. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento
(No cuenta si se hace el sordo pero sí lo ha oído)	3	3	3	Umbral: Con frecuencia no escucha. El problema tiene efectos moderados en el funcionamiento.
Evalúe de acuerdo a los datos que proporcione el informante o por lo observado				Pasado: P (___) C (___) S (___)
3.- Dificultad para completar tareas o no sigue Instrucciones (deja las cosas a medias?)	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
¿Tus maestros se quejan porque no sigues instrucciones? ¿Cuando tus padres o maestros te dicen que hagas algo, en ocasiones es difícil recordar lo que te dijeron que hicieras? ¿Esto te provoca problemas? ¿Has perdido puntos en tus materias por no seguir las instrucciones o por no completar el trabajo? ¿Se te ha olvidado hacer la tarea? ¿Has tenido problemas en tu casa por no terminar con lo que tus padres te piden hacer? ¿Con qué frecuencia?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones tiene dificultades para seguir instrucciones. El problema tiene efectos mínimos en el

funcionamiento

3 3 3 Umbral: Con frecuencia tiene dificultades para seguir instrucciones. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento

Pasado: P (___) C (___) S (___)

4.- Desorganizado en Tareas o Labores

P C S

¿Tu pupitre o armario en el colegio está desordenado? ¿Se te dificulta encontrar las cosas que necesitas? ¿Tu maestro se queja de que tus tareas están desorganizadas? ¿Cuando haces tus tareas, usualmente comienzas por el principio y haces los problemas en orden, o los haces de forma saltada? ¿Se te olvida hacer algunos problemas? ¿Se te dificulta estar listo en las mañanas para ir a la escuela?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Desorganizado en ocasiones. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento

3 3 3 Umbral: Con frecuencia desorganizado. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento

Pasado: P (___) C (___) S (___)

5.- Le disgusta / Evita Tares que Requieren Atención o esfuerzo mental

P C S

¿Existe alguna actividad de la escuela que te disguste hacer más que otras actividades? ¿Qué cosas? ¿Porqué? ¿Tratas de evitar hacer_____? ¿Pretendes olvidar que tienes tarea de _____para no hacerla? ¿Cuántas veces a la semana no haces tu tarea de_____?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: En ocasiones evita tareas que requieren su atención y/o expresa cierto disgusto por hacerlas. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia evita tareas que requieren su atención, y/o expresa un disgusto moderado por hacerlas. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento

Pasado: P (___) C (___) S (___)

6.- Pierde Cosas

P C S

¿Pierdes cosas con frecuencia? ¿Tus lápices en la escuela? ¿Tareas? ¿Cosas de tu casa? ¿Con qué frecuencia ocurre?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: En ocasiones pierde cosas. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento

3 3 3 Umbral: Con frecuencia pierde cosas (p.e. una vez por semana o más) El problema tiene efectos moderados a

severos en el funcionamiento.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

7.- Olvidadizo en Actividades Cotidianas

P C S

0 0 0 Sin información

¿Con frecuencia olvidas tu tarea en casa o tus libros o abrigo en el camión? ¿Dejas tus cosas afuera por accidente? ¿Con qué frecuencia ocurren estas cosas?

1 1 1 Ausente

¿Alguna vez alguien se ha quejado porque eres olvidadizo?

2 2 2 Subumbral: En ocasiones olvidadizo. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia olvidadizo. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento

Pasado: P (___) C (___) S (___)

8.- Inquietud psicomotriz fina, movimiento de manos y pies (fidgety, enredador)

P C S

0 0 0 Sin información

¿Con frecuencia la gente te dice que estés quieto, que dejes de moverte o dejes de retorcerte en tu asiento?

1 1 1 Ausente.

¿Tus maestros? ¿Tus padres? ¿Has tenido problemas por retorcerte en tu asiento o por jugar con pequeñas cosas en tu escritorio? ¿Se te dificulta dejar de mover tus piernas y/o brazos? ¿Con qué frecuencia?

2 2 2 Subumbral: En ocasiones está inquieto con sus manos o pies o se retuerce en su asiento. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia está inquieto con sus manos o pies o se retuerce en su asiento (p.e. Por lo menos el 50% del tiempo). El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Evalúe de acuerdo a los datos reportados por el informante o por lo observado

Pasado: P (___) C (___) S (___)

9.- Corre o Trepa Excesivamente

P C S

0 0 0 Sin información.

¿Has tenido problemas por correr en los pasillos de la escuela? ¿Con frecuencia tu mamá te recuerda que debes caminar en lugar de correr cuando salen juntos? ¿Tus padres o maestros se quejan de que te subes a los sitios y cosas que no deberías? ¿Qué clase de cosas?

1 1 1 Ausente.

¿Con qué frecuencia ocurre esto?

2 2 2 Subumbral: En ocasiones corre o *escala* excesivamente. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento (En adolescentes, puede estar limitado a un sentimiento subjetivo de inquietud).

Adolescentes: ¿Te sientes demasiado agitado/inquieto? ¿Sientes que debes moverte a tu alrededor o te es difícil estar en un solo lugar?

3 3 3 Umbral: Con frecuencia corre o *escala* excesivamente. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento. (En adolescentes, puede

Evalúe de acuerdo a los datos reportados por el informante o por lo observado.

estar limitado a un sentimiento subjetivo de inquietud).

Pasado: P (___) C (___) S (___)

10.- Actúa como si estuviera activado por un motor / “No se le gastan nunca las pilas” P C S

0 0 0 Sin información.

¿Te es difícil hacer las cosas con calma? ¿Puedes estar en un solo lugar por mucho tiempo o tienes que moverte continuamente? ¿Cuánto tiempo puedes estar sentado viendo TV o jugando? ¿La gente te dice con frecuencia que estés calmado?

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: En ocasiones, con efectos mínimos en el funcionamiento

3 3 3 Umbral: Con frecuencia actúa de forma automática. Efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

11.- Dificultad para Jugar en Silencio P C S

0 0 0 Sin información.

¿Tus padres o maestros con frecuencia te dicen que te calles cuando estás jugando? ¿Se te dificulta jugar en silencio?

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: En ocasiones se le dificulta jugar en silencio. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia se le dificulta jugar en silencio. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

12.- Da Respuestas Impulsivamente P C S

0 0 0 Sin información

¿En la escuela, das ocasionalmente respuestas antes de que te lo indiquen? ¿Hablas fuera de turno en tu casa? ¿Contestas preguntas que tus padres le hacen a tus hermanos? ¿Con qué frecuencia?

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: En ocasiones habla fuera de turno. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia habla fuera de turno (p.e. diario o casi diario). El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

13.- Dificultad para Esperar su Turno P C S

	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente.
¿Se te dificulta esperar tu turno en los juegos? ¿Se te dificulta esperar tu turno al estar en la línea en la cafetería o en el bebedero?	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se le dificulta esperar su turno. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia se le dificulta esperar su turno. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.
	Pasado: P () C () S ()			

14.- Interrumpe, se mete en conversaciones o juegos P C S

	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente
¿Has tenido problemas en la escuela por hablar fuera de turno? ¿Tus padres, maestros o algún niño se ha quejado porque los interrumpes cuando están hablando? ¿Los niños se quejan porque <i>irrumpes en sus juegos</i> ? ¿Esto ocurre con frecuencia?	2	2	2	Umbral: En ocasiones interrumpes a otros.
	3	3	3	Con frecuencia interrumpes a otros.
	Pasado: P () C () S ()			

15.- Cambia Actividades (NO DSM-IV) P C S

	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
¿Cuando estás jugando o haciendo alguna cosa, con frecuencia te detienes porque piensas en algo que tienes que hacer? ¿Se te dificulta finalizar alguna actividad? (Evalúe diversos ítems; p.e. Poner la mesa, tareas escolares, vídeo juegos, etc.) ¿Otras personas te lo han dicho? ¿Tu maestro? ¿Tu mamá?	2	2	2	Subumbral: En ocasiones cambia actividades y no las finaliza
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia cambia actividades y no las finaliza.
	Pasado: P () C () S ()			

16.- Habla en Exceso P C S

	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
¿La gente dice que hablas demasiado? ¿Has tenido problemas en la escuela por hablar cuando no deberías hacerlo? ¿Tu familia se queja porque hablas demasiado?	2	2	2	Subumbral: En ocasiones habla en exceso.
Evalúe de acuerdo a lo reportado por el informante o por lo observado	3	3	3	Umbral: Con frecuencia habla en exceso.
	Pasado: P () C () S ()			

17.- Se Involucra en Actividades Físicas Peligrosas (NO DSM-IV) P C S

- 0 0 0 Sin información.
- En ocasiones corres por las calles sin fijarte? ¿Se te olvida fijarte en el tránsito cuando andas en bicicleta? 1 1 1 Ausente.
- ¿Haces cosas que tus padres consideran peligrosas, como brincar de lugares muy altos? ¿Haces esto con frecuencia? ¿Alguien te ha dicho que eres muy atrevido? 2 2 2 Subumbral: En ocasiones se involucra en actividades que son físicamente peligrosas.
- 3 3 3 Umbral: Con frecuencia se involucra en actividades que son físicamente peligrosas.

Pasado: P () C () S ()

	Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
18.- Duración							
¿Por cuánto tiempo has tenido problemas (liste los síntomas que fueron positivos)	6 meses o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
19.- Edad de Inicio							
¿Qué edad tenías cuando empezaste a tener problemas (liste síntomas)? ¿Tenías estos problemas en kindergarten? ¿En primer año?	Inicio antes de los 7 años	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Especifique: _____							
20.- Deterioro							
a: Social (con pares): _____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b: Con la Familia: _____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c: En la Escuela: _____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

22.- Evidencia de THDA (DSM-IV)

A. Ya sea i ó ii.

Falta de Atención:

i. Cumple los criterios de al menos 6 de los siguientes 9 síntomas:

0 1 2 0 1 2

- 1.- Comete errores por descuido.
- 2.- Dificultad para mantener su atención en tareas o actividades recreativas.
- 3.- No escucha.
- 4.- Dificultad para seguir instrucciones.
- 5.- Dificultad para organizar tareas.
- 6.- Le disgusta/evita actividades que requieren su atención
- 7.- Pierde cosas.
- 8.- Se distrae con facilidad.
- 9.- Olvidadizo en actividades cotidianas.

Hiperactividad o Impulsividad

ii. Cumple los criterios de al menos 6 o más de los siguientes 9 síntomas:

- 1.- Inquietud
- 2.- Dificultad para permanecer sentado.
- 3.- Corre o *escala excesivamente*.
- 4.- Dificultad para jugar en silencio.
- 5.- Actuar de forma automática.
- 6.- Habla en exceso.
- 7.- Da respuestas impulsivas.
- 8.- Dificultad para esperar su turno.
- 9.- Con frecuencia interrumpe

B. Duración de los síntomas: 6 meses o más.

C. Algunos síntomas que causaron deterioro están presentes antes de los 7 años de edad.

D. El deterioro por los síntomas debe estar presente en dos o más situaciones (p.e. escuela y hogar).

E. Deterioro clínico significativo.

F. No cumple los criterios para un Trastorno Persistente del Desarrollo

23. Subtipo con Predominio de Falta de Atención						
Cumple los criterios Ai, pero no los criterios Aii en los pasados 6 meses	0	1	2	0	1	2
24.- Subtipo con Predominio de Hiperactividad						
Cumple los criterios Aii, pero no los criterios Ai en los pasados 6 meses.	0	1	2	0	1	2
25.- Tipo Combinado						
Se cumplen los criterios Ai y Aii en los pasados 6 meses.	0	1	2	0	1	2
26.- Trastorno Hiperactivo por Déficit de Atención No Especificado						
Síntomas prominentes de falta de atención o hiperactividad-impulsividad que no cumplen los criterios para el Trastorno Hiperactivo por Déficit de Atención	0	1	2	0	1	2

Suplemento Trastorno Oposicionista (Negativista) Desafiante

	P	C	S	
1.- Se Molesta o Enfada Fácilmente				
	0	0	0	Sin información
¿La gente te fastidia y hace que te molestes? ¿Qué clase de cosas te molestan? ¿Te enojas demasiado cuando tus padres te dicen que no hagas algo que tu quieres hacer? ¿Cómo qué? ¿Qué otras cosas hacen que te enojen? ¿Qué haces cuando te sientes molesto? ¿Con que frecuencia dirías que esto ocurre?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se enoja con facilidad. Se enoja más que cualquier otro niño de su edad (De 1 a 3 veces por semana).
	3	3	3	Umbral: Se enoja con facilidad diario o casi diario.
Pasado: P (___) C (___) S (___)				

	P	C	S	
2.- Enojo o Resentimiento				
	0	0	0	Sin información.
¿Te enojas mucho con tus padres? ¿Con tus maestros? ¿Hermanos? ¿Hermanas? ¿Amigos? ¿Otras personas te han dicho que eres muy enojón? ¿Quién? ¿Con qué frecuencia ocurre esto?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se enoja o se siente resentido. Se enoja más seguido que cualquier niño de su edad (1 a 3 veces por semana)
	3	3	3	Umbral: Se enoja o resiente diario o casi diario
Pasado: P (___) C (___) S (___)				

	P	C	S	
3.- Rencoroso y Vengativo				
	0	0	0	Sin información
¿Cuando alguien te hace algo injusto, tratas de hacerle lo mismo? ¿Me puedes dar algunos ejemplos? ¿Qué pasa cuando tu hermano o algún amigo hacen algo para meterte en problemas o hacerte enojar? ¿Les harías algo? ¿Ha ocurrido con anterioridad? ¿Con qué frecuencia? ¿Han habido ocasiones en que la gente te hace algo y tu no haces nada? ¿Ocurre con frecuencia?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Rencoroso y/o vengativo en ocasiones. Es más rencoroso que cualquier niño de su edad (1 a 3 veces por semana).
	3	3	3	Rencoroso y/o vengativo diario o casi diario.
Pasado: P (___) C (___) S (___)				

4.- Molesta Gente a Propósito.

P C S**0 0 0** Sin información

¿Cuando tu mamá te pide hacer algo, usualmente lo haces? ¿Si ella te pide que guardes un juguete, lo haces o sigues jugando con él y pretendes que no la oíste? ¿La gente dice que haces cosas a propósito para molestar? ¿Tus padres? ¿Maestros? ¿Hermanos? ¿De qué cosas se quejan? ¿Piensas que es verdad?

1 1 1 Ausente**2 2 2** Subumbral: En una o dos ocasiones ha hecho cosas para molestar a otras personas**3 3 3** Umbral: En múltiples ocasiones ha hecho cosas deliberadamente para molestar a otras personas.**Pasado: P () C () S ()****5.- Culpa a Otros por sus Propios Errores.****P C S****0 0 0** Sin información.

¿Cuando estás en problemas, con qué facilidad te haces responsable por lo que hiciste? ¿Generalmente es tu culpa o de alguien más? ¿Con qué frecuencia te haces responsable por lo que hiciste? ¿Piensas que la mayoría de los problemas son causados por otras personas o por ti?

1 1 1 Ausente.**2 2 2** Subumbral: En ocasiones culpa a otros por sus propios errores. Niega su responsabilidad con mayor frecuencia que cualquier niño de su edad.**3 3 3** Umbral: Con frecuencia culpa a otros por sus propios errores más del 50% del tiempo.**Pasado: P () C () S ()**

	Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
6.- Duración							
	¿Cuánto tiempo has tenido problemas con tu <i>temperamento</i> (u otros síntomas)	6 meses o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
7.- Deterioro							
	a: Social (con pares):		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	b: Con la Familia:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	c: En la Escuela:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
9.- Evidencia de algún Factor Precipitante (Especifique):							
			0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
10.- Evidencia del Trastorno Oposicionista Desafiante							

a. Criterios del DSM-IV	Sumario CE			Sumario MSP		
<p>1.- Deben cumplir criterios de 4 de los 8 síntomas evaluados. Además, debe existir evidencia de un deterioro funcional. (1)pierde el temperamento, (2)discute con los adultos, (3)desobedece las reglas, (4)se enoja o molesta con facilidad, se enoja o (5)resiente, (6)rencoroso o vengativo), molesta a las personas a propósito, culpa a otros por sus propios errores);</p>	0	1	2	0	1	2
<p>2.- Duración de los síntomas por 6 meses o más.</p>						
<p>3.- No cumple los criterios del Trastorno de la Conducta, y los síntomas oposicionales no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico, distimia, trastornos del estado de ánimo, hipomanía o episodio maníaco.</p>						

Suplemento de Trastorno de Conducta (Disocial)

	P	C	S	
1.- Vandalismo				
	0	0	0	Sin información.
¿Alguna vez has roto las cosas de otras personas a propósito? ¿Como romper ventanas? ¿Chocar carros?	1	1	1	Ausente.
¿Algo más? ¿Cuál ha sido las cosa más cara que has roto, echado a perder o destruido a propósito? ¿Qué acerca de cuando estás realmente enojado? ¿Con qué frecuencia has roto o destruido cosas de otras personas a propósito?	2	2	2	Subumbral: Actos menores de vandalismo en una o dos ocasiones (p.e. romper el juguete de otro niño a propósito).
	3	3	3	Umbral: 3 o más instancias de vandalismo moderado a severo
	Pasado: P (___) C (___) S (___)			
2.- Meterse en sitios sin permiso (Coches, casas...)(Breaking & entering)				
	0	0	0	Sin información
¿En los últimos 6 meses tú o alguno de tus amigos han <i>irrupido</i> en algún coche? ¿Casas? ¿Tiendas?	1	1	1	Ausente
¿Tiendas de cerámica? ¿Otros edificios? ¿Cuántas veces has <i>irrupido</i> en alguna casa, auto, tienda u otro edificio?	2	2	2	Subumbral: Ha estado con amigos que <i>irrumper</i> en casas, autos, tiendas o edificios, pero no ha participado activamente..
	3	3	3	Umbral: Ha <i>irrupido</i> en alguna casa, auto, tienda o edificio en una o más ocasiones
	Pasado: P (___) C (___) S (___)			
3.- Robo Agresivo				
	0	0	0	Sin información
¿En los últimos 6 meses, alguno de tus amigos o tú han asaltado a alguien? ¿Arrebatado su bolso?	1	1	1	Ausente
¿Retenerlo? ¿Amenazado? ¿Con qué frecuencia?	2	2	2	Subumbral: Ha estado con amigos que roban de forma agresiva, pero no ha participado activamente.
	3	3	3	Umbral: Ha asaltado, arrebatado el bolso, extorsionado, o robado con armas, etc., en una o más ocasiones.
	Pasado: P (___) C (___) S (___)			

4.- Incendiar**P C S**

¿Has iniciado algún incendio en los últimos 6 meses?
 ¿Porqué provocaste el incendio? ¿Estabas jugando con cerillos e iniciaste el incendio por accidente, o lo provocaste a propósito? ¿Estabas enojado? ¿Tratabas de causar mucho daño o vengarte de alguien? ¿Cuál ha sido el mayor daño que has causado al provocar un incendio? ¿Cuántos incendios has provocado?

0 0 0 Sin información**1 1 1** Ausente**2 2 2** Subumbral: Ha jugado con cerillos. No pretendía causar daño y el incendio no fue provocado por enojo.**3 3 3** Umbral: Ha iniciado uno o más incendios con la intención de causar daño o por enojo.**Pasado: P () C () S ()****5.- Volver Tarde a Casa (empezando antes de los 13 años****P C S**

¿A qué hora supuestamente tienes que estar en tu casa por las noches? ¿Qué tan seguido sigues fuera aunque haya pasado la hora en que deberías estar en tu casa? ¿Hasta qué tan tarde has estado fuera? ¿Has estado fuera toda la noche? ¿Cuántas veces has hecho esto?

0 0 0 Sin información**1 1 1** Ausente**2 2 2** Subumbral: Ha estado fuera toda la noche o casi toda la noche en una sola ocasión.**3 3 3** Umbral: Ha estado fuera toda la noche, o casi toda la noche en varias ocasiones (2 o más veces).**Pasado: P () C () S ()****6.- Escaparse de Casa Toda la Noche****P C S**

¿En los últimos 6 meses, has huido de tu casa? ¿Porqué? ¿Ocurría algo en tu casa de lo que querías escapar? ¿Cuánto tiempo estuviste fuera? ¿Cuántas veces hiciste esto?

0 0 0 Sin información**1 1 1** Ausente.**2 2 2** Subumbral: Ha escapado en la noche solo en una ocasión, o por períodos cortos de tiempo en diversas ocasiones.**3 3 3** Umbral: Ha escapado por al menos dos noches o más en una o más ocasiones, o ha escapado en las noches por dos o más ocasiones.**Pasado: P () C () S ()****7.- Uso de Armas****P C S**

¿Cargas con algún cuchillo o pistola? ¿Algún paralizador? ¿Alguna vez has usado algún arma en contra de otra persona, incluyendo ladrillos, botellas rotas u otras cosas? ¿En defensa propia? ¿Has amenazado con usar algún arma para que alguien retroceda o se aleje?

0 0 0 Sin información**1 1 1** Ausente**2 2 2** Subumbral: Ha amenazado con usar un arma, pero nunca ha usado alguna.**3 3 3** Umbral: Ha utilizado algún arma que

puede causar un daño severo en una o varias ocasiones (p.e. cuchillo, ladrillo, botella rota, pistola).

Pasado: P (___) C (___) S (___)

8.- Crueldad Física Hacia las Personas

	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
¿Qué es lo peor que le has hecho a alguien? ¿Has golpeado demasiado a alguien por una razón no real, o porque lo considerabas “nerd”? ¿Qué ocurría? ¿Quedaban lastimados o heridos?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Ha intimidado a otros (p.e. empujado), pero nunca ha causado daño o provocado una herida seria.
	3	3	3	Umbral: Ha intimidado o ha sido cruel físicamente con otros por lo que ha provocado heridas moderadas a severas.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

9.- Actividad Sexual Forzada

	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
¿Has forzado a alguien a actividad sexual contigo o a que vayan más allá de lo que desean? ¿Alguien ha dicho que lo has hecho? ¿Qué decían que pasaba? ¿Cuántas veces ha ocurrido?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Ha forzado a alguien a participar en caricias no genitales en una o varias ocasiones.
	3	3	3	Ha forzado a alguien a participar en caricias genitales, sexo oral o relaciones sexuales vaginales y/o anales en una o varias ocasiones.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

10.- Crueldad hacia Animales

	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
A algunos niños les gusta lastimar animales. En los últimos 6 meses ¿has lastimado o tratado de lastimar a algún animal a propósito? ¿Dispararle a alguno con una pistola de balines? ¿Le has dado de comer veneno a algún animal? ¿Otras cosas? ¿Qué hacías? ¿Cuántas veces has lastimado a algún animal a propósito en los últimos 6 meses?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Ha matado o torturado a algún animal solo en una ocasión.
	3	3	3	Umbral: Ha matado o torturado a un animal en 2 o más ocasiones.

Nota: No evalúe la caza tradicional.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

	Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
11.- Deterioro							
a: Social (con pares):		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b: Con la Familia:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c: En la Escuela:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
12.- Duración							
¿Por cuánto tiempo has (liste los síntomas calificados como positivos)?	6 meses o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
13.-Tipo de Grupo							
Usualmente hacías (liste los síntomas calificados como positivos) con tus amigos? ¿Con otros niños?	El predominio de problemas conductuales ocurre en actividades grupales con los pares	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
14.- Tipo Solitario Agresivo							
Usualmente hacías (liste síntomas calificados como positivos) solo, por ti mismo?	La mayoría de las actividades conductuales son iniciadas por la persona (no como una actividad grupal).	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
15.- Tipo Indiferenciado							
¿Hacías algunas de las cosas de las que hemos hablado con tus amigos y otras por ti mismo?.	Los síntomas conductuales no pueden ser clasificados como de grupo o del tipo solitario agresivo.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
16.- Tipo de Inicio Infantil							
¿Qué edad tenías cuando empezaste a (liste los síntomas calificados como positivos)?	Inicio de al menos un problema conductual anterior a los 10 años de edad.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
17.- Tipo de Inicio Adolescente							

¿No hacías nada de esto antes de que tuvieras 10 años de edad?	Sin problemas conductuales antes de los 10 años de edad.	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

18.- Evidencia de Trastorno de la Conducta

	Sumario CE			Sumario MSP		
	0	1	2	0	1	2
Criterios del DSM-IV						
A. Cumple los criterios de al menos 3 de los siguientes 15 síntomas en los pasados 12 meses, con al menos un criterio presente en los últimos 6 meses.						
Mentiras, truje, peleas físicas, robo no agresivo, vandalismo, <i>irrupción y entrada</i> , robo agresivo, incendios, <i>escape en la noche</i> , uso de armas, crueldad física hacia las personas, actividad sexual forzada, crueldad hacia los animales.						
B. El comportamiento provoca un deterioro clínico significativo.						
C. Si tiene 18 años o más, no cumple los criterios para un trastorno antisocial de la personalidad.						
Tipo de Inicio Infantil						
Inicio de al menos uno de los criterios antes de los 10 años de edad	0	1	2	0	1	2
Tipo de Inicio Adolescente						
Ausencia de cualquier criterio antes de los 10 años de edad.	0	1	2	0	1	2
Medio						
<i>Poco</i> si alguno de los problemas conductuales es insuficiente para realizar el diagnóstico y los problemas conductuales solo causan un daño ligero a otros (p.e. mentiras, truje, <i>estar tarde fuera del hogar</i>)	0	1	2	0	1	2

Moderado

El número y efecto de los problemas se encuentran entre “medio” y “severo” (p.e. robar sin confrontar a la víctima, vandalismo).

0	1	2	0	1	2
----------	----------	----------	----------	----------	----------

Severo

Mucho, de los problemas conductuales necesarios a aquellos requeridos para realizar el diagnóstico o problemas conductuales que provocan un daño considerable a otros (p.e. Sexo forzado, uso de armas, asaltar confrontando a la víctima, *irrupción y entrada*).

0	1	2	0	1	2
----------	----------	----------	----------	----------	----------

Suplemento 5:

Abuso de Sustancias y Otros Trastornos: Anorexia, Bulimia, Tics

Suplemento de Abuso de Alcohol

1.- Frecuencia	P	C	S	
¿Actualmente con qué frecuencia consume alcohol?	0	0	0	Sin información.
¿Casi todas las semanas? ¿Viernes y sábado? ¿Entre semana?	1	1	1	Ausente
Nota: Evalúe el patrón más común de uso de alcohol (p.e. si usualmente ingiere 1-2 veces por semana pero algunas veces en más ocasiones, cuantifique 2). Si el patrón de uso es inconsistente, estime un promedio de uso.	2	2	2	Subumbral: De 1 a 2 veces por semana.
	3	3	3	Umbral: Tres o más veces por semana
				Pasado: P () C () S ()
2.- Cantidad.	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
¿Cuánto _____ usualmente bebe?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: De 1 a 2 copas.
	3	3	3	Umbral: Tres o más copas.
				Pasado: P () C () S ()
3.- Bebe más de lo Planeado	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
¿Se ha dicho alguna vez a sí mismo que solo beberá una o dos copas en una noche y se da cuenta que se emborracha de cualquier forma? ¿Con qué frecuencia ocurre esto?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Ocasionalmente bebe más de lo planeado.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia bebe más de lo planeado.
				Pasado: P () C () S ()
4.- Consecuencias Negativas- Físicas	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
¿En los últimos 6 meses, han habido tres ocasiones en las que se ha enfermado por beber demasiado?	1	1	1	Ausente
¿Cuántas veces? ¿Se ha lastimado accidentalmente cuando estaba bebiendo? ¿Se ha caído y torcido un	2	2	2	Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada.

tobillo o lastimado de cualquier otra manera? ¿Ha tenido desmayos? ¿Se ha levantado al día siguiente sin recordar lo que hizo la noche anterior?

3 3 3 Umbral: Consecuencias negativas 2 ó + veces
Pasado: P (___) C (___) S (___)

5. Consecuencias Negativas/ Comportamiento Peligroso

P C S

¿En los últimos 6 meses, ha hecho algo peligroso mientras bebía? ¿Ha manejado un auto mientras estaba intoxicado? ¿Ha corrido a altas velocidades en las avenidas? ¿Ha hecho otras cosas que normalmente no haría cuando estaba bebiendo, como cruzar las vías del tren cuando éste se aproximaba? ¿Ha tomado otros riesgos?

0 0 0 Sin información.
1 1 1 Ausente.
2 2 2 Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada.
3 3 3 Umbral: Consecuencias negativas en 2 o más ocasiones.
Pasado: P (___) C (___) S (___)

6.- Consecuencias Negativas - Psicológicas

P C S

¿Su estado de ánimo cambia drásticamente cuando bebe? ¿Se da cuenta que se enoja con mucha facilidad? ¿Cambia de un estado de ánimo alegre a uno triste?

0 0 0 Sin información
1 1 1 Ausente
2 2 2 Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada.
3 3 3 Umbral: Consecuencias negativas en 2 o más ocasiones
Pasado: P (___) C (___) S (___)

7.- Consecuencias Negativas - Ocupacional

P C S

En los últimos 6 meses, ha tenido problemas en la escuela por su forma de beber? ¿Ha perdido exámenes porque estaba demasiado borracho o con resaca para poder estudiar? ¿*Labores escolares que haya perdido*? ¿Considera que su forma de beber afecta su rendimiento escolar? ¿Alguien le ha sugerido que eso puede estar ocurriendo?

0 0 0 Sin información
1 1 1 Ausente
2 2 2 Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada.
3 3 3 Umbral: Consecuencias negativas en dos o más ocasiones.
Pasado: P (___) C (___) S (___)

8.- Consecuencias Negativas - Social

P C S

¿Ha tenido discusiones o peleas con algún amigo, o miembro de la familia cuando estaba borracho o por su forma de beber? ¿Ha perdido amigos por su forma de beber, o desarrollado problemas en sus relaciones con miembros de la familia por lo mismo? ¿Ha tenido problemas para relacionarse con otros?

0 0 0 Sin información
1 1 1 Ausente
2 2 2 Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada.

3 3 3 Umbral: Consecuencias negativas en 2 ocasiones o más.
Pasado: P (___) C (___) S (___)

9.- Consecuencias Negativas - Legales

P C S

0 0 0 Sin información

¿En los últimos 6 meses ha hecho algo que va en contra de la ley cuando estaba bajo efectos del alcohol? ¿Ha sido detenido por manejar bajo los efectos del alcohol? ¿Alguna otra cosa?

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: consecuencias negativas en una ocasión aislada.

3 3 3 Umbral: Consecuencias negativas en dos o más ocasiones.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

10.- Intoxicado cuando se Esperaba que Realizara sus Obligaciones

P C S

0 0 0 Sin información

¿En los últimos 6 meses, han habido ocasiones en la que se ha emborrachado en la escuela o ha llegado borracho a la escuela? ¿Se ha emborrachado cuando cuidaba a algún niño? ¿Ha ido borracho al trabajo o se ha emborrachado en el trabajo? ¿Con qué frecuencia?

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Una o dos veces.

3 3 3 Umbral: En tres o más ocasiones

Pasado: P (___) C (___) S (___)

11.- Abandono o Reducción de Actividades Ocupacionales, Sociales o Recreativas producto del Abuso de Alcohol

P C S

0 0 0 Sin información

¿En los últimos 6 meses cuántas veces ha dejado de asistir a la escuela o trabajo para poder beber? ¿Ha faltado porque tenía resaca? ¿Últimamente, diría que ha estado bebiendo en lugar de ocupar su tiempo haciendo otras actividades que anteriormente le gustaban... tales como practicar algún deporte o hacer otras cosas? ¿El tiempo que invierte en beber ha reemplazado el tiempo que dedicaba a su familia o amigos?

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Ha dejado actividades importantes en una ocasión aislada.

3 3 3 Umbral: Ha dejado actividades importantes en diversas ocasiones.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

12.- Tiempo Ocupado

P C S

0 0 0 Sin información.

¿Cuánto de su tiempo invierte en beber, estar borracho o en la resaca? ¿Invierte mucho tiempo pensando en emborracharse o pensando donde podría conseguir algo para beber?

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: El tiempo invertido en beber se relaciona con *actividades limitadas* (p.e. uso recreativo únicamente).

3 3 3 Umbral: El tiempo se extiende por encima de un uso recreativo e impide la realización de otras actividades.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

13.- Tolerancia

P C S

¿Se ha dado cuenta de que en la actualidad tiene que consumir más alcohol que antes para tener el mismo efecto de cuando comenzó a beber? ¿Cuánto tiene que beber para tener este efecto?

- 0 0 0 Sin información
- 1 1 1 Ausente.
- 2 2 2 Subumbral: Necesita tomar una o dos copas más que antes para sentirse intoxicado u obtener el efecto deseado?
- 3 3 3 Umbral: Necesita tomar 3 o más copas para sentirse intoxicado u obtener el efecto deseado.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

14.- Tratar de Dejar de Beber

P C S

¿Ha tratado de dejar de beber o tomar menos?
¿Cuántas veces lo ha intentado?

- 0 0 0 Sin información
- 1 1 1 Ausente.
- 2 2 2 Subumbral: Pensamiento acerca del deseo de dejar de tomar o tomar de una manera controlada.
- 3 3 3 Umbral: Uno o dos intentos fallidos para dejar de tomar o tener un mayor control.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

15.- Síntomas Residuales

¿Alguna vez ha tenido temblores cuando deja de beber o cuando reduce la cantidad de alcohol que ingiere? ¿Ha tenido dolores de cabeza? ¿Se ha sentido ansioso, depresivo o irritable? ¿Ha tenido problemas para dormir? ¿Náuseas? ¿Alucinaciones o ilusiones transitorias?

Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
Se presentan uno o más de los síntomas residuales.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
En una o más ocasiones	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Algunos síntomas durante al menos 1 mes	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

16.- Consumo de Alcohol para Reducir los Síntomas Residuales

¿En ocasiones bebe para evitar sentirse enfermo o tener temblores?

17.- Duración

¿Por cuánto tiempo ha estado (síntomas de abuso/dependencia al alcohol)?

18.- Evidencia de abuso de Alcohol

	Sumario CE			Sumario MSP		
b. Criterios del DSM-IV						
Uno o más de los siguientes: Uso continuo de alcohol a pesar de las recurrentes consecuencias ocupacionales (escuela) o sociales causados o exacerbadas por el uso de alcohol, uso recurrente de alcohol en situaciones físicas peligrosas, recurrentes problemas legales relacionados al consumo de alcohol, uso recurrente de alcohol cuando se espera que cumpla con sus obligaciones.	0	1	2	0	1	2

19.- Evidencia de Dependencia al Alcohol**b. Criterios DSM-IV**

Tres o más de los siguientes síntomas presentes en cualquier momento durante el mismo período del año: 1) Beber más de lo planeado, 2) Uso continuo a pesar de los recurrentes problemas físicos o psicológicos causados o exacerbados por el uso de alcohol, 3) Reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al abuso de alcohol, 4) Tiempo invertido, 5) Tolerancia (50% de incremento en lo que requiere de la sustancia para estar intoxicado u obtener los efectos deseados, 6) Esfuerzos fallidos para dejar de beber o tener un mayor control sobre el consumo de alcohol, 7) Se experimentan síntomas residuales o bebe para evitar los síntomas residuales.	0	1	2	0	1	2
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Nota: La dependencia o abuso de alcohol debe estar asociada con alguno de los siguientes patrones de consumo: 1) Consumo regular diario de grandes cantidades de alcohol; 2) Elevado consumo de alcohol limitado a los fines de semana; 3) Extensos períodos de sobriedad mezclados con períodos de consumo elevado que dura varias semanas o más.

Suplemento de Abuso de Sustancias

1.- Frecuencia

¿Con qué frecuencia emplea _____? ¿Casi todos los fines de semana? ¿Entre semana?

Utilice los términos que emplea el sujeto para describir la droga.

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: Una o dos veces por semana.

3 = Umbral: Tres o más veces por semana.

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
a. Cannabis	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Estimulantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Cocaína	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Opioides	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f. PCP	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Alucinógenos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h. Solventes / Inhalantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i. Otros	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
j. Polisustancias	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

2.- Utiliza más de lo Planeado

¿Alguna vez se ha dicho a sí mismo que solo (p.e. se dará un “toque”, una línea, etc.) en una noche y se da cuenta que emplea más de lo que había planeado? ¿Con qué frecuencia ocurre esto?

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: En ocasiones usa más de lo planeado.

3 = Umbral: Con frecuencia usa más de lo planeado.

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
a. Cannabis	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Estimulantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Cocaína	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Opioides	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f. PCP	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Alucinógenos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h. Solventes / Inhalantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i. Otros	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
j. Polisustancias	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

3.- Consecuencias Negativas - Físicas

¿En los últimos seis meses, han habido ocasiones en las que se ha enfermado por usar mucho_____?
 ¿Cuántas veces? ¿Se ha lastimado accidentalmente cuando estaba drogado? ¿Se ha caído y torcido un tobillo, o se ha lastimado de alguna otra forma? ¿Ha tenido alguna sobredosis? ¿Se ha levantado al día siguiente sin recordar lo que había hecho la noche anterior?

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada..

3 = Umbral: Consecuencias negativas en dos o más ocasiones.

	Padre				Niño				Sumario			Sumario								
	CE				MSP				CE			MSP								
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

4.- Consecuencias Negativas- Comportamiento Peligroso

¿En los últimos 6 meses, ha hecho algo peligroso mientras estaba drogado? ¿Ha manejado algún auto? ¿Ha manejado a altas velocidades en las avenidas? ¿Ha hecho otras cosas que normalmente no haría, como atravesar las vías del tren cuando éste se aproximaba? ¿Ha tomado otros riesgos?

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada..

3 = Umbral: Consecuencias negativas en dos o más ocasiones.

	Padre				Niño				Sumario			Sumario								
	CE				MSP				CE			MSP								
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

5.- Consecuencias Negativas - Psicológicas

¿Su estado de ánimo cambia drásticamente cuando usa _____? ¿Se da cuenta de que se enoja con facilidad? ¿Cambia su estado de humor de alegre a triste? ¿Se da cuenta de que llora por pequeñas cosas?

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada..

3 = Umbral: Consecuencias negativas en dos o más ocasiones.

	Padre				Niño				Sumario			Sumario								
	CE				MSP				CE			MSP								
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

8.- Consecuencias Negativas - Legales

¿En los últimos 6 meses, ha hecho algo en contra de la ley cuando se encontraba drogado? ¿Ha robado algún carro? ¿Ha sido detenido por manejar bajo la influencia de las drogas? ¿Otras cosas?

0 = Sin información. 1 = Ausente. 2 = Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada..

3 = Umbral: Consecuencias negativas en dos o más ocasiones.

	Padre				Niño				Sumario			Sumario								
	CE				MSP				CE			MSP								
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

9.- Intoxicado cuando se esperaba que cumpliera con sus Obligaciones.

¿En los últimos 6 meses, han habido ocasiones en las que se ha drogado en la escuela o ha ido a la escuela drogado? ¿Se ha drogado mientras cuidaba a algún niño? ¿Ha ido al trabajo drogado o ha usado _____ en el trabajo? ¿Con qué frecuencia?

0 = Sin información.. 1 = Ausente. 2 = Subumbral: Una o dos ocasiones 3 = Umbral: Tres o más ocasiones.

	Padre				Niño				Sumario			Sumario								
	CE				MSP				CE			MSP								
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

10.- Abandono o Reducción de Actividades Ocupacionales, Sociales o Recreativas Debido al Abuso

¿En los últimos 6 meses, cuántas veces ha faltado a la escuela o al trabajo para drogarse? ¿Ha faltado cuando tenía resaca? ¿Últimamente, diría que ha estado usando _____ en lugar de invertir su tiempo en hacer otras actividades que le gustaban.... como practicar algún deporte o hacer otras cosas? ¿El tiempo que invierte en las drogas ha reemplazado el tiempo que dedicaba a su familia o amigos?

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: Abandono de actividades importantes en una ocasión aislada.

3 = Umbral: Abandono de actividades importantes en dos o más ocasiones

	Padre				Niño				Sumario			Sumario								
	CE				MSP				CE			MSP								
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

11.- Tiempo Invertido

¿Cuánto de su tiempo invierte en _____, en drogarse o *en la resaca*? ¿Invierte demasiado tiempo planeando como va a conseguir_____?

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: El tiempo invertido usando drogas o pensando en ellas tiene un impacto mínimo sobre actividades funcionales. El uso se encuentra restringido a los fines de semana.

3 = Umbral: El tiempo invertido usando drogas o pensando en ellas tiene un impacto de moderado a severo sobre las actividades funcionales. Se emplean las drogas entre semana.

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP														
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

12.- Tolerancia

¿Se ha dado cuenta de que necesita usar más cantidad de droga para tener los mismo efectos que cuando empezó a usarlas?

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: Necesita usar algo más de droga para estar intoxicado u obtener los efectos deseados.

3 = Umbral: Necesita usar al menos 1.5 veces más de la droga para estar intoxicado u obtener los efectos deseados.

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP										
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

13.- Tratar de Dejarlo

¿Alguna vez ha tratado de dejar las drogas o disminuir su uso? ¿Qué ocurrió?

Criterios:

b. Estimulantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Cocaína	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Opioides	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f. PCP	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Alucinógenos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h. Solventes / Inhalantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i. Otros	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
j. Polisustancias	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

17.- Evidencia de Abuso de Sustancias.

a. Criterios DSM-IV

Uno o más de los siguientes: Uso continuo a pesar de las recurrentes consecuencias ocupacionales (escuela) o sociales causadas o exacerbadas por el uso de drogas; uso recurrente en situaciones físicas peligrosas; recurrentes problemas legales relacionados al uso de drogas; uso recurrente cuando se esperaba que cumpliera con sus obligaciones.

	Sumario CE	Sumario MSP
a. Cannabis	0 1 2	0 1 2
b. Estimulantes	0 1 2	0 1 2
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0 1 2	0 1 2
d. Cocaína	0 1 2	0 1 2
e. Opioides	0 1 2	0 1 2
f. PCP	0 1 2	0 1 2
g. Alucinógenos	0 1 2	0 1 2
h. Solventes / Inhalantes	0 1 2	0 1 2
i. Otros	0 1 2	0 1 2
j. Polisustancias	0 1 2	0 1 2

18.- Evidencia de Dependencia a Sustancias

a. Criterios del DSM-IV

Tres o más de los siguiente síntomas presentes en cualquier momento en el mismo período del año: 1) Usar más de lo planeado; 2) Uso continuo a pesar de los recurrentes problemas físicos o psicológicos causados o exacerbados por el uso de drogas; 3) Abandono o reducción de actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al abuso; 4) Tiempo invertido; 5) Tolerancia (50% de incremento en las sustancias para estar intoxicado u obtener los efectos deseados); 6) Esfuerzos fallidos por dejar o controlar el uso de drogas; 7) Experimentación de síntomas residuales o uso de drogas para evitar síntomas residuales.

	Sumario CE	Sumario MSP
a. Cannabis	0 1 2	0 1 2
b. Estimulantes	0 1 2	0 1 2
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0 1 2	0 1 2
d. Cocaína	0 1 2	0 1 2
e. Opioides	0 1 2	0 1 2
f. PCP	0 1 2	0 1 2
g. Alucinógenos	0 1 2	0 1 2
h. Solventes / Inhalantes	0 1 2	0 1 2
i. Otros	0 1 2	0 1 2
j. Polisustancias	0 1 2	0 1 2

Nota: El Abuso de sustancias o Dependencia a sustancias debe estar asociado a alguno de los siguientes patrones de consumo: 1) Consumo regular diario de grandes cantidades de alcohol; 2)

Consumo excesivo de alcohol limitado a fines de semana; 3) Extensos períodos de sobriedad junto con períodos de consumo excesivo que puede tener una duración de varias semanas o más.

Suplemento: Anorexia Nerviosa

Hace un momento, mencionó su temor a engordar, aunque en la actualidad se encuentre delgado.....

P C S

1.- Distorsión de la Imagen Corporal

¿Se siente obeso aún cuando los demás le dicen que no es así? ¿Le gustaría ser más delgado? ¿Algunas partes de su cuerpo le parecen especialmente obesas?	0	0	0	Sin información.
¿Le molesta haber perdido demasiado peso y aún así sentirse obeso? ¿Piensa que actualmente ha perdido peso o solo que otras personas lo piensan, pero que están equivocadas? ¿Cómo están equivocadas?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Reporta que se siente obeso, y que continuamente se preocupa por estos pensamientos, aunque está consciente de que no es obeso de acuerdo a los estándares.
	3	3	3	Umbral: Las percepciones que tiene con respecto a su obesidad no pueden ser alteradas por evidencia objetiva de lo contrario.

Pasado: P () C () S ()

2.- Amenorrea

P C S

¿Qué edad tenía cuando comenzó su período menstrual? ¿Con qué frecuencia tiene su período? ¿Cuántas semanas han pasado desde su último período?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Anormalidades ocasionales (p.e. en ocasiones a perdido períodos o su ciclo menstrual es corto)
	3	3	3	Umbral: Ha perdido 3 o más períodos menstruales de forma consecutiva.

Pasado: P () C () S ()

3.- Evidencia de Anorexia (DSM-IV)

Cumple los siguientes criterios:

1. Desnutrida, pérdida de peso por debajo del 15% del peso esperado.
2. Temor intenso de ser obeso.
- 3.- Distorsión de la imagen corporal.
4. En mujeres, ausencia de 3 períodos menstruales consecutivos.

Tipo Restrictivo

La persona no tiene períodos regulares de conductas como comer demasiado o purgarse durante el episodio.

**Sumario
CE**

0 1 2

0 1 2

**Sumario
MSP**

0 1 2

0 1 2

Tipo con Episodios de Comer Demasiado / Purgarse.

Durante el episodio la persona tiene períodos regulares de conductas como comer demasiado o purgarse (p.e. se provoca vómito o consume diuréticos, laxantes o enemas).	0	1	2	0	1	2
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Suplemento: Bulimia Nerviosa

Hace un momento, mencionó que tiene ataques o períodos en los que come demasiado, cuando tiene estos ataques.....

	P	C	S	
1.- Pérdida de Control				
	0	0	0	Sin información
¿Siente que no tiene control sobre estos ataques?	1	1	1	Ausente
¿Puede dejar de comer una vez que ha iniciado?	2	2	2	Subumbral: Con frecuencia puede controlar su urgencia por comer (p.e. al menos el 50% del tiempo).
	3	3	3	Umbral: Algunas veces puede controlar sus urgencias, usualmente no puede.

Pasado: P (___) C (___) S (___)

	P	C	S	
2.- Preocupación Excesiva por el Peso				
	0	0	0	Sin información
¿Con qué frecuencia piensa acerca de su peso o de ser obeso? ¿Estos pensamientos vienen a su mente cuando está en la escuela, con amigos o cuando está ocupado haciendo otras cosas?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Preocupación excesiva por su peso, el valor que adjudica a ser delgado excede los valores culturales, pero no interfiere con su funcionamiento.
	3	3	3	Umbral: Pensamientos continuos acerca de su peso. Los pensamientos tienen un impacto moderado en sus actividades cotidianas (p.e. falta de concentración por los pensamientos intrusivos acerca de su peso).

Pasado: P (___) C (___) S (___)

| | | | | | | |

3.- Duración	Criterios	Padre			Niño			Sumario					
		CE	MSP		CE	MSP		CE			MSP		
	Tres meses o más	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
	¿Por cuanto tiempo ha tenido estos ataques/ atracones por comer?												

4.- Evidencia de Bulimia Nerviosa	Sumario CE	Sumario MSP
b. Criterios del DSM-IV		
Igual a los criterios del DSM-III-R, excepto que la Bulimia Nerviosa no puede ser diagnosticada si ocurre exclusivamente durante episodios de Anorexia Nerviosa	0 1 2	0 1 2

Suplemento: Trastorno por Tics

Nota: Los síntomas evaluados como positivos de esta sección deben presentarse en diversos momentos durante el día o casi todo el día o deben presentarse de forma intermitente durante un año o más.

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
<p>0 = Sin información 1 = No 2 = Si</p> <p>Motor Simple (Evalúe de acuerdo a lo reportado u observado)</p>						
1. Parpadeo						
¿Sus ojos parpadean así por una razón no especial (demuestre cómo)?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2. Otros Tics Faciales						
¿En ocasiones otras partes de su cara se mueven inesperadamente (demostrar cómo) muecas faciales, movimientos de nariz o abrir la boca como si se fuera a bostezar)?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. Sacudir la Cabeza						
¿En ocasiones mueve, sacude o voltea su cabeza por una razón no especial (demostrar)?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4.- Sacudir los Hombros						
¿Qué acerca de sus hombros, en ocasiones se mueven inesperadamente (mueva sus hombros o gírelos)?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5. Movimientos de Brazos						
¿En ocasiones <i>aletea</i> sus brazos o arroja sus brazos hacia afuera como si fuera a golpear algo que no existe (demostrar)?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
6. Tirones en el Estómago						
¿En ocasiones su estómago se mueve sin razón aparente?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
7. Movimiento de Piernas						

¿En ocasiones pisotea sus pies o mueve sus piernas hacia afuera y no está seguro de porqué lo hace? ¿En ocasiones golpetea sus piernas hacia arriba al estar en un escritorio, cuando no planeaba moverlas?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
8. Otros						
¿Existen otros movimientos que haga que no le haya preguntado? Especifique.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Motor Complejo						
1. Tocar o Golpear Ligeramente Cosas						
¿Alguna vez toca alguna parte de su cuerpo, su nariz, oreja o siente que tiene que tocar a otros u otras cosas.... como tener que tocar el teléfono cada vez que camina cerca de él, tocar paredes o muebles en su cuarto? ¿Con frecuencia golpea ligeramente su lápiz o dedos en una mesa?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2. Brincar / Girar						
¿Cuando está caminando por el pasillo de la escuela, se da cuenta que tiene que brincar o girar, más que seguir caminando?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. Ecoquinesis						
¿Se ha percatado que tiene que imitar las acciones de otras personas como hacer su cabello hacia atrás o tocar su nariz de cierta forma ? ¿Algo más?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4. Lastimarse						
¿Ha sentido que tiene que golpearse en la cara, jalar su cabello o golpear su mano?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5. Otros						
¿Existen otro tipo de movimientos que haga que no le haya preguntado? Especifique.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Vocal Simple Fónico						
1. Estornudar/Toser/Aclararse la						

miedo de que tenga uno de estos ataques?						
6. Deterioro						
a. Social (con pares): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Familiar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. En Escuela: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
7. Criterios para el Síndrome de Tourette	Sumario CE		Sumario MSP			
a. Criterios del DSM-IV						
1. Tics motores y uno o más tics vocales que se presentan por algún tiempo durante la enfermedad, aunque no son necesariamente concurrentes.	0	1	2	0	1	2
2. Los tics se presentan en diversos momentos durante el día, casi todo el día o de forma intermitente por un año o más, y nunca ha habido 3 meses seguidos sin tics.						
3. Inicio antes de los 18 años de edad.						
4. No por causas farmacológicas u orgánicas (p.e. Corea de Huntington).						
8.- Criterios para Trastorno de Tics Motor o Vocal Crónico						
a. Criterios DSM-IV						
1. Ya sea tics motores o vocales, pero no ambos, que se presentan por algún tiempo durante la enfermedad.	0	1	2	0	1	2
2. Los tics se presentan en varias ocasiones durante el día, casi todo el día o de forma intermitente por un año o más.						
3. No cumple los criterios para el Síndrome de Tourette, y los síntomas causan una marcada preocupación o deterioro.						
3. Inicio antes de los 18 años de edad.						
4. No se encuentra relacionado a causas orgánicas o farmacológicas.						
9.- Trastorno Transitorio de Tics						
a. Criterios del DSM-IV						
1. Tics simples o múltiples tics motores y/o vocales.	0	1	2	0	1	2
2. Los tics se presentan en varias ocasiones durante el día, casi todo el día durante al menos 4 semanas, y no más de 12 meses consecutivos.						
3. Inicio antes de los 18 años de edad.						
4. No cumple los criterios para el Síndrome de Tourette o el Trastorno Crónico de Tics Motores o Vocales.						
5. Los síntomas causan excesiva preocupación o deterioro.						

Alelulla, has terminado el K-SADS!!!! ;) (Nota del adaptador)