

Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children (K-SADS-PL-5)

Versión en Español para Latinoamérica de Abril 2016

Proyecto de Investigación Multicéntrico Internacional, 2015 México, Venezuela, Colombia, Chile, Argentina y Uruguay

Equipo: **México:** **Francisco R. de la Peña**, Lino Palacios, **Liz Sosa**, Miriam Fera, Patricia Zavaleta, Melina Angulo, Daniela Uribe, Andrés Rodríguez, Lino Villavicencio, Manuel Hernández, **Rosa Elena Ulloa**, Pablo Mayer, **Silvia Ortiz**, Aurora Jaimes, **Fernando Félix**, Genaro Reyna, Arturo Berber; **Venezuela:** **Cecilia Montiel**, Pastora Linares; **Colombia:** **Juan David Palacio**, Diana Botero, Santiago Estrada; **Chile:** **Marcela Larraguibel**, Consuelo Aldunate, Gloria Toledo, Macarena Pi; **Argentina:** **Andrea Abadi**, Paula Tripicchio, Nadia Glombovsky, Ignacio Gath; **Uruguay:** **Laura Viola**, Sofía Fernández, Ivannah Campodonico, y Gabriela Gómez

La aplicación del K-SADS-PL-5 forma parte del conjunto de evaluaciones para el establecimiento diagnóstico en psiquiatría para niños y adolescentes. Su uso exige la toma de decisiones clínicas dentro de un contexto estandarizado por lo que exclusivamente personal clínico certificado en la entrevista deberá aplicar el instrumento.

Antecedentes

Entrevista Introductoria

Nombre del niño o adolescente: _____

Nombre del clínico que entrevista: _____

Nombre del adulto entrevistado: _____ Parentesco con el niño: _____

¿Existe alguna persona más cercana al niño que pueda ser entrevistado? _____ Si _____ No

Nombre: _____ Parentesco con el niño: _____

Teléfono: _____

Fecha de la entrevista: _____ Lugar de la entrevista: _____

Expediente: _____

Datos Demográficos:

1. Fecha de nacimiento: _____
Mes Día Año

2. Edad : _____

3. Sexo : _____

4. Raza (Observar)

1=Caucásica

4=Oriental

2=Indígena

5=Mestiza

3=Negra

6=Otra (especificar) _____

El niño tiene alguna enfermedad o condiciones por las que recibe o debería recibir cuidado ? (Describir abajo)
[p. ej. asma, alergias, diabetes, anemia, etc.] No Si

Hospitalizaciones, cirugías o procedimientos invasivos, traumatismos: _____

Historia de medicamentos: _____

¿El niño toma algún medicamento?: Si No No sabe

Nombre y dosis del/los medicamentos: _____

Diario _____ Cuando es necesario _____

Nombre y dosis de medicamentos pasados que ha recibido:

Medicamento: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Medicamento: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Medicamento: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Medicamento: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

¿Hipersensibilidad o alergias a algún medicamento o sustancia? Si _____ No _____

Nombre del medicamento o sustancia _____ Reacción _____

Nombre del medicamento o sustancia _____ Reacción _____

Inmunización: Completa Incompleta Sin información No

Sabe el entrevistado Se provee información y se anexa.

Otra inmunización p. ej., Virus Hepatitis B: _____

Historia del desarrollo

Complicaciones durante el embarazo, labor y/o parto: Si No

Si hubo, explique _____

¿Uso de drogas o alcohol durante el embarazo? Si No

Explique _____

¿Relaciones sociales con iguales o adultos durante la infancia temprana?

Explique _____

¿El desarrollo (hablar, caminar, control esfínteres) fue dentro de los límites normales ____ Si ____ No

Explique _____

Abuso o negligencia

Historia de Abuso ____ Si ____ No

Si, qué clase de abuso ____ Físico ____ Negligencia ____ Sexual ____ Psicológico

Si, el abuso fue identificado ____ antes de la evaluación ____ durante esta evaluación

La edad del paciente en el tiempo del abuso _____

¿Se levantó acta legal?: Si ____ No ____ No está seguro ____ Fecha aprox. : _____

El reporte fue: Fundamentado ____ No fundamentado ____ No está seguro _____

Acción tomada de ser fundamentado, número de acta: _____

Relación del perpetrador con el paciente: _____

¿El niño tiene algún contacto actual con el perpetrador? No ____ Si ____ No está seguro ____

¿Se mantiene el contacto entre la autoridad competente y la familia? No ____ Si ____

Comentarios : _____

Riesgo actual de abuso

__ Precocidad sexual __ Posible abuso físico __ Posible abuso sexual

__ Interés de los padres/ miedo al abuso

Historia de tratamientos psiquiátricos:

Edad	Fecha de Tratamiento	Síntomas o Condición	Tratamiento/ Lugar
_____	_____ a _____	_____	_____
_____	_____ a _____	_____	_____
_____	_____ a _____	_____	_____
_____	_____ a _____	_____	_____
_____	_____ a _____	_____	_____
_____	_____ a _____	_____	_____

Edad del primer tratamiento siendo paciente de consulta externa: _____

Edad de la primera hospitalización psiquiátrica: _____

Número de hospitalizaciones psiquiátricas: _____

Medicación psicotrópica actual (Nombre, dosis, tiempo de consumo):

Sedantes o tranquilizantes: _____

Antipsicóticos: _____

Antidepresivos _____

Estimulantes _____

Estabilizadores del ánimo: _____

Otro (especificar) _____

Historia familiar de enfermedades médicas y psiquiátricas:

Adaptación escolar y relaciones sociales

(Obtenga información de las siguientes áreas. Parte de la información pudo haber sido obtenida con anterioridad).

1. Escuela

Preguntar acerca de: a. grado actual (o último grado realizado); b. ciclo(s) repetidos y/o reprobados; c. servicios especiales (especificar); d. promedios de calificaciones; e. funcionamiento (funcionamiento diario y resultados de los exámenes); f. quejas de la maestra acerca de la conducta del niño; g. suspensiones (temporales) y expulsiones (definitivas); y h. lo que le agrada o desagrada de la escuela

2. Relaciones con los compañeros

Preguntar acerca de: a. mejores amigos (tanto individual como en grupo); b. relaciones con los compañeros en la escuela; c. relaciones con los vecinos; d. actividades con amigos; y e. problemas (p. ej. molestar, peleas).

3. Relaciones familiares

Investigar acerca de: a. relación madre-hijo; b. relación padre-hijo; c. relación de pareja; d. relación con los hermanos; e. familia extensa apoyos sociales; y f. participación actual o del pasado con servicios de atención a la infancia.

4. Otras actividades

Investigar acerca de: a. pasatiempos; b. tiempo dedicado a actividades de esparcimiento; c. deportes; d. organizaciones; e. cultos religiosos; etc.

Trastornos Depresivos

Trastorno Disruptivo de la Regulación Emocional

Integración diagnóstica completa en el tamizaje

1. Berrinches y Rabietas

P N S

El niño o el adolescente deben presentar berrinches o rabietas severas y recurrentes, verbales o conductuales que están marcadamente fuera de proporción en intensidad y duración a la situación que lo provoca.

0 0 0 Sin información.

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

Niño y/o adolescente:

¿Haces berrinches o rabietas fácilmente?, ¿Te pasa que te enojas y te enfureces fácilmente? ¿Te pasa en tu casa, en la escuela, con tus compañeros?

2 2 2 Subumbral: Con frecuencia experimenta berrinches o rabietas al menos una vez por semana, sin embargo no son claramente desproporcionadas a la situación desencadenante, duran pocos minutos.

Padres:

¿Ha tenido quejas en la escuela por hacer berrinches o rabietas? ¿Hace berrinches cuando no se le compra algo? ¿Por cualquier motivo hace berrinches o rabietas o pataletas de forma exagerada?

Nota: Debe documentarse de forma explícita que los berrinches y rabietas están fuera de proporción en intensidad o duración al motivo que lo provocan. (p. ej, al no comprarle un dulce se tira en el piso y llora por 20 minutos; al castigarle y retirarle el *celular o tablet* se golpea o destruye otras cosas.)

3 3 3 Umbral: Presenta berrinches o rabietas al menos tres veces por semana, son claramente desproporcionados a la situación desencadenante. Lleva al menos 12 meses con problemas relacionados a los berrinches. Pueden durar varios minutos.

Duración del síntoma:

Pasado:

P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2. Irritabilidad Crónica y Enojo Persistentes

P N S

Los sentimientos de irritabilidad, enojo, mal carácter, resentimiento, deben ser expresados abiertamente o no incluso durante el tiempo que no hace berrinches y deben ser observables por otros. **El criterio fundamental es la irritabilidad crónica.**

Niño o adolescente:

¿Te irritas y te la pasas mal casi todo el tiempo?, ¿Te cuesta trabajo estar de buen humor? ¿La gente te dice que tienes mal humor casi siempre?

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Se irrita ocasionalmente.

Padres:

¿Ha notado que su estado de ánimo sea persistentemente irritable? ¿Cuando no hace berrinches o rabietas se la pasa enojado, de malas (malhumorado)? ¿Tiene problemas para estar de buen humor?

2 2 2 Subumbral: Se siente, se ve o lo describen como enojado, irritable o malhumorado, más de lo que la situación lo amerita, al menos 3 veces por semana por más de 3 horas en cada ocasión. Lleva menos de 12 meses con problemas relacionados con la irritabilidad crónica. Expresa con facilidad su molestia

Nota: La irritabilidad debe ser continua o crónica y no episódica. Si la irritabilidad se presenta por períodos breves junto con un estado depresivo especialmente no provocado, debe tomarse en cuenta al evaluar manía/hipomanía. Si la irritabilidad no es continua deberá descartarse como síntoma de un episodio depresivo mayor o como parte del Trastorno Negativista y Desafiante.

3 3 3 Umbral: Se siente irritado o enojado diario o casi diario, por lo menos el 50% del tiempo. Lleva al menos 12 meses con problemas relacionados con la irritabilidad crónica.

Duración del síntoma:

Pasado:

P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma

Continuación de Trastorno Disruptivo de la Regulación Emocional

3. Los berrinches y rabietas deben ser inconsistentes con el nivel de desarrollo. P N S

Se recomienda evaluar las manifestaciones conductuales del berrinche conforme a la edad y situaciones ambientales del niño y del adolescente. 0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente: No hace berrinches

Niño o Adolescente:

¿Te han dicho que tus berrinches o rabietas son exagerados? ¿Te han dicho que en tus berrinches te comportas como si fueras más chico o tuvieras menos edad? 2 2 2 Subumbral: Las manifestaciones del berrinche son las que expresaría otro niño o adolescente uno o dos años menor.

Papás:

¿Los berrinches y rabietas los manifiesta como si tuviera menor edad? 3 3 3 Umbral: Las manifestaciones del berrinche son las que expresaría un niño o adolescentes tres o cinco años menor.

Nota: El evaluador debe quedar **plenamente convencido** de que las manifestaciones del berrinche no corresponden a las esperadas para la edad. Ej., Si es un escolar se tira al piso y avienta cosas como si fuera preescolar, en un adolescente puede perder el control y aventar u ofender como si fuera escolar.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

4. Duración de berrinches e irritabilidad. P N S

El niño o el adolescente deben cumplir con un año con los criterios de berrinche e irritabilidad sin que exista un periodo libre de los mismos mayor de 3 meses. 0 0 0 Sin información o incapaz de entender la pregunta.

Niño o Adolescente:

¿Cuánto tiempo llevas sintiéndote irritable? ¿Desde hace cuánto presentas enojos? ¿Y berrinches? ¿Los berrinches y/o los enojos te han durado más de un año? 1 1 1 Ausente: Berrinches e irritabilidad durante menos de 5 meses consecutivos.

¿Podrías decirme en qué ciclo escolar estabas cuando comenzaron los berrinches? ¿Durante el tiempo que has tenido berrinches y enojos ha habido algún tiempo sin ellos varias semanas o meses seguidos? 2 2 2 Subumbral: Berrinches e irritabilidad persistentes entre 6 y 12 meses.

3 3 3 Umbral: Berrinches e irritabilidad persistentes por doce o más meses sin que existan tres meses consecutivos sin ellos.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

5. Los berrinches y enojo se presentan en varios escenarios. P N S

Los berrinches y los enojos (mal humor/irritabilidad) se presentan al menos en dos escenarios: escuela, casa o amigos (compañeros de juego) y en al menos en uno son severos.

0 0 0 Sin información
1 1 1 Ausente: No se presentan berrinches o enojo o irritabilidad en la casa, la escuela o con los compañeros.

Niño o Adolescente:

¿Los berrinches y el enojo te suceden en la casa, en la escuela, con tus compañeros o amigos? ¿En alguno de estos lugares o circunstancias dónde haces berrinches o te enojas (te muestras irritado, de mal humor) ha sido grave? ¿Los adultos se quejan de los berrinches, los enojos o la irritabilidad en la casa, en la escuela o se quejan los padres de tus compañeros?

2 2 2 Subumbral: En al menos un escenario (casa, escuela o compañeros) hace berrinches y tiene enojo o irritabilidad persistente.
3 3 3 Umbral: En al menos dos escenarios (casa, escuela o compañeros) hace berrinches y tiene enojo o irritabilidad persistente y crónica, y en al menos uno ha sido grave.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N(___) S(___)

Duración del síntoma:

6. Edad de inicio de lo síntomas

Los síntomas de berrinches y de enojo o irritabilidad crónica, **deben de iniciarse antes de los 10 años.** P N S

El diagnóstico de DMDD solamente puede establecerse después de los 6 y antes de los 18 años.

0 0 0 Sin información.

Niño o Adolescente:

¿A qué edad comenzaron los berrinches y el enojo y la irritabilidad crónica? ¿En qué año de la escuela o ciclo escolar estabas cuando empezaron estas manifestaciones de berrinches y enojo?

1 1 1 Ausente
2 2 2 Subumbral: Iniciaron antes de los 6 años o después de los 18 años.
3 3 3 Umbral: Iniciaron antes de los 10 años, y se establecería el diagnóstico entre los 6 y los 18 años.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N(___) S(___)

Duración del síntoma:

Evidencia del Trastorno de Disruptivo de la Regulación Emocional	Sumario EA			Sumario EMSP		
0=sin información, 1=NO, 2=SI	0	1	2	0	1	2
a. Criterios según DSM-5						
A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. Ej., rabieta verbal) y/o con el comportamiento (p. Ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionados a la situación o provocación.	0	1	2	0	1	2
B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.						
C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana .						
D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. Ej., padres, maestros, compañeros).						
E. Los criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses . En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un periodo que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los criterios A-D.						
F. Los criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.						
G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.						
H. Por la historia o la observación, los criterios A-E comienzan antes de los 10 años						
I. Nunca ha habido un periodo bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maniaco o hipomaniaco (excepto elevación del estado de ánimo, apropiada al desarrollo, como en un acontecimiento muy positivo o la espera del mismo).						
J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. Ej., trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia], trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente o trastorno bipolar).						
K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.						

Fin de Trastorno Disruptivo de la Regulación Emocional

Trastorno Depresivo Mayor

1. Afecto depresivo

P N S

Se refiere tanto a los sentimientos subjetivos de depresión basados en quejas verbales (tristeza, infelicidad, vacío, sentimientos negativos e inferioridad) como a la observación por parte de otras personas (p. Ej., **ganas de llorar o llora fácilmente**). No incluye componentes cognoscitivos (como desánimo, pesimismo, desprecio), intentos suicidas o apariencia depresiva. Algunos niños negarán sentirse tristes y sólo mencionan que se sienten mal por lo que es importante investigar el 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 (rasgo). En la entrevista con los padres, la "intuición" de la mamá (o del cuidador principal) de que el niño con frecuencia se siente triste puede ser considerada como evidencia positiva del afecto depresivo del niño, siempre y cuando el padre (o cuidador principal) no se encuentre deprimido o curse un grave trastorno de personalidad en la actualidad.

- 0 0 0 Sin información.
- 1 1 1 No del todo o menos de una vez por semana.
- 2 2 2 Subumbral: Se siente deprimido la mayor parte del día, algunos días, durante menos de dos semanas.
- 3 3 3 Umbral: Se siente deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, durante dos semanas o más.

Nota 1: Tome en cuenta que para considerarse positivo deben haber transcurrido **2 o más semanas** desde el inicio de la sintomatología.

Duración del síntoma:

Niño o Adolescente:

¿Te has sentido triste, deprimido, vacío, melancólico, sin esperanza o desanimado? ¿Tenías ganas de llorar? ¿Cuándo fue esto? ¿Te sientes _____ ahora? ¿Hubo algún otro momento en que te sintieras _____? ¿Tuviste algún otro sentimiento negativo? ¿Tuviste algún sentimiento negativo todo el tiempo del cual no podías deshacerte? ¿Lloraste o tenías ganas de llorar? ¿Te sentías _____ todo el tiempo o solo parte del tiempo? (¿Que porcentaje del día pasó el niño manifestando estos síntomas?) ¿Este sentimiento iba y venía? ¿Con qué frecuencia? ¿Diario? ¿Cuánto duraba? ¿Qué crees que lo ocasionaba? ¿Otras personas podían decir cuando estabas triste? ¿Cómo podían decirlo? ¿Te veías diferente?

Pasado:

P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

Nota 2: En ocasiones, al inicio de la entrevista el niño o adolescente dará una respuesta negativa a lo que se le pregunta pero en el transcurso de la entrevista llegará a estar triste. Por lo tanto, las preguntas iniciales se repetirán empleando el estado de ánimo actual y usándolo como ejemplo para determinar la frecuencia. De forma similar, si el reporte de la mamá 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 mamá para posteriormente preguntarle el porqué cree que su mamá piensa que él se siente triste con tanta frecuencia.

Nota 3: Cuando el niño/adolescente o el padre reportan frecuentes períodos de tristeza a lo largo del día, es probable que el niño siempre se encuentre triste y que sólo 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 te sientes feliz o estabas más triste que tus amigos?"

2. Irritabilidad y enojo (Episódico)

P N S

Sentimientos subjetivos de irritabilidad, enojo, mal carácter, resentimiento, ya sea expresado abiertamente o no, **esta irritabilidad es de tipo episódico y asociado con la tristeza o la anhedonia**. Evalúe la intensidad y duración del sentimiento

Niño o Adolescente:

<i>¿Hubo algún momento en el que te sentías irritable o enojado por cosas insignificantes? ¿Hubo algún momento en que te enojaste mucho? ¿Cuándo? ¿Estás así en este momento? ¿Hubo algún otro momento en el que te sentiste _____? ¿Qué cosas te hacen _____?</i>	0	0	0	Sin información.
<i>¿Te sentías enojado aunque no lo demostrabas? ¿Qué tan enojado? ¿Más que antes? ¿Qué cosas te hacen enojar? ¿Alguna vez te sentiste enojado o irritado y no sabías el por qué? ¿Te ocurre con frecuencia? ¿Te enojas demasiado? ¿Con tu familia? ¿Con tus amigos? ¿Con alguien más? ¿En la escuela? ¿Qué hacías? ¿Te decían algo acerca de eso? ¿Cuánto tiempo te sentías enojado o irritado? ¿Todo el tiempo? ¿Mucho tiempo? ¿Sólo ahora y entonces? ¿En ningún momento? ¿Cuándo te enojabas, que pensabas? ¿Pensabas en matar a otros o en lastimarte? ¿Lastimar a otros o torturarlos? ¿A quién? ¿Tenías un plan? ¿Cuál? ¿Alguna vez ha existido un periodo igual o mayor a 2 meses durante el cual no te sintieras irritable/enojado?</i>	1	1	1	Ausente o menos de una vez por semana.
	2	2	2	Subumbral: Con frecuencia se siente más enojado o irritable de lo que la situación amerita, al menos 2 a 3 días por semana por más de 3 horas en cada ocasión; durante menos de 2 semanas. Expresa con facilidad su molestia.
	3	3	3	Umbral: Se siente irritado o enojado diario o casi diario (4 a 7 días por semana), por lo menos el 50% del tiempo durante 2 o más semanas. Con frecuencia grita, o pierde el control

Nota 1: La irritabilidad es diferente en un episodio depresivo a la manifiesta en el Trastorno Disruptivo de la Regulación Emocional, en el primero se circunscribe al episodio y en el segundo es crónica y asociada a berrinches. Se debe interrogar propositivamente si existió alguna vez un periodo de 2 meses libre de síntomas.

Nota 2: Siempre debe tomarse en cuenta descartar episodios de manía/hipomanía antes de realizar el diagnóstico de TDM.

Duración del síntoma:

Pasado:

P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma

3. Anhedonia, pérdida de interés, apatía, baja motivación o aburrimiento P N S

Aburrimiento es un término que todos los niños y adolescentes 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 en forma conjunta.

Niño o Adolescente:
¿Qué cosas haces para divertirte? ¿Te diviertes? (De ejemplos: Consolas de video-juegos, 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?

0	0	0	Sin información.
1	1	1	Ausente
2	2	2	Subumbral: Diversas actividades son menos placenteras o interesantes. Aburrido o apático menos del 50% del tiempo durante estas actividades.
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.

Duración del síntoma:

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 o el adolescente. Tanto de situaciones comunes como especiales salir al parque, fiesta de cumpleaños y en adolescentes incluso de las actividades sexuales (Masturbación).

Niño o Adolescente:
¿Buscas hacer las cosas que antes disfrutabas? ¿Tratas de involucrarte en ellas? ¿Tienes que forzarte para hacer tus actividades favoritas? ¿Te interesan? ¿Te emocionas o te sientes entusiasmado al hacerlas? ¿Por qué no? ¿Te divertirías igual que antes al hacer estas actividades antes de que te sintieras triste? ¿Si las disfrutas menos, es tan sólo 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? ¿Cuantas son igual de divertidas? ¿Más divertidas? Hacías _____ menos que antes? ¿Qué tanto menos?

Pasado:
 P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

En adolescentes, si es sexualmente activo: *¿Disfrutas el sexo igual que antes? ¿Tienes menos actividad sexual que antes?*

Nota 1: Este reactivo 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).

Nota 2: Deben realizarse dos comparaciones en cada evaluación: Diversión comparada con aquella de los compañeros y/o comparada con la que el niño/adolescente tenía antes de estar deprimido. La segunda no es posible llevarla a cabo en episodios crónicos (distimia) ya que normalmente las preferencias del niño/adolescente se modifican con la edad. La severidad se determina por el número de actividades que el niño/adolescente disfruta con menos intensidad, y por el grado de pérdida de la habilidad para disfrutar.

4a. Pensamientos recurrentes de muerte

P N S

Niño o Adolescente:

En ocasiones los niños o los adolescentes 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? ¿Hubo algún otro momento en el que te sintieras de esa forma?

0 0 0 Sin información.

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"

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

4b. Ideación suicida

P N S

Incluye la preocupación o 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 sugiere el método. No incluye el miedo a morir.

0 0 0 Sin información.

1 1 1 No del todo.

2 2 2 Subumbral: Pensamientos ocasionales de suicidio pero no ha pensado en un método específico.

Niño o Adolescente:

En ocasiones los niños que se sienten molestos o se sienten mal piensan en no vivir más, desaparecer o morirse e incluso en suicidarse. ¿Has tenido estos pensamientos? ¿Cómo lo harías? ¿Tienes algún plan?

3 3 3 Umbral: Con frecuencia piensa en el suicidio y/o ha pensado en algún método.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

4c. Intentos suicidas – gravedad del intento

P N S

Juzgue, en caso de que exista un antecedente, la gravedad 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 (manipulatorio o verdadero intento suicida).

0 0 0 Sin información.
1 1 1 Sin intento o sin intención de morir.

Niño o Adolescente:

¿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: Preparativos sin intención actual de morir (ej. sostener pastillas en su mano) o intento planeado sin llegar a conductas autolesivas.

Nota: Codifique las conductas autolesivas sin intención de morir como actos no suicidas de autodaño, no como comportamiento suicida.

3 3 3 Umbral: Intento suicida explícito.

Duración del síntoma: (número de IS en los últimos 6 meses)

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

4d. Intentos suicidas - letalidad médica

P N S

Se refiere a la amenaza médica real (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 (ejem. Tener píldoras en la mano). No existió daño médico.

Niño o Adolescente:

¿Qué tan cerca de morir estuviste después del intento suicida más severo? ¿Qué hiciste cuando trataste de suicidarte? ¿Que ocurrió después de que trataste de suicidarte?

2 2 2 Subumbral: Cortes superficiales, arañazos en la muñeca, consumió un par extra de pastillas (gastritis leve).

3 3 3 Umbral: Intento con intención de morir y/o fue necesaria o indicada una intervención médica y/o o cortes significativos con sangrado o tomo más de 10 benzodicepinas (breve inconsciencia)

Duración del síntoma: (número de IS en los últimos 6 meses)

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

5. Autolesiones No Suicidas

P N S

Se refiere a la automutilación u otros actos hechos sin la intención de suicidarse, que causan un malestar clínicamente significativa e impactan en el funcionamiento académico, social o laboral.

0 0 0 Sin información
1 1 1 Ausente

La intencionalidad debe tener **al menos uno** de los siguientes criterios:

2 2 2 Subumbral: Infrecuente (1-4 días por año) y se ha causado una lesión leve a moderada.

- a. Dificultades interpersonales o pensamientos negativos.
- b. Preocupación previa a la realización de las autolesiones.
- c. Pensamientos recurrentes para autolesionarse.

3 3 3 Umbral: Frecuente (5 o más días por año) y se ha causado una lesión leve a moderada

Niño o Adolescente:

¿Alguna vez has tratado de lastimarte? ¿Te has quemado con cerillos/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?

Duración del síntoma:

Algunos niños hacen estas cosas porque se sienten mejor después de hacerlo, para bajar o reducir la ansiedad o estrés, para "inducir sentimientos positivos" o para resolver dificultades interpersonales, ¿Porqué lo has hecho?

Nota:

- a. **Este no es un criterio oficial para el diagnóstico de TDM.**
- b. Las autolesiones no deben considerarse positivas cuando se realizan dentro de un contexto ritual religioso o cultural.

Especifique factor desencadenante o motivo:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

___ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de los reactivos 1 al 4, complete la sección de Trastorno Depresivo Mayor del Suplemento #1, Trastornos Afectivos, después de finalizar el tamizaje inicial.

___ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación del pasado de los reactivos 1 al 4, complete la sección de Trastorno Depresivo Mayor del Suplemento #1, Trastornos Afectivos, después de finalizar el tamizaje inicial.

___ Sin evidencia de Trastorno Depresivo Mayor.

Notas: (Registre las fechas de posibles Trastornos Depresivos Mayores actuales y pasados).

Trastorno Bipolar y Relacionados

Episodio Maniaco

1. Animo eufórico, expansivo o grandioso P N S

Animo elevado y/o actitud eufórica excesiva para la circunstancia, y por fuera de lo esperado para niños de su misma edad o nivel de desarrollo. Diferencie el ánimo normal y sujetos con distimia o trastorno depresivo persistente. No evalúe como positivo si el humor elevado se reporta en situaciones como Navidad, cumpleaños, parques de diversiones, etc., los cuales normalmente son sobre estimulantes y hacen que el niño se entusiasme.

0	0	0	Sin información.
1	1	1	Ausente
2	2	2	Subumbral: Humor elevado y actitud positiva que puede estar fuera de proporción de acuerdo a las circunstancias. Esto se presenta menos de 4 horas al día, no todos los días y tiene una duración menor a una semana.

Niño o Adolescente:

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

Ánimo expansivo o grandioso: *¿Sentías como que no había nada que no pudieras hacer? ¿Sentías que todo salía con facilidad, como tu lo querías? ¿Tenías la sensación de que todo era extraordinario ("súper bueno, lo máximo") y las cosas te salían con mucha facilidad? ¿Sentías una confianza extraordinaria en ti mismo, sin haber ninguna razón especial para esto? ¿Alguien se dio cuenta? ¿Me puedes dar algunos ejemplos? ¿Cuánto tiempo te duraba esta sensación? ¿Sentías que esta sensación o sentimiento aparecía y desaparecía durante el día? ¿Tuviste algún problema por estar así de contento o entusiasmado? ¿Alguna vez tuviste que ser hospitalizado por sentirte así? ¿Te ponías muy simple? ¿Estabas más simple que la mayoría de tus amigos? ¿Tus amigos te decían algo de que estuvieras "de simple" o muy contento? ¿Si la gente te veía, hubieran pensado que sólo estabas de buen humor o hubieran pensado algo más? ¿Te ponías como si estuvieras borracho? ¿Te sentías súper contento? ¿Me puedes dar algunos ejemplos? ¿Cuánto duraba este sentimiento?*

3	3	3	Umbral: El humor elevado y la actitud expansiva 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 (hipomanía) o 1 semana (manía) - o cualquier duración si fue necesaria una hospitalización.
---	---	---	--

Duración del síntoma:

Padres:

¿Estos cambios de ánimo eran excesivos y desproporcionados para las circunstancias que sucedían? ¿Los cambios de ánimo son mayores de lo que se pudiera observar en otros niños/jóvenes de su misma edad, en esas circunstancias?

Nota 1: No evalúe como positivo si el humor elevado es secundario al consumo de sustancias, medicamentos o a cualquier otra enfermedad médica (hipertiroidismo).

Nota 2: Califique como umbral si, independientemente de la duración, los síntomas de humor elevado requirieron hospitalización.

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2. Irritabilidad y/o enojo explosivos P N S

A diferencia de la irritabilidad con el DMDD donde es crónica aquí es **episódica**. A diferencia del TMD donde es asociada a tristeza aquí es **asociado a euforia**. (Descartar episodios mixtos). La irritabilidad del TEI es explosiva.

0 0 0 Sin información.
1 1 1 Ausente

Niño o Adolescente:

¿Alguna vez estuviste tan irritable o enojado que “explotaste”?
¿Cuándo te sientes con rabia, tiras cosas o las rompes?
¿Qué fue lo que te “disparó, encendió”? ¿Has tenido momentos en que te enojaste mucho sin saber porque, o por cosas pequeñas que normalmente no te ofuscan?

2 2 2 Subumbral: Periodos definidos de ánimo irritable o enojo, desproporcionado para la situación, y que ocurre gran parte del día, o que ocurre de manera intensa por un periodo breve menor de una 1 hr No presenta conducta agresiva. Por menos de una semana

Nota: Solo evalúe positivo la irritabilidad o enojo que ocurre como episodio(s) independiente(s) y representan un cambio en su manera de ser. No califique como positivo si la irritabilidad es crónica (mayor a un año) a menos que sea un cambio superior en intensidad durante un periodo aislado.

3 3 3 Umbral: Episodios de irritabilidad explosiva/enojo que son desproporcionados a la situación o estímulo y que pueden **asociarse a comportamiento agresivo**. Por periodos mayores de 1 hr. Por una semana o más.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

3. Necesidad de dormir disminuida

Se siente descansado aunque duerma menos de lo usual (p.ej., se siente descansado después de dormir 3 horas)

P N S

0 0 0 Sin información.

Niño o Adolescente:

¿Alguna vez has dormido menos de lo usual e igual te sientes descansado? ¿Cuánto duermes normalmente? ¿Permaneces despierto porque te sientes animado o con mucha energía? ¿Estando solo o con amigos? ¿Mientras consumías alguna droga? ¿Estabas ocupado haciendo alguna tarea o trabajo? ¿A qué hora te levantaste? ¿Te sentías cansado al día siguiente o sentías como si tuvieras mucha energía y no necesitaras dormir?

1 1 1 Ausente

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 durante menos de 1 semana.

3 3 3 Umbral: Más de 1 semana durmiendo 3 o más horas menos de lo usual por dos o más noches consecutivas, o por 3 días no consecutivos. Duerme menos porque se siente animado o con mucha energía no se siente cansado al día siguiente.

Nota: No evalúe positivo si el decremento en la necesidad de dormir es producto de un evento social o por uso de drogas, o si refleja el patrón irregular de sueño del adolescente. Observe si se reporta insomnio o hipersomnia en respuesta a los reactivos

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

4. Incremento de la energía y/o nivel de actividad

P N S

Existe aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo, en la escuela o sexual); o presencia de agitación psicomotora (actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente.

Niño o Adolescente:

¿Ha habido algún momento en el que te sintieras más activo de lo normal o hacías más actividades de lo usual? ¿Estuviste trabajando en exceso en proyectos escolares o de tu casa? ¿Salías más de lo usual? ¿Parecía como si hicieras muchas cosas o como si estuvieras hiperactivo? ¿Cuánto te duro esto? ¿Otras personas notaban esto? ¿Estabas sexualmente más activo de lo normal? ¿Cómo era tu estado de ánimo en ese momento? ¿Qué sentías de ti mismo? ¿Te sentías más confiado de lo usual? ¿Había algo diferente en ti durante esos momentos de energía excesiva, como la velocidad para hablar o la de tus pensamientos, o alguna otra cosa?

2 2 2 Subumbral: Aumento transitorio o leve de la energía o la actividad, con respecto a lo usual para el sujeto. Puede ser causado por algún estímulo. El cambio es de dudosa significancia clínica, con una duración entre 4 a 6 días.

3 3 3 Umbral: Episodios definidos de un marcado incremento de energía o actividad, por encima de lo usual para el sujeto, o un aumento excesivo en comparación con otros niños/jóvenes en la misma situación durante un periodo de una semana o más.

Nota 1: Si el niño o adolescente tiene TDAH, o es usualmente muy activo o energético, solo califique positivo cuando el niño/joven aumentó en algún periodo de manera marcada esta energía y/o actividad.

Duración del síntoma:

Nota 2: El síntoma de aumento de energía en la (hipo)manía solo debe ser calificado como positivo cuando está presente y se asocia a un cambio anormal del ánimo (eufórico, expansivo o irritable). Si no hay una asociación clara con cambios de ánimo, considérela como subumbral.

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

5. Hipersexualidad

P N S

Participación excesiva en actividades placenteras de alto riesgo.

0 0 0 Sin información.

Para niños menores preguntar al padre/cuidador:

¿En alguna ocasión su hijo estuvo excesivamente interesado en temas sobre sexo, desnudez, por sus genitales o por tocar a otros (en partes genitales)? ¿Alguna vez su hijo se tocaba frecuentemente de manera inusual sus genitales en público o se vestía de manera inapropiada, o “lanzada o seductora”? ¿Su hijo ha tocado alguno de los padres o familiares en las partes íntimas, o tocado de una manera inusual, sobrepasándose? ¿Ha estado demasiado abrazador y afectuoso, más que lo usual para él/ella? ¿Cómo era su estado de ánimo durante estas ocasiones? ¿Algo sucedió o motivo a su hijo para estas conductas?

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: incidentes aislados o breves de comportamientos sexuales moderadamente inapropiados. El cambio es de dudosa significancia clínica.

3 3 3 Umbral: episodios definidos de conductas sexuales claramente inapropiadas.

Para adolescentes:

¿En alguna ocasión, de repente te sentías demasiado interesado en los temas sexuales, o que sintieras que tu impulso sexual estuviera aumentando (“sentirse ganoso, caliente”)? ¿hiciste algo durante esas ocasiones como vestirse de manera seductora, o proponer a otros a tener alguna actividad sexual? ¿En alguna ocasión te sentiste impulsado a tener más actividad sexual de lo usual, o con diferentes personas?

Duración del síntoma:

Nota 1: La hipersexualidad es un síntoma específico de manía/hipomanía, siempre y cuando este en ausencia de un abuso sexual o exposición inapropiada a escenas sexuales (o material sexual). En el DSM-5, este NO es un criterio diagnóstico independiente, pero cuando está presente puede potencialmente cumplir con alguno de estos ítems del criterio B, bien sea aumento de actividad dirigida a una meta, o búsqueda de actividades de placer riesgosas.

Nota 2: Si hay alguna respuesta positiva, descarte un abuso sexual o exposición inapropiada a escenas sexuales (o material sexual).

Pasado: P (___) N(___) S (___)

Duración del síntoma:

__ 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 el tamizaje inicial.

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección del pasado de Manía del Suplemento #1, Trastornos Afectivos, después de finalizar con el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de Manía

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

Esquizofrenia, Trastornos Relacionados y Otros Trastornos Psicóticos

Psicosis

1. Alucinaciones

P N S

Niño o Adolescente:

Algunas veces los niños 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? Plátame 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 oír?

1 1 1 Ausente.

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

2 2 2 Subumbral: Probables alucinaciones. Descripción vaga o poco clara, duda de su existencia.

¿Alguna vez has percibido un olor extraño alrededor de ti?

¿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?

3 3 3 Umbral: Presencia inequívoca de alucinaciones.

¿Te sucedían cuando tratabas de quedarte dormido? ¿Cuándo te despertabas? ¿Solo cuando estaba oscuro? ¿Ocurrieron en algún otro momento? ¿Cuándo ocurrieron tenías fiebre o habías bebido cerveza, vino u alcohol? o ¿Habías tomado o fumado alguna droga cuando esto ocurrió? ¿Fue como un pensamiento o como una voz (ruido) o una visión?

Duración del síntoma:

Nota 1: 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. Es importante tomar nota de si el niño/adolescente está presentando conducta alucinatoria durante la entrevista. No califique positivamente las ilusiones. Las **ilusiones** se definen como percepciones falsas basadas en estímulo sensorial real que se encuentra momentáneamente distorsionado. Estas ocurren frecuentemente debido a una falta de claridad perceptual (oscuridad o ruidos locales), inatención, la cual se corrige inmediatamente cuando se concentra en el estímulo sensorial externo y la claridad perceptual mejora.

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

Nota 2: Si las alucinaciones están presentes evalúe cuidadosamente su relación temporal con síntomas afectivos para facilitar el diagnóstico diferencial.

Nota 3: No califique como positivo si solo escucho a alguien decir su nombre una o dos veces.

Nota 4: Tome en cuenta el contexto cultural del sujeto.

2. Delirios

P N S

Niño o Adolescente:

¿Sabes lo que es la imaginación? Pláticame. ¿Alguna vez tu imaginación te jugó trucos? ¿Qué clase de trucos? Pláticame más acerca de ellos. ¿Has tenido ideas acerca de cosas que no le has dicho a nadie por temor a que no te entendieran? ¿Qué ideas? ¿Crees en cosas que las demás personas no creen? ¿Cómo qué?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Probables delirios. Descripción vaga o poco clara, duda de su existencia.

3 3 3 Umbral: Presencia inequívoca de delirios

Pregunte acerca de los siguientes delirios:

¿Alguna vez has sentido que alguien te ha querido lastimar? ¿Quién? ¿Por qué?

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

¿Cuando estabas con personas que no conocías, pensabas 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 le pasaba a tu cuerpo?

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

¿Con qué frecuencia has pensado en _____?

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de alguno de los reactivos, complete la sección actual del suplemento #2, Esquizofrenia, Trastornos Relacionados y Otros Trastornos Psicóticos y Relacionados, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación sobre el pasado de alguno de los reactivos, complete la sección sobre el pasado del Suplemento #2, Esquizofrenia, Trastornos Relacionados y Otros Trastornos Psicóticos y Relacionados, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de Psicosis

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

Trastornos de Ansiedad, Trastorno Obsesivo Compulsivo y otros Relacionados

Trastorno de Ansiedad por Separación

1. Temor a que un evento catastrófico provoque la separación P N S

Niño o Adolescente:

¿Alguna vez te has preocupado de que algo malo te ocurra y que no puedas volver a ver a tus padres? ¿Como perderte, ser secuestrado, asesinado o tener un accidente? ¿Qué tanto te preocupa?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 0 | 0 | Sin información. |
| 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: Frecuentemente se preocupa en situaciones de separación. Persistente y excesivamente preocupado de que una situación adversa provoque la separación de la figura de más apego. |

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N(___) S (___)

Duración del síntoma:

2. Temor a que dañen a los padres o la figura de apego P N S

Niño o Adolescente:

¿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 asesinaran? ¿tenías miedo de que te dejaran y no regresaran? ¿Qué tanto te preocupabas?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | Sin información. |
| 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. Persistente y excesivamente preocupado por una posible separación o daño a la figura de apego. |

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

3. Resistencia y/o Rechazo a salir fuera de casa o ir a la escuela P N S

Niño o Adolescente:

¿Hubo algún momento en el que te tuvieron que forzar para ir a la escuela? ¿Tienes preocupaciones con respecto a ir a la escuela? Pláticame de esos sentimientos.

0 0 0 Sin información.

¿De qué tenías miedo? ¿Has estado yendo a la escuela? ¿Con qué frecuencia has dejado de ir a la escuela o te salías de la escuela temprano?

1 1 1 Ausente.

¿Sales de casa a menudo? Cuando sales de casa ¿Sales solo o acompañado? ¿Rechazas invitaciones y/o oportunidades para salir de casa por miedo a que algo malo vaya a pasar? ¿Cómo que?

2 2 2 Subumbral: Con frecuencia muestra cierta resistencia a ir a la escuela o salir de casa sin la figura de apego, pero usualmente lo convencen de ir, se ausenta de la escuela no más de 1 día en 2 semanas.

Nota: Solo se toma en cuenta si el evitar salir lejos de casa o ir a la escuela es para estar con los padres o en el hogar.

3 3 3 Umbral: Protesta intensamente con respecto a salir de casa sin la figura de apego, a ir a la escuela o es enviado a su casa o se rehúsa a ir al menos 1 día por semana.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

4. Temor a Dormir Fuera de su Casa/Dormir Solo sin la figura de apego P N S

Niño o Adolescente:

Cuando tenías más de 4 años ¿Te ha dado miedo dormir solo? ¿Te da o ha dado miedo dormir fuera de tu casa sin que tus padres estén contigo, a pesar de que tus compañeros lo hacen sin problema? ¿Te pasas a la cama de tus papás a mitad de la noche? ¿Necesitas que alguno de tus papas duerma contigo en la misma habitación? ¿Por qué? ¿Evitas ir a "pijamadas"?

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. Rechazo persistente a irse a dormir sin estar cerca de la figura de apego o dormir lejos de casa.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

5. Temor a estar solo en casa o en otros lugares

P N S

Niño o Adolescente:

¿Alguna vez, cuando tenías más de 4 años, ¿Has seguido a tus padres a donde quiera que ellos fueran? ¿Te ha preocupado si el o ella no estaba contigo en el mismo cuarto? ¿Te le colgabas a tu mamá? ¿Vigilabas a tus papás? ¿Siempre querías saber dónde estaban tus papás? ¿Qué tanto miedo tenías? ¿Con qué frecuencia sucedía esto?

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente

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 mamá, papá o ambos, temeroso, evita estar solo y/o persistente y excesivamente temeroso a estar solo o sin la figura de apego.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

__ 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 y TOC, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección del pasado Trastorno de Ansiedad por Separación del Suplemento #3 de Trastornos de Ansiedad y TOC, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de Trastorno de Ansiedad por Separación.

Notas: (Registre las fechas de posibles Trastornos de Ansiedad por Separación pasados y actuales.

Fobias Específicas y Agorafobia

Se interrogan y describen todas las fobias, pero sólo evalúe la fobia más intensa

1. Fobias específicas

P N S

Niño o Adolescente:

¿Hubo algún momento en que tuvieras mucho miedo de, 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, elevadores, metro, la oscuridad.... (pregunte de las situaciones enlistadas)? ¿Tenías miedo de cualquier otra cosa?.

2 2 2 Subumbral: Miedo al estímulo o situación más intenso que cualquier otro niño de su edad. Asociado sólo con síntomas transitorios leves de ansiedad.

3 3 3 Umbral: Miedo importante y persistente al estímulo o situación asociado, que es excesivo e irracional, con síntomas moderados a severos de ansiedad.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2. Agorafobia

P N S

Miedo importante o ansiedad presente en dos o más de las cinco situaciones siguientes: 1) estar fuera de casa solo; 2) hacer filas o estar en medio de una multitud; 3) estar en espacios cerrados (p. Ej., cines, teatros, tiendas); 4) lugares abiertos (p. Ej., estacionamientos, mercados, puentes); 5) Uso de transporte público. 0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Miedo limitado a 1 sola situación o miedo moderado o transitorio pero más severo que un niño de su edad.

Niño o Adolescente:

¿Tenías miedo de estar solo en algún lugar público o estar en la calle? ¿Tenías miedo de ir al supermercado o cualquier otro lugar? ¿Estar en algún puente, viajar en automóvil, autobús o tren? 3 3 3 Umbral: Miedo persistente y claramente excesivo para las circunstancias en 2 o más situaciones.

3 3 3 Umbral: Miedo persistente y claramente excesivo para las circunstancias en 2 o más situaciones.

¿Qué tanto 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?

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

Nota: No califique como umbral si los síntomas son debidos a otro trastorno mental como esquizofrenia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad social o enfermedad médica.

3. Evitación

P N S

Niño o Adolescente:

¿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 consistentemente

Duración del síntoma:

Pasado: P (____) N (____) S (____)

Duración del síntoma:

Especifique la fobia más intensa:

Especifique otras fobias:

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de alguno de los reactivos, complete la sección actual del Suplemento #3 de los Trastornos de Ansiedad y TOC, para Fobias Específicas y/o Agorafobia (actuales), después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación sobre el pasado de alguno de los reactivos, complete la sección sobre el pasado del Suplemento #3, de los Trastornos de Ansiedad y TOC, para Fobias Específicas y/o Agorafobia, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de Fobias Específicas y/o Agorafobia

Notas: (Registre las fechas de posibles de Agorafobia y/o Fobias Específicas actuales y pasadas)

Trastorno de Pánico

1. Ataques de pánico

P N S

Niño o Adolescente:

¿Alguna vez has tenido sentimientos de mucho miedo o malestar intenso que vienen de repente sin ninguna razón especial?

0 0 0 Sin información.

Pláticame de ello. La primera vez que tuviste un ataque de miedo,

1 1 1 Ausente.

¿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?

2 2 2 Subumbral: Al menos 1 ataque no anticipado, y un máximo 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 asociados:

Respiración entrecortada, palpitaciones, 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 Umbral: Al menos 2 ataques, con una preocupación persistente de tener otro ataque al menos durante un mes y/o un cambio significativo en el comportamiento relacionado a los ataques. (p. ejemplo comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitar el ejercicio o situaciones no familiares).

Nota 1: No califican si persisten por todo el día o son causados por medicamentos o sustancias.

Nota 2: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (por ejemplo acufenos, dolor de cuello, cefalea, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

Nota 3: El DSM-5 no especifica un número mínimo de ataques de pánico para considerarse umbral, **señala que deben de ser ataques recurrentes e inesperados.**

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

__ 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 y TOC, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Si tiene una puntuación de 3 en la evaluación del pasado del reactivo de ataques de pánico, complete la sección del pasado de Trastorno de Pánico del Suplemento #3, Trastornos de Ansiedad y TOC, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de Trastorno de Pánico.

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

Trastorno de Ansiedad Generalizada

1. Ansiedad y preocupación excesiva o no realista acerca del futuro. P N S

Niño o Adolescente:

¿Estás demasiado preocupado? ¿Hubo algún momento en que te preocupaste demasiado por cosas que aún no habían ocurrido? ¿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?

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: Con frecuencia se preocupa de forma excesiva (al menos 4 veces por semana) por eventos que aún no han ocurrido o por el comportamiento actual. La ansiedad o preocupación excesiva está presente frecuentemente, más días de los que está ausente durante un periodo **menor** a 6 meses.

Nota: No se califica si la única preocupación del niño es en torno a la figura parental o a una fobia simple. 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. La ansiedad o preocupación excesiva está presente frecuentemente, más días de los que está ausente durante un periodo **mayor** a 6 meses.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2. Dificultad para Controlar la Preocupación

P N S
0 0 0 Sin información

Niño o Adolescente:

¿Ha habido algún momento en que te sientas muy tenso y preocupado? ¿Como si tuvieras los "nervios de punta"?, que no puedas relajarte aunque lo intentes en serio. ¿Te sientes o sentías tan nervioso y

1 1 1 No está presente

2 2 2 Subumbral: Frecuentemente nervioso/preocupado (más de una vez por semana, ocasiona problemas). Los síntomas de nerviosismo/preocupación están presentes más días de los que están ausentes durante un periodo menor a 6 meses. Poca dificultad para controlar la preocupación.

3 3 3 Umbral: La mayor parte de la semana está ansioso/preocupado y reconoce se le dificulta controlarla. Los síntomas de nerviosismo o preocupación están presentes más días de los que están ausentes durante un periodo mayor a 6 meses. Reconoce clara dificultad para controlar la preocupación.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

__ Si recibió un puntaje de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual de Trastorno de Ansiedad Generalizada del Suplemento #3, Trastornos de Ansiedad y TOC, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Si recibió un puntaje de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección del pasado de Trastorno de Ansiedad Generalizada del Suplemento #3, Trastornos de Ansiedad y TOC, después de finaliza el tamizaje inicial

__ Sin evidencia de Trastorno de Ansiedad Generalizada

Nota: (registre las fechas de posibles Trastornos de Ansiedad Generalizados actuales o pasados.

Trastorno de Ansiedad Social (Antes Fobia Social)

Integración diagnóstica completa en el Tamizaje

1. Miedo o ansiedad ante situaciones sociales P N S

Niño o Adolescente:

- | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 1. | ¿Eres una persona muy tímida? | | | | |
| 2. | ¿Te has sentido nervioso, consciente de ti mismo o avergonzado con las personas que no conoces muy bien? | 0 | 0 | 0 | Sin información. |
| 3. | ¿Es difícil para ti estar con otros niños o adolescentes - incluso que conoces? | 1 | 1 | 1 | Ausente |
| 4. | ¿Qué tipo de situaciones te hacen sentir incómodo? | 2 | 2 | 2 | Subumbral: Claramente consciente de sí mismo e incómodo en situaciones de participación social ; evita sólo 1 o 2 actividades que no son fundamentales para el bienestar del niño o adolescente (por ejemplo, evitar grandes fiestas en las que no conoce a nadie). |
| | • Hablar delante de los demás (por ejemplo, responder preguntas que hace el profesor en la clase, disertaciones, mostrar o decir algo delante de otros)? | | | | |
| | • Comer delante de otras personas (por ejemplo, en el comedor de la escuela, en un restaurante)? | | | | |
| | • Escribir delante de otras personas (por ejemplo, en la pizarra, contestar pruebas)? | | | | |
| | • Usar los baños públicos cuando otros están alrededor? | | | | |
| | • Situaciones competitivas (por ejemplo, la clase de gimnasia, juegos en el recreo, actividades deportivas)? | 3 | 3 | 3 | |
| | • Cambiarse de ropa cuando hay otras personas presentes (por ejemplo, en el gimnasio / piscina, vestuario)? | | | | |
| | • Ir a fiestas o eventos sociales? | | | | |
| 5. | ¿Qué edad tenías cuando empezaste a sentir de esta manera? | | | | Umbral: Considerable autoconciencia que hace que el niño o adolescente se sienta incómodo en varias situaciones sociales; evita persistentemente estas actividades (por ejemplo, reiterada negativa a responder a las preguntas en clase, evita reuniones en las que no conoce a todos). Marcado y persistente miedo o ansiedad intensa frente a situaciones de participación social. |
| 6. | ¿Por cuánto tiempo te has sentido así? | | | | |

Nota 1: La timidez y el temor a situaciones sociales deben afectar significativamente al niño o adolescente. No codificar positivamente si solo se explica por otro trastorno psiquiátrico (por ejemplo, trastorno del espectro autista).

Nota 2: No codificar como umbral si el niño **sólo** presenta temor cuando está dando una presentación oral en la escuela.

Nota 3: En los niños, el miedo o la ansiedad pueden manifestarse con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso para hablar en situaciones sociales.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2. Temor a la humillación, vergüenza o rechazo

P N S

Niño o Adolescente:

¿Te preocupa sentirte avergonzado o tienes miedo a que tus pares te rechacen? ¿Tienes temor a decir algo tonto, ponerte rojo, temblar, paralizarte? ¿Más que a otros niños de tu clase?

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente.

Nota: Puede ser que el niño no sea capaz de percibir la humillación y rechazo y simplemente diga sentirse con miedo o mal.

2 2 2 Subumbral: El niño no puede hablar en la situación específica, por ejemplo, al comienzo del año escolar, pero los síntomas no persisten. En ocasiones expresa sentirse humillado, avergonzado o rechazado

3 3 3 Umbral: Sistemáticamente fracasa en hablar en situaciones sociales específicas cuando se espera que lo haga. La mayor parte del tiempo expresa sentirse humillado, avergonzado o rechazado

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

___ Si ha marcado un puntaje de 3 en cualquiera de los reactivos, continúe con las preguntas de la siguiente página.

___ Si no existe evidencia de Trastorno de Ansiedad Social actual o en el pasado, continúe con la sección de Mutismo Selectivo.

Nota: registrar posibles fechas de Trastorno por Ansiedad Social en el presente o pasado.

Continuación de Trastorno de Ansiedad Social

(0= Sin información; 1= No; 2= Si)

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
1. Revise las situaciones que provocan estrés (Verifique nuevamente, ya preguntada en la pag. 30)						
1. <i>Hablar en clase</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2. <i>Escribir en la pizarra</i>						
3. <i>Ir a fiestas / eventos sociales</i>						
4. <i>Situaciones de rendimiento</i>						
5. <i>Comer delante de los demás</i>						
6. <i>Uso de baños públicos</i>						
7. <i>Cambiarse de ropa frente a otros</i>						
8. <i>Hablar en cualquier situación social</i>						
9. <i>Otro (especificar)</i>						
2. La exposición a la situación casi siempre provoca ansiedad						
<i>¿Realmente te sientes estresado cuando (preguntar en relación a la(s) situación(es) social(es) que fueron identificadas)? ¿Cuándo _____ sientes que tu corazón late muy rápido? ¿Te has sentido mareado? ¿Te bloqueas, congelas a tal punto que crees que no puedes hablar? ¿En esas situaciones, te pones a llorar o te descontrolado emocionalmente (berrinches o rabietas)?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. Evitar o tolerar situaciones sociales con un alto nivel de ansiedad						
<i>¿Alguna vez has evitado hacer alguna de las cosas que hemos conversado porque te sentías tímido, avergonzado o preocupado por lo que otros pensarán o hablarán de ti? ¿Con qué frecuencia (diaria, una vez a la semana, etc.)? ¿Fue muy incómodo cada vez o casi todas las veces que te encontrabas en estas situaciones? ¿Cuán molesto estabas? ¿Continúas haciendo estas cosas a pesar de que te hacen sentir incómodo o nervioso? ¿De qué manera tu nerviosismo o malestar se expresaba (por ejemplo, te temblaban las manos o la voz, la cara o cuello se te ponía roja)?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4. Temor a la humillación, vergüenza o rechazo						
<i>¿Te preocupa sentirte avergonzado o tienes miedo a que tus pares te rechacen?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5. Intensidad de la reacción						
<i>¿El miedo es desproporcionado en relación a la situación?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

6. Duración (en meses) (6 o más meses)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------

7. 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/Trabajo:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

8. Evidencia de un precipitante (especificar)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------

	Sumario EA			Sumario EMSP		
9. Evidencia de Trastorno de Ansiedad Social	0	1	2	0	1	2
9. Criterios según DSM-5						
Para el DSM-5 recibe el nombre de Trastorno de Ansiedad Social adicional al de Fobia Social utilizado en el DSM-IV.						
A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.						
Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.						
B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).						
C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. (En niños el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales).						
D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.						
E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.						
F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.						
G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.						

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, o trastorno del espectro autista.

J. Si existe otra afección médica (p. ej., obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificador

Solo actuación: Sólo el miedo se limita a hablar o actuar en público. _____

Fin de Trastorno de Ansiedad Social

Mutismo Selectivo

Integración diagnóstica completa en el Tamizaje

1. Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas, donde se espera que hable a pesar de hacerlo en otras situaciones P N S

Niño o Adolescente:

¿Alguna vez has sentido que no podías hablar en la escuela o en otras situaciones? ¿Te has sentido tan avergonzado que no podías decir nada? ¿Incluso a otro niño o adolescente? ¿Hay ciertas situaciones en las que simplemente no puedes o podías hablar? 0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente.

Nota 1: No calificar como umbral si la dificultad para hablar es atribuible a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social. 2 2 2 Subumbral: El niño no puede hablar en la situación específica, por ejemplo, al

Nota 2: No calificar como umbral si los síntomas están limitados al comienzo del año escolar, pero los síntomas no persisten por más de 1 mes.

Nota 3: No codificar si no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (tartamudeo) o solo se explica por otro trastorno psiquiátrico (por ejemplo, trastorno del espectro autista, esquizofrenia u otro trastorno psicótico). 3 3 3 Umbral: Sistemáticamente fracasa en

hablar en situaciones sociales específicas cuando se espera que lo haga. La alteración ha estado presente por más de 1 mes.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2. El fracaso constante para hablar interfiere en los logros educativos u ocupacionales o en la comunicación social P N S

Niño o Adolescente:

El no poder hablar en esa (s) situación(es) ¿Te ha traído consecuencias? ¿Te ha interferido en tu rendimiento académico o en hacer amigos? ¿Te ha perjudicado de alguna manera? 0 0 0 Sin información.
1 1 1 Ausente.

Nota 1: No calificar como umbral si la dificultad para hablar es atribuible a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social. 2 2 2 Subumbral: El niño o adolescente presentó consecuencias debido a su fracaso para hablar, pero no persisten.

Nota 2: No codificar si no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (tartamudeo) o solo se explica por otro trastorno psiquiátrico (por ejemplo, trastorno del espectro autista, esquizofrenia u otro trastorno psicótico). 3 3 3 Umbral: Sistemáticamente presenta interferencia en los logros educativos, ocupacionales o de la comunicación social por más de 1 mes.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

___ Si ha marcado un puntaje de 3 en cualquiera de los reactivos, continúe con las preguntas de la siguiente página.

___ Si no hay evidencia de Mutismo Selectivo, continúe en la sección de Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Relacionados.

___ Cumple los criterios del DSM-5 para Mutismo Selectivo (Actual)

___ Cumple los criterios del DSM-5 para Mutismo Selectivo (Pasado)

Nota: registrar posibles fechas de Mutismo Selectivo en el presente o pasado.

Continuación Mutismo Selectivo

1. Evidencia de Mutismo Selectivo

Criterios según DSM-5

- A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones específicas (en las que se espera que hable, p. Ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.
- C. La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).
- D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
- E. La alteración no se explica mejor por un **trastorno de la comunicación** (p. Ej., trastorno de la fluidez de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un **trastorno del espectro del autismo**, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

0 1 2

0 1 2

Si los síntomas de ansiedad presentes no llegan a cumplir los criterios para un Trastorno de Ansiedad Social o Mutismo Selectivo, considerar un Trastorno de Ansiedad No Especificado.

Fin de Mutismo Selectivo

Trastorno Obsesivo-Compulsivo

1. Obsesiones

P N S

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

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

Niño o Adolescente:

¿En algún momento te has molestado por pensamientos, imágenes o palabras que continuamente vienen a tu mente sin razón alguna y que no puedes dejar de pensarlas o deshacerte de ellas? ¿Alguna vez te ha preocupado mucho tener tus manos sucias o con microbios, o que te puedas enfermar por eso? ¿Alguna vez te has 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?

2 2 2 Subumbral: Se sospecha o probable.

3 3 3 Umbral: Obsesiones definitivas, claras, alterando el funcionamiento del sujeto o provocando tensión.

¿Con qué frecuencia piensas en esto? ¿Eran pensamientos de los cuales no podías deshacerte y se presentaban continuamente? ¿Te molestaban estos pensamientos? ¿Parecían no tener ningún sentido? ¿Los pensamientos se presentaban de pronto en tu mente y te impedían hacer cosas?

Duración del síntoma:

Nota: No califique como umbral si las ideas o pensamientos son delirantes, o se relacionan con otro trastorno mental (Ej., pensamientos de comida con la presencia de un trastorno de la alimentación, pensamientos de que los padres pueden ser heridos con la presencia de un trastorno de ansiedad por separación).

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2. Compulsiones

P N S

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 fatiga con las que el sujeto tiene poco control.

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

Niño o Adolescente:

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

2 2 2 Subumbral: Sospechoso o probable.

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

3 3 3 Umbral: Compulsiones claras, alterando el funcionamiento del sujeto o provocando tensión.

¿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?

Duración del síntoma:

¿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 dormir? ¿O tienes que arreglar las cosas de tu cuarto de alguna forma en especial? ¿Alguien te ha comentado algo con respecto a estos hábitos?

Nota 1: Tome en cuenta que los niños de corta edad pueden no ser capaces de asociar la meta de los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

Nota 2: No califique como umbral si el comportamiento es secundario exclusivamente a otro trastorno mental (psicosis, trastorno de la alimentación, trastorno del espectro autista, tics, etc.)

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

__ 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 y TOC, al finalizar el tamizaje inicial.

__ Si recibió una calificación de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, ya sean obsesiones o compulsiones, complete la sección del pasado del Trastorno Obsesivo-Compulsivo del Suplemento #3, Trastornos de Ansiedad y TOC, al finalizar el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

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

Trastornos Relacionados con Traumas y Factores de Estrés

Trastorno de Estrés Post-Traumático

Integración diagnóstica completa en el Tamizaje

1. Eventos Traumáticos

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

Nota: Excluir exposición a través de medios de electrónicos, televisión, películas o fotografías a menos de que dicha exposición esté relacionada con el trabajo.

*** Probablemente ya interrogados desde la parte introductoria.**

(0= Sin información; 1= No; 2= Si)

	Criterios	Padre	Niño	Sumario
1a. Accidentes Automovilísticos				
<i>¿Has estado alguna vez en un accidente automovilístico grave? ¿Qué sucedió? ¿Resultaste herido? ¿Algún otro ocupante del automóvil resultó herido?</i>	Accidente automovilístico significativo en que el niño u otro ocupante del vehículo resultaran lesionados o requirieran de atención médica.	0 1 2	0 1 2	0 1 2
1b. Otros Accidentes				
<i>¿Has estado alguna vez en cualquier otro tipo de accidente serio? ¿Has tenido accidentes en bicicleta, patines, "skate"/patineta u otros? ¿Otros accidentes? ¿Que ocurrió? ¿Te lastimaste?</i>	Accidente significativo en que el niño resultó herido o requirió atención médica.	0 1 2	0 1 2	0 1 2
1c. Incendios				
<i>¿Has estado alguna vez en un incendio? ¿Alguna vez se ha quemado tu casa o tu colegio en un incendio? ¿Alguna vez has prendido fuego y sin querer se escapó de tu control? ¿Qué sucedió? ¿Resultó alguien herido? ¿Hubo muchos daños?</i>	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
1d. Testigo de Desastre				
<i>¿Has estado alguna vez en un desastre natural muy fuerte, como un tornado, un huracán o un aluvión? ¿Has quedado atrapado en un inundación, en que las aguas fueran lo suficientemente profundas como para nadar en ellas? ¿Has estado en un terremoto o un tsunami? ¿Has debido evacuar tu casa?</i>	El niño presenció un desastre natural que provocó una devastación significativa.	0 1 2	0 1 2	0 1 2

1e. 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? ¿Dónde estabas cuando esto ocurrió? ¿Alguien resultó herido?

El niño fue testigo de alguna amenaza o un crimen violento

0 1 2

0 1 2

0 1 2

1f. 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

1g. Noticias Traumáticas

¿Alguna vez te han dado muy malas noticias de forma inesperada? ¿Cómo te enteraste de 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 enterarse de que algún ser querido tenía una enfermedad incurable.

0 1 2

0 1 2

0 1 2

1h. Terrorismo asociado a trauma

¿Te han afectado ataques con bombas o cualquier otro tipo de ataques terroristas?

Ausencia de un ser querido por un periodo prolongado o daño severo o muerte a causa de un ataque terrorista.

0 1 2

0 1 2

0 1 2

1i. Trauma asociado a zona de guerra

¿Has vivido alguna vez en una zona de guerra? ¿Tu casa ha sido atacada? ¿Has sido testigo de asesinatos o violaciones? ¿Has visto algo a tu alrededor incendiándose?

Vivir en zona de guerra. Haber presenciado muertes y destrucción masiva.

1j. Testigo de Violencia Doméstica*

Los padres de algunos niños o personas que viven con ellos tienen muchas peleas. Se insultan, se arrojan cosas, se amenazan uno al otro y en ocasiones se lastiman.

¿Alguna de las personas que vive contigo (mamá, novio o pareja) alguna vez han tenido este tipo de peleas? ¿Cuéntame la peor pelea que recuerdes que tuvieron tus padres? ¿Qué ocurrió?

El niño fue testigo de discusiones explosivas que implicaban amenazas o daño físico hacia sus padres o alguna figura de autoridad.

0 1 2

0 1 2

0 1 2

1k. Abuso Físico*

¿Cuando tus padres u otras personas se enojan contigo, te pegan? ¿Alguna vez te han dejado moretones 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

1l. Abuso Sexual*

¿Alguna vez alguien te ha tocado tus partes íntimas cuando no debía? ¿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 acostarte con él/ella te ha hecho jugar con sus partes íntimas?

Incidentes aislados o repetidos de tocamientos (contactos físicos inapropiados) genitales, sexo oral o relaciones vaginales o anales.

0 1 2

0 1 2

0 1 2

1m. Otro

¿Hay algo más que te haya pasado realmente malo o alguna cosa que viste realmente aterradora que quieras contarme?

Registre el incidente.

0 1 2

0 1 2

0 1 2

2. Reactivos

Nota: Al discutir los eventos traumáticos con el niño o adolescente, es importante que utilice el mismo lenguaje en su diálogo ejemplo, *¿"Qué piensas acerca de cuando él ponía su pene en tu trasero?"*

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
2a. Pensamientos recurrentes o imágenes del evento						
Niño o Adolescente: <i>¿Alguna vez viste _____ una y otra vez? ¿Con qué frecuencia ocurrió? ¿Lo que ocurrió seguía viniendo a tu mente? ¿Pensabas mucho en eso?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2b. Juego repetitivo relacionado al evento						
Niño o Adolescente: <i>¿Cuándo jugabas, en ocasiones pretendías _____? ¿Cuándo jugabas con tus juguetes en ocasiones _____? ¿Con qué frecuencias hacías _____ con tus juguetes?</i> En respuesta al abuso sexual se observa un marcado comportamiento seductor, juego sexual con muñecas o con los compañeros o un incremento de la masturbación. En respuesta al abuso sexual o al presenciar violencia doméstica, se observa un juego marcadamente agresivo.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2c. Pesadillas						
Niño o Adolescente: <i>¿Alguna vez has tenido muchas pesadillas? ¿Has soñado con _____? ¿Con qué frecuencia? ¿Cómo te sentías cuando te despertabas después de haber tenido una pesadilla?</i> Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

2d. Episodios disociativos, ilusiones o alucinaciones

A. Episodios Disociativos:

Niño o Adolescente:

¿La gente dice que fantaseas demasiado? ¿Qué te pierdes en el espacio? ¿Pierdes la noción del tiempo? Te pierdes por horas y no estás seguro de qué habías hecho en ese tiempo?

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego

B. Ilusiones:

Niño o Adolescente:

¿Hubo algún momento en el que sentías que _____ pasaba de nuevo? ¿Dónde estabas cuando esto ocurrió? ¿El sentimiento era tan fuerte que te era difícil saber 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? ¿Te pasaba mientras jugabas?

C. Alucinaciones:

Niño o Adolescente:

¿Desde que _____ ocurrió, 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 veías/ escuchabas? ¿Has visto algún fantasma? ¿Escuchabas a _____ (perpetrador) hablándote? ¿sentías que _____ (el perpetrador) te tocaba? ¿Te pasaba mientras jugabas?

2e. Ansiedad o sufrimiento producto de la exposición a estímulos que recuerdan o simbolizan el evento

Niño o Adolescente:

¿Hubo un momento en que te sentías mal o angustiado en algún lugar que te recordaba lo que te pasó? ¿En ocasiones veías gente que te recordaba _____? ¿Cuándo veías a alguien que te recordara _____, sentías que volvía a pasar o te angustiabas? ¿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 mal o que volvía a pasar?

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

2f. Reactividad fisiológica a la exposición de eventos que simbolizan el evento traumático	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	
Niño o Adolescente:						
¿Cuándo estás en algún lugar que te recuerda o piensas _____, cómo te sientes? ¿Tu corazón empieza a latir más rápido, sudas o empiezas a sentir como si quisieras vomitar?						

__ Si recibió una puntuación de 2 en la evaluación actual de cualquiera de los ítems, continúe con los reactivos de la siguiente página.

__ Si recibió una calificación de 2 en la evaluación del pasado de cualquiera de los ítems, continúe con los reactivos de la siguiente página.

__ Sin evidencia de Trastorno de Estrés Post-traumático.

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

Continuación de Trastorno de Estrés Post-traumático

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
1. Esfuerzos para evitar los pensamientos asociados con el trauma						
<i>¿Qué clase de cosas haces o has hecho para no pensar en ____? Para deshacerte de los malos pensamientos, algunos niños(as) 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?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2. Esfuerzos para evitar actividades o situaciones que le recordaran el trauma						
<i>¿Me dijiste que _____ te recordaba lo que pasó, tratabas de evitar _____?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma						
<i>¿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?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4. Persistentes y exageradas creencias negativas de sí mismos, otros o el mundo						
<i>¿Piensas en ocasiones que eres malo o un fracasado? ¿Que no puedes confiar en nadie? ¿Que salir a la calle es muy peligroso?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

5. Distorsiones cognitivas de culpa						
<i>¿Crees que tú o alguien que tú conozcas pudo haber contribuido a que _____ ocurriera?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
6. Persistente estado emocional negativo						
<i>¿Desde que _____ ocurrió, estás permanentemente temeroso, rabioso o sintiéndote culpable o avergonzado fácilmente?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
7. Disminución de interés en actividades						
<i>¿Desde que ____ ocurrió, te sientes muy aburrido? ¿Las cosas no son tan divertidas como antes? ¿Has dejado de participar en actividades que antes hacías habitualmente?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
8. Sentimientos de desapego o distanciamiento						
<i>¿Te cuesta trabajo confiar en las personas? ¿Te sientes más solo que antes? ¿Cómo si no te gustara estar con la gente como antes? ¿Te sientes sólo incluso cuando estas con otras personas? ¿Te has distanciado de tu familia, amigos?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
9. Incapacidad de experimentar emociones positivas						
<i>¿Se te dificulta decir o expresar que estás alegre o quieres a alguien? ¿Cuando algo agradable pasa, te sientes feliz? ¿Tan feliz como antes o menos?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
10. Irritabilidad o estallidos de enojo						
<i>¿Después de que _____ ocurrió, te sentías muy irritado o enojado? ¿Hacías muchas rabietas, pataletas? ¿o insultabas o le pegabas a otros de manera exagerada?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
11. Comportamiento imprudente o autodestructivo						
<i>¿Desde que ____ ocurrió, sientes que te arriesgas más hasta el punto que realmente corres peligro? ¿usas en exceso alcohol? ¿has comenzado a usar alguna droga? Has pensado o intentado dañar tu cuerpo o matarte?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

12. Hipervigilancia						
Desde que ocurrió____ ¿eres más cuidadoso? ¿Sientes que tienes que vigilar todo lo que ocurre a tu alrededor? ¿revisas dos veces las puertas o ventanas para asegurarte de que estén cerradas?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
13. Sobresaltos						
¿Desde que ____ocurrió, estás más nervioso(a)? ¿Los pequeños ruidos te espantan? ¿Te han dicho que estás más asustadizo(a)?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
14. Dificultad para concentrarse						
¿Tienes problemas para concentrarte, mantener tu mente en lo que estás haciendo? ¿Te es más difícil hacer tu tarea o leer desde que ____ocurrió? ¿Alguien te lo ha dicho?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
15. Insomnio						
¿Después de que____ ocurrió, tuviste problemas para quedarte o mantenerte dormido? ¿Cuánto tiempo tardabas en quedarte dormido? ¿Te movías mucho mientras dormías? ¿Te despertabas durante la noche?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
16. 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/Trabajo:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
17. Duración (en semanas)						
Criterio: La duración de los síntomas es mayor a un mes (Cuando es menor a un mes y mayor a 3 días se debe considerar Trastorno por Estrés Agudo).	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nota: Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: medicamentos o alcohol) o a otra afección médica.

18. Evidencia de Trastorno de Estrés Postraumático

Criterios según DSM-5

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

- (1) Experiencia directa del evento(s) traumático(s).
- (2) Testigo directo del evento(s).
- (3) Conocimiento de que el evento(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo.
- (4) Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (por ejemplo: equipos de respuesta inmediata). Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos ni televisión.

B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas intrusivos que comienzan después del evento(s) traumático(s):

- (1) Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos. Nota: se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
- (2) Sueños angustiosos recurrentes. Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
- (3) Reacciones disociativas (por ejemplo: flashbacks; Nota: En los niños pueden incluir, la representación específica del evento traumático en el juego).
- (4) Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolicen el evento(s) traumático(s)
- (5) Reacciones fisiológicas intensas a claves internas o externas que simbolicen o se parezcan a aspectos del evento(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) evidenciado por la presencia de una o las dos siguientes:

- (1) Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del evento(s) traumático(s).
- (2) Evitación o esfuerzos para evitar claves externas (por ejemplo: personas, lugares) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos.

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que se evidencian por la presencia de dos (o más) de las siguientes:

- (1) Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s).
- (2) Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas (por ejemplo: "Estoy mal" , "El mundo es muy peligroso" .
- (3) Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) (por ejemplo: culpa)
- (4) Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, rabia, culpa o vergüenza).
- (5) Anhedonia.
- (6) Sentimientos de desapego de los demás.

Sumario EA

0 1 2

Sumario EMSP

0 1 2

(7) Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (por ejemplo: amor y felicidad).

E. Presencia de al menos dos de los elementos asociados al aumento de la alerta:

(1) Conductas irritables o agresivas.

(2) Conductas imprudentes o autodestructivas.

(3) Hipervigilancia.

(4) Respuesta de sobresalto exagerada. (5) Problemas de concentración.

(6) trastornos del sueño (por ejemplo: insomnio de conciliación o de mantención, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro funcional.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Evidencia de Especificadores:

Con síntomas disociativos: Se cumplen los criterios para el TEPT y además, el individuo presenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las siguientes características

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal.

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de sustancias.

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento.

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

Fin de Trastorno por Estrés Postraumático

Trastornos de la Eliminación/ Excreción

Enuresis

Integración diagnóstica completa en el Tamizaje

1. Micciones repetidas P N S

Niño o Adolescente:

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

1a. Noches

¿Con qué frecuencia te ocurre por las noches?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 0 | 0 | Sin información |
| 1 | 1 | 1 | Ausente |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: Menos de 2 veces por semana, durante menos de 3 meses consecutivos. |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: Dos veces o más por semana durante 3 meses o más consecutivos. |

Especifique: _____

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

1b. Día

¿Con qué frecuencia te ocurre durante el día?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 0 | 0 | Sin información |
| 1 | 1 | 1 | Ausente |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: Menos de 2 veces por semana, durante menos de 3 meses consecutivos. |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: Dos veces o más por semana durante 3 meses o más consecutivos. |

Especifique: _____

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

1c. Total	0	0	0	Sin información
Estime la frecuencia de los accidentes diurnos y nocturnos	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Menos de 2 veces por semana, durante menos de 3 meses consecutivos.
Especifique: _____	3	3	3	Umbral: Dos veces o más por semana durante 3 meses o más consecutivos.
Nota: No califique como umbral si la enuresis es debida a otra condición médica.				Duración del síntoma: _____
				Pasado: P (___) N (___) S (___)
				Duración del síntoma: _____

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

__Si recibió una calificación de 3 o más en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete las preguntas de la siguiente página.

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

Continuación de Enuresis

1. Molestia o tensión

Niño o Adolescente:

¿Qué hacías cuando tenías estos accidentes? ¿Le decías a tu mamá? ¿A tu maestro? ¿Qué es lo que hacían? ¿Los niños de tu escuela sabían que tenías estos accidentes? ¿Qué tanto te molestaba cuando tenías un accidente?

Deterioro: (hogar, escuela, compañeros)

Duración: (Especifique)

2. Evidencia de Enuresis

Crterios según DSM-5

A. Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada)

B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o nivel de desarrollo equivalente)

D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia ni otra enfermedad médica.

Especificador de Tipo

Sólo nocturna: emisión de orina sólo durante el sueño nocturno.

Sólo diurna: emisión de orina sólo durante las horas de vigilia.

Nocturna y diurna: combinación de los dos tipos anteriores.

	Sumario EA			Sumario EMSP		
	0	1	2	0	1	2
	0	1	2	0	1	2
A. Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada)						
B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo						
C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o nivel de desarrollo equivalente)						
D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia ni otra enfermedad médica.						
Sólo nocturna: emisión de orina sólo durante el sueño nocturno.	0	1	2	0	1	2
Sólo diurna: emisión de orina sólo durante las horas de vigilia.	0	1	2	0	1	2
Nocturna y diurna: combinación de los dos tipos anteriores.	0	1	2	0	1	2

Fin de Enuresis

Encopresis

Integración diagnóstica completa en el Tamizaje

1.Excreción continua de heces

Niño o Adolescente:

Algunos niños tienen accidentes y ensucian su cama cuando están dormidos. ¿Alguna vez te ha ocurrido eso? ¿Alguna vez has tenido accidentes y has hecho popo o caca en tus pantalones? ¿Cuando tienes mucho miedo o porque no pudiste ir al baño por alguna razón? ¿Qué clase de accidentes has tenido? ¿Te hiciste pis o caca?

Nota: Solo puntúa positivo si hay deposiciones en la ropa interior del paciente

	P	N	S	
1a.- Noche				
¿Con qué frecuencia te ocurre por las noches?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral Menos de 1 vez al mes o menos de 3 meses consecutivos
Especifique: _____	3	3	3	Umbral: 1 o más veces por mes durante al menos 3 meses

Duración del síntoma:

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

Duración del síntoma:

1b.- **Día**

	P	N	S	
¿Con qué frecuencia te ocurre durante el día?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Menos de 1 vez al mes o menos de 3 meses consecutivos
Especifique: _____	3	3	3	Umbral: 1 o más veces por mes durante al menos 3 meses

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

	P	N	S	
1c.- Total				
	0	0	0	Sin información.
Estime el número total de accidentes diurnos y nocturnos	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Menos de 1 vez al mes o menos de 3 meses consecutivos
Especifique: _____	3	3	3	Umbral: 1 o más veces por mes durante al menos 3 meses
				Duración del síntoma: _____
				Pasado: P (___) C (___) S (___)
				Duración del síntoma: _____

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

__Si recibió una calificación de 3 o más en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete las preguntas de la siguiente página.

__Si no hay evidencia de Encopresis, continúe a Trastornos de la Conducta disruptiva

Continuación de Encopresis

1. Molestia o Tensión

Niño o Adolescente:

¿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 molesta cuando tienes un accidente?

Deterioro: (hogar, escuela, compañeros)

Duración: (Especifique)

2. Evidencia de Encopresis

Criterios según DSM-5

A. Evacuación de heces en lugares inadecuados, sea involuntaria o intencionada.

B. Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.

C. La edad cronológica es por lo menos 4 años (o nivel de desarrollo equivalente)

D. El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

Codificador de estreñimiento

Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento: Existe evidencia de estreñimiento en la exploración física o en la historia clínica.

Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento: No existe evidencia de estreñimiento en la exploración física o en la historia clínica.

	Sumario EA			Sumario EMSP		
	0	1	2	0	1	2
A. Evacuación de heces en lugares inadecuados, sea involuntaria o intencionada.						
B. Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.						
C. La edad cronológica es por lo menos 4 años (o nivel de desarrollo equivalente)						
D. El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.						
Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento: Existe evidencia de estreñimiento en la exploración física o en la historia clínica.	0	1	2	0	1	2
Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento: No existe evidencia de estreñimiento en la exploración física o en la historia clínica.	0	1	2	0	1	2

Fin de Encopresis

Trastornos de la Conducta Disruptiva y del Control de los Impulsos

Trastorno Negativista Desafiante

1. Pierde la calma	P	N	S	
Niño o Adolescente:	0	0	0	Sin información.
<i>¿En algún momento te has enojado con facilidad y has perdido la calma? ¿Es difícil que te enojas?</i>	1	1	1	Ausente
<i>¿Con qué frecuencia te enojas realmente o te molestas y pierdes el control? ¿Cómo eras o eres cuando tienes una rabieta? ¿Qué hacías o haces?</i>	2	2	2	Subumbral: En ocasiones tiene estallidos severos. Menos de una vez por semana, durante menos de 6 meses.
Nota: Asegurarse que se trata de un “estallido temperamental” (berrinche). Grita, se avienta, tira cosas, da portazos, etc.	3	3	3	Umbral: Manifestaciones casi diarias no tan severas o manifestaciones severas al menos una vez por semana, que no concuerden a lo esperado para el nivel de desarrollo o que causen disfunción por lo menos durante los últimos 6 meses.

Papás:

¿Cómo pierde la calma? ¿En dónde pierde el control? ¿Qué hace cuando pierde el control?

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2. Discute Demasiado con Adultos y/o Figuras de Autoridad	P	N	S	
Niño o Adolescente:	0	0	0	Sin información.
<i>¿Hubo algún momento en el que discutías demasiado con adultos? ¿Con tus padres o maestros? ¿Qué clase de cosas discutías con ellos?</i>	1	1	1	Ausente.
<i>¿Discutías demasiado con ellos? ¿Qué tan fuertes eran las peleas? ¿Tenías disputas con ellos?</i>	2	2	2	Subumbral: En ocasiones discute con los padres y/o maestros; menos de una vez por semana o durante menos de 6 meses.
Nota: Discutir incluye incapacidad para comprometerse, ceder o negociar con adultos o con los pares.	3	3	3	Umbral: Con frecuencia discute con sus padres y/o maestros (al menos una vez por semana). Las discusiones son más frecuentes y más intensas que las esperadas de acuerdo a la edad por lo menos durante los últimos 6 meses.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

3. Hiriente o Vengativo

P N S

Niño o Adolescente:

¿Te gusta decir cosas que lastiman a los demás?

0 0 0 Sin información.

¿Hieres a otros al hablar dándote o no cuenta?

1 1 1 Ausente

¿Cuando alguien te hace algo injusto, planeas vengarte a como dé lugar? ¿Llevas a cabo un plan de venganza? ¿Me puedes dar algunos ejemplos? Si un hermano o amigo hacen algo para meterte en problemas o hacerte enojar ¿Te vengarías de ellos? ¿Esto te ha pasado antes? ¿Qué tan seguido?

2 2 2 Subumbral: Algunas veces deja pasar las cosas / ocasionalmente es vengativo. Rencoroso o vengativo menos de 2 ocasiones en los últimos 6 meses.

Papás:

¿Su hijo es hiriente al hablar con usted, otros adultos o compañeros? ¿Ha tenido problemas en la escuela o en la casa por ser hiriente o vengativo?

3 3 3 Umbral: Es hiriente o vengativo una vez por semana o más durante los últimos 6 meses; Es más hiriente que cualquier niño de su edad.

Nota 1: Se debe tener en cuenta que las conductas hiriente y/o vengativas deben estar presentes al menos 6 meses.

Duración del síntoma:

Nota 2: Si el niño es menor de 5 años este criterio debe estar presente la mayor parte de los días al menos seis meses, si es mayor de cinco años la conducta debe estar presente al menos una vez por semana al menos seis meses.

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

__ Si obtuvo una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual del Trastorno Negativista Desafiante del suplemento #4, trastornos de la Conducta Disruptiva y del Control de los Impulsos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Si obtuvo una calificación de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección del pasado del Trastorno Negativista Desafiante del suplemento #4 trastornos de la Conducta Disruptiva y del Control de los Impulsos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de Trastorno Negativista Desafiante.

Notas: (Registre las fechas de posible Trastorno Negativista Desafiante actual o pasado).

Trastorno Explosivo Intermitente

Integración diagnóstica completa en el Tamizaje

1a. Conductas explosivas recurrentes: verbal y/o física **SIN** destrucción o daño P N S

Considere como **agresión verbal**: berrinches, insultos, discusiones o peleas verbales.

Considere como **agresión física** aquella que **NO** causa destrucción de propiedad y/o daño físico a los animales o personas.

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

1 1 1 Ausente: No presenta ataques de ira/rabia con agresión.

Niño o Adolescente:

¿Has tenido momentos en que reaccionas fuertemente con tus padres, compañeros o alguna persona? ¿Sentías en ese momento que no tenías control? ¿En algún ataque de rabia insultaste o dijiste cosas hirientes a otros? ¿Te puedes controlar en el momento de un ataque de ira? ¿Te han dicho que pierdes el control, o que no sabes controlar tus reacciones de ira (rabia)?

2 2 2 Subumbral: Presenta ataques desproporcionados de ira/rabia con agresiones verbal o física, menos de dos por semana o por menos de 3 meses.

3 3 3 Umbral: Presenta ataques desproporcionados de ira/rabia con agresiones verbal o física, en 2 o más ocasiones por semana durante al menos los últimos 3 meses.

¿En alguna reacción de enojo perdiste el control y empujaste o golpeaste a alguien?

¿Alguna vez planeaste reaccionar de una determinada manera, si alguien te hacía algo?

Papás:

¿Cree que su hijo busca algo con esas reacciones? ¿Cree que de alguna manera las reacciones de su hijo son planeadas o premeditadas?

Duración del síntoma:

Nota 1: Las explosiones o arrebatos de comportamiento agresivo deben ser recurrentes, provocados por la ira y desproporcionados con respecto a la provocación o factor estresante psicosocial desencadenante.

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Nota 2: Considere positivos únicamente las explosiones o arrebatos sin premeditación, como también aquellos ataques que no persiguen algún beneficio tangible (Ej. dinero u otros).

Duración del síntoma:

Nota 3: Considere que para realizar el diagnóstico de Trastorno Explosivo Intermitente el individuo debe tener una edad cronológica de al menos **seis años** (o grado de desarrollo equivalente).

Especificar:

Agresión verbal : _____

Agresión física personas (sin daño): _____

Agresión física animales (sin daño): _____

Agresión física propiedad (sin destrucción): _____

1b. Conductas explosivas intermitentes: Agresión física CON destrucción o daño

P N S

Agresión física a propiedad, animales o personas, que **SI causa destrucción de propiedad y/o daño físico a los animales o personas.**

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

Niño o Adolescente:

¿En alguna reacción de enojo (ira o rabia), perdiste el control y empujaste o golpeaste a alguien?

1 1 1 Ausente: No presenta ataques de explosiones o arrebatos con agresión física.

¿En alguna reacción causaste una herida física a una persona? ¿Qué le hiciste?

2 2 2 Subumbral: Ha tenido hasta 2 ataques de explosiones o arrebatos desproporcionados con agresiones físicas que causaron destrucción o daño en un periodo de 12 meses. O más ataques por un periodo menor a los 12 meses.

¿Has herido algún animal en uno de esos ataques de ira?

¿Qué le sucedió al animal? ¿Alguna vez reaccionaste con enojo (ira o rabia) tirando, golpeando o dañando algo material? ¿En esos ataques de ira has dañado cosas tuyas? ¿Has tenido ataques de ira en los que destruiste algo de otras personas? ¿Qué sucedió? ¿Has tenido problemas legales por estos ataques de ira? ¿cuál es el valor aproximado de los daños causados por estos ataques de rabia?

3 3 3 Umbral: Ha presentado al menos 3 ataques de explosiones o arrebatos desproporcionados con agresiones físicas que causaron alguna herida o daño a personas o animales, y/o causaron destrucción de propiedad en un periodo de 12 meses.

Papás:

¿Piensa Usted que su hijo pierde el control durante esos ataques de enojo (ira o rabia)?

¿Cree que su hijo busca algo con esas reacciones? ¿Cree que de alguna manera son planeadas o premeditadas?

¿Cree que su hijo reaccionó por venganza?

Duración del síntoma:

Nota 1: Las explosiones o arrebatos de comportamiento agresivo deben ser recurrentes, provocados por la ira y desproporcionados con respecto a la provocación o factor estresante psicosocial desencadenante.

Nota 2: Considere positivos únicamente las explosiones o arrebatos sin premeditación, como también aquellos ataques que no persiguen algún beneficio tangible (Ej. dinero u otros).

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

Nota 3: Considere que para realizar el diagnóstico de Trastorno Explosivo Intermitente el individuo debe tener una edad cronológica de al menos seis años (o grado de desarrollo equivalente).

Especifique:

La agresión física causó daño a alguna persona: _____

La agresión física causó daño a algún animal: _____

La agresión física causó destrucción de algún objeto o propiedad: _____

Nota: Este trastorno **si** puede coexistir con los siguientes diagnósticos: Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno de la Conducta (Disocial), Trastorno Negativista Desafiante y/o Trastorno del Espectro Autista, siempre y cuando los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes superen a los que habitualmente se observaría en dichos trastornos.

Continuación del Trastorno Explosivo Intermitente

2. Reacción agresiva desproporcionada.

P N S

Pregunte con respecto a los ítems positivos de las preguntas 1 y 2 del tamizaje, sobre ataques de agresión verbal y física. La magnitud de la agresividad expresada durante los ataques debe ser claramente desproporcionada con respecto a la provocación o situación psicosocial estresante (precipitante).

0 0 0 Sin información.
 1 1 1 Ausente: No presenta ataques de ira/rabia.
 2 2 2 Subumbral: Las explosiones con agresión verbal o física no son claramente desproporcionadas con respecto al factor desencadenante.

Niño o Adolescente:

¿Piensas que las explosiones que has tenido son demasiado fuertes para lo que realmente los provocó? ¿Crees que esas reacciones son desproporcionadas para lo que estaba sucediendo? ¿Crees que otros jóvenes reaccionan de igual manera que tu, ante las cosas que me has dicho? ¿Alguna vez has sentido que cosas insignificantes (pequeñas) te producen una ira/rabia inmensa? ¿Te han dicho explotas de forma exagerada?

3 3 3 Umbral: Las explosiones verbales o físicas son bastante desproporcionadas con relación al factor estresante psicosocial desencadenante.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N(___) S (___)

Duración del síntoma:

Papás:

¿Alguna de esas discusiones o peleas fueron por razones insignificantes? ¿Piensa Usted que las reacciones de su hijo son demasiado fuertes, y son desproporcionadas para la situación o evento que las desencadena? ¿Los estímulos que causan las reacciones, son considerados por otros como "menores" o insignificantes?

Códigos: 0 = sin información, 1 = No, 2 = Si

Otros Criterios

3. Edad

Niño o Adolescente:

¿Qué edad tenías cuando empezaste a tener estas reacciones?

¿Tenías estas reacciones de ira en el jardín de niños?

¿En qué año de la escuela o ciclo escolar estabas cuando empezaron estas reacciones?

Especifique: _____

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

Califique si el sujeto tiene una edad cronológica de **al menos 6 años** (o el nivel de desarrollo equivalente).

4. Duración de la agresión física SIN destrucción o daño. Niño o Adolescente: <i>¿Por cuánto tiempo has tenido problemas (liste los ítems positivos en la pregunta 2 sobre agresión física)?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Respuesta: 2 días a la semana por 3 meses o más						
5. Duración de la agresión física CON destrucción o daño. Niño o Adolescente: <i>¿Por cuánto tiempo has tenido problemas (liste los ítems positivos en la pregunta 1)?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Respuesta: 3 arrebatos que produzcan daño o destrucción en 12 meses o más						
6. Duración de la agresión verbal <i>¿Por cuánto tiempo has tenido problemas (liste los ítems positivos en la pregunta 2 sobre agresión verbal)?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Respuesta: 3 meses o más						

Códigos: 0 = sin información, 1 = No, 2 = Si

7. Deterioro	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
Los ataques de ira/rabia han causado repercusiones en alguno de los siguientes niveles:						
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. Malestar Individual: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
e. Consecuencias Económicas: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
f. Consecuencias Legales: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

Códigos: 0 = sin información, 1 = No, 2 = Si

	Sumario EA	Sumario EMSP
8. Los síntomas no son atribuibles en su totalidad a otro trastorno mental (por ejemplo: trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno por pobre regulación del ánimo, trastorno psicótico, personalidad antisocial, trastorno límite de personalidad).	0 1 2	0 1 2
9. Los síntomas no son atribuibles en su totalidad a los efectos de sustancias, alcohol, o alguna medicación.	0 1 2	0 1 2
10. Los síntomas no son atribuibles en su totalidad a una enfermedad neurológica.	0 1 2	0 1 2
11. Los síntomas no deben ocurrir como parte de un trastorno de ajuste.	0 1 2	0 1 2

Códigos: 0 = sin información, 1 = No, 2 = Si

	Sumario EA	Sumario EMSP
12. Evidencia de TEI	0 1 2	0 1 2
Criterios según DSM-5		
1.- Cumple los criterios (puntuación 3) sobre falta de control de impulsos, recurrente, manifestada por ataques de agresión verbal y/o física sin daño ni destrucción durante al menos 3 meses; o manifestada por agresión física que ocasiona destrucción de propiedad o daño físico a personas o animales, durante al menos 12 meses.		
2. La magnitud de las reacciones o ataques de ira/rabia es desproporcionada frente a los estímulos desencadenantes.		
3. Los ataques de ira/rabia no son premeditados ni persiguen algún beneficio tangible.		
4. Los ataques agresivos recurrentes generan una incomodidad marcada en el individuo o una alteración en el desempeño ocupacional o interpersonal, o esta asociado a consecuencias económicas o legales.		
5. El sujeto tiene una edad cronológica de al menos 6 años (o el nivel de desarrollo equivalente).		
6. Los ataques agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental, y no son atribuibles a otra condición médica o al efecto fisiológico de una sustancia. (Nota: Para sujetos entre los 6 a 18 años, el comportamiento agresivo no ocurre como parte de un trastorno del ajuste).		

Fin de Trastorno Explosivo Intermitente

Trastorno de la Conducta (Disocial)

1. Molesta, amenaza o intimida a otros

Niño o Adolescente:

¿Alguna vez algún niño te ha hecho enojar demasiado?

¿En ocasiones les haces algo? ¿Como qué? ¿Los

insultas? ¿Alguna vez has molestado o amenazado a otros para que hagan algo por ti?

Que tan frecuente haces estas cosas:

__ Les pones apodos a los otros niños.

__ Amenazas con dañarlos

__ Empujas

__ Les mete el pie

__ Les pegas "zapes" o cachetadas.

__ Les quitas las cosas de las manos.

__ Haces que otros niños hagan cosas por ti.

P N S

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: Ocasionalmente molesta, amenaza o intimida.

3 3 3

Umbral: Molesta, amenaza o intimida diario, casi todos los días o varias veces por semana.

Duración del síntoma:

Nota: No se debe tomar en cuenta la rivalidad normal entre hermanos

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2. Mentiras y engaños

Todo mundo miente, algunos niños dicen mentiras para exagerar, otros para no meterse en problemas, algunos otros mienten para hacerles trampa o engañar a otros.

Niño o Adolescente:

¿Hubo algún momento en que le dijiste mentiras a tus amigos? ¿A tu maestro? ¿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 abusivo? ¿Se han quejado de que rompes tus promesas con frecuencia? ¿Con qué frecuencia mientes?

P N S

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Mentiras ocasionales, miente un poco más que un niño de su edad/grado de desarrollo.

3 3 3

Umbral: Miente frecuentemente, múltiples veces a la semana con la finalidad de engañar o estafar.

Duración del síntoma:

Nota: Solo marcar positivo si hay evidencia de que las mentiras tenían la intención de engañar o estafar.

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

3. Inicio de peleas físicas

Niño o Adolescente:

¿Te has peleado a golpes?

¿Quién empieza las peleas normalmente?

¿Cuál fue la peor pelea en la que has estado?

¿Qué pasó?, ¿Alguien salió herido?

¿Alguna vez has golpeado a algún maestro?, ¿A tus padres u otro adulto?

¿Qué tan seguido peleas?

¿Alguna vez has intentado o has querido matar a alguien?

P N S

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Pelea solo con sus compañeros. Las peleas no han terminado con lesiones severas hacia los demás (ejem. sin necesidad de intervención médica, suturas, etc.)

3 3 3

Preguntar sobre lo siguiente:

1 – Forma parte de una pandilla o banda. ¿Alguno o algunos de tus amigos están en una pandilla?, “Los panchos”, “los vatos”, “_____”, o alguna otra pandilla?

Marcar positivo si es parte de una pandilla.

2 – Intento de homicidio: ¿Alguna vez has tenido pensamientos muy intensos sobre querer matar a alguna o algunas personas?, ¿Tienes alguna pistola o algún tipo de arma? ¿Lo has intentado alguna vez?

Marcar positivo si hubo intento de homicidio.

Nota: Tomar en cuenta la cultura, el vecindario y el contexto.

Umbral: Reporta participación en múltiples peleas, con una o más peleas que terminan con lesiones severas hacia el compañero. O reporta al menos una pelea en la que se involucra a un adulto. (ejem. maestro, padre).

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

4. Robo sin violencia	P	N	S	
Niño o Adolescente:				
<i>¿En el último año, has robado algo / qué es lo más costoso que has robado? ¿Qué otras cosas has robado? ¿De quién? ¿De qué tiendas? ¿Has robado algún juguete de una tienda? ¿Dinero de tu mamá? ¿Algo más? ¿Con qué frecuencia has robado cosas?</i>	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Ha robado sin confrontar a la víctima en una sola ocasión.
	3	3	3	Umbral: Ha robado sin confrontar a la víctima en dos o más ocasiones en los últimos 6 ó 12 meses

Nota: Contar solo los robos de valor excepcional, EXCEPTO: múltiples robos de cosas pequeñas en casa.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

5. Ausentismo escolar (Novillos/Pintas)	P	N	S	
Niño o Adolescente:				
<i>¿Alguna vez no has ido a la escuela y tus padres no se enteraron?</i>	0	0	0	Sin información
<i>¿Alguna vez fuiste a la escuela y te saliste de clases cuando se suponía que no debías de hacerlo?</i>	1	1	1	Ausente
<i>¿Alguna vez llegaste tarde a la escuela con toda la intención de hacerlo?</i>	2	2	2	Subumbral: Se ha escapado o no asistió a clases cuando se esperaba que lo hiciera en 1 sola ocasión.
<i>¿Has faltado a clases en la mañana? ¿Esto te ha metido en problemas?, ¿Qué tan frecuente?</i>	3	3	3	Umbral: Se ha escapado o no asistió a clases cuando se esperaba que lo hiciera en diversas ocasiones (ejem. 2 o más ocasiones).

Para adolescentes: *¿Qué edad tenías la primera vez que te saliste de clases o dejaste de ir a la escuela?*

Duración del síntoma:

Nota: Solo marcar positiva si los incidentes de salirse de clases (“pinta”) comenzaron antes de los 13 años, además, el faltar a la escuela provoca perder una parte importante o todo el día de clases a pesar de los esfuerzos realizados por los padres para que asista.

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

**6. Especificador:
Emociones Prosociales Limitadas (EPL) (Callo Emocional)**

P N S

Nota:
Al ser un especificador nuevo en el DSM-5, se ha incluido en el tamizaje para interrogarlo en todos los pacientes y evaluar su presentación trans-diagnóstica.

Presenta al menos 2 de las siguientes características persistentemente durante los últimos 12 meses en múltiples relaciones y escenarios.
Marque con un X los síntomas que se encuentran presentes.

0 0 0 Sin información

1. Remordimiento o culpa limitada

1 1 1 Ausente

Niño o Adolescente:

¿Reconoces tu culpa cuando haces algo malo? ¿Te sientes arrepentido?

Papás: ¿Su hijo reconoce sus errores?

2 2 2 Subumbral: Se presenta una característica de EPL

2. Empatía limitada

3 3 3 Umbral: Se presentan dos o más características de EPL

Niño o Adolescente:

¿Eres capaz de ponerte en los zapatos del otro? ¿Eres sensible al dolor ajeno? ¿Qué te pasa cuando ves a un niño o adulto golpear a otro niño o a un animal? ¿Qué haces cuando ves a otro niño o adolescente triste o enojado?

Papás: ¿Su hijo ayuda libremente cuando se requiere o es necesario pedirle? ¿Colabora con trabajos en la casa cuando se pide su ayuda? ¿Se conmueve su hijo cuando ve escenas tristes en las películas? ¿Necesita ser contenido cuando ve a otro niño que está sufriendo? ¿Su hijo se preocupa frente a la angustia que le pueden producir a ustedes sus conductas como que no llegue a casa?

Duración del síntoma:

3. Bajo interés en su desempeño en la escuela, trabajo y otras actividades importantes.

Niño o Adolescente:

¿Te interesa tener buenas calificaciones? ¿Te esfuerzas en tus actividades deportivas o en tus trabajos de la escuela?

Papás: ¿Su hijo es de los chicos que flojean todo el año y al final se esfuerzan y tratan de ponerse al día? ¿Aunque tenga habilidades le interesa poco esforzarse?

Pasado: P () N () S ()

4. Afecto superficial o deficiente. (Poca resonancia y simulación del afecto)

Niño o Adolescente:

¿Eres encimoso o explosivo con tus emociones hacia los demás? ¿Se te dificulta expresar tus emociones? ¿Eres cariñoso con los demás solo cuando quieres conseguir algo a cambio?

Papás: ¿Su hijo es encimoso o explosivo a la hora de expresar sus sentimientos? ¿Su hijo expresa sus emociones según le conviene para obtener ganancia o para no mostrar lo que realmente siente?

Duración del síntoma: _____ del

NOTA: Sus despliegues emocionales generalmente dejan a los observadores cuidadosos con la impresión de que está actuando y que poco del significado real de sus emociones está debajo de la superficie. Sus estados afectivos son dramáticos, superficiales, de breve duración y despreciables más que profundamente sentidos y maduros.

Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de los reactivos 1 al 5, complete la sección actual de Trastorno de Conducta Disocial del Suplemento #4, Trastornos de la Conducta Disruptiva y del Control de los Impulsos, después de finalizar el tamizaje inicial.

 Si recibió un puntaje de 3 en la evaluación del pasado de los reactivos 1 al 5, complete la sección del pasado de Trastorno de Conducta Disocial del Suplemento #4, Trastornos de la Conducta Disruptiva y del Control de los Impulsos, después de finalizar el tamizaje inicial.

 Sin evidencia de Trastorno de Conducta Disocial.

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

Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos

Uso de Tabaco/Cigarros

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

	Padre	Niño	Sumario
1. Uso			
1a. Ha fumado cigarrillo/tabaco	0 1 2	0 1 2	0 1 2
1b. Ha mascado tabaco	0 1 2	0 1 2	0 1 2
1c. Ha fumado (o mascado) tabaco diariamente por 1 mes o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2

Si ha fumado, anote la edad del primer consumo de cigarrillo/tabaco:

_____ (años)

__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 del uso cigarrillo/tabaco			
2a. Número actual (cigarros/día)	_____	_____	_____
2b. Mayor cantidad (cigarros/día)	_____	_____	_____
Edad en que fumó la mayor cantidad de cigarrillos/tabaco: _____ (años)	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. Edad del primer uso regular, en meses: _____ (meses)			
4. Intentos de dejar de fumar <i>¿Has intentado dejar de fumar alguna vez?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2

5. Ha dejado de fumar	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>¿Has dejado de fumar durante varias semanas?</i>	_____	_____	_____
6. Si la respuesta anterior es sí, registre el mayor número de meses sin fumar			

Anotación: _____

Abuso de Alcohol

(0= Sin información; 1= No; 2= Si)

Comience esta sección con una breve entrevista semiestructurada (2-3 minutos) para obtener información con respecto a los hábitos en el consumo de bebidas alcohólicas.

Prueba: ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una copa? ¿Cuál es tu bebida favorita? ¿Tienes algún grupo de amigos con los que usualmente bebes, o usualmente bebes solo? ¿Dónde bebes generalmente? ¿En la casa? ¿En las fiestas? ¿En la casa de algún amigo? ¿En la calle? ¿En bares? ¿Existe alguna ocasión especial en la que te guste beber más que en otros momentos? ¿Bailes de la escuela u otras fiestas? ¿Qué edad tenías cuando empezaste 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 bebieras dos copas?

	Padre	Niño	Sumario
1. Uso			
a. Bebe dos copas en una semana, cuatro o más veces. (una bebida equivale a 355 ml de una lata de cerveza, 150 ml de una copa de vino o 45 ml de un vaso tequilero de licor)	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Edad del primer consumo regular	_____	_____	_____
c. Frecuencia actual de uso (días al mes)	_____	_____	_____
d. ¿Alguna vez te has tomado más de 3 copas en un día?	0 1 2	0 1 2	0 1 2

2. Problemas relacionados con la escuela

0 1 2

0 1 2

0 1 2

Niño o Adolescente:

¿Alguna vez has tenido problemas en tu casa, por estar bebiendo? ¿Con tus padres? ¿Con tus actividades escolares o trabajo escolar? ¿Con tus maestros? ¿Con tus amigos? ¿Con un trabajo? ¿Alguna vez te has metido en problemas mientras estas bebiendo?

3. Tratamientos previos por problemas con el alcohol

0 1 2

0 1 2

0 1 2

¿Has recibido tratamiento por tus problemas con el alcohol?

Especifique fecha y tratamiento:

Notas:

__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.

Continuación de Consumo de Alcohol

1. Cantidad

P N S

¿Cuál ha sido la mayor cantidad de alcohol que has bebido en un día? ¿Cuándo fue eso? ¿En los últimos 6 meses, cuánto ha sido lo más que has bebido en un día?

0 0 0 Sin información.

1 1 1 1-2 copas.

2 2 2 3 o más copas

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2. Frecuencia

P N S

¿Hasta cuántos días en una semana 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.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

3. Preocupación de otros por la bebida

P N 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

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

__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, Consumo de Sustancias y Otros Trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__Si recibió una calificación de 2 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección del pasado de abuso de drogas del Suplemento #5, Consumo de Sustancias y Otros Trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__Sin evidencia de Consumo de Alcohol.

Notas: (Registre las fecha de posible consumo de alcohol actuales y del pasados).

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/adolescente la **naturaleza confidencial** de la entrevista **antes de iniciar** con las preguntas (si es apropiado).

1. Uso de Drogas

¿Alguna vez has probado alguna de las drogas de la lista en el pasado, aunque solo las hayas probado una vez? ¿Cuáles has usado?

	Padre			Niño			Sumario		
1a. Cannabis									
Marihuana, pot, hachís, kripy, THC.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
1b. Estimulantes									
Speed, Uppers, anfetaminas, dexedrina, pastilla de dieta, crystal meth.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
1c. Sedantes / Hipnóticos / Ansiolíticos									
Barbitúricos, benzodiacepinas, "Reinas" Valium, Tafil, "roches", etc..	0	1	2	0	1	2	0	1	2
1d. Cocaína									
Cocaína, crack, perico, basuco.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
1e. Opioides									
Heroína, morfina, codeína, metadona, demerol, percodan, oxicontin.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
1f. PCP									
Polvo de ángel.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
1g. Alucinógenos									
Psicodélicos, LSD, peyote, hongos, "ácidos".	0	1	2	0	1	2	0	1	2

1h. Solventes / Inhalantes

Pegamento, gasolina, cloroformo, éter, 0 1 2 0 1 2 0 1 2
 pintura, resistol, "monas".

1i. Otros

Drogas prescritas, óxido nitroso, éxtasis 0 1 2 0 1 2 0 1 2
 (tachas) MDA, etc.

Especifique: _____

1j. Polisustancia

(califique el uso combinado de estas 0 1 2 0 1 2 0 1 2
 sustancias)

__ 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, aquí concluye el tamizaje y deberá pasar a los suplementos a completar.

Continuación de Uso 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 que usaste más ____?

Código:

0= Sin información

1= Ausente

2= Menos de una vez al mes.

3= Más de una vez al mes.

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
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

	Padre			Niño			Sumario		
2. Problemas relacionados con el uso/abuso de sustancias	0	1	2	0	1	2	0	1	2

¿El consumo de _____, te ha causado problemas en tu casa? ¿Con tus padres? ¿Con tu deberes escolares? ¿Con los profesores? ¿Con tus amigos? ¿Con algún trabajo? ¿Te has metido en algún problema con la policía mientras consumías?

Nota: _____

__ Si recibió una calificación de 3 en el reactivo de frecuencia actual de cualquier droga, complete la sección actual de abuso de sustancias del suplemento #5, Consumo de Sustancias y Otros Trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Si recibió una calificación de 3 en el reactivo de frecuencia del pasado de cualquier droga, complete la sección del pasado de abuso de sustancias del suplemento #5, Consumo de Sustancias y Otros trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de Consumo de Sustancias.

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

Lista de Drogas

a. Cannabis

Marihuana, café, hierba, "la verde", hachís, THC.

b. Estimulantes

Speed, Uppers, anfetaminas ("anfetas"), dexedrina, pastillas para adelgazar, cristal .

c. Sedantes / Hipnóticos / Ansiolíticos

Barbitúricos (sedantes), benzodiacepinas, "reinas", rivotril "(roche 2)", valium,.

d. Cocaína

Coca, crack, perico, basuco.

e. Opioides

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

f. PCP

Polvo de ángel

g. Alucinógenos

Psicodélicos, LSD, hongos, peyote, papeles, ácidos.

h. Solventes / Inhalantes

Pegamento, gasolina, cloroformo, éter, pintura, "monas", "chemo".

i. Otros

Drogas prescritas, óxido nitroso (poppers), éxtasis, etc.

Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos

Anorexia Nervosa

Nota: comience esta sección con una breve entrevista (2-3 minutos) 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 N S

1. Temor a ser obeso

Niño o Adolescente:

¿Alguna vez has tenido miedo de engordar?

0 0 0 Sin información

¿Pensabas que eras obeso? ¿Has tenido sobrepeso?

1 1 1 Ausente

¿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 inviertes pensando sobre de la comida y te preocupándote por engordar? ¿Si subes un kilo o 2, cambias tus hábitos alimenticios? ¿Dejas de comer por un día o haces algo más?

2 2 2 Subumbral: Temor intenso y persistente a engordar, lo cual no está relacionado con la historia previa o actual de peso, confirmándolo continuamente, etc. El temor tiene un impacto moderado sobre el comportamiento y/o funcionamiento (ejem., los métodos para perder peso son utilizados al menos una vez al mes pero menos de una vez por semana).

Nota: Mantenga en mente el diagnóstico diferencial de un Trastorno Ansioso, TOC y Psicosis

3 3 3 Umbral: Temor intenso y persistente a engordar, lo cual tiene un impacto severo sobre el comportamiento y/o funcionamiento (ejem., preocupación constante en aspectos referentes al peso, o uso de métodos para perder peso una vez por semana o más.)

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2. Emaciación (Adelgazamiento patológico)

P N S

El peso es significativamente bajo con relación a la edad, sexo, el curso del desarrollo y la salud física (consultar tablas de percentilas locales). Si, por observación, existe alguna sospecha de deterioro físico, debe pesar, medir al niño, y observar la tablas percentiles.

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: Peso bajo pero no inferior al mínimo normal esperado. 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 significativamente inferior al mínimo normal esperado. Peso por debajo del 85% del ideal.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N(___) S (___)

Duración del síntoma:

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual de Anorexia Nerviosa del Suplemento #5, Consumo de Sustancias y Otros Trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección del pasado de Anorexia Nerviosa del Suplemento #5, Consumo de Sustancias y Otros Trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__Sin evidencia de Anorexia Nerviosa.

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

Bulimia Nervosa

1. Métodos para perder peso

Niño o Adolescente:

¿Alguna vez has usado pastillas para controlar tu peso? ¿Laxantes o pastillas 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 líquidos sin calorías (té, refrescos dietéticos, café, agua)?

Código:

- 0 Sin información
- 1 Ausente
- 2 Menos de una vez por semana o durante menos de 3 meses consecutivos.
- 3 Una o más veces por semana o durante 3 o más meses consecutivos.

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
a. Utiliza pastillas de dieta	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. Toma laxantes.	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. Toma pastillas (fibra, agua, etc.).	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. Vomita.	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. Hace mucho ejercicio.	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. Sólo consume líquidos no calóricos por una semana o más	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. Con frecuencia combina diversos métodos para bajar de peso	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. Atracciones de Comida o Ataques

P N S

Episodios recurrentes y específicos en los que come de forma excesiva, rápida e incontrolable, comida de nivel calórico elevado, el cual tiene una duración de pocas horas durante el cual el paciente usualmente se esconde, y finaliza con dolores estomacales, vómito o quedándose dormido y que puede ser seguido de ánimo depresivo y baja	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Los atracones se presentan menos de una vez por semana o durante menos de 3

autoestima.

3 3 3

Ejemplo: Un atracón implica el consumo de 3000 calorías o más.

Niño o Adolescente:

*¿Alguna vez has tenido “ataques 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 1: Solo califique aquellos atracones que son patológicos (ejem., esconderse de la familia y los compañeros, seguido de un afecto depresivo, y /o vómito). No evalúe la forma de alimentación típica del adolescente (ejem. salir con los amigos por pizza o tacos).

Nota 2: Si calificó umbral cuidar de no repetir interrogatorio en el Tamizaje de Trastorno por Atracón y tener en mente que las conductas purgativas y restrictivas son características de Bulimia no de Atracones.

meses consecutivos.

Umbral: Los atracones se presentan una vez por semana o más o durante 3 o más meses consecutivos.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

__ 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 Nerviosa del Suplemento #5, Consumo de Sustancias y Otros Trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los métodos para perder peso o en el reactivo de atracones, complete la sección del pasado de Bulimia Nerviosa del Suplemento #5, Consumo de Sustancias y Otros Trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de Bulimia Nerviosa

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

Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos

Integración diagnóstica completa en el Tamizaje

Este diagnóstico es de reciente incorporación en el DSM-5.

P N S

1. Falta de interés aparente por comer o alimentarse y evitación por sabor, olor o textura.

Niño o Adolescente:

¿Eres de buen apetito? ¿Tienes alguna comida favorita? ¿Cuántas comidas haces al día? ¿Te terminas todo el plato o dejas comida? ¿Alguna vez alguien te ha dicho que comes muy poco? ¿Comes de todo o hay alimentos que no toleras o soportas? ¿Por qué no te gustan?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Falta de interés parcial por comer o alimentarse. Es ligeramente escrupuloso o selectivo con los alimentos. Evita ciertos alimentos debido a que le parecen desagradables.

Padres:

¿Su hijo come bien? ¿Cuántas comidas realiza al día? ¿Se termina sus raciones o deja comida en el plato? ¿Diría usted que su hijo es muy escrupuloso, selectivo o quisquilloso con los alimentos que consume?

3 3 3 Umbral: Falta de interés importante por comer o alimentarse. Demasiado escrupuloso con los alimentos. Evita una gran cantidad de alimentos por sus características o por miedo a las consecuencias de consumirlos (vomitar, enfermarse, etc.)

Nota 1: Tome en cuenta que no se debe calificar como umbral si la falta de interés por los alimentos es secundaria a difícil acceso o a un contexto cultural aceptado (p. ej., costumbres familiares).

Duración del síntoma:

Nota 2: Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental como anorexia o bulimia nerviosa (es decir, no existen comportamientos compensatorios inapropiados), además de que no existen pruebas de un trastorno en la forma en la que se percibe el propio peso o constitución.

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2. Pérdida de peso significativo o crecimiento escaso P N S

El peso es proporcionalmente más bajo que el peso ideal para la altura o hay evidencia de un crecimiento escaso comparado con la talla estimada para la edad. Si, por observación, existe alguna sospecha de deterioro físico, debe comprobarlo y pesar y medir al niño o adolescente y contrastarlo con la tabla nacional.	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Peso bajo aunque no significativo y no provoca interferencia en el funcionamiento psicosocial. Peso y/o talla por debajo del 90% del ideal.
	3	3	3	ideal.

Interferencia en funcionamiento psicosocial

Niño o Adolescente:

Debido a tus problemas con la comida ¿Has llegado a tener problemas? ¿Cómo cuales? ¿Evitas ir a reuniones familiares o con amigos donde se sirvan alimentos que no te gustan? ¿Me podrías dar un ejemplo? (baja concentración, fatiga, malas calificaciones, etc..)

Umbral: Peso bajo significativo e interferencia en el funcionamiento psicosocial. Peso y/o talla por debajo del 85% del ideal.

Duración del síntoma:

Nota: No califica positivo si la pérdida de peso es debido a otra condición médica.

Pasado: P (___) N(___) S(___)

Duración del síntoma:

Continuación de Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingestión de Alimentos

(0= Sin información; 1= No; 2= Si)

(Los siguientes tres criterios se integran con el de pérdida de peso previamente interrogado y si no fue positivo se requiere al menos uno de los siguientes)

3. Deficiencia nutritiva

Evidencia de una deficiencia nutritiva significativa. Tome en cuenta evidencia de desnutrición según parámetros clínicos y de laboratorio.

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
3. Deficiencia nutritiva	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4. Dependencia de alimentación enteral o suplementos alimenticios vía oral	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

4. Dependencia de alimentación enteral o suplementos alimenticios vía oral

Debido a los problemas que tienes en tu alimentación ¿Alguna vez te han dado o has tenido que usar vitaminas o suplementos? ¿Alguna vez te han tenido que llevar al hospital para que te alimentaran por medio de una sonda?

5.- Evidencia de Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingestión de Alimentos

Criterios según DSM-5

Cumple los siguientes criterios:

A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno o más de los siguientes:

A1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños)

A2. Deficiencia nutritiva significativa

A3. Dependencia de alimentación enteral o de suplementos vía oral

A4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial

B. El trastorno no se explica mejor por falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C. El trastorno no se produce exclusivamente en el curso de anorexia o bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución

D. El trastorno no se puede atribuir a otra afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental.

Especificador de Curso

En remisión: Después de haber cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno, dichos criterios no se han cumplido durante un periodo de tiempo continuo.

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

Trastorno por Atracones

Integración diagnóstica completa en el Tamizaje

Este diagnóstico es de reciente incorporación en el DSM-5.

P N S

1. Atracones

(Verificar si cumplió al interrogar Bulimia y no repetir)

Episodios recurrentes caracterizados por comer de forma excesiva, rápida e incontrolable, el cual tiene una duración aproximada de 2 horas. 0 0 0 Sin información
1 1 1 Ausente

Niños y Adolescentes:

¿Alguna vez has tenido "ataques por comer" 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) ¿Desde cuándo te pasa esto? ¿Qué provocó el atracón? ¿Qué comes usualmente en el atracón? ¿Cuánta comida has ingerido durante un atracón? ¿Cómo te sentías después del atracón?

2 2 2 Subumbral: Los atracones se presentan menos de una vez por semana o durante menos de 3 meses.

3 3 3 Umbral: Presencia de atracones al menos una vez a la semana durante al menos los últimos 3 meses.

Duración del síntoma:

Papas:

¿Su hijo tiene momentos en los que come en exceso? ¿Parece que no se puede detener cuando come? ¿Come muy rápido y mucho?

Nota: En el caso de adolescentes cuide de no calificar positivo si come en el contexto de competencia entre pares "¿quién come más"?

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2. Malestar intenso respecto a los atracones

P N S

El niño/adolescente ha experimentado molestia física, psicológica o emocional después de uno o varios episodios de ingesta excesiva. 0 0 0 Sin información.
1 1 1 Ausente.

Niños y Adolescentes:

¿Te sientes de alguna manera culpable de tener estos atracones? ¿Te sientes triste o decepcionado? ¿Preocupado o ansioso? ¿Te has sentido avergonzado? ¿Por qué? ¿Este malestar te ha ocasionado algún problema?

2 2 2 Subumbral: Ligero o moderado malestar respecto a la presencia de atracones.

3 3 3 Umbral: Experimenta claramente malestar relacionado con la presencia de atracones reconocido por el paciente o por los padres.

Duración del síntoma:

Papás:

¿Su hijo ha expresado a usted u otras personas molestia física o emocional después de un atracón?

Nota: Evalúe con cuidado si no ha referido el malestar a los padres aunque no lo reconozca.

Pasado: P (___) N(___) S (___)

Duración del síntoma:

Continuación de Trastorno por Atracones

Vamos a seguir hablando a cerca de estos atracones de comida...

(0= Sin información; 1= No; 2= Si)

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
3. Los atracones se asocian a 3 o más de los siguientes criterios:						
3a. Comer mucho más rápidamente de lo normal	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>Cuándo tienes estos atracones ¿Sientes que comes más rápido de lo normal? ¿Más rápido de lo que tardaría otra persona en comer lo mismo que tu comiste? ¿Me podrías dar un ejemplo?</i>						
3b. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>¿Cuándo terminas de comer te sientes demasiado lleno?</i>						
3c. Comer grandes cantidades sin tener hambre	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>¿Comes mucho aunque no tengas hambre?</i>						
1d. Siente vergüenza por la cantidad de comida que ingiere	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>Cuando tienes los atracones ¿Te escondes para que nadie te vea? ¿Tenías el atracón estando solo o con otras personas? ¿Otras personas saben de tus atracones? ¿Comes solo por vergüenza a que los demás vean la cantidad de alimento que consumes?</i>						
3e. Sentirse deprimido, avergonzado o a disgusto posterior a los atracones	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>Después del atracón ¿Te sientes triste, avergonzado o a disgusto contigo mismo? ¿Por qué?</i>						
4. Temporalidad						
Criterio: Los atracones se producen, promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

5. Evidencia de Trastorno de Atracones

Criterios según DSM-5

Cumple los siguientes criterios:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los 2 siguientes:

A1. Ingestión, en un periodo determinado (dentro de un periodo de 2 horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en las circunstancias parecidas.

A2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio

B. Los episodios de atracones se asocian a 3 o más de los hechos siguientes:

B1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.

B2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

B3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.

B4. Comer solo debido a vergüenza que se siente por la cantidad ingerida.

B5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el transcurso de bulimia o anorexia nerviosa.

Especificador de Curso

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un periodo de tiempo continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo de tiempo continuado.

Especificador de Gravedad

Leve: 1-3 atracones a la semana

Moderado: 4-7 atracones a la semana

Grave: 8-13 atracones a la semana

Extremo: 14 o más atracones a la semana

	0	1	2		0	1	2
A.							
A1.							
A2.							
B.							
B1.							
B2.							
B3.							
B4.							
B5.							
C.							
D.							
E.							
En remisión parcial:							
En remisión total:							
Leve:							
Moderado:							
Grave:							
Extremo:							

Trastornos del Neurodesarrollo

Trastornos del Espectro Autista

Integración diagnóstica completa en el Tamizaje

Los Trastornos del Espectro Autista se caracterizan por una alteración grave y generalizada en varias áreas del desarrollo por ejemplo: la reciprocidad social, habilidades en la interacción con otras personas, habilidades de comunicación, y la presencia de conductas estereotipadas, dentro de diferentes intereses y actividades. Los deterioros cualitativos que definen estos padecimientos son claramente anormales respecto del nivel de desarrollo o edad mental del individuo.

1) Estos trastornos son evidentes a temprana edad. Para cada modulo, no olvide evaluar la duración de los síntomas y si ha estado presente en la edad preescolar o antes. Así mismo, para cada tema, por favor recuerde sintetizar su observación clínica sobre el comportamiento durante la entrevista.

2) Si el niño niega la sintomatología, pero los padres pueden informar sobre las conductas y/o usted observa los síntomas en el niño durante la entrevista, es importante **dar más peso a la información de los padres y/o su observación, ya que el niño quizás no esté consciente de la sintomatología.**

3) Para todos los síntomas que se describen a continuación, debe tomarse en cuenta si esta sintomatología no es explicada mejor por otro trastorno psiquiátrico (principalmente por TOC, TDAH, Psicosis, Discapacidad Intelectual, ansiedad social grave), o por condiciones médicas o neurológicas. Es importante tomar en cuenta la fase del desarrollo en que se encuentra el niño, los comportamientos normales, las emociones, la historia de abuso y/o negligencia, y los antecedentes culturales de la familia y del niño.

4) **Recuerde calificar los síntomas como positivos cuando usted los observa durante la entrevista.** Por ejemplo, los padres y/o el niño pueden negar que el niño tiene movimientos anormales y el niño estar agitando sus manos o pies ó mostrar movimiento excesivo dentro del consultorio. En otro ejemplo, los padres pueden señalar que el niño/a es muy amable, y amigable, además de tener una buena comunicación no verbal, sin embargo estas características del niño no se observan durante la entrevista. En este caso, puede solicitar la atención de una manera cortés. Por ejemplo, puede decirles: "Durante la entrevista, me di cuenta de que su hijo no quiere o evita mirarme (ó vi tales movimientos de este tipo), ¿es esto algo nuevo ó usted u otras personas han llegado a observar lo mismo?"

Nota: La mayoría de las preguntas del K-SADS-PL-5 han sido elaboradas para obtener algunos síntomas dentro del espectro autista. Esta sección también contiene preguntas dirigidas a los padres en busca de sintomatología específica dentro del espectro autista, ya que los padres en ocasiones pueden dar mejor información sobre estos comportamientos. Los niños con trastornos del espectro autista en ocasiones no proporcionan una información confiable acerca de la presencia e importancia de estos síntomas. Es por eso que se debe dar una mayor importancia a la información que los padres dan y a la información del entrevistador cuando se evalúen los síntomas individuales.

<p>1. Movimientos, utilización de objetos o habla Repetitivos o Estereotipados</p> <p>Papás: <i>¿Su hijo tiene algún manierismo motor inusual como aleteo de manos, mover en zigzag la cabeza, balanceo corporal o girar el cuerpo (dar vueltas)?</i> <i>¿Presenta preocupación por mover (contornear o retorcer) los dedos?</i> <i>¿Su hijo repite lo que usted dice? ¿Su hijo repite frases que ha escuchado a otros decir? O ¿Repite frases sin sentido una y otra vez?</i> <i>¿Su hijo tiene algún otro hábito repetitivo? Quizá una manera poco usual o extraña de utilizar algún objeto o juguete.</i></p> <p>Niño o Adolescente: <i>¿Te gusta observar tus manos mientras mueves los dedos? ¿El balanceo corporal hacia adelante y hacia atrás te tranquiliza cuando estás alterado o enojado?</i> <i>¿Alguna vez la gente te ha dicho que te quedes quieto o que dejes de girar?</i></p> <p>Nota: Considerar en base al reporte del padre (o madre) y del niño y en el comportamiento observado.</p>	<p>P N S</p> <p>0 0 0</p> <p>1 1 1</p> <p>2 2 2</p> <p>3 3 3</p>	<p>No hay información.</p> <p>Sin evidencia de movimientos extraños motores corporales, de manos o manierismos de dedos.</p> <p>Subumbral: Pocos incidentes aislados, que se observan raramente.</p> <p>Umbral: Se observan frecuentemente.</p> <p>Duración del síntoma: _____</p> <p>Pasado: P () N () S ()</p> <p>Duración del síntoma: _____</p>
<p>2. Adherencia inflexible a rutinas específicas o rituales.</p> <p>Papás: <i>¿Su hijo es muy rígido y/o no tolera pequeños cambios en los planes o rutinas cotidianos como ir a la escuela por un camino diferente, cambiar el orden habitual en que recorre los pasillos del supermercado o tienda de abarrotes, tener una comida en la terraza en vez de estar en la mesa? ¿Usted se esfuerza mucho para evitar los cambios de horario para no alterar a su hijo?</i> <i>¿Él/ella tiene este comportamiento desde antes del preescolar? Por ejemplo, ¿Cuándo a su hijo (a) ya no le queda la ropa, se resiste a usar ropa nueva? ¿Su hijo odia los cambios en la rutina? ¿Si se baña o viste a cierta hora habitualmente y en una ocasión no le es posible hacerlo se altera o enoja mucho?</i></p> <p>Niño o Adolescente: <i>¿Te enoja mucho cuando hay un cambio inesperado en tus planes o en forma en que habitualmente haces las cosas, por ejemplo si llegas tarde a la escuela, si la cena está lista un poco más temprano de lo acostumbrado, o si vas a la escuela por un camino diferente al habitual?</i></p>	<p>P N S</p> <p>0 0 0</p> <p>1 1 1</p> <p>2 2 2</p> <p>3 3 3</p>	<p>No hay información.</p> <p>Sin evidencia de adherencia inflexible, rutinas específicas o rituales. Flexibilidad cognitiva dentro de un rango normal.</p> <p>Subumbral: Sólo ligeramente inflexible en cuestiones aisladas o inflexibilidad no evidente desde la infancia temprana.</p> <p>Umbral: Adherencia rígida, significativa y persistente a las rutinas, que provocan angustia cuando son interrumpidas. Patrón de comportamiento evidente desde la infancia temprana.</p> <p>Duración del síntoma: _____</p> <p>Pasado: P () N () S ()</p> <p>Duración del síntoma: _____</p>

<p>3. Preocupación persistente de uno o más patrones de intereses restringidos y estereotipados.</p> <p>Frecuentemente esta es la principal manifestación en el desarrollo de preocupaciones que abarcan intereses circunscritos en los cuales el individuo puede acumular una gran cantidad de hechos e información. Estos intereses y actividades se realizan frecuentemente con mucha intensidad hasta excluir otras actividades. Considere la concentración y/o la intensidad.</p> <p>Papás: <i>¿Su hijo(a) tiene intereses que no son típicos (comunes o habituales) en otros niños de su edad, como el interés en los ventiladores de techo o abanicos? ¿Él/ella memoriza hechos inusuales como las estaciones del metro del metro, aprenderse los calendarios, hechos históricos u otros tipos de hechos que le preocupen a diario? ¿Su hijo tiene una actividad específica en la que se enfoca? ¿Usted piensa o cree que su hijo se "obsesiona demasiado" con ciertas actividades o intereses que van más allá de lo esperado para un niño (a) de su edad?</i></p> <p>Niño o Adolescente: <i>¿Hay (existe) algo en lo que esté especialmente interesado y que realmente te guste (disfrutes) platicar, leer o hacer? Cuéntame de ello.</i></p> <p>Nota 1: Codificar positivo si es inapropiado para la edad y la cultura del niño, y si es exagerado.</p> <p>Nota 2: Aquí no tomar en cuenta la preocupación por los videojuegos o juegos de computadora a menos que no exista otro.</p> <p>Nota 3: No considerar positivo si el comportamiento está relacionado con otro diagnóstico como el TOC o psicosis.</p>	<p>P N S</p> <p>0 0 0</p> <p>1 1 1</p> <p>2 2 2</p> <p>3 3 3</p>	<p>No hay información.</p> <p>Ausente.</p> <p>Subumbral: Problemas leves en una o mas áreas, las cuáles son evidentes para "algunas personas" (p.ej, miembros de la familia y médicos), "pero no para otras" (p.ej, profesores y compañeros).</p> <p>Umbral: Preocupación definitiva en uno o más patrones de intereses restringidos y estereotipados que son anormales por la intensidad o concentración (orientación). Causa deterioro significativo en el funcionamiento social o limita la participación en otras actividades.</p> <p>Duración del síntoma: _____</p> <p>Pasado: P () N () S ()</p> <p>Duración del síntoma: _____</p>
<p>4. Marcado deterioro en el comportamiento no verbal</p> <p>Fijación de la mirada ojo a ojo</p> <p>Papás: <i>¿A menudo tiene que recordarle a su hijo(a) que debe mirarle directamente a usted o a la persona que le está hablando? ó ¿Cuándo su hijo(a) le habla a usted o a otros es frecuente que tenga que recordarle que los voltee a ver?</i></p>	<p>P N S</p> <p>0 0 0</p> <p>1 1 1</p> <p>2 2 2</p> <p>3 3 3</p>	<p>No hay información.</p> <p>Ausente. Sin problemas en ningún área.</p> <p>Subumbral: Problemas leves en una o más áreas, los cuales son evidentes para los miembros de la familia y médicos, pero no para los maestros o compañeros de clase.</p> <p>Umbral: Problemas con uno o más aspectos de los comportamientos no verbales que causan deterioro funcional.</p> <p>Duración del síntoma: _____</p>

<p>Expresiones faciales Papás: <i>¿Su hijo(a) muestra un amplio rango de expresiones faciales comunes? ¿Usted puede ver la alegría en su cara cuando está contento (a)? ¿Realiza algún gesto de descontento o puchero cuando él/ella esta triste? ¿Su hijo(a) muestra expresiones faciales menos comunes como sorpresa, interés, y culpa?</i></p> <p>Gestos: Papás: <i>¿Cuándo el niño (a) ya caminaba o en la edad preescolar, su hijo (a) realizaba gestos comunes como señalar para mostrar interés, aplaudir cuando estaba contento o asentía con la cabeza para indicar "sí" ?</i></p> <p>Para los niños en edad escolar y adolescentes Papás: <i>¿El niño (a) hace gestos faciales o corporales para explicar o mostrar cómo funciona algo (uso de lenguaje no verbal para explicar algo)?</i></p> <p>Indicar las áreas problemáticas para el comportamiento no verbal:</p> <p><input type="radio"/> Mirada <input type="radio"/> Expresiones <input type="radio"/> Gestos</p> <p>Nota: No califique como umbral si los comportamientos son debidos exclusivamente a la pena o a la ansiedad y son más notorios con extraños.</p>	<p>Pasado: P () N () S ()</p> <p>Duración del síntoma: _____</p>
---	---

Continuación Trastornos del Espectro Autista

Nótese si los síntomas comenzaron cuando el niño era pequeño (antes del preescolar o hace poco). Para trastornos del espectro autista todos estos comportamientos tienen que haber comenzado cuando el niño era pequeño.

5. Falta de reciprocidad social o emocional	P	N	S	
Padres: <i>¿Cuándo su hijo(a) era más chico si usted o algún conocido le sonreía a su hijo(a) el devolvía la sonrisa espontáneamente?</i>	0	0	0	No hay información.
<i>¿Cuándo era un niño(a) pequeño(a), le mostraba los juguetes y cosas que le interesaban o jugaba solo(a) con poco o ningún interés hacia usted? ¿Cuándo llega a casa después de estar fuera un tiempo cuando su hijo(a) lo ve por primera vez le sonrío?</i>	1	1	1	Ausente.
<i>¿Cómo reacciona cuando un compañero o un adulto (no un familiar) le dice algo amable o se porta amigable? ¿Si algo bueno le sucediera a su hijo(a) ahora como una buena calificación u</i>	2	2	2	Subumbral: Falta ligera de reciprocidad social y emocional. En ocasiones busca compartir emociones pero no de manera frecuente ni espontánea.
	3	3	3	Umbral: Déficits importantes en la reciprocidad social y emocional debido a una incapacidad de percibir las emociones de los otros o una falta de conocimiento acerca

<p><i>otro éxito, su hijo(a) lo compartiría con usted? ¿Compartiría las noticias con sus amigos? ¿Puede su hijo mantener una conversación con un compañero o un adulto (no familiar)? ¿Sabe cómo mantener y expandir una conversación a base de preguntas y respuestas? ¿Si su hijo(a) ve a alguien llorando triste como responde o que hace? ¿Observa un cambio en su humor o expresión facial? ¿Ofrece consuelo, se altera o ignora la situación? ¿Su hijo(a) tiende a compartir cosas con usted? ¿Con sus compañeros? ¿Desde qué edad aproximada tenía estos comportamientos?</i></p> <p>Niño: <i>¿Qué harías si vieras a alguien de tu familia o a un amigo(a) llorando? ¿Y si alguien que no conoces te sonrío y te dice hola? ¿Si algo bueno te sucede como sacar una buena calificación en la escuela o algún éxito le dices a mamá/papá o alguien más o no le dices a nadie?</i></p> <p>Nota 1: Califique basado en las respuestas y en la observación.</p> <p>Nota 2: No califique como umbral si el comportamiento es secundario a otras condiciones como la ansiedad, psicosis, depresión, trastornos de la conducta disocial o comportamiento normal del adolescente.</p>		<p>de cómo responder. No trata espontáneamente de compartir disfrutes intereses o logros con otros, o solamente cuando está preocupado.</p> <p>Duración del síntoma: _____</p> <p>Pasado: P () N () S ()</p> <p>Duración del síntoma: _____</p>
<p>6. Incapacidad para desarrollar y mantener relaciones apropiadas con compañeros de la misma edad o nivel de desarrollo.</p> <p>Esto puede adoptar diferentes formas en diferentes edades.</p> <p>Los niños pequeños pueden tener poco o ningún interés en hacer amistades. Los niños mayores pueden interesarse en tener amistades pero sin tener una buena comprensión acerca de las reglas de la interacción social.</p> <p>Padres: <i>¿Su hijo(a) tiene buenos amigos de su edad? ¿Se junta con otros niños después de la escuela o los fines de semana? ¿Su hijo(a) se lleva mejor con niños menores o con los adultos que con los niños de su edad? ¿Prefiere estar solo(a)? ¿Quiere hacer amigos? ¿Dice porque otros niños no quieren ser sus amigos? ¿Su hijo puede entender la reacción</i></p>	<p>P N S</p> <p>0 0 0</p> <p>1 1 1</p> <p>2 2 2</p> <p>3 3 3</p>	<p>No hay información.</p> <p>Ausente. Sin problemas en ningún área.</p> <p>Subumbral: Algunas relaciones personales sobre todo en relaciones grupales o primariamente en áreas de interés restringido.</p> <p>Umbral: No logra desarrollar relaciones apropiadas a su nivel de desarrollo, inhabilidad para interpretar las reacciones de sus compañeros en situaciones sociales.</p> <p>Duración del síntoma: _____</p> <p>Pasado: P () N () S ()</p>

<p><i>de otros niños en situaciones sociales o malinterpreta o no se conecta con las reacciones de sus compañeros? ¿Otros niños se aprovechan de él/ella? ¿Su hijo(a) es capaz de socializar con otros niños, pero sólo si él pone las reglas?</i></p> <p>Niño: <i>¿Te gusta estar con otros niños de tu edad o prefieres estar solo(a)? ¿Tienes un mejor amigo(a)? ¿Se ven después de clases o los fines de semana?</i></p> <p>Nota: Asegúrese de evaluar el reporte del niño(a) con información colateral. No marque como positivo si se debe exclusivamente a otras condiciones tales como déficit de la atención, ansiedad social, esquizofrenia, personalidad esquizoide.</p>	<p>Duración del síntoma: _____</p>
--	------------------------------------

7. Hiper o hiporeactividad sensorial	P	N	S
<p>Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual por aspectos sensoriales del entorno (por ejemplo: indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).</p>			
	0	0	0 No hay información
<p><i>¿Su hijo parece estar especialmente interesado en mirar, tocar, oler cosas o personas? ¿Cómo cuales? ¿Tiende a oler inapropiadamente los juguetes, objetos o personas?</i></p>	1	1	1 No tiene intereses sensoriales inusuales
<p><i>¿Está inusualmente preocupado con el tacto o la textura de las cosas? ¿O parece contemplar o mirar cosas durante largos periodos de tiempo? ¿O toca cosas con sus labios o lengua para ver cómo se sienten?</i></p>	2	2	2 Subumbral: Moderada hiper/hipo reactividad a estímulos sensoriales. Muestra uno o dos intereses inusuales regularmente
<p><i>¿Cuánto tiempo hace que está interesado en esto? ¿Es insensible al dolor o demasiado sensible a algunos ruidos? ¿Cuáles? ¿Su hijo se altera inusualmente o se irrita por sonidos particulares tales como personas tosiendo o un bebé llorando?</i></p>	3	3	<p>3 Umbral: Notable hiper/hipo reactividad a estímulos sensoriales que causan disfunción. Tiene un interés sensorial inusual que ocupa la mayor parte del tiempo o impide o limita el uso alternativo de ese material en su función normal.</p> <p>Duración del síntoma:</p> <p>_____</p> <p>Pasado: P (___) N (___) S (___)</p> <p>Duración del síntoma</p> <p>_____</p>
<p>Niño: <i>¿No te gusta llevar algún tipo de ropa o prenda porque sus etiquetas o la tela te molestan? ¿Cuáles?</i></p>			
<p>Tacto <input type="radio"/></p> <p>Olfato <input type="radio"/></p> <p>Vista <input type="radio"/></p> <p>Auditivo <input type="radio"/></p> <p>Olor <input type="radio"/></p>			

8. Deficiencias motoras en el rendimiento de movimiento fino	P N S	
Padres: ¿Su hijo es coordinado? ¿Tiene algún problema jugando con una pelota o haciendo alguna otra actividad deportiva?	0 0 0	Sin información
¿Cómo describiría su destreza manual?	1 1 1	No presente
¿Tiene algún problema para sujetar una pluma o lápiz? ¿Para utilizar tijeras?	2 2 2	Subumbral: Déficit moderado. Logra ser autónomo (abotona camisa, ocupa tenedor y cuchillo, logra tomar lápiz)
¿Tiene buen equilibrio?		
Niño: ¿Puedes abotonarte? ¿Puedes atar las agujetas o cordones de zapato?	3 3 3	Umbral: Déficit moderado a severo. No se logra vestir sólo teniendo la edad para hacerlo.
No es propiamente criterio de DSM-5		
		Duración del síntoma: _____
		Pasado: P (___) N (___) S (___)
		Duración del síntoma _____

Nota: Tome en cuenta si el niño tiene TOC, Fobia Social, Discapacidad Intelectual, antecedentes de Abuso Físico o Emocional o si hay otros problemas culturales que puedan explicar mejor los síntomas.

Calificación para estos ítems: 0= No hay información 1=No 2=Si

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
9. Déficits sociales y de la comunicación comunes en pacientes con Trastorno del Espectro Autista						
a. Verbosidad unilateral. <i>Padres:</i> ¿Su hijo(a) habla incesantemente acerca de una cosa, casi como si estuviera dando un discurso en lugar de tener una conversación? Le han dicho que parece un maestro?	1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Déficit pragmático del lenguaje. <i>Padres:</i> ¿Tiene problemas su hijo(a) para entender los aspectos más sutiles del lenguaje, por ejemplo: respetar turnos para mantener una conversación? ¿Entiende el uso del sarcasmo o analogías, p. Ej.: “él me cae en el hígado”(utilizar según país)	1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. Anormalidades en el tono vocal (prosodia) <i>Padres:</i> ¿Hay algo extraño en la entonación de voz de su hijo(a)? ¿Le han dicho otras personas que su hijo/a habla de modo peculiar? ¿Tiene una voz monótona? ¿O es demasiado cantada? ¿Tiene poco control de volumen o patrones inusuales de lenguaje?	1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

d. Búsqueda de contacto con otros de modo insensible o incesante. <i>Padres: ¿Busca su hijo(a) el contacto con otros aunque parecen no interesados en hablar o en estar con él? ¿Tiene dificultades para entender las señales sociales de otros?</i>	1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Nota: Califique en función de lo reportado y lo observado durante la entrevista						
10. Características de Pacientes con alto nivel de Funcionamiento						
a. Aislamiento social. <i>¿Desde pequeño su hijo(a) prefiere estar solo(a) y ahora parece desinteresado en las amistades u otras actividades sociales?</i>	1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Lenguaje Ecolálico. <i>¿Su hijo(a) repite frases textuales que ha escuchado en TV, radio o a otros decir? O ¿Repite frases sin sentido una y otra vez?</i>	1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Nota: Califique en función de lo reportado y lo observado durante la entrevista						
11. Historia del Desarrollo						
<i>Inicio de sintomatología en la infancia temprana.</i>	1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
12. Deterioro/Alteración en el funcionamiento						
a. Social.	1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Familiar.	1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. En la escuela.	1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

Calificación para estos ítems: 0= No hay información 1=No 2=Si	SUMARIO EA	SUMARIO EMSP
13. Trastorno del Espectro Autista. Criterios del DSM-5. A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente actualmente o por los antecedentes: A1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales A2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias en la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.	0 1 2	0 1 2

A3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.		
Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos		
B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, actualmente o por los antecedentes (ejemplos ilustrativos): B1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos. B2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal B3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés B4. Hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno.		
Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos		
C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del periodo del desarrollo (pero no pueden manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida)		
D. Los síntomas causan deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual		
E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general del desarrollo		
Especificador de tipo		
Con o sin déficit intelectual	0 1 2	0 1 2
Especifique: _____		
Con o sin deterioro del lenguaje acompañante	0 1 2	0 1 2
Especifique: _____		
Asociado a una afección médica o genética o a un factor ambiental conocido	0 1 2	0 1 2
Especifique: _____		
Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento	0 1 2	0 1 2
Especifique: _____		

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Determine la edad de inicio de los primeros síntomas posibles del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Si el síntoma ha persistido desde temprana edad, utilice 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 o más** en el cual el niño **no** presentó problemas de TDAH.

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

Nota: Para fines de la entrevista "En ocasiones" equivaldrá a menos de 3 veces por semana mientras que "Frecuentemente" se referirá a "más de 3 veces por semana".

1. Dificultad para mantener la atención en las tareas o en las actividades recreativas	P	N	S	
Niño o Adolescente: <i>¿Alguna vez has tenido problemas para poner atención en la escuela? ¿Afectó tu rendimiento escolar? ¿Tuviste problemas por esto? ¿Cuándo hacías tu tarea, tu mente se distraía? ¿Cuándo estabas jugando? ¿Se te olvidaba cuando era tu turno?</i>	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se le dificulta mantener atención a tareas o actividades recreativas. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento
Nota 1: Evalúe de acuerdo a los datos reportados por el informante o por lo observado.				
Nota 2: En ocasiones < 3 veces por semana; con frecuencia ≥ 3 veces por semana.	3	3	3	Umbral: Con frecuencia se le dificulta mantener la atención a tareas o actividades recreativas. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2. Se Distrae con facilidad

P N S

Niño o Adolescente:

¿Hubo algún momento en que pequeñas distracciones te hacían difícil el mantener tu mente en lo que hacías?

0 0 0 Sin información.

¿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?

1 1 1 Ausente.

¿Cuándo había alguna interrupción, como cuando el teléfono suena, te era difícil regresar a hacer lo que estabas haciendo antes de la interrupción?

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

¿Hubo algún momento en el que podías concentrarte en lo que hacías aunque hubiera pequeñas interrupciones o ruidos?

¿Con qué frecuencia eran un problema?

3 3 3 Umbral: Con frecuencia distraído por mínimas distracciones que otros niños ignoran. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Nota: Califique de acuerdo a los datos reportados por el informante o por lo observado.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

3. Dificultad para mantenerse sentado

P N S

Niño o Adolescente:

¿Hubo algún momento en el que te levantabas de tu asiento en la escuela? ¿Tenías problemas por eso? ¿Era difícil mantenerte sentado en la escuela? ¿En la comida?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

Nota: Evalúe de acuerdo a lo reportado por el informante o por lo observado.

2 2 2 Subumbral: En ocasiones se levanta del asiento. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

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

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

4. Impulsividad

Niño o Adolescente:

¿Actúas antes de pensar o piensas antes de actuar?

¿Interrumpes conversaciones? ¿Profesores se quejan porque respondes antes de que hagan la pregunta? ¿Te desesperas si tienes que esperar mucho? ¿Dejas sin responder preguntas en las pruebas/exámenes sin darte cuenta? ¿En algún momento este tipo de conductas te ha puesto en problemas? Dame algunos ejemplos.

P	N	S	
0	0	0	sin información
1	1	1	ausente
2	2	2	Subumbral: Ocasionalmente impulsivo, el problema tiene sólo efecto mínimo en el funcionamiento.
3	3	3	Umbral: A menudo impulsivo. El problema tiene efecto moderado a severo en el funcionamiento.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

__ Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual del TDAH del suplemento #6, trastornos del neurodesarrollo, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Si recibió una calificación de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección del pasado del TDAH del suplemento #6, trastornos del neurodesarrollo, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de TDAH.

Notas: (registre las fechas de TDAH actuales o pasados)

Trastornos por Tics

1. Tics Motores

P N S

Niño o Adolescente:

¿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: Presencia de algún tic específico, que no ha persistido durante un año. |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: Presencia de algún Tic específico, la frecuencia puede aumentar y disminuir, pero los tics están presentes durante al menos un año. |

Nota 1: Evalúe de acuerdo a lo reportado y observado.

Nota 2: No tomar como positivo si las conductas son debidas a una compulsión de TOC o si son movimientos estereotipados de un TEA.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N(___) S(___)

Duración del síntoma:

2. Tics Vocales/Fónicos

P N S

Niño o Adolescente:

¿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: Presencia de algún tic específico, que no ha persistido durante un año. |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: Presencia de algún Tic específico, la frecuencia puede aumentar y disminuir, pero los tics están presentes durante al menos un año. |

Nota: Evalúe de acuerdo a lo reportado y observado.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de los reactivos de tics ya sean motores o vocales, complete la sección actual de Trastornos de Tics del Suplemento #6, Trastornos del Neurodesarrollo, después de finalizar el tamizaje inicial.

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación del pasado de los reactivos de tics, ya sean motores o vocales, complete la sección del pasado de Trastornos de Tics del Suplemento #6, Trastornos del Neurodesarrollo, después de finalizar el tamizaje inicial.

__Sin evidencia de Trastornos de Tics.

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

Escala Global de Evaluación para Niños

Utilice los niveles intermedios (ejem.j. 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 compañeros); Participa en diversas actividades y tiene muchos intereses (ejem.j., 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 compañeros; pueden existir dificultades transitorias y en ocasiones, las preocupaciones diarias se salen de su control (ejem.. ansiedad leve asociada con algún examen importante, discusiones ocasionales con los compañeros, hermanos o padres).
- 80 - 71 **Deterioro mínimo del funcionamiento** en la casa, escuela o con los compañeros; se puede presentar alguna alteración en el comportamiento o ansiedad en respuesta a estresores de la vida (ejem.. separación de 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 diferentes o alterados por aquellos que los conocen.
- 70 - 61 **Alguna dificultad en un área**, pero generalmente funcionan de forma adecuada (ejem.j. actos antisociales esporádicos o aislados, tales como irse de pinta o un robo insignificante, dificultades menores en el trabajo escolar, cambios de ánimo de breve duración, miedos o ansiedad 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 bien no lo consideran diferente o alterado 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 del funcionamiento en un área, lo cual puede resultar de, por ejemplo, preocupaciones y rumiación suicidas, 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 significativas.
- 40 - 31 **Deterioro severo 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 compañeros o con la sociedad en general, .ejem. agresión continua sin una provocación clara, marcado aislamiento debido a un trastorno afectivo o del pensamiento, intentos suicidas con un evidente intento de muerte, estos niños requieren de escuelas especiales y/o hospitalización o abandonar la escuela (éste último no es un criterio suficiente para la inclusión en esta categoría).
- 30 - 21 **Incapacidad para funcionar en la mayoría de las áreas**, ejem.. 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 (ejem.. en ocasiones incoherente o inapropiada).
- 20 - 11 **Requiere supervisión** para prevenir que se lastime o lastime a otros (ejem.. con frecuencia violento, repetidos intentos suicidas) o para mantener la higiene personal o un severo deterioro en toda clase de comunicación, ejem.., severas anormalidades en la comunicación verbal y no verbal, marcado distanciamiento social, estupor, etc.

La Escala de Evaluación Global para Niños se adaptó de la Escala de Evaluación Global para Adultos (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.

Episodio más severo en el pasado

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

Registre el tiempo evaluado: _____

Mejor nivel de funcionamiento en el pasado

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



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Versión de 36-preguntas, Auto-administrable

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades. Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta

En los últimos <u>30 días</u> , ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Comprensión y Comunicación						
D1.1	<u>Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.2	<u>Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.3	<u>Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.4	<u>Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.5	<u>Entender en general lo que dice la gente?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.6	<u>Iniciar o mantener una conversación?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)						
D2.1	<u>Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.2	<u>Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.3	<u>Moverse dentro de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.4	<u>Salir de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.5	<u>Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Auto

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Cuidado Personal						
D3.1	<u>Lavarse todo el cuerpo</u> (Bañarse)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.2	<u>Vestirse?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.3	<u>Comer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.4	<u>Estar solo(a) durante unos días?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Relacionarse con otras personas						
D4.1	<u>Relacionarse con personas</u> que no conoce?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.2	<u>Mantener una amistad?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.3	<u>Llevarse bien con personas</u> cercanas a usted?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.4	<u>Hacer nuevos amigos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.5	<u>Tener relaciones sexuales?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Actividades de la vida diaria						
D5.1	<u>Cumplir con sus quehaceres de la casa</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.2	Realizar <u>bien</u> sus quehaceres de la casa más importantes?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.3	Acabar <u>todo</u> el trabajo de la casa que tenía que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Auto

Si la "persona" trabaja (remunerado, sin paga, autoempleado) o va a la escuela complete las preguntas D5.5-D5.8. De lo contrario vaya al dominio 6.1

Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para						
D5.5	Llevar a cabo su <u>trabajo diario o las actividades escolares?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.6	Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba <u>hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.8	Acabar su trabajo <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Participación en Sociedad						
En los últimos 30 días:						
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido la para <u>participar, al mismo nivel que el resto de las personas</u> , en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras <u>personas?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.4	Cuánto <u>tiempo</u> ha dedicado a su "condición de salud" o a las <u>consecuencias de la misma?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.5	Cuánto le ha afectado <u>emocionalmente</u> su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.6	Qué <u>impacto económico</u> ha tenido usted o su familia su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido usted o su <u>familia</u> debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Auto

H1	En los últimos 30 días, durante <u>cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	<i>Anote el número de días</i> _____
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo <u>realizar nada</u> de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	<i>Anote el número de días</i> _____
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que <u>no pudo realizar nada</u> de sus actividades habituales cuántos días tuvo que <u>recortar o reducir</u> sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	<i>Anote el número de días</i> _____

Listado resumido de diagnósticos a lo largo de la vida

Nombre: _____ No. de Registro: _____
 Entrevistador: _____ Fecha _____

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	
	0	1	2	3	0	1	2	3					
Trastorno Disruptivo de la Desregulación Emocional	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Trastorno Depresivo Mayor	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
NSSI	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Distimia	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Ciclotimia	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	_____	_____	_____
Esquizofrenia y Relacionados	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Trastorno de Pánico	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Trastorno de Ansiedad por Separación	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Fobia Simple	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Ansiedad Social	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Agorafobia	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Trastorno de Ansiedad Generalizada	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Mutismo Selectivo	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Ts. Obsesivo - Compulsivo	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Ts. por Estrés Post-traumático	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Trastorno por Estrés Agudo	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 Nervosa	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Bulimia	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Trastorno por Restricción de Alimentos	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Trastorno por Atracones	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Trastorno Explosivo Intermitente	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Trastorno Negativista y Desafiante	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Trastorno de Conducta Disocial	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Emociones prosociales limitadas	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	_____	_____	_____

Trastorno del Espectro Autista	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Ts. Por Tics	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno por Uso de T	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno por Uso de tabaco/Cigarro						
Trastorno por Uso de Alcohol	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno por Uso de Sustancias	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	_____	_____	_____	_____
Nota*= Especifique el Subtipo						

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 como externo	___	Antidepresivos (Especifique)	0 1 2
Duración total del Tratamiento como externo (en semanas)	___	Sedantes/Tranquilizantes (Especifique)	Menores 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 psiquiátrica	___	Medicamentos Actuales (Especifique:)	0 1 2
No. de Hospitalizaciones Psiquiátricas	___	_____	
Duración del Tratamiento intrahospitalario (en semanas)	___	_____	

Conductas Suicidas

No **Confiabilidad de la Información**

Ideación	___	Buena	___
Gesto	___	Regular	___
Intento	___	Pobre	___
Notas:			

Listado de Suplementos a Complementar

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

- Trastorno Depresivo Mayor - Actuales
- Trastornos Depresivo Mayor - Del pasado
- Trastorno Bipolar Actual
- Trastorno Bipolar Pasado

Suplemento # 2: Trastornos Psicóticos

- Esquizofrenia y Tx. Psicóticos - Actual
- Esquizofrenia y Tx. Psicóticos - Del pasado

Suplemento # 3: Trastornos de Ansiedad

- Trastornos de Ansiedad por Separación - Actual
- Trastornos de Ansiedad por Separación - Pasados
- Fobias Específicas - Actuales
- Fobias Específicas - Pasados
- Agorafobia - Actual
- Agorafobia - Pasado
- Trastornos de Pánico - Actual
- Trastornos de Pánico - Pasados
- Trastornos de Ansiedad Generalizada - Actual
- Trastornos de Ansiedad Generalizada - Pasados
- Trastorno de Ansiedad Social - Actual
- Trastorno de Ansiedad Social - Pasados
- Mutismo Selectivo - Actual
- Mutismo Selectivo - Pasados
- TOC Actual
- TOC Pasado

Suplemento # 4: Trastornos de Conducta Disruptiva

- Trastorno Negativista Desafiante - Actual
- Trastorno Negativista Desafiante - Del pasado
- Trastorno de la Conducta Disocial - Actual
- Trastorno de la Conducta Disocial - Del pasado

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 Nervosa - Actual
- Anorexia Nervosa - Pasado

Suplemento #6: Trastornos del Neurodesarrollo

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad - Actual
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad - Pasados
- Trastorno por Tics - Actual
- Trastorno por Tics - Pasados

Fin del apartado de Tamizaje

K-SADS-PL-5 (DSM-5)

**Proyecto de Investigación Multicéntrico Internacional, 2015-2017
México, Venezuela, Colombia, Chile, Argentina y Uruguay**

Equipo: **México:** **Francisco R. de la Peña**, Lino Palacios, **Liz Sosa**, Miriam Feria, Patricia Zavaleta, Melina Angulo, Daniela Uribe, Andrés Rodríguez, Lino Villavicencio, Manuel Hernández, **Rosa Elena Ulloa**, Pablo Mayer, **Silvia Ortiz**, Aurora Jaímes, **Fernando Félix**, Genaro Reyna, Arturo Berber; **Venezuela:** **Cecilia Montiel**, Pastora Linares; **Colombia:** **Juan David Palacio**, Diana Botero, Santiago Estrada; **Chile:** **Marcela Larraguibel**, Consuelo Aldunate, Gloria Toledo, Macarena Pi; **Argentina:** **Andrea Abadi**, Paula Tripicchio, Nadia Glombovsky, Ignacio Gath; **Uruguay:** **Laura Viola**, Sofía Fernández, Ivannah Campodonico, y Gabriela Gómez.

Comunicación: **Francisco R. de la Peña**, adolesc@imp.edu.mx