

Trastornos de Ansiedad
Programa de Entrevista
para DSM-IV

Versión Infantil

Programa de Entrevista de los Padres

Wendy K. Silverman

Anne Marie Albano

Comportamiento de Rehúso Escolar

En esta sección, registre “No” aquellas respuestas que reflejen ansiedad infantil “típica” relacionada a la escuela y que no parecen interferir excesivamente (ej., “un poco nervioso(a) antes de tomar exámenes,” “un poco nervioso(a) cuando se le olvida hacer su tarea,” etc.)

1. **¿Tiene problema su hijo(a) para asistir a la escuela?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí” u “Otro,” continúe.



Si “No,” pase a Trastorno de Ansiedad por Separación (p. 6)

2. **¿Se pone su hijo(a) muy nervioso(a) o temeroso(a) por tener que ir a la escuela?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

3. **¿Se queda su hijo(a) en la casa o intenta su hijo(a) quedarse en la casa en vez de ir a la escuela por estar nervioso(a) o temeroso(a)?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

4. **¿Le ha dicho alguna vez su hijo(a) que (él o ella) está nervioso(a) o temeroso(a) cuando está en la escuela?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” **¿Ha salido su hijo(a) de la escuela temprano por esto, le ha llamado por teléfono durante las horas de la escuela, o le ha llamado alguien de la escuela durante las horas de la escuela por su hijo(a)?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” **¿Cuántas veces ha ocurrido esto durante este año?** _____

5. **¿A su conocimiento, va su hijo(a) a menudo a ver al enfermero o se queja a menudo de sentirse enfermo(a) mientras está en la escuela?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” **¿Cuántas veces ha ocurrido esto durante este año?** _____



Si su respuesta a cualquiera de las Preguntas 1-5 es “Sí,” entonces continúe con las preguntas. Si “No” a las Preguntas 1-5, pase a Trastorno de Ansiedad por Separación (p. 6)

6. ¿Qué piensa usted que hace que la escuela sea difícil para su hijo(a)? (Pídale al padre/madre que elabore en respuestas de “Sí”.) _____

7. ¿Piensa usted que su hijo(a) falta o trata de faltar (o no ir) a la escuela porque le gusta más la casa?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” ¿Cuántas veces ha ocurrido esto en este año?

Si “Sí” u “Otro,” haga que el padre/madre explique: _____

Temor (Sí o No u Otro)

8a. Le voy a dar una lista de algunas cosas (mire la lista que sigue a la pregunta 8c). Quisiera que me dijera si piensa que cualquier cosa de la lista podría ser la causa de que su hijo(a) se sienta nervioso(a) o temeroso(a) por la escuela.



Puntuaciones de Temor (0-8)

8b. Para cada respuesta de “Sí,” use el Termómetro de Sentimientos (se encuentra en la contraportada del Manual Clínico) para obtener la puntuación de la severidad.



Puntuaciones de Interferencia (0-8)

8c. Para los artículos con una puntuación de Temor en severidad de 4 (*algunos*) o más, se debería también obtener una puntuación de interferencia con el Termómetro de Sentimientos.

Bien, (nombre del padre/madre) **para los artículos con una puntuación de 4 o más, quiero que me diga, otra vez en una escala de 0-8, ¿cuánto piensa usted que el temor de su hijo(a) interfiere con su vida? ¿Interfiere con cosas que (él o ella) hace en la escuela y cuánto esto molesta a su hijo(a)?**

	Temor			Puntuación de Temor (0-8)	Puntuación de Interferencia (0-8)
	Sí	No	Otro		
El profesor(es) o director	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hablar con otra gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener que hablar en la clase o hablar en frente de la clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar exámenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibir buenas notas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escribir en la pizarra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar lejos de usted porque (él o ella) está en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El timbre sonando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clase de gimnasio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viajar en el autobús escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer en la cafetería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simulacros de incendios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna otra cosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Se enoja mucho su hijo(a) si a (él o ella) no le va bien en la escuela?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," ¿Si a su hijo(a) no le va tan bien como esperaba, cómo (él o ella) se siente? _____

¿Qué hace (él o ella)? _____

¿Se pone (él o ella) mucha presión a sí mismo(a) para que le vaya bien? ____

10. ¿Qué hace su hijo(a) cuando (él o ella) no está en la escuela? ¿Me podría

dar un ejemplo de un día típico cuando su hijo(a) despierta y no va a la escuela? ¿Qué sucede? ¿Qué hace usted o qué hacen otros miembros de la familia cuando su hijo(a) no quiere ir a la escuela? _____

11. ¿Cuáles métodos ha usado usted para animar a su hijo(a) a asistir la escuela? (Pregunte sobre refuerzos, castigos, amenazas, etc.) **¿Piensa usted que algún método en particular funcionó mejor que otros? ¿Por qué sí o por qué no?**

12. ¿Alguna vez ha estado su hijo bajo medicamento por su dificultad con ir a (o quedarse en) la escuela? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," **¿Podría usted hablarme sobre esto?** (Pregunte sobre el tipo de medicamento, dosis, respuesta del niño(a), y el médico que prescribe.)

13. ¿Por cuánto tiempo su hijo(a) ha tenido esta dificultad con ir a (o quedarse en) la escuela? _____

Nota. Evidencia de un comportamiento de rechazo escolar justifica clarificación y más Examinación dentro de cada categoría de diagnóstico *DSM-IV*. El rechazo escolar no es una categoría de diagnóstico en sí mismo, pero podría ser una manifestación conductual de un trastorno clínico.

El Trastorno de Ansiedad por Separación

Investigación Inicial

Algunos niños (adolescentes) se preocupan mucho por estar lejos de sus padres o su hogar.

1a. ¿Cuando su hijo(a) no está con usted, le deja saber, o se ha dado usted cuenta, que (él o ella) se siente muy temeroso(a) o preocupado(a) y hace lo que sea para poder estar con usted?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

1b. ¿Se molesta mucho, llora, o le ruega para que se quede en la casa cuando usted planea salir a algún lugar sin (él o ella)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," ¿Qué hace (él o ella)? _____

1c. ¿Cuando deja a (nombre del niño(a)), (él o ella) llora o le dice que se siente muy malo(a) porque usted le hace mucha falta?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

1d. ¿Cuando sale a algún lugar y deja a (nombre del niño(a)) con una niñera, amigos, o familiares, le dicen a usted que su niño(a) lloró mientras estaba fuera o se sintió muy malo(a) porque usted le hizo falta?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

1e. ¿Cuando sabe que va a estar fuera del hogar, se molesta su hijo(a) antes de tiempo y luego se preocupa porque se va?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Cuente cada respuesta de "Sí" en las Preguntas 1a-1e como un síntoma y coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

2. ¿Le dice su hijo(a) que (él o ella) se preocupa mucho porque le vaya a pasar algo cuando ustedes no estén juntos? ¿Se preocupa (él o ella) de que quizás usted se vaya a enfermar o herir y muera, o de que usted se vaya y nunca regrese?

Si su respuesta es "Sí," coloca una marca en el círculo.

SÍNTOMA

Si su respuesta es "Sí," ¿Qué piensa su hijo(a) que le podría ocurrir a usted?
¿Cuándo llegan estos pensamientos a su hijo(a)?

3. **¿Se preocupa mucho su hijo(a) porque le vaya a pasar algo a (él o ella), como que se lo lleven o se pierda de manera que (él o ella) no le podría ver a usted o a sus amados otra vez?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.



Si su respuesta es "Sí," **¿Qué piensa su hijo que le podría suceder a (él o ella)?**

4. **¿Hay lugares donde su hijo(a) no iría porque (él o ella) siente miedo por estar lejos de usted?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.



Si su respuesta es "Sí," **¿Qué lugares recuerda usted que (nombre del niño(a)) se rehusó a ir porque (él o ella) prefirió quedarse en el hogar con usted?**

¿Cuándo sucedió esto? _____



Si el padre/madre responde "Sí" a cualquiera de las Preguntas 1-4, continúe. De lo contrario, pase a Relaciones Interpersonales (p. 10).

5a. **¿Quiere su hijo(a) que usted (u otro adulto) se mantenga cerca de (él o ella) cuando llega la hora de dormir en la noche? Por ejemplo, le gusta a su hijo(a) que usted (o su cónyuge) se recueste al lado de (él o ella) cuando es hora de acostarse?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

5b. **¿Evita su hijo(a) tener que dormir en casas de otros niños porque (él o ella) no quiere estar lejos de usted?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Cuente cualquier respuesta de "Sí" en las Preguntas 5a y 5b como un Síntoma y coloque una marca en el círculo.



6a. **¿Intenta su hijo(a) lo más fuerte posible evitar estar solo(a)?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

6b. ¿Le da miedo a su hijo(a) estar solo(a) en el hogar?

6c. ¿Cuando hay miembros de la familia en el hogar, le da miedo a su hijo(a) estar solo(a) en su habitación o en cualquier otro lugar de la casa?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Cuente cualquier respuesta de “Sí” en las Preguntas 6a-6c como un síntoma y coloque una marca en el círculo.



Si su respuesta es “Sí” a cualquier Pregunta del 1-6, continúe. De lo contrario, pase a Relaciones Interpersonales (p. 10).

7. ¿Le dice su hijo(a) que a menudo (él o ella) tiene sueños malos sobre estar lejos de usted o de otra persona amada?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” entonces coloque una marca en el círculo.



8. ¿Cuándo su hijo(a) tiene que salir del hogar para ir a la escuela o a otro lugar, le dice que (él o ella) está sufriendo de síntomas físicos, tales como náusea, vómito, dolor de cabeza, y así sucesivamente?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” entonces coloque una marca en el círculo.



Si su respuesta es “Sí,” ¿En qué lugar? ¿Cuáles son sus síntomas? _____

Si 3 o más círculos están marcados para las Preguntas del 1-8, coloque una marca en el diamante.



9. ¿Ha ocurrido por lo menos por 4 semanas el problema que tiene su hijo(a) de sentirse temeroso o preocupado porque (él o ella) no esté con usted?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” entonces coloque una marca en el diamante.



Para que el niño(a) llene el criterio de diagnóstico para el Trastorno de Ansiedad por Separación, el padre/madre debe responder “Sí” a por lo menos tres síntomas de las Preguntas del 1-8, reportar una duración de más de 4 semanas en la Pregunta 9, y reportar una ansiedad o interferencia de funcionamiento en la siguiente sección.

Interferencia

Ahora, quiero saber cuánto piensa usted que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? (Muéstrela al padre/madre el Termómetro de los Sentimientos.) **¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es *De ninguna manera*, 4 es *Alguno*, y 8 es *muchísimo*, qué diría** (escriba el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre)?

Evaluación del
Padre/Madre

Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una marca en el diamante.

 **CRITERIO**

Si los tres diamantes están marcados, considere el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación y coloque una marca en la estrella.

Trastorno de Ansiedad por Separación

 **DIAGNÓSTICO**

Relaciones Interpersonales

Ahora le quiero hacer algunas preguntas sobre su hijo(a) y sus amigos.

1. Primero, diría usted que su hijo(a) tiene

- ☐ Más amigos que la mayoría de otros niños
- ☐ Menos amigos que la mayoría de otros niños
- ☐ El mismo número que la mayoría de otros niños
- ☐ Otro

2. ¿Tiene su hijo(a) un(a) mejor amigo(a)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

¿Por cuánto tiempo ha sido amigo(a) de esta persona? _____

3. ¿Piensa usted que su hijo tiene problema para hacer amigos?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

4. ¿Una vez su hijo(a) ha hecho amigos, piensa usted que (él o ella) tiene problemas para mantenerlos?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí" a la Pregunta 3 ó 4, pregunte, ¿Qué hace que las amistades sean difíciles para su hijo(a)? _____

5. ¿Qué tipo de cosas le gusta hacer a su hijo(a) con sus amigos?

6. ¿Cuán a menudo ve (nombre del niño(a)) a sus amigos fuera de la escuela?

¿Va (él o ella) a los hogares de sus amigos o invita a sus amigos a la suya?

¿Ve su hijo(a) a sus amigos durante los fines de semanas o en los días

feriados (durante el verano)? _____

7. ¿Llama su hijo(a) a sus amigos, o lo llaman a (él o ella) típicamente para hacer cosas? _____

8a. ¿Es su hijo(a) parte de algún club o grupo o juega (él o ella) en algún equipo de deportes?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

8b. Si "No," ¿Alguna vez lo ha hecho?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí" a la Pregunta 8a u 8b, ¿Cuál grupo(s), o deporte(s), o club(es)? ¿Cuándo? _____

9. ¿Piensa usted que su hijo(a) preferiría pasar la mayoría de su tiempo solo(a) o con otros niños(as)?

☐ Con otros niños
☐ Solo(a) ☐ Otro

10a. ¿Se lleva bien su hijo(a) con los otros miembros de su familia?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

10b. Si "No" u "Otro," ¿Con quién tiene su hijo(a) dificultad para llevarse bien? ¿Qué problemas ha observado? _____

Fobia Social (Trastorno de Ansiedad Social)

Investigación Inicial

Algunos niños (adolescentes) sienten mucho miedo e incomodidad en situaciones con otras personas, tanto miedo e incomodidad que ellos quieren mantenerse lejos de estos lugares. Algunos niños (adolescentes) también podrían llorar, tener una rabieta, o enojarse cuando tienen que estar cerca de otra gente. Sienten mucho más miedo con situaciones sociales que otros niños de su edad.

1a. ¿Cuando su hijo(a) está en ciertas situaciones sociales con otras personas en la escuela, en restaurantes, en fiestas, o al conocer personas nuevas, le ha dicho o ha notado usted que (él o ella) teme que la gente podría pensar que algo que (él o ella) haga sería tonto o bobo, o que se podrían reír de (él o ella)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," ¿Me podría hablar de esto? _____

1b. ¿Cuando (él o ella) está en estas situaciones con otras personas, sabe usted si (nombre del niño(a)) se preocupa de que (él o ella) haga algo que sería vergonzoso?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," ¿Me podría hablar de esto? _____

Si su respuesta es "Sí" a la Pregunta 1a o 1b, coloque una marca en el diamante.



Temor (Sí o No)

2a. Algunos niños (adolescentes) se ponen muy nerviosos en situaciones que involucran a otra gente. Voy a describir algunas situaciones (vea la lista que sigue a la Pregunta 2c) y le preguntaré cómo piensa usted que (nombre del niño(a)) se siente en cada situación. Primero, solo dígame “Sí” o “No” si su hijo(a) tiene temor en la situación.

Nota. Aquellas situaciones más comunes en los niños y adolescentes mayores están agrupadas al final de la lista. También, si el padre/madre respondió “No” en las Preguntas 1a y 1b, el entrevistador podría usar discreción al hacer preguntas sobre las situaciones listadas.

¿Existen otros tiempos cuando estar alrededor de la gente hace que su hijo(a) se ponga nervioso o temeroso?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” ¿Me podría hablar de esto? _____



Puntuaciones de Temor

2b. Por cada situación donde el padre/madre respondió “Sí,” averigüe cuánto temor existe usando el Termómetro de los Sentimientos (se encuentra en la contraportada del Manual Clínico). Explique la escala otra vez al padre/madre si es necesario.

¿Ahora, utilizando el Termómetro de los Sentimientos, cuánto temor tiene su hijo(a) de (situación específica)?

Evitación/Ansiedad (Sí o No)

2c. Por cada situación con un grado de temor de 4 (*Alguno*) o más, pregunte sobre la evitación.

¿Intenta su hijo(a) evitar esta situación?

Si una o más de las situaciones son descritas como evitada o soportada con ansiedad, coloque una marca en el diamante.



	Temor		Puntuación de Temor (0-8)	Evitación de Ansiedad	
	Sí	No		Sí	No
Respondiendo a preguntas en la clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informes orales o leer en voz alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacerle una pregunta al profesor o pedir ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar exámenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escribir en la pizarra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar o jugar con un grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clase de gimnasio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar por los pasillos o pararse frente a su casillero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empezar o unirse a una conversación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar los baños de la escuela o públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer frente a otros (ej. El hogar, cafetería de la escuela, restaurantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reuniones, tales como los “girl” o “boy scouts,” o reuniones de equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contestar o hablar por el teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actuaciones musicales o atléticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invitar a un amigo a juntarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hablarle a los adultos (ej. Empleado de la tienda, camarero, director)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hablar con gente nueva o desconocida (extraños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistir a bailes, fiestas, o noches de actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que le tomen una foto (ej. El anuario escolar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salir a citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Temor		Puntuación de Temor	Evitación Ansiedad	
	Sí	No	(0-8)	Sí	No
Que le pidan hacer algo que a (él o ella) en realidad no le gustaría hacer pero que no puede decir que no. Por ejemplo, ¿si alguien quiere tomar prestado su tarea o juguete favorito, es difícil para (él o ella) decir que no?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que alguien le haga algo que a (él o ella) no le gusta pero que no pueda decirle que se detenga. Por ejemplo, si alguien le juega una broma a (él o ella), ¿es realmente difícil decir que se detenga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Si el padre/madre respondió “No” a las preguntas del 1a-1b y no reporta temor o evitación en ningunas de las situaciones en la Pregunta 2, pase a Fobia Específica (p. 18).

Para que el niño(a) llene el criterio de diagnóstico para la Fobia Social, el padre/madre debería responder “Sí” a por lo menos una de las Preguntas 1a y 1b, responder “Sí” a por lo menos una de las situaciones listadas en la Pregunta 2, y reportar que el niño(a) evita o soporta las situaciones sociales con ansiedad intensa. Además, se debe indicar en la sección de Interferencia alguna evidencia de interferencia significativa en la rutina diaria del niño(a).

Ahora quiero saber más detalles sobre algunas de las cosas que molestan a su hijo(a). Cuando me dice usted que (inserte características del temor del niño(a), ej. “a su hijo no le gusta empezar una conversación”):

3. ¿Hace alguna diferencia si las personas son amigos o extraños? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” ¿Cuál es más fácil? ☐ Amigos ☐ Extraños

4. ¿Hace alguna diferencia si el grupo es de niños, niñas, o niños y niñas? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” ¿Cuál es más fácil?
☐ Niños ☐ Niñas ☐ Niños y Niñas Juntos

5. ¿Importa la edad de la gente? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” ¿Cuál es más fácil, mayor, menor, o de la misma edad?
☐ Mayor ☐ Menor ☐ De la Misma Edad

6. **¿Hace alguna diferencia el tamaño del grupo?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," **¿Cuál es más fácil?**

☐ Grande ☐ Pequeño ☐ Mediano

7. **¿Teme o se pone nervioso casi siempre su hijo(a) ante estas situaciones?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

8. **¿Cuando su hijo(a) está ante estas situaciones, tales como (enumere varias situaciones identificadas por el padre/madre), (él o ella) alguna vez llora, se molesta o enoja, o se queda inmóvil como si no pudiera hablar?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," **Hábleme de esto.** _____

Interferencia



Ahora, quiero saber cuánto siente usted que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? (Muéstrelle al padre/madre el Termómetro de los Sentimientos.) **¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es *De ninguna manera*, 4 es *Alguno*, y 8 es *muchísimo*, qué diría** (escriba el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre, 0-8)?

Evaluación del Padre/Madre



Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una marca en el diamante.

CRITERIO

Si los tres diamantes están marcados, considere el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación y coloque una marca en la estrella.

Fobia Social



Fobia Específica

Investigación Inicial

Muchos niños (adolescentes) sienten mucho miedo e incomodidad, tanto que quieren mantenerse alejados de ciertas cosas específicas. Algunos niños (adolescentes) también podrían llorar, tener una rabieta, o enojarse cuando tienen que estar alrededor de estas cosas. Quizás le dicen que tienen que estar alrededor de estas cosas, pero preferirían no estarlo. Quiero saber si (nombre del niño(a)) le tiene más miedo a ciertas cosas que otros niños de su edad. ¿Sueno esto como (nombre del niño(a))?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el diamante.



Si su respuesta es "Sí" u "Otro," ¿Me podría hablar de esto? _____

Temor (Sí o No)

1a. Tengo una lista de algunas cosas (vea la lista que sigue a la Pregunta 1e) que los niños podrían temer. Dígame si siente que su hijo(a) le tiene más miedo a estas cosas que otros niños de su edad. Primero, tan solo dígame si "Sí" o "No."



Puntuaciones de Temor

1b. Para aquellas cosas a las que dijo usted que "Sí," o sea, que usted siente que su hijo(a) le tiene más miedo que otros niños, me gustaría que me dijera cuánto temor (él o ella) siente. Use el Termómetro de los Sentimientos, donde 0 significa *De ninguna manera*, 4 es *Alguno*, y 8 es *Muchísimo*.

Para cualquier puntuación de 4 o más, coloque una marca en el diamante.



Si no se reportan temores en la Pregunta 1a o si todas la puntuaciones de severidad de la Pregunta 1b son menos de 4 (*Alguno*), pase a Trastorno de Pánico (p. 22).

Evitación (Sí o No)

Para cada ítem en la Pregunta 1b que el padre/madre reportó un temor de grado 4 o más, pregunte sobre la conducta de evitación del niño(a).

1c. **Bien** (nombre del padre/madre), **quiero que me diga si su hijo(a) intenta evadir aquellas situaciones u objetos que usted le dio un grado de 4 (Alguno) o más. Tan solo dígame si “Sí” o “No.”**

Si tiene una o más respuestas de “Sí” a las preguntas, coloque una marca en el diamante.



Interferencia (0-8)

1d. Para cada fobia específica identificada con un grado de 4 (*Alguno*) o más, haga la siguiente pregunta:

Ahora, cuando usted dice que siente que (nombre del niño(a)) le tiene miedo a (estímulo fóbico), ¿le tiene tanto miedo que interfiere con ciertas cosas tales como actividades con los amigos, la escuela, o la familia? Por favor use el Termómetro de los Sentimientos.

Para cualquier fobia específica con un grado de interferencia de 4 o más, coloque una marca en el diamante.



1e. **¿Su hijo(a) le ha tenido miedo a (estímulo fóbico) durante al menos seis meses?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el diamante.



Temor		Puntuación de Temor	Evitación Ansiedad		Interferencia
Sí	No	(0-8)	Sí	No	(0-8)

Tipo de Animal

Culebras, arañas, perros, abejas/insectos

Especifique:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tipo de Ambiente Natural

Lugares altos, subir una escalera o un edificio muy alto

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tormentas/relámpagos

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Agua

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La oscuridad

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tipos de Inyecciones de la sangre o heridas

Recibir inyecciones

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Recibir pruebas de sangre

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ver sangre de una cortada o una raspada

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ha sentido su hijo mareos o se ha desmayado cuando (estímulo fóbico, ej. le han sacado sangre)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí" u "Otro," diga, **Hábleme de esto.** _____

El entrevistador debería evaluar para una respuesta vasovagal y característica de desmayo de este subtipo de fobia específico. Pregunte acerca cuales cosas provocan los episodios de desmayos.

Tipo Situacional

Carros, aviones, autobuses, o cualquier otra forma de viajar

Especifique:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

	Temor		Puntuación de Temor	Evitación Ansiedad		Interferencia
	Sí	No	(0-8)	Sí	No	(0-8)
Elevadores o pequeños lugares cerrados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Tipo						
Doctores o dentistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomitarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonidos altos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personajes disfrazados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asfixia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contraer una enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para que el niño(a) llene el criterio de diagnóstico para la Fobia Específica, el padre/madre debe reportar un temor hacia un objeto o situación con un grado de temor de 4 (*Alguno*) o más; reportar una respuesta de ansiedad que podría expresarse por medio de evitación o por lloros, rabietas, pasmados, o aferras; y reportar una duración de 6 meses o más.

2. **¿Hay ocasiones en que su hijo(a) es capaz de** (ej. Estar alrededor de perros, recibir una inyección) **sin estar asustado?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," **¿Me podría hablar de esto? ¿Cuándo? ¿Necesita su hijo(a) tener a alguien con (él o ella)? ¿Qué lo hace más fácil para (él o ella)?** _____

Si los cinco diamantes son marcados, considere el diagnóstico de Fobia Específica y coloque una marca en la estrella.

Fobia Específica



Trastorno de Pánico

Investigación Inicial

- 1a. Bien, acabamos de discutir el hecho de que a veces la gente se asusta por un objeto específico. Pero ocasionalmente, algunas personas se sienten muy asustadas sin ninguna razón. No están en una situación espantosa, no hay nada para asustarlos, y no están pensando en cosas espantosas. Pero de repente, de la nada, se sienten muy asustadas y no saben por qué. ¿Alguna vez le ha dicho su hijo(a), o alguna vez ha usted notado, si esto le ha pasado a (él o ella)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro



Si “No,” pase a Agorafobia Sin Historia de Trastorno de Pánico (Pregunta 1b en la p. 26). De lo contrario, continúe.

- 1b. ¿Qué ocurrió exactamente? ¿Dónde estaba su hijo(a) cuando esto pasó? ¿Hubo alguna cosa para hacer que (él o ella) esté asustado(a) en ese momento? _____

Asegúrese de que cada respuesta de “Sí” no sea simplemente causada por exposición a ciertas situaciones u objetos (Fobia Específica), ser el centro de la atención (Fobia Social), estar separado(a) de los padres (Ansiedad por Separación), y así sucesivamente. Si el padre/madre da ejemplos que sean resultados de otros trastornos de ansiedad (ej. Específico, social, de separación, etc.), o la elaboración a la respuesta de la Pregunta 1b sugiera que el padre/madre no parece entender la Pregunta 1a, entonces pase a la Pregunta 1c para reevaluar la presencia de ataques de pánicos “inesperados” (ej. Aquellos que no ocurren inmediatamente, antes, o durante una exposición a una situación que casi siempre causa ansiedad).



Si el padre/madre da ejemplos de ataques de pánicos “inesperados,” pase a la Pregunta 2.

Investigación Adicional

- 1c. **Bien, usted me acaba de decir como (nombre del hijo(a)) se asusta cuando** (de situaciones específicas de las que el padre/madre mencionó, ej. Estar cerca de un perro). **Ahora, en ese momento, (nombre del hijo(a)) quizás tuvo miedo que** (da algo específico, ej. El perro podría morderlo(a)) **¿verdad? ¡Estoy hablando de tener ese sentimiento de temor en otros tiempos sin ninguna razón! Es decir, no hay nada a que temer, pero como quiera su hijo(a) siente miedo. ¿Sabe usted si esto le ha ocurrido a su hijo(a)?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro



Si “No,” pase a la Agorafobia sin Historia de Trastorno de Pánico (Pregunta 1b en la p. 26).

Si su respuesta es “Sí,” **¿Qué ocurrió exactamente? ¿Dónde estaba su hijo(a) cuando esto ocurrió? ¿Había alguna cosa que hiciera que (él o ella) tuviera miedo en ese momento?** _____



Si el padre/madre todavía da un ejemplo que sea resultado de otro trastorno de ansiedad, o si el padre/madre aun no entiende la pregunta, entonces pase a la Agorafobia sin Historia de Trastorno de Pánico (p. 26). De lo contrario, continúe.

2. **¿Tiene usted alguna idea de cuántas veces su hijo(a) ha tenido estos sentimientos** (en el lugar descrito por el padre/madre)? _____
- _____

Si más de una vez, pida al padre/madre que elabore. _____

- 3a. **¿Le ha dicho su hijo(a) sobre o alguna vez ha usted notado que le ocurra a su hijo(a) en otros lugares además de** (lugar descrito por el padre/madre)? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro



Si “No,” pase a la Pregunta 4.

3b. ¿Dónde más ha ocurrido? _____

Por cada lugar que el padre/madre mencione, obtenga la frecuencia y la elaboración.

4a. ¿Se queja su hijo de alguna sensación física problemática durante estos episodios?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," ¿De cuáles sensaciones (él o ella) le ha hablado? _____

4b. ¿Le ha dicho su hijo(a) alguna vez que (él o ella) teme que hay algo muy malo con (él o ella), o que (él o ella) no podría controlarse cuando estas sensaciones ocurren?

Si su respuesta a la pregunta 4a ó 4b es "Sí," coloque una marca en el diamante y continúe.

Si su respuesta es "Sí," ¿Me podría hablar de esto? _____

CRITERIO

Si el padre/madre reporta síntomas consistentes con los ataques de pánico inesperados y contesta "Sí" a la Pregunta 4a ó 4b, considere el diagnóstico del Trastorno de Pánico.



Interferencia

Ahora, quiero saber cuánto siente usted que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? ¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es *De ninguna manera*, 4 es *Alguno*, y 8 es *Muchísimo*, qué diría (escribe el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre, 0-8)?

Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una

Evaluación del Padre/Madre

☐

CRITERIO



marca en el diamante.

Si ambos diamantes están marcados, continúe. De lo contrario, pase a la Agorafobia (p. 26).

¿Hay lugares donde su hijo(a) no le gusta ir porque (él o ella) teme que de repente se asustaría y (él o ella) no podría irse o no podría conseguir ayuda? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si “No,” considere el diagnosis del Trastorno de Pánico sin Agorafobia, marque la estrella debajo, y pase al Trastorno de Ansiedad Generalizada (p. 34). Si “Sí,” proceda a la próxima sección para posibles diagnósticos del Trastorno de Pánico con Agorafobia.

La presencia o ausencia de Agorafobia debería ser evaluada antes de poder determinar si el diagnóstico sería del Trastorno de Pánico sin Agorafobia o Trastorno de Pánico con Agorafobia.

Trastorno de Pánico Sin Agorafobia



Agorafobia (Con o Sin Trastorno de Pánico)

Investigación Inicial



Si el Trastorno de Pánico fue diagnosticado, haga la Pregunta 1a. Si el Trastorno de Pánico no ha sido diagnosticado, haga la Pregunta 1b.

Trastorno de Pánico Con Agorafobia

- 1a. Bien, usted me acaba de decir cómo, ocasionalmente, su hijo(a) se asustó de repente sin ninguna razón. ¿Hay lugares donde a su hijo(a) no le gusta ir porque (él o ella) teme que se asustaría de repente y (él o ella) no podría irse o no podría conseguir ayuda? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta a la Pregunta 1a es “Sí,” coloque una marca en el círculo y pase a la Pregunta 2.

Si “No,” el Trastorno de Pánico Sin Agorafobia debió de ser diagnosticado. Pase al Trastorno de Ansiedad Generalizada (p. 34).



Agorafobia Sin Historia de Trastorno de Pánico

- 1b. Ocasionalmente, algunas personas no quieren ir a ciertos lugares, tales como un centro comercial o un lugar lleno de gente, no porque estos lugares les den miedo, sino porque cuando lleguen ahí, temen que tendrían un sentimiento incómodo en sus cuerpos, tales como mareos o un corazón que late de prisa, y entonces no podrían escapar u obtener ayuda. ¿Sabe usted si su hijo(a) alguna vez se ha sentido de esta manera? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si es “Sí,” coloque una marca en el círculo y continúe.



Si “No” a la Pregunta 1a o 1b, pase a Trastorno de Ansiedad Generalizada (p. 34).

Si la respuesta a la Pregunta 1a o 1b es “Sí,” vaya a la Pregunta 2.

2. ¿Qué ocurrió exactamente? ¿Cuándo ocurrió eso? ¿Dónde estaba usted cuando eso ocurrió? ¿Había algo que hiciera que su hijo(a) se asustara entonces? ¿Cuántas veces ha ocurrido? ¿Ha ocurrido en algún otro lugar?

Si la respuesta del padre/madre a la Pregunta 2 sugiere que él o ella no entendió la Pregunta 1a o 1b; o si la respuesta “Sí” del padre/madre a la pregunta 1a o 1b parece ser el resultado de la exposición del niño(a) a una cierta situación u objeto (Fobia Específica), ser el centro de la atención (Fobia Social), estar separado(a) de sus padres (Ansiedad por Separación), y así sucesivamente; o si el padre/madre cita una situación que obviamente no sea agorafóbica, entonces revise la Pregunta 1a, el padre/madre quizás no entendió que el niño(a) debió parecer asustado(a) “sin ninguna razón.”



Continúe con la pregunta 3 solo si el padre/madre reporta que el niño(a) tuvo una “verdadera” experiencia agorafóbica al responder la Pregunta 2 o luego de más investigación. De lo contrario, pase al Trastorno de Ansiedad Generalizada (p. 34).



Puntuaciones de Temor (0-8) y Evitación (Sí o No)

3. **Bien, considerando los lugares que usted menciona** (de un listado de situaciones específicas que proveyó el padre/madre en la Pregunta 2), **quiero saber cuánto estas cosas asustan a su niño(a) y si usted piensa que (él o ella) intenta evadir estos lugares. Me gustaría que usted use el Termómetro de los Sentimientos para contestar.** (Repase el Termómetro de los sentimientos con el padre/madre si es necesario).

Situaciones mencionadas por el padre/madre	Puntuación de Temor	Evitación Ansiedad	
	(0-8)	Sí	No
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Si se ha diagnosticado Trastorno de Pánico y la respuesta a la Pregunta 1a fue “Sí,” continúe. Si no se indicó un diagnóstico de Trastorno de Pánico y se preguntó la Pregunta 1b, entonces pase a las Preguntas 5a–5c.

Trastorno de Pánico con Agorafobia

Temor (Sí o No)

4a. **Bien, ahora voy a dar una lista de otros lugares** (vea la lista que sigue a la Pregunta 4c), **y quiero que me diga si usted piensa que su hijo(a) teme ir allí porque (él o ella) piensa que sentiría miedo sin ninguna razón y sería difícil alejarse o buscar ayuda. Primero, solo dígame “Sí” o “No.”**



Puntuación de Temor (0-8)

4b. Para aquellas situaciones donde el padre/madre respondió “Sí,” consiga puntuaciones de temor usando el Termómetro de los Sentimientos.

Ahora, usando el Termómetro de los Sentimientos, dígame cuánto temor le da (la situación específica) a su hijo(a).

Evitación/Ansiedad (Sí o No)

4c. Para aquellas situaciones donde el padre/madre identificó con una puntuación de temor de 4 o más, investigue sobre la evitación.

¿Intenta su hijo(a) mantenerse alejado(a) de o evitar (la situación específica)?

Si una o más situaciones tienen una puntuación de 4 o más y son evitadas, coloque una marca en el diamante.



	Temor		Puntuación de Temor	Evitación/ Ansiedad	
	Sí	No	(0-8)	Sí	No
Aulas de Clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autobús de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cafetería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras situaciones de la escuela (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir montado en un carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte público (ej. autobús, tren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mucha gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esperar en una fila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitar un doctor o dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restaurantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cines o auditorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar en el hogar a solas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugares cerrados:					
Elevadores					
Túneles o cuartos pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugares abiertos (ej. campos de batalla, parques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iglesia o templo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar fuera del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar caminatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiendas o centros comerciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Campamento (especifique el tipo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agorafobia sin Historia de Trastorno de Pánico

Temor (Sí o No)

- 5a. **Bien, ahora voy a dar una lista de otros lugares** (vea la lista que sigue a la Pregunta 5c), **y quiero que me diga si usted piensa que su hijo(a) le tiene miedo a ir allí porque (él o ella) piensa que podría recibir estos sentimientos en su cuerpo y sería difícil alejarse o buscar ayuda. Primero, solo dígame “Sí” o “No.”**



Puntuación de Temor (0-8)

- 5b. Para aquellas situaciones donde el padre/madre respondió “Sí,” consiga la puntuación de temor usando el Termómetro de los Sentimientos.

Ahora, usando el Termómetro de los Sentimientos, ¿dígame cuánto miedo (la situación específica) le da a (él o ella)?

Evitación (Sí o No)

- 5c. Para aquellas situaciones que el padre/madre identificó con un temor de rango 4 (*Alguno*) o más, investigue sobre la evitación.

¿Intenta (nombre del niño(a)) mantenerse alejado(a) de o evitar (la situación específica)?

Si una o más situaciones tienen una puntuación de 4 o más y son evitadas, coloque una marca en el diamante.



	Temor		Puntuación de Temor (0-8)	Evitación/ Ansiedad	
	Sí	No		Sí	No
Aulas de Clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autobús de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cafetería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras situaciones de la escuela (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir montado en un carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Temor		Puntuación de Temor	Evitación/ Ansiedad	
	Sí	No	(0-8)	Sí	No
Transporte público (ej. autobús, tren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mucha gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esperar en una fila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitar un doctor o dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restaurantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cines o auditorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar en el hogar a solas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugares cerrados:					
Elevadores					
Túneles o cuartos pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugares abiertos (ej. campos de batalla, parques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iglesia o templo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar fuera del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar caminatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiendas o centros comerciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Campamento (especifique el tipo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5d. Si el padre/madre respondió "Sí" a la Pregunta 1a y dio una puntuación de 4 (*Alguno*) o más a por lo menos una situación de la Pregunta 4b, entonces considere un diagnóstico de Trastorno de Pánico con Agorafobia. Marque el diamante apropiado.



5e. Si el padre/madre respondió "Sí" a la Pregunta 1b y dio una puntuación de 4 (*alguno*) o más a por lo menos una situación en la Pregunta 5b, entonces considere un diagnóstico de Agorafobia sin



Trastorno de Pánico. Marque el diamante apropiado.

Al considerar las dos preguntas anteriores, si solo una situación fue identificada, descarte la posibilidad de Fobia Específica.

Rango de Actividad

Al discutir los lugares donde usted dice que su hijo(a) teme ir, tales como (liste los lugares que mencionó el padre/madre), **dígame,**

6a. **¿Cuánto puede durar su hijo(a) en uno de esos lugares antes de que (él o ella) esté muy espantado(a)?** _____

6b. **¿Hay tiempos cuando esas situaciones no le causan temor a (él o ella)?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si es "Sí," pregunte, **¿Qué lo hace mejor?** _____

6c. **¿Se asusta (nombre del niño) solo si el lugar está lejos del hogar, o aún se asustaría (él o ella) aunque esté cerca del hogar?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si es "Sí," **Hábleme de esto.** _____

6d. **¿Necesita (nombre del niño(a)) que alguien vaya con (él o ella)? ¿Se hace más fácil si alguien sale con (él o ella)?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si es "Sí," **¿Quién?** _____

6e. **¿Carga su hijo algo con (él o ella) o toma alguna precaución especial para sentirse "seguro(a)" en estas situaciones?** (Investigue alguna señal de seguridad como agua, goma de mascar, o fundas de papel, o tener al padre/madre disponible por teléfono.) ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si es "Sí," **Hábleme de esto. ¿Qué hace (él o ella)?** _____

6f. **Dígame qué exactamente ocurre cuando su hijo(a) va a uno de estos lugares.**

Interferencia



Ahora, quiero saber cuánto siente usted que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? (Muestrele al padre/madre el Termómetro de los Sentimientos.) ¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es *De ninguna manera*, 4 es *Alguno*, y 8 es *muchísimo*, qué diría (escriba el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre, 0-8)?

Evaluación del Padre/Madre



Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una marca en el diamante.



Si el criterio de interferencia es marcado y el criterio para el Trastorno de Pánico Sin Agorafobia (5d) es alcanzado, marque la estrella apropiada.

Si el criterio de interferencia es marcado y el criterio para la Agorafobia Sin Historia de Trastorno de Pánico es alcanzado (5e), marque la estrella apropiada.

Trastorno de Pánico Con Agorafobia



DIAGNÓSTICO

Agorafobia Sin Historia de Trastorno de Pánico



DIAGNÓSTICO

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Investigación Inicial

1a. Algunos niños(as) (adolescentes) siempre parecen estar preocupados. Quizás se preocupen por la escuela y cómo les va; se preocupan por cosas que les podría pasar en el futuro; se preocupan por sus amigos, o la familia, u otras cosas. ¿Piensa usted que su hijo(a) se ha preocupado mucho por tales cosas?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

1b. Si es "Sí," ¿Por qué tipo de cosas se preocupa (él o ella)? Pida al padre/madre que abunde. _____

Bien, ahora le quiero hacer algunas preguntas sobre la preocupación.

Preocupación (Sí o No)

2a. Use el espacio debajo de cada área de preocupación general en la lista (que sigue a la Pregunta 2c) para escribir el contenido específico de la preocupación del niño(a) (incluyendo la información obtenida de la Pregunta 1b). Escriba la respuesta de los padres (Sí o No) en la columna de "Preocupación."

Primero, me gustaría leerle una lista de algunos tópicos generales y me gustaría que me dijera si su hijo(a) se preocupa por ellos más frecuentemente que otros niños (adolescentes). Solo dígame "Sí" o "No." ¿Piensa usted que (nombre del niño(a)) se preocupa por (la situación específica) más que otros niños de su edad?



Si el padre/madre responde "No" a todas las preguntas sobre la preocupación, pase al Trastorno Obsesivo-Compulsivo (p. 38). De lo contrario, continúe.



Puntuaciones de Severidad (0-8)

2b. Para aquellos artículos donde el padre/madre respondió "Sí," investigue sobre la excesividad (puntuación de severidad).

Ahora, usando el Termómetro de los Sentimientos, dígame cuánto siente usted que su hijo(a) se preocupa sobre (área específica).

Si el padre/madre reporta preocupación excesiva (una puntuación de severidad de 4 o más) a una o más de las áreas en la lista, coloque una marca en el diamante



Difícil de Detener (Sí o No)

2c. Por cada área de preocupación que el padre/madre identificó con una severidad de 4 (*Alguno*) o más, investigue sobre el control percibido sobre estas preocupaciones.

¿Piensa usted que es difícil para su hijo(a) dejar de preocuparse por (ejemplo específico)? Por ejemplo, piensa usted que su hijo(a) se preocupa por (ejemplo específico) cuando (él o ella) trata de hacer otras cosas?

Escriba la respuesta Sí o No en la columna de “Difícil de Dejar.”

Si el padre/madre reporta que la preocupación es difícil de dejar para una o más áreas, coloque una marca en el diamante.



	Preocupación		Puntuación de Severidad	Difícil de Dejar	
	Sí	No	(0-8)	Sí	No
Escuela (ej. empear la escuela, trabajo en la escuela, grados, tareas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempeño (ej. ser suficientemente bueno(a) en cosas como deportes, baile, arte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social o Interpersonal (ej. hacer amistades, impresiones, apariencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pequeñas Cosas (ej. cosas que ocurrieron en el pasado, decir algo equivocado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perfeccionismo (ej. estar a tiempo, mantenimiento de los horarios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud (del niño(a))					
Salud (de otras personas importantes)					
Familia (divorcio, finanzas)					

	Temor		Puntuación de Temor	Evitación/Ansiedad	
	Sí	No	(0-8)	Sí	No
Cosas que ocurren en el mundo (ej. guerra; crimen; comunidad; ocurrencias locales y en el mundo; inundaciones, huracanes, tornados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Si no hay evidencia de preocupación excesiva o incontrolable, pase a Trastorno Obsesivo-Compulsivo (p. 38). De lo contrario, continúe.

3a. ¿Piensa usted que (él o ella) se preocupa por estas cosas durante más días que no? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si es "Sí," coloca una marca en el diamante

CRITERIO

3b. ¿Diría usted que (él o ella) se ha preocupado de esta manera durante por lo menos seis meses? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si es "Sí," coloque una marca en el diamante.

CRITERIO



Si no hay evidencia de preocupación excesiva o incontrolable, pase a Trastorno Obsesivo-Compulsivo (p. 38). De lo contrario, investigue los síntomas físicos.

4. ¿Se queja su hijo(a) sobre alguno de los siguientes cuando se preocupa?:

a. ¿No puede (él o ella) sentarse quieto(a) o relajarse? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

b. ¿Se cansa (él o ella) fácilmente? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

c. ¿Tiene (él o ella) dificultad para prestarle atención a las cosas o para concentrarse? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

d. ¿Se incomoda (él o ella) o se vuelve irritable fácilmente? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

e. ¿Le da dolores musculares a (él o ella), tales como en sus piernas, brazos, o cuello? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

f. ¿Tiene (él o ella) problemas de dormir (para empezar o mantenerse dormido(a) o sufre de sueños inquietos)? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí" a una o más de los síntomas listados en la Pregunta 4, coloque una marca en el diamante.

CRITERIO

Para alcanzar el criterio de diagnóstico para el Trastorno de Ansiedad Generalizado, el padre debe identificar preocupación excesiva durante más días que no de por lo menos seis meses, reportar que el niño tiene dificultad para controlar la preocupación, identificar un síntoma físico, y reportar ansiedad o discapacidad en su funcionamiento (interferencia), como es indicado en la sección siguiente.

Interferencia



Ahora, quiero saber cuánto siente usted que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? (Muéstrelle al padre/madre el Termómetro de los Sentimientos.) **¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es *De ninguna manera*, 4 es *Alguno*, y 8 es *muchísimo*, qué diría** (escriba el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre, 0-8)?

Evaluación del Padre/Madre



Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una marca en el diamante.



Si los seis diamantes están marcados, considere el Trastorno de Ansiedad Generalizado y coloque una marca en la estrella.

Trastornos de Ansiedad Generalizado



Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Investigación Inicial

Ahora, le quiero preguntar más sobre la preocupación, pero este tipo de preocupación es muy diferente de lo que estuvimos hablando.

Obsesiones

1a. ¿Tiene su hijo(a) pensamientos o imágenes repetitivas que no parecen tener sentido, y se queja (él o ella) de ser incapaz de controlar o dejar estos pensamientos?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro



Si "No," pase a la Pregunta 1b.

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



Si "Sí," ¿Qué clase de pensamientos tiene (él o ella)? _____

Investigación Adicional

1b. Si el padre/madre no parece entender la pregunta, o si está inseguro(a), pregunte,

¿Se queja (él o ella) de escuchar canciones u oraciones en su cabeza una y otra vez? O ¿alguna vez tiene (él o ella) pensamientos sobre hacerse daño una y otra vez o hacerle daño a otra persona o que algo malo vaya a pasarle a alguien? O ¿Qué (él o ella) se vaya a contaminar con gérmenes o sucio?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro



Si "No," pase a Compulsiones (p. 41).

Si "Sí" a la Pregunta 1b, coloque una marca en el círculo y continúe.



¿Puede (él o ella) dejar los pensamientos si (él o ella) lo intenta?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

¿Le molesta a su hijo(a) tener estos pensamientos?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí" a la Pregunta 1a o 1b, coloque una marca en el círculo.



Puntuación de Obsesiones

Mientras se evalúa para obsesiones, la persistencia se evalúa primero, luego la ansiedad y la resistencia. Use la lista de obsesiones siguiente para las Preguntas 2a, 2b, y 2c.

Persistencia		Puntuación de Ansiedad	Resistencia – Intentar dejarlo	
Sí	No	(0-8)	Sí	No

Obsesiones Agresivas

¿Tiene (nombre del niño(a)) pensamientos una y otra vez sobre hacerse daño a sí mismo(a), hacerle daño a otra persona, o de querer romper o tirar algo?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Contaminación

¿Tiene (nombre del niño(a)) pensamientos una y otra vez sobre la propagación de gérmenes o de contraer enfermedades de las perillas de las puertas, los aseos, o de sustancias pegajosas?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dudando

¿Se dice (nombre del niño(a)) que (él o ella) no hizo un buen trabajo o que (él o ella) no estaba seguro(a) sobre algo que (él o ella) hizo o dijo?

Con referencia a niños(as) mayores, pregunte,

¿Duda (nombre del niño) de lo preciso o bien que (él o ella) hace las cosas?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Pensamientos Sin Sentido

¿Oye (nombre del niño(a)) canciones u oraciones en su cabeza una y otra vez que (él o ella) parece que no puede detener?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

¿Tiene (nombre del niño(a)) que repetir números, palabras, o letras una y otra vez, aún cuando (él o ella) no quiere?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

¿Usa (nombre del niño(a)) números especiales o dice cosas para que (él o ella) no se sienta nervioso(a) o sienta temor?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Acaparamiento o Ahorro

(Nota. Distinga de pasatiempos tales como coleccionar estampillas o monedas)

¿Guarda (nombre del niño(a)) todo tipo de cosas que (él o ella) no necesita, tales como papeles viejos o pedazos de cuerdas, porque (él o ella) piensa que algo malo le va a ocurrir si (él o ella) fuera a botarlos?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

	Persistencia		Puntuación de Ansiedad	Resistencia – Intentar dejarlo	
	Sí	No	(0-8)	Sí	No
Religioso o Satánico					
¿Se preocupa (nombre del niño(a)) una y otra vez sobre cosas como Dios o el diablo? Por ejemplo, ¿se preocupa terriblemente por ser bueno(a) o decir sus oraciones perfectamente para así no enojar a Dios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simetría o Exactitud					
¿Deben estar las cosas en el orden correcto, o de lo contrario (nombre del niño(a)) temería que algo va a ocurrir? Por ejemplo, ¿si (él o ella) tiene una forma especial de arreglar su habitación, teme o se pone nervioso (él o ella) si las cosas están fuera de lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Las cosas tienen que estar parejas? Por ejemplo, ¿si (nombre del niño(a)) toca su pierna izquierda, tiene (él o ella) que tocar su pierna derecha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misceláneo					
¿A (nombre del niño(a)) le molesta los pensamientos de asco o fotos de accidentes o cuerpos cortados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pensamientos sobre hacerle daño a otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pensamientos que algo está mal con su cuerpo, tal como ser feo(a), estar deformado(a), o temer mucho aumentar de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamientos Sobre el Sexo					
¿Tiene (nombre del niño(a)) algún pensamiento obsceno o imágenes que hace que (él o ella) se sienta avergonzado(a) o incómodo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro					
¿Hay algún otro pensamiento que (nombre del niño(a)) tiene una y otra vez y parece que no puede detener?					
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación de Persistencia (Sí o No)

2a. ¿Se queja frecuentemente su hijo(a) sobre (obsesión)?

Si "Sí" a cualquier obsesión, coloque una marca en el círculo y continúe.



Puntuación de Ansiedad (0-8)

2b. Para aquellos artículos donde el padre/madre respondió "Sí," pídale al padre/madre que le de su estimado de los sentimientos del niño(a) con respecto a la ansiedad, usando el Termómetro de los Sentimientos.

¿Qué tan disgustado(a) se pone (él o ella) cuando (la obsesión) preocupa su mente?

Por cualquier puntuación de ansiedad de 4 (*Alguno*) o más para las obsesiones, coloque una marca en el círculo.



Resistencia-Intentar Dejarlo (Sí o No)

2c. Para aquellas obsesiones identificadas con una puntuación de ansiedad de 4 (*Alguno*) o más, investigue sobre la resistencia hacia la obsesión usando la siguiente interrogante:

¿Piensa usted que (nombre del niño(a)) trata de deshacerse de (la obsesión) ignorándolo, haciendo otra cosa, o tratando de dejarlo con algún pensamiento o acción?

¿Cómo cuánto tiempo cada día se pasa (nombre del niño(a)) pensando en las obsesiones? (Si es necesario, pregunte, ¿más o menos de una hora?)

Presencia de una o más obsesiones por más de una hora al día o ansiedad de grado 4 (*Alguno*) o más, coloque una marca en el diamante.



Compulsiones

3a. **¿Se queja su hijo(a) de sentirse ansioso(a) o incómodo(a) si (él o ella) no puede hacer la misma cosa una y otra vez en un orden o forma especial? ¿Cómo lavarse las manos una y otra vez?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro



Si "No," pase a la Pregunta 3b.

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



Si "Sí," ¿Qué clases de cosas hace (él o ella)? _____

Investigación Adicional

3b. Si el padre/madre parece no entender la pregunta, o si está inseguro(a), pregunte,

¿(Él o ella) **tiene que usar números especiales o tiene que hacer las cosas un cierto número de veces?** ¿(Él o ella) **cuenta las cosas una y otra vez?** ¿**Toca su hijo(a) las cosas de una forma especial o tiene que tocar las cosas una cierta cantidad de veces?** ¿**Tiene su hijo(a) algún hábito especial que (él o ella) tiene que hacer antes de acostarse o salir de la casa?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí" a la Pregunta 2b, coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA



Si no se obtiene evidencia de compulsiones, pase a Trastorno de Estrés Postraumático (p. 46). De lo contrario, continúe.

¿Es difícil para (él o ella) **dejar de hacer estas cosas?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

¿Le molestaría a (él o ella) **si se le impidiera hacer estas cosas?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí" a la Pregunta 3a o 3b, coloque una marca en el diamante y continúe.

CRITERIO

Puntuación de Compulsiones

Para evaluar compulsiones, primero se evalúa la persistencia, luego la ansiedad y la resistencia. Use la lista siguiente de compulsiones para las Preguntas 4a, 4b, y 4c.

Persistencia		Puntuación de Ansiedad (0-8)	Resistencia – Intentar dejarlo	
Sí	No		Sí	No

Limpiando o Lavando

¿Tiene su hijo(a) que limpiar las cosas una y otra vez? Por ejemplo,

¿tiene (él o ella) que lavarse las manos o bañarse mucho durante el día? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

	Persistencia		Puntuación de Ansiedad	Resistencia – Intentar dejarlo	
	Sí	No	(0-8)	Sí	No
Revisando					
¿Tiene su hijo(a) que revisar las cosas una y otra vez? Por ejemplo, ¿(él o ella) revisa para comprobar que la puerta esté trancada, revisa sus juguetes o libros de la escuela, revisa que no haya hecho algún error o algo malo, revisa que nada terrible le vaya a ocurrir a (él o ella) o a su familia o que su cuerpo esté bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contando					
¿Cuenta su hijo(a) las cosas una y otra vez o tiene que repetir las cosas un cierto número (especial) de veces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acumulando o Colectando					
¿Tiene su hijo(a) que salvar las cosas, tales como papeles viejos y cuerdas, porque (él o ella) piensa que podría necesitarlo otra vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repitiendo					
¿Tiene su hijo(a) que hacer las cosas una y otra vez, tales como sus papeles de tareas, entrar y salir por puertas, o pararse y sentarse de sillas? ¿Tiene (él o ella) que leer cosas o borrar y reescribir cosas una y otra vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordenar y Arreglar					
¿Tiene su hijo(a) que arreglar las cosas, tales como sus libros y juguetes, de una cierta manera porque de lo contrario se disgustaría mucho? ¿Tienen las cosas que ser en “pares” todo el tiempo? Por ejemplo, ¿si (él o ella) se toca su pierna izquierda, tiene (él o ella) que entonces tocarse su pierna derecha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rituales Misceláneos					
¿Tiene su hijo(a) que tocar, rozar, o frotar las cosas de una forma especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
siempre preguntarse si (él o ella) hizo lo correcto o hizo algo incorrecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tener que hacer la misma pregunta una y otra vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sentirse como que tiene que decir alguna cosa que (él o ella) haya hecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Persistencia		Puntuación de Ansiedad (0-8)	Resistencia - Intentar dejarlo	
	Sí	No		Sí	No
*seguir tirandose de sus cabellos (tricotilomanía)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seguir diciendo o pensando las mismas palabras, rezos, u oraciones una y otra vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*comer y tomar cosas en un cierto orden? ¿Solo comer ciertas comidas?					
Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nota: Si tales síntomas son identificados, es necesario más evaluación para el diagnóstico diferencial exacto de otros trastornos del Axis I.*

Persistencia (Sí o No)

4a. **¿Tiene su hijo(a) que frecuentemente hacer cosas tales como (compulsiones)?**

Si "Sí" a cualquier compulsion, coloque una marca en el círculo y continúe.



Puntuaciones de Ansiedad (0-8)

4b. Para aquellos artículos donde el padre/madre respondió "Sí," pídale al padre/madre por su mejor estimado de los sentimientos de ansiedad, usando el Termómetro de los Sentimientos.

¿Qué tan molesto(a) se pone (él o ella) cuando (él o ella) tiene que (compulsión)? ¿O qué tan molesto(a) se pone (él o ella) si es interrumpido o prevenido de (compulsión)?

Por cualquier rango de ansiedad de 4 (*Alguno*) o más, coloque una marca en el círculo.



Resistencia-Intentar Dejarlo (Sí o No)

4c. Para aquellos artículos identificados con una ansiedad de grado 4 o más, investigue sobre la resistencia del niño(a) al comportamiento compulsivo.

¿Piensa usted que su hijo(a) trata de resistir hacer (compulsión)? Por ejemplo, ¿(él o ella) trata de hacer otra cosa?

¿Cuánto tiempo dura cada día (nombre del niño(a)) haciendo la (compulsión indicada)? _____

Nota. Para los rituales que involucren actividades del diario vivir (ej. ducharse, higiene dental, aseo), pregunte, **¿en comparación a otros niños, cuánto más dura (nombre del niño(a)) para (ej. cepillarse sus dientes) por sus hábitos?** _____

Si el padre/madre reporta compulsiones que sean un total de más de 1 hora al día o ansiedad con rango de 4 (*Alguno*) o más, coloque una marca en el diamante.



El diagnóstico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo requiere la presencia de obsesiones, compulsiones, o ambos persistentes (más de 1 hora cada día) que sean repetitivas y difíciles de controlar. Además, los síntomas deberían causar ansiedad marcada o causar una interferencia significativa en el funcionamiento, como es indicado en la sección siguiente.



Si no se obtiene evidencia de obsesiones o compulsiones, pase a Trastorno de Estrés Postraumático (p. 46). De lo contrario, continúe.



Interferencia

Ahora, quiero saber cuánto siente usted que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? (Muestrele al padre/madre el Termómetro de los Sentimientos.) **¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es De ninguna manera, 4 es Alguno, y 8 es Muchísimo, qué diría** (escriba el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre, 0-8)?

Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una marca en el diamante.

Si dos o más diamantes están marcados, considere el diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo y coloque una marca en la estrella.

Evaluación del Padre/Madre



Trastorno Obsesivo-Compulsivo



Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) / Trastorno de Estrés Agudo

Investigación Inicial

Bien, (nombre del padre/madre), ahora quiero hacerle algunas preguntas que son un poco diferentes. Algunas de ellas podrían ser un poco difíciles de hablar para usted, pero es importante que yo le haga estas preguntas. Estas cosas que le voy a preguntar podrían haber causado que su hijo(a) se ponga extremadamente espantado y podrían haber hecho que (él o ella) se sienta incapaz de dejar la situación. ¿Entiende?

Evento Traumático

Por definición DSM-IV, la persona debió haber experimentado, ser testigo, o haberse confrontado con (un) evento(s) que involucre una muerte o una amenaza de muerte, herida, o amenaza a la integridad física de sí mismo o de otros; la respuesta de la persona debe involucrar un intenso temor, impotencia, horror o, en niños, conducta desorganizada o agitada.

1. ¿Le ha ocurrido algo terrible o molesto a su hijo(a)? ¿(Él o ella) ha estado muy enfermo(a) o mal herido(a)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



Si "Sí," ¿Qué pasó? ¿Cuáles fueron las reacciones de su hijo(a)?

2. ¿Ha sido (él o ella) testigo de la muerte de alguien o de alguien quien ha sido mal herido(a)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



Si "Sí," ¿Qué pasó? ¿Cuáles fueron las reacciones de su hijo(a)?

3. ¿Ha estado (él o ella) en un accidente o fuego muy malo donde (él o ella) pudo haber muerto?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

Si "Sí," ¿Qué pasó? ¿Cuáles fueron las reacciones de su hijo(a)?

4. ¿Ha estado su hijo(a) en algo como un huracán, inundación, o terremoto, o ha pasado un tornado cerca de donde viven?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

Si "Sí," ¿Qué pasó? ¿Cuáles fueron las reacciones de su hijo(a)?

5. ¿Alguien ha robado o atacado a su hijo(a)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

Si "Sí," ¿Qué pasó? ¿Cuáles fueron las reacciones de su hijo(a)?

6. ¿Alguien ha tocado a su hijo(a) inapropiadamente o ha molestado a su hijo(a)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

Si "Sí," ¿Qué pasó? ¿Cuáles fueron las reacciones de su hijo(a)?

7. ¿Alguien ha abusado físicamente de su hijo o le ha hecho algún daño muy malo?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

Si "Sí," ¿Qué pasó? ¿Cuáles fueron las reacciones de su hijo(a)?

8. ¿Le ha pasado algún otro evento que sea muy molesto a su hijo(a)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

Si "Sí," ¿Qué pasó? ¿Cuáles fueron las reacciones de su hijo(a)?

Si un círculo o más han sido marcados para las Preguntas 1-8 y el evento es verdaderamente de un tipo TEPT, coloque una marca en el diamante y continúe.

CRITERIO

Evento TEPT especificado por el padre/madre: _____

9. ¿Hace cuanto ocurrió (el evento TEPT)? _____



Si la respuesta a la Pregunta 9 es más de 1 mes, coloque una marca en el diamante y continúe. De lo contrario, pasa a Trastornos Afectivos (p. 52).

CRITERIO

Nota. Si la entrevista ocurre dentro de 4 semanas del evento traumático, considere un diagnóstico de Trastorno de Estrés Agudo/

Síntomas TEPT

Reexperimentando Síntomas

10. ¿Se queja su hijo(a) de pensamientos sobre (evento TEPT) que (él o ella) **no quiere tener**? Para niños más jóvenes, pregunte, ¿(él o ella) **alguna vez juega o hace dibujos sobre** (evento TEPT)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

11. ¿Se queja (él o ella) de malos sueños o pesadillas?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

12. ¿Piensa usted que (él o ella) a veces siente que (evento TEPT) **esta a punto de ocurrir otra vez**?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

13. **¿Cuándo se le recuerda lo del (evento TEPT), se molesta mucho (él o ella)?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

14. **¿Cuándo (nombre del niño(a)) recuerda el (evento TEPT), (él o ella) reporta sensaciones físicas incómodas? Por ejemplo, ¿reporta (él o ella) un corazón de latidos rápidos, sudor, o temblor?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

Si uno o más círculos para las Preguntas 10-14 son marcados, coloque una marca en el diamante y continúe.

CRITERIO



Si "No" a todas las Preguntas 10-14, pase a Trastornos Afectivos (p. 52).

Síntomas de Evitación

15. **¿Intenta (nombre del niño(a)) muy fuertemente de no pensar en el (evento TEPT)?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

16. **¿(nombre del niño(a)) intenta evitar cosas que le recuerde el (evento TEPT)?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

17. **¿Hay algunas cosas del (evento TEPT) que (él o ella) no puede recordar?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

18. **¿Desde el (evento TEPT), ha dejado (él o ella) de hacer cosas que (él o ella) solía disfrutar (ej. jugar juegos, salidas, pasatiempos)?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

19. **¿(Él o ella) se ha vuelto menos interesado(a) en ver amigos desde** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

el (evento TEPT)?

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



20. ¿Desde el (evento TEPT), se ha hecho más difícil para (él o ella) mostrarle a otras personas cómo se siente?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



21. ¿Piensa usted que su hijo(a) siente que el futuro no va a funcionar para (él o ella)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



Si tres o más círculos para las Preguntas 15-21 fueron marcados, coloque una marca en el diamante y continúe. De lo contrario, pase a Trastornos Afectivos (p. 52).



Síntomas de Hiperexcitación

¿Ha tenido su hijo(a) algunos de estos problemas desde (evento TEPT):

22. No poder dormir bien.

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



23. Estar irritado(a) o perder su temperamento.

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



24. Tener dificultad con prestar atención.

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



25. Estar mucho a la mira para que (él o ella) esté listo(a) por si algo pasa.

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



26. **Estar fácilmente asustado(a) o sorprendido(a).**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si “Sí,” coloque una marca en el círculo.



Si se han marcado dos o más círculos para las Preguntas 22-26, coloque una marca en el diamante y continúe.



Para que el niño(a) llene el criterio de diagnóstico para TEPT, el padre/madre debe responder “Sí” a por lo menos una de las Preguntas 1-8, “Sí” a una de las Preguntas 10-14, “Sí” a por lo menos tres de las Preguntas 15-21, y “Sí” a por lo menos dos de las preguntas 22-26. Además, los síntomas deben de estar presentes por lo menos 1 mes, y la interferencia de funcionamiento debe ser evidente (si menos de un mes desde el evento traumático, considere el Trastorno de Estrés Agudo).

Por cuánto tiempo (nombre del adolescente) **ha experimentado estos problemas?** _____

Si más de 1 mes, coloque una marca en el diamante y continúe.



Interferencia

Ahora, quiero saber cuánto usted siente que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? (Muéstrelle al padre/madre el Termómetro de los Sentimientos.) **¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es De ninguna manera, 4 es Alguno, y 8 es Muchísimo, qué diría** (escriba el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre, 0-8)?

Evaluación del Padre/Madre



Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una marca en el diamante.



Si todos los siete diamantes están marcados, considere el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (Trastorno de Estrés Agudo) y coloque una marca en la estrella.

Trastorno de Estrés Postraumático



Trastornos Afectivos: Distimia

Investigación Inicial

1a. ¿Su hijo(a) ha experimentado un año entero sintiéndose triste o melancólico(a), o (él o ella) estuvo irritado(a) más días de lo que (él o ella) se sintió bien? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

1b. ¿Su hijo(a) se ha sentido triste más días de lo que (él o ella) se ha sentido bien durante el pasado año? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí" a la Pregunta 1a o 1b, coloque una marca en el diamante y continúe.



Si "No" a ambas Preguntas 1a y 1b, pase al Trastorno Depresivo Mayor (p. 55). De lo contrario, continúe.

1c. ¿Durante ese año, alguna vez hubo un periodo de dos meses cuando su hijo(a) se sintió bien *más* días que lo que se sintió mal? Por ejemplo, ¿(él o ella) se sintió bien durante el verano? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro



Si el padre/madre responde "Sí" a la Pregunta 1c, entonces Distimia queda descartado, y el/la entrevistador(a) debería pasar a Trastorno Depresivo Mayor (p. 55). Si el padre/madre responde "No," continúe.

Ahora, le voy a hacer preguntas sobre cosas que le ocurren a alguna gente cuando se sienten melancólicas o tristes. Quiero saber si estas cosas le ocurren a su hijo(a) cuando (él o ella) se siente triste. O, en vez de notarse triste, algunos niños podrían estar más irritados de lo normal cuando se sienten deprimidos. Estas cosas pueden ser algo que usted mismo(a) note o que quizás otra persona note, como su cónyuge o el profesor del niño(a).

2a. Comer más de lo que (él o ella) usualmente come. ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

2b. Comer menos de lo que (él o ella) usualmente come. ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Cuente cualquier respuesta "Sí" de las Preguntas 2a y 2b como un solo síntoma y coloque una marca en el círculo.



3a. Problemas durmiendo. ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

3b. Dormir mucho más de lo usual. ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Cuente cualquier respuesta "Sí" de las Preguntas 3a y 3b como un solo síntoma y coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

4. **Sentirse muy cansado(a) o sin energía.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

5. **Sentirse inútil o culpable.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

6. **Tuvo problemas para tomar decisiones y tuvo problemas para concentrarse.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

7. **Se sintió como que las cosas no tenían esperanza.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA



Si dos o más círculos son marcados para las Preguntas 2-7, coloque una marca en el diamante y continúe. De lo contrario, pase a Trastorno Depresivo Mayor (p. 55)

CRITERIO

8. **¿Piensa usted que su hijo actualmente se siente de esta forma? ¿Cuándo fue la última vez que (él o ella) se sintió así? ¿Cuánto tiempo (él o ella) se ha estado sintiendo así?** (Evalúe para Distimia actual.)

Si el padre/madre reporta la presencia de por lo menos dos síntomas en las Preguntas 2-7, y la interferencia del funcionamiento es evidente, entonces considere un diagnóstico de Distimia. Continúe y evalúe para el Trastorno Depresivo Mayor aunque el niño llene el criterio o no lo llene para Distimia (p. 55).



Interferencia

Ahora, quiero saber cuánto siente usted que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? (Muéstrole al padre/madre el Termómetro de los Sentimientos.)
¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es *De ninguna manera*, 4 es *Alguno*, y 8 es *Muchísimo*, qué diría (escriba el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre, 0-8)?

Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una marca en el diamante.

Si todos los tres diamantes son marcados, considere el diagnóstico Distimia y coloque una marca en la estrella.

Evaluación del Padre/Madre



CRITERIO

Distimia

DIAGNÓSTICO



Trastornos Afectivos: Trastorno Depresivo Mayor

Investigación Inicial

Ahora, le quiero preguntar otra vez sobre sentimientos tristes, pero esta vez quiero saber si su hijo(a) alguna vez se ha sentido deprimido(a). Clarifique la definición de *deprimido(a)* diciendo, **Depresión es un sentimiento que tiene la gente cuando están extremadamente triste. No es como la tristeza temporal que los niños sienten cuando pierden una mascota o se mudan lejos de sus buenos amigos. Esto es mucho peor porque el niño(a) se siente incapaz de divertirse o de salirse de tal disposición de ánimo. También, muchas veces se sienten como que las cosas no van a salir bien, y no tienen la energía para siquiera intentarlo. Cuando algunos niños están deprimidos, aparte de sentirse muy tristes, podrían también ser más irritados de lo usual.**

Entiende usted lo que quiero decir con “sentirse deprimido(a)”? Asegúrese de que el padre/madre entienda la definición.

1a. Bien, ¿su hijo(a) alguna vez se ha sentido deprimido(a)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro



Si “No,” pase a Trastornos Externalizados (p. 60). De lo contrario, coloque una marca en el diamante y continúe.



1b. Si “Sí,” Hábleme de esto.



Si el padre/madre responde “Sí” a la Pregunta 1a y reporta un episodio que sea naturalmente clínico en la Pregunta 1b, entonces continúe. Si el padre/madre responde “Sí” a la Pregunta 1a pero reporta un episodio que no es naturalmente clínico en la Pregunta 1b, entonces investigue más para determinar si el niño(a) alguna vez ha experimentado episodios depresivos que sean clínicamente significativos. Si su investigación no revela dichos episodios entonces pase a Trastornos de Externalización (p. 60). De lo contrario, continúe.

2. ¿(Nombre del niño(a)) se ha sentido de esta forma por más de un día?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro



Si “No,” pase a Trastornos de la Externalización (p. 60). De lo contrario, continúe.

3a. ¿(Él o ella) **se ha sentido de esta forma todos los días por lo menos por dos semanas?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

3b. ¿(Él o ella) **se ha sentido de esta forma todos los días durante las últimas dos semanas?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro



Si “Sí” a la Pregunta 3a o 3b, pregunte si hubo alguna razón legítima por la tristeza (muerte en la familia, etc.). Si la investigación demuestra que la depresión fue limitada a aquellos casos donde hubo una razón legítima y no duró más ni fue más severo de lo que se espera, codifíquelo como “Otro” y pase a Trastornos de la Externalización (p. 60). De lo contrario, coloque una marca en el diamante y continúe.



Si “No” a las Preguntas 3a y 3b, pase a Trastornos de la Externalización (p. 60).

3c. **¿Está su hijo(a) actualmente deprimido(a)? ¿Cuándo fue la última vez que (él o ella) estaba deprimido(a)? ¿Por cuánto tiempo (él o ella) se ha sentido de esta forma?** _____

Ahora, voy a hacer un listado de síntomas (vea la lista siguiente) que la gente experimenta cuando se sienten deprimidos. Quiero saber si estas cosas le pasan a su hijo(a) cuando (él o ella) se siente deprimido(a). Una vez más, esto puede ser algo que usted mismo(a) note o que alguien lo haya traído a su atención. Ahora, solo quiero que conteste “Sí” si las cosas que le pregunto ocurren todos los días por lo menos por dos semanas. Por ejemplo, si (nombre del niño(a)) tuvo problemas comiendo solo un día, usted contestaría “No” porque no ocurrió todos los días. Pero si ocurrió casi todos los días, entonces usted contestaría “Sí.”

4a. **Aumento del comer o el apetito.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

4b. **Pérdida del apetito.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

4c. **Aumento de peso.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

4d. **Pérdida de peso.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Cuente cualquier respuesta "Sí" a las Preguntas 4a, 4b, 4c, o 4d como un solo síntoma y coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

5a. **Tuvo problemas durmiendo.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

5b. **Durmió mucho más de lo usual.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Cuente cualquier respuesta "Sí" a las Preguntas 5a o 5b como un solo síntoma y coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

6a. **Tuvo problemas con sentarse quieto(a).**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

6b. **Se movió muy, muy despacio.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Cuente cualquier respuesta "Sí" a las Preguntas 6a o 6b como un solo síntoma y coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

7. **No parecía poder divertirse o no parecía estar interesado(a) en casi ninguna de sus actividades regulares.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

8. **Se sintió muy cansado(a) o no tenía energía.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

9. **Se sintió sin valor o culpable.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

10. **Tuvo dificultad para concentrarse.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si “Sí,” coloque una marca en el círculo.


SÍNTOMA

11. **Pareció estar excesivamente irritado(a).**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si “Sí,” coloque una marca en el círculo.


SÍNTOMA

12a. **Pensó mucho en la muerte o en morir.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si “Sí,” coloque una marca en el círculo.


SÍNTOMA

12b. **Pensó en matarse.**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Bien, usted acaba de contestar si algunas cosas ocurrieron casi todos los días por dos semanas cuando su hijo(a) se sintió deprimido(a). Ahora, quiero saber si las cosas que siguen pasaron, aunque sea una vez:

12c. **¿(Nombre del niño(a)) ha pensado en alguna forma de tratar de matarse?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

12d. **¿(Nombre del niño(a)) ha intentado alguna vez matarse?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Cuente cualquier respuesta “Sí” a las Preguntas 12a, 12b, 12c, o 12d como un solo síntoma y coloque una marca en el círculo.


SÍNTOMA

Cuente todas las respuestas “Sí” a las Preguntas 12a, 12b, 12c, o 12d, obtenga más detalles y evalúe el riesgo actual de daño hacia sí mismo o hacia otros del niño(a). Investigue sobre los detalles específicos del plan, tiempo de ocurrencia, frecuencia de tales pensamientos, detalles de los intentos, ausencia o presencia corriente de ideación, y así sucesivamente, y tome una acción preventiva apropiada.

El diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor requiere cinco respuestas “Sí” a las Preguntas 3-12. (Note. Por lo menos un síntoma debería ser deprimido o estado de ánimo irritable o pérdida de interés de las actividades regulares.) También, los síntomas deben de ocurrir juntos casi todos los días por lo menos por 2 semanas, y la interferencia en el funcionamiento debe ser evidente. Si cinco círculos o más son marcados, coloque una marca en el diamante.



Interferencia

Ahora, quiero saber cuánto siente usted que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? ¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es *De ninguna manera*, 4 es *Alguno*, y 8 es *Muchísimo*, qué diría (escriba el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre, 0-8)?

Evaluación del Padre/Madre



Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una marca en el diamante.



Si todos los cuatro diamantes son marcados, considere el diagnóstico Trastorno Depresivo Mayor y coloque una marca en la estrella.

Trastornos de Externalización

Hasta ahora, todas las preguntas que le he hecho sobre (nombre del niño(a)) han tenido que ver con sentirse ansioso(a) o deprimido(a). Pero ahora, le estaré preguntando sobre cosas que (él o ella) podría hacer o formas que (él o ella) podría actuar que podría darle dificultad a (él o ella) en la escuela, con sus amigos, o en el hogar.

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Para la siguiente serie de preguntas, conteste “Sí” solo si su hijo(a) muestra esta conducta *mucho* más que otros niños(as) de su edad.

Déficit de Atención

1. ¿(Nombre del niño(a)) a menudo comete errores, tales como en la escuela, las tareas del hogar, o en otras cosas que (él o ella) hace?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

2. ¿Es (él o ella) fácilmente distraído(a)?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

3. ¿Tiene su hijo(a) problema escuchando a otras personas?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

4. **¿Es difícil para su hijo(a) terminar cosas que otros le piden a (él o ella) que haga, tales como tareas del hogar, tarea escolar, y así sucesivamente?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.



Si “Sí” a cualquiera de las Preguntas 1-4, continúe. De lo contrario, pase a Hiperactividad-Impulsividad (p. 62).

5. **¿Tiene (él o ella) dificultad para organizar su trabajo escolar o sus cuadernos, o le da dificultad a (él o ella) para organizar sus cosas cuando va a salir o a hacer actividades?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.



6. **¿A (él o ella) no le gusta o se rehusa a hacer trabajos escolares o tareas escolares porque es difícil para (él o ella) concentrarse en sus asignaturas?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.



Si tres círculos o más para las Preguntas 1-6 han sido marcados, coloque una marca en el diamante y continúe. De lo contrario, pase a Hiperactividad-Impulsividad (p. 62).



7. **¿A (él o ella) se le pierden las cosas a menudo que (él o ella) necesita, tales como libros de la escuela, lápices, juguetes, y así sucesivamente?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.



8. **¿Se distrae (él o ella) fácilmente con sonidos u otras cosas que ocurren en su alrededor?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.



9. ¿(Él o ella) **pierde su lugar a menudo o se le olvida lo que (él o ella) estaba haciendo?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.



Si seis círculos o más para las Preguntas 1-9 han sido marcados, coloque una marca en el diamante y continúe. De lo contrario, pase a Hiperactividad-Impulsividad (p. 62).



10. **¿Cuántos años tenía su hijo(a) cuando (él o ella) comenzó** (de una lista de artículos donde el padre/madre respondió "Sí" en las Preguntas 1-9)? _____

Si la respuesta es menos de 7 años, coloque una marca en el diamante y continúe.



Si los tres diamantes son marcados, considere un diagnóstico de Déficit de Atención y continúe a determinar un diagnóstico de Hiperactividad-Impulsividad.

Hiperactividad-Impulsividad

1. **¿Por lo general, (él o ella) tiene dificultad para mantenerse sentado(a) en su asiento?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.



2. **¿Por lo general, tiene usted que regañar a su hijo(a) por ciertos hechos como subirse encima de los muebles, correr dentro de la casa, o por estar saliendo constantemente?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.



3. **¿Su hijo(a) tiene problema con jugar tranquilamente?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Para adolescentes, pregunte, **¿Tiene su hijo(a) problema con sentarse a hacer las cosas a solas tranquilamente?**

SÍNTOMA

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.

4. **¿Su hijo(a) a menudo parece ser intranquilo(a)?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

5. **¿Su hijo(a) a menudo comienza una cosa y luego pasa a otra cosa sin haber terminado lo primero?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

6. **¿Es su hijo(a) exageradamente locuaz (habla mucho)?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

7. **¿Su hijo(a) a menudo responde a preguntas antes de que la persona termine de preguntar?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

8. **¿Es difícil para su hijo(a) esperar su turno para jugar juegos o cuando está en un grupo?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloca una marca en el círculo.

SÍNTOMA

9. **¿Su hijo(a) se “mete” mucho en las cosas?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.



Si seis círculos o más para las Preguntas 1-9 han sido marcados, coloque una marca en el diamante y continúe.



10. **¿Cuántos años tenía su hijo(a) cuando (él o ella) empezó** (de una lista de algunas cosas donde el padre/madre respondió "Sí" en las Preguntas 1-9)? _____

Si la respuesta es menos de 7 años, coloque una marca en el diamante y continúe.



11a. **¿Su hijo(a)** (de una lista de algunas cosas donde el padre/madre respondió "Sí") **en la escuela?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.



11b. **¿Su hijo(a)** (de una lista de algunas cosas donde el padre/madre respondió "Sí") **en el hogar?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.



11c. **¿Su hijo(a)** (de una lista de algunas cosas donde el padre/madre respondió "Sí") **con sus amigos?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.



Si dos a más círculos de las Preguntas 11a-11c están marcados, coloque una marca en el diamante y continúe.





Interferencia

Ahora, quiero saber cuánto siente usted que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? ¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es *De ninguna manera*, 4 es *Alguno*, y 8 es *Muchísimo*, qué diría (escriba el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre, 0-8)?

Evaluación del Padre/Madre



Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una marca en el diamante.



Para que el niño(a) llene el criterio para el diagnóstico de TDAH, el padre/madre debe haber respondido “Sí” a por lo menos seis de las Preguntas 1-9 en la sección de Déficit de Atención o “Sí” a por lo menos seis de las Preguntas 1-9 en la sección de Hiperactividad-Impulsividad. Además, el padre/madre debió de haber indicado que el problema ha estado ocurriendo por lo menos por 6 meses, empezó antes de los 7 años, y ocurre en más de una situación.

TDAH específicos podrían aplicar si se cumple el criterio solo para el Déficit de Atención o solo para la Hiperactividad-Impulsividad.

Si todos los diamantes en Déficit de Atención y ninguno de los de Hiperactividad-Impulsividad son marcados, considere el diagnóstico TDAH de Tipo Predominantemente Inatento (Déficit de Atención) y coloque una marca en esa estrella.

Si ninguno de los diamantes de Déficit de Atención y todos los diamantes de Hiperactividad-Impulsividad son marcados, considere el diagnóstico TDAH de Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo (Hiperactividad-Impulsividad) y coloque una marca en esa estrella.

Si todos los diamantes en Déficit de Atención y todos los diamantes en Hiperactividad-Impulsividad son marcados, considere el diagnóstico TDAH de Tipo Combinado (Déficit de Atención e Hiperactividad-Impulsividad) y coloque una marca en esa estrella.

TDAH de Tipo Predominantemente Inactivo

DIAGNÓSTICO

TDAH de Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo

DIAGNÓSTICO

TDAH de Tipo Combinado

DIAGNÓSTICO

Trastorno de Conducta

Investigación Inicial

¿(Nombre del niño(a)) **hace cosas tales como romper reglas, robar, mentir, actuar agresivamente hacia otras personas o animales, o destruir cosas que le pertenecen a otros?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro



Si “No,” entonces pase a Trastorno de Oposición Desafiante (p. 71). De lo contrario, continúe.

Agresión Hacia la Gente y Animales

1. ¿Es (nombre del niño(a)) **conocido(a) como un(a) matón(a) en la escuela o el vecindario, y a menudo (él o ella) intimida o amenaza a otros?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.



2. ¿Es (nombre del niño(a)) **conocido(a) en la escuela o en el vecindario como un peleador(a) porque (él o ella) inicia peleas con otros niños?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.



3. ¿A sus conocimientos, (nombre del niño(a)) **alguna vez a usado una arma tal como un bate de pelotas, navaja, ladrillo, pistola, u otro objeto que podría herir a alguien seriamente?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.



4. ¿Es (él o ella) **físicamente cruel con otras personas? Por ejemplo, (él o ella) hiere a otros a propósito pellizcándolos, golpeándolos, o haciéndoles otras cosas dañinas?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.



5. ¿(nombre del niño(a)) alguna vez ha herido o ha sido cruel con animales, tal como un gato o un perro, solo para divertirse?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.



6. ¿(nombre del niño(a)) alguna vez ha estado envuelto en un atraco, arrebato de carteras, robo, u otro crimen contra otra persona?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.



7. Si es padre/madre de un niño mayor, ¿(nombre del niño(a)) alguna vez ha forzado a alguien a tener sexo con (él o ella) en contra de la voluntad de la persona?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.



Destrucción de Propiedad

8. ¿(Él o ella) alguna vez ha iniciado fuegos que hubieran podido perjudicar a otros o causar daño?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.



9. ¿(Él o ella) ha estado alguna vez en problema por destruir alguna propiedad?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.



Falsedad o Robo

10. ¿(Él o ella) alguna vez ha sido encontrado irrumpiendo en una casa, un edificio, o un carro?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

11. ¿(Nombre del niño(a)) **miente muy a menudo para evitar cumplir sus obligaciones? Por ejemplo, (él o ella) miente para salir de la escuela, trabajo, u otras responsabilidades?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

12. ¿(Nombre del niño(a)) **alguna vez ha robado o falsificado cheques? ¿(Él o ella) alguna vez le ha robado a alguna persona sin que esta se de cuenta?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

Violaciones Serias de Reglas

- 13a. ¿(Él o ella) **desobedece los toques de queda y se queda fuera en las noches más tarde de lo que usted desearía?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si el padre/madre respondió “Sí,” y el niño(a) es mayor de 13 años, pregunte,

- 13b. ¿(Él o ella) **empezó a quedarse fuera tarde desde antes de los 13 años?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Cuente cualquier respuesta “Sí” a las Preguntas 13a y 13b como un síntoma y coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

14. ¿(Él o ella) **alguna vez se ha corrido de la casa hasta el próximo día?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si su respuesta es “Sí,” coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

- 14a. Si “Sí,” **¿cuántas veces ha ocurrido esto?** _____

14b. **¿Cuál fue el periodo de tiempo más largo que (él o ella) duró fuera?** _____

Cuente la respuesta a la Pregunta 14 como un "Sí" si el niño(a) se ha corrido de la casa por lo menos dos veces, o una vez sin retornar por un largo periodo.

Si su respuesta es "Sí," coloque una marca en el círculo.

 SÍNTOMA

15a. **¿(Nombre del niño(a)) a menudo se ausenta sin permiso de la escuela?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si el padre/madre respondió "Sí," y el niño(a) es mayor de 13 años, pregunte,

15b. **¿(Él o ella) empezó a ausentarse sin permiso antes de los 13 años de edad?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí" a ambas Preguntas 15a y 15b, coloque una marca en el círculo.

 SÍNTOMA

16a. **Usted me habló de** (refiérase a aquellos artículos donde el padre/madre respondió "Sí" u "Otro"). **¿(Él o ella) ha hecho alguna de estas cosas en los últimos seis meses?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

 SÍNTOMA



Si "No," pase a Trastorno de Oposición Desafiante (p. 71). De lo contrario, continúe.

16b. **¿(Él o ella) ha hecho alguna de estas cosas durante el último año?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

 SÍNTOMA

Si tres círculos o más a las Preguntas 1-16 han sido marcados, coloque una marca en el diamante y continúe.

 CRITERIO

El diagnóstico de Trastorno de Conducta requiere de tres o más criterios en las Preguntas 1-16 durante los últimos 12 meses, con cualquier criterio presente en los últimos 6 meses. Si los criterios se cumplen, entonces la evidencia de interferencia en el funcionamiento académico, social, u ocupacional también debería ser evaluado.



Interferencia

Ahora, quiero saber cuánto siente usted que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? ¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es *De ninguna manera*, 4 es *Alguno*, y 8 es *Muchísimo*, qué diría (escriba el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre, 0-8)?

Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una marca en el diamante.

Si ambos diamantes son marcados, considere el diagnóstico de Trastorno de Conducta y coloque una marca en la estrella.

Evaluación del Padre/Madre



CRITERIO



Trastorno de Conducta

DIAGNÓSTICO



Trastorno Desafiante Oposicional



Nota. De acuerdo al *DSM-IV*, si el niño(a) cumple el criterio para el Trastorno de Conducta, entonces no se puede asignar el Trastorno Desafiante Oposicional. Si el criterio para el Trastorno de Conducta se cumple, pase a Mutismo Selectivo (p. 74).

Investigación Inicial

Para la serie de preguntas siguientes, solo responda “Sí” si se refiere a “mucho más de lo que podría ser apropiado para su edad.” (No cuente la rivalidad ni discusión entre hermanos como una respuesta “Sí.”)

¿(Nombre del niño(a)) **siempre parece estar enojado(a), a menudo pierde su temperamento, siempre discute, trata frecuentemente de molestar a otras personas, y a menudo se reusa a hacer lo que se le pide a (él o ella) que haga?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro



Si “No,” pase a Mutismo Selectivo (p. 74). Si “Sí,” continúe.

1. **¿Se enoja usualmente su hijo(a) y pierde su temperamento si, por ejemplo, las cosas no van a su modo?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si “Sí,” coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

2. **¿(Él o ella) a menudo discute con adultos?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si “Sí,” coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

3. **¿(Nombre del niño(a)) a menudo se rehúsa a hacer lo que a (él o ella) se le dice que haga o a menudo rompe las reglas a propósito?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si “Sí,” coloque una marca en el círculo.

SÍNTOMA

4. ¿(Nombre del niño(a)) **a menudo hace cosas para molestar a otras personas, tal como arrebatarse algo de ellos?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



5. ¿(Nombre del niño(a)) **a menudo culpa a otros por sus errores?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



6. ¿(Él o ella) **es usualmente delicado(a) o fácilmente molestado por otros?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



Si "No" a *todas* las Preguntas 1-6, pase a Mutismo Selectivo (p. 74). De lo contrario, continúe,

7. ¿(Nombre del niño(a)) **a menudo parece como si (él o ella) está enojado(a) con o resentido por otras personas?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



8. ¿Si alguien hace algo a (nombre del niño(a)) **que a (él o ella) no le gusta, a menudo (él o ella) toma venganza, y, si así es, lo hace con una actitud rencorosa o cruel?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.



9. ¿Estas conductas han llegado a ser problemas para su hijo(a) **en el hogar, en la escuela, o con sus amistades?** ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si “Sí,” coloque una marca en el círculo.



Si cuatro círculos o más para las Preguntas 1-8 están marcados y si se ha marcado un “Sí” a la Pregunta 9, coloque una marca en el diamante y continúe.



10. **Usted me dijo que** (nombre del niño(a)) (de una lista de artículos que el padre/madre reportó como “Sí” en las preguntas 1-9). **¿(Él o ella) se ha comportado de esta forma durante un tiempo de seis meses?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si “Sí,” coloque una marca en el diamante.



Si “Sí” a la Pregunta 10 y el niño(a) no cumple el criterio para el Trastorno de Conducta, considere el Trastorno Desafiante Oposicional.



Interferencia

Ahora, quiero saber cuánto siente usted que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? ¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es *De ninguna manera*, 4 es *Alguno*, y 8 es *Muchísimo*, qué diría (escriba el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre, 0-8)?

Evaluación del Padre/Madre



Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una marca en el diamante.



Si todos los tres diamantes son marcados, considere el diagnóstico de Trastorno Desafiante Oposicional y coloque una marca en la estrella.

Trastorno Desafiante Oposicional



Mutismo Selectivo

Investigación Inicial

Algunos niños(as) no tienen dificultad al hablar, reirse, y hasta cantar frente a miembros de la familia, pero durante situaciones públicas, tales como en la escuela, son incapaces de hablar en voz alta frente a otras personas.

1. ¿(Nombre del niño(a)) se rehusa a hablar en la escuela o en otras situaciones sociales? Por ejemplo, ¿se rehusa (él o ella) a contestar preguntas en la escuela o se rehusa a responder cuando personas que no son miembros de la familia hablan con (él o ella)? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

2. ¿(Él o ella) se rehúsa a contestar las preguntas que le hacen sus amigos u otras personas? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí" a las Preguntas 1 y 2, coloque una marca en el diamante y continúe.



Si "No" a las Preguntas 1 y 2, pase a Enuresis (p. 76)

3. ¿(Él o ella) habla cuando (él o ella) está en el hogar con el resto de la familia? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

4. ¿(Él o ella) tiene algún amigo(a) que habla por (él o ella) cuando (él o ella) necesita algo en la escuela? O, ¿los miembros de la familia hablan por (él o ella) durante situaciones tales como cuando se ordena comida, se habla por teléfono, y así sucesivamente? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

5. ¿Se ha vuelto difícil la escuela por la falta de (él o ella) hablar? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

6. ¿Usted se molesta porque (nombre del niño(a)) no le habla a otras personas? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

7. ¿(Él o ella) alguna vez ha hablado en la escuela?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," ¿Cuándo (él o ella) se detuvo? ¿Pasó alguna cosa para que (él o ella) se molestara? _____

8. ¿Esto ha ocurrido por más tiempo que el primer mes de la escuela?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el diamante.

CRITERIO

El diagnóstico de Mutismo Selectivo requiere una incapacidad de hablar en situaciones seleccionadas tales como en la escuela, a pesar de haber hablado en otras situaciones; interferencia en el funcionamiento; y duración de por lo menos 1 mes (excluyendo el primer mes de la escuela). Si se cumplen los criterios, considere el diagnóstico de Mutismo Selectivo y coloque una marca en el diamante.

CRITERIO



Interferencia

Ahora, quiero saber cuánto siente usted que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? ¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es *De ninguna manera*, 4 es *Alguno*, y 8 es *Muchísimo*, qué diría (escriba el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre, 0-8)?

Evaluación del Padre/Madre



Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una marca en el diamante.

CRITERIO

Si todos los cuatro diamantes son marcados o si las respuestas de las Preguntas 1-7 requieren de más investigación clínica necesaria para confirmar el diagnóstico de Mutismo Selectivo, coloque una marca en la estrella.

Mutismo Selectivo



Enuresis

1. **¿Luego de alcanzar la edad de 5 años, su hijo(a) ha tenido el problema de mojar sus pantalones o su cama durante el día o la noche?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el diamante y continúe.



Si "No," pase a Terrores Nocturnos (p. 78)

¿Cuándo ocurre (ocurrió) esto? _____

- 2a. **¿(Nombre del niño(a)) ha mojado su cama por lo menos dos veces a la semana durante tres meses consecutivos?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí" u "Otro," **¿Cuánto ha ocurrido esto? ¿Cuándo ocurrió?** _____

¿Aún ocurre en la actualidad? _____

Si "Sí," coloque una marca en el diamante.



- 2b. **¿Cómo reacciona (nombre del niño(a)) ante este problema? ¿Ha causado alguna dificultad en sus amistades, relaciones familiares, o en su rutina diaria? ¿Este problema detiene a su hijo(a) de hacer cosas como dormir fuera de su casa y es (él o ella) burlado por sus compañeros?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro



Si "No" a las Preguntas 2a y 2b, pase a Terrores Nocturnos (p. 78).

Si el niño(a) tiene más de 5 años de edad, no tiene trastornos físicos, el padre/madre respondió "Sí" a la Pregunta 1, y el problema ha ocurrido por lo menos dos veces a la semana por tres meses consecutivos o ha causado ansiedad o interferencia en el funcionamiento, entonces el diagnóstico de Enuresis se presenta.



Interferencia

Ahora, quiero saber cuánto siente usted que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? ¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es *De ninguna manera*, 4 es *Alguno*, y 8 es *Muchísimo*, qué diría (escriba el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre, 0-8)?

Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una marca en el diamante.

Si todos los tres diamantes son marcados, considere el diagnóstico Enuresis y coloque una marca en la estrella.

Evaluación del Padre/Madre



CRITERIO

Enuresis

DIAGNÓSTICO



Terrores Nocturnos

1a. ¿(Nombre del niño(a)) se ha despertado a media noche con un grito de pánico, sintiéndose con mucho miedo porque (él o ella) tuvo una pesadilla terrible, pero (él o ella) claramente no recuerda de qué se trataba la pesadilla?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el diamante y continúe.

 CRITERIO



Si "No," pase a Abuso de Sustancias (p. 80).

1b. ¿Cuánto ocurre esto? _____

2. ¿(Él o ella) parece estar tan nervioso(a) y asustado(a) durante esos tiempos que aunque usted y su cónyuge entren a la habitación de (él o ella) para intentar hacer que se sienta mejor, no ayuda?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el diamante y continúe.

 CRITERIO

3. ¿Cuándo su hijo(a) despierta en el medio de la noche, nota usted que

a. Su corazón palpita más rápido de lo usual?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

 SÍNTOMA

b. (Él o ella) respira más rápido de lo usual?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," coloque una marca en el círculo.

 SÍNTOMA

c. (Él o ella) **está sudando?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si “Sí,” coloque una marca en el círculo.



Si uno o más círculos son marcados para las Preguntas 3a-3c, coloque una marca en el diamante y continúe.



Si “Sí” a las Preguntas 1a y 2 y “Sí” a por lo menos una de las Preguntas 3a, 3b, y 3c, entonces el diagnóstico de Terror Nocturno se presenta.



Interferencia

Ahora, quiero saber cuánto siente usted que este problema interfiere con la vida de su hijo(a). Es decir, ¿cuánto ha interferido con las amistades de su hijo(a), ha causado problemas en la escuela o en el hogar, o ha impedido que su hijo(a) haga las cosas que a (él o ella) le gustaría hacer? ¿Si usted pudiera valorar el grado de interferencia del 0 al 8, donde 0 es *De ninguna manera*, 4 es *Alguno*, y 8 es *Muchísimo*, qué diría (escriba el número que corresponda a la respuesta segura del padre/madre, 0-8)?

Evaluación del Padre/Madre



Si se indica una interferencia clínica (un grado de 4 o más), coloque una marca en el diamante.



Si todos los cuatro diamantes son marcados, considere el diagnóstico de Terrores Nocturno y coloque una marca en la estrella.

Terrores Nocturno



Preguntas de Selección Adicionales para Trastornos de la Infancia

Esta sección contiene preguntas de selección para trastornos adicionales que el entrevistador podría desear perseguir. Estas preguntas se proveen con el propósito de recaudar información básica, *no* para establecer un criterio de diagnóstico completo. Se necesitará más investigación clínica para confirmar la presencia de cualquiera de estos trastornos. Si las respuestas a las preguntas de estas categorías indican la necesidad para una investigación adicional, el entrevistador podría circular el signo de interrogación al final de cada sección de preguntas para cada categoría de diagnóstico.

Abuso de Sustancia

Si el niño(a) tiene 11 años o más o si usted sospecha la posibilidad de uso de alcohol u otras drogas en un niño más joven, haga las Preguntas 1 y 2.

1. **¿Su hijo toma alcohol, tales como cerveza o vino?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," pida al padre/madre que elabore. _____

2. **¿Su hijo fuma marihuana o usa alguna otra droga ilegal?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," pida al padre/madre que elabore. _____



Si el padre/madre responde "Sí" a la Pregunta 1 o 2 y la elaboración sugiere que hay un problema, haga la Pregunta 3. De lo contrario, pase a Esquizofrenia (p. 81).

3. **¿Su hijo se ha metido en problemas con la familia, la escuela, o la policía por su uso de (nombre de la sustancia)?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," ¿Qué ocurrió? _____

Si las respuestas del padre/madre sugieren un posible problema con sustancias, obtenga más detalles, evalúe el estado actual, y tome la acción apropiada.

Si las respuestas a las Preguntas 1-3 requieren de más investigación clínica necesaria para confirmar un diagnóstico de Abuso de Sustancias, circule el signo de interrogación.

Abuso de Sustancia



Esquizofrenia

Si el niño(a) se comportó de manera extraña durante la entrevista infantil y usted sospecha de una posible psicosis, haga las Preguntas 1a y 1b.

1a. **¿Alguna vez le ha dicho su hijo(a) que (él o ella) escuchó voces cuando nadie más estuvo cerca?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

1b. **¿Alguna vez le ha dicho su hijo(a) que (él o ella) escuchó voces que nadie más que estuvo allí pudo escuchar?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si el padre/madre responde "Sí" a cualquiera de las Preguntas 1a o 1b, explique que las preguntas se refieren a escuchar por los oídos, tal y como el padre/madre le escucha a usted, y no tan solo una voz en la mente, como cuando uno escucha un pensamiento. Si el padre/madre confirma que este es el caso, entonces cuente la respuesta, o respuestas como un "Sí"; de lo contrario, no lo haga.

2. **¿Alguna vez le ha dicho su hijo(a) que (él o ella) vio cosas que en realidad no estuvieron allí?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," pida que elabore para confirmar síntomas clínicos significantes. _____

3. **¿Alguna vez le ha dicho su hijo(a) que la gente estuvieron haciendo cosas para molestarlo o para hacerle daño, por lo tanto, (él o ella) sintió que (él o ella) tenía que estar a la mira?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," pida que elabore para confirmar síntomas clínicos significantes. _____

4. **¿Es difícil a veces entender a su hijo(a) porque (él o ella) habla de una forma mezclada o porque lo que (él o ella) dice no tiene sentido?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," pida que elabore para confirmar síntomas clínicos
significantes. _____

Si las respuestas del padre/madre sugieren posible
Esquizofrenia, obtenga detalles adicionales, evalúe el estado
actual, y tome la acción apropiada.

Si las respuestas a las Preguntas 1-4 requieren de más
investigación clínica necesaria para confirmar el diagnóstico de
Esquizofrenia, circule el signo de interrogación.

Esquizofrenia



Retraso Mental

1. **¿Tiene su hijo un rendimiento significativamente por debajo
de su nivel de grado en la escuela?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro



Si "No," pase a Trastornos de Aprendizaje. De lo contrario,
continúe.

2. **¿Alguna vez le han administrado una prueba de inteligencia
a su hijo(a)?**

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," **¿Qué información le dieron a usted sobre el rango
estimado de funcionamiento de su hijo(a) basado en este
examen?**



Si el padre/madre indica un nivel de funcionamiento por
debajo de lo promedio o un coeficiente de inteligencia (IQ) de
menos de 70, continúe. De lo contrario, pase a Trastornos de
Aprendizaje.

3. **¿Su hijo(a) tiene dificultad con otras áreas de
funcionamiento aparte de las habilidades académicas?**
(Investigue sobre déficit en la comunicación, auto-cuidado,
habilidades sociales o interpersonales, etc.)

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," **¿Qué otras actividades son difíciles para su hijo(a)?**

Si las respuestas a las Preguntas 1-3 requieren de más
investigación clínica necesaria para confirmar un diagnóstico de
Retraso Mental, circule el signo de interrogación.

Retraso Mental



Trastornos de Aprendizaje

1. ¿Su hijo(a) tiene dificultad en la escuela por problemas de lectura, matemáticas, o escritura?

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

Si "Sí," ¿Usted me puede hablar de esto? ¿Qué exactamente es difícil para su hijo(a)?

2. ¿(Él o ella) ha sido evaluado(a) por un psicólogo escolar? ¿Le han ofrecido a (él o ella) alguna asistencia en la escuela por alguno de estos problemas?

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

Si "Sí," ¿Me podría usted hablar de esto?

Nota. Evalúe para trastornos de comunicación que también podrían perjudicar el funcionamiento académico (ej. Trastorno de Lenguaje Expresivo, Tartamudez).

Si las respuestas a las Preguntas 1 y 2 requieren de más investigación clínica necesaria para confirmar el diagnóstico de Trastornos de Aprendizaje, circule el signo de interrogación.

Trastornos de
Aprendizaje



Trastornos Generalizados del Desarrollo

1. ¿Su hijo(a) tiene dificultad para tratar con interacciones sociales? Por ejemplo, (él o ella) parece poco manejable en las interacciones sociales, no responde a otros, o parece desinteresado(a) en socializar?

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

Si "Sí," ¿Me podría usted hablar de esto?

2. ¿(Él o ella) tiene dificultad para comunicarse con otros? Por ejemplo, ¿es (él o ella) retrasado en su habilidad de hablar o tiene (él o ella) dificultad para iniciar o seguir conversaciones?

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

Si "Sí," ¿Me podría usted hablar de esto?

3. ¿Está su hijo demasiado preocupado con repetir las cosas, tales como ciertos movimientos del cuerpo, rutinas o rituales? O ¿(él o ella) se preocupa demasiado con ciertos

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

objetos o partes de objetos?

Si "Sí," ¿Me podría usted hablar de esto?

Si "Sí" a cualquiera de las Preguntas 1-3, ¿Su hijo(a) tuvo estos retrasos o problemas antes de la edad de 3 años?

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

Nota. Si es necesario, haga una evaluación para algún Trastorno Generalizado del Desarrollo específico (ej. Autismo, Trastorno de Rett, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil).

Si las respuestas a las Preguntas 1-3 requieren de más investigación clínica necesaria para confirmar el diagnóstico para Trastornos Generalizados del Desarrollo, circule el signo de interrogación.

Trastornos
Generalizados del
Desarrollo



Trastornos Alimenticios

1. ¿Su hijo(a) piensa que su peso está donde debería estar para su edad?

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

2. ¿Piensa usted que su hijo(a) desearía que (él o ella) fuera más delgado(a) de lo que (él o ella) quisiera estar?

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

3. ¿Se preocupa mucho su hijo(a) por su peso?

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

4. ¿Su hijo(a) encuentra que es difícil controlar como (él o ella) come?

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

5. ¿Su hijo(a) tiene momentos cuando (él o ella) se la pasa sin comer (ayunando) para así poder controlar su peso?

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

6. ¿Su hijo(a) alguna vez come una inmensa cantidad de comida en un solo tiempo?

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

7. La gente intenta toda clase de cosas para perder peso. Algunos podrían ir a dietas, usar medicamentos o laxantes, hacer ejercicios por horas, y hasta intentar vomitar para así no subir de peso. ¿Su hijo(a) hace cosas similares para

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

controlar su peso?

Si "Sí" u "Otro," **¿Qué clase de cosas (él o ella) ha hecho en el pasado?** _____

Si las respuestas del padre/madre sugieren un posible trastorno de alimentación, obtenga más detalles y evalúe el estado.

Si las respuestas a las Preguntas 1-7 requieren de más investigación clínica necesaria para confirmar el diagnóstico de Trastorno de Alimentación, circule el signo de interrogación.

Trastorno de Alimentación



Trastornos Somatoformos

Hipocondria

1. **¿Su hijo(a) siempre esta preocupándose que (él o ella) podría tener una enfermedad seria (ej. cancer, SIDA)?**

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

Si "Sí," **¿Qué tipos de enfermedades (él o ella) piensa que (él o ella) podría tener?** _____

2. **¿Su hijo tiene algún sentimiento (síntoma) o dolor en su cuerpo que (él o ella) piensa que podría ser algo serio?**

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

Si "Sí," **¿Cuáles sentimientos (síntomas) tiene (él o ella)?** _____

¿Qué tanto le ocurren estos sentimientos (síntomas) a (él o ella)? _____



Si "Sí" a cualquiera de las Preguntas 1 ó 2 o está inseguro, continúe. De lo contrario, pase al Trastorno de Somatización.

3. **¿Su hijo(a) ha visto doctores para determinar qué tiene malo?**

☐ Sí ☐ No ☐
Otro

Si "Sí," **¿Qué dijo el doctor?** _____

4. ¿Si usted o el doctor le dicen a su hijo(a) que todo está bien y que no hay nada malo con (él o ella), (él o ella) le cree? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Trastorno de Somatización

1. ¿Su hijo(a) va al hospital a menudo por muchas quejas físicas diferentes? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Si "Sí," ¿Cuáles clases de síntomas físicos ha tenido (él o ella)?



Si "No," pase a la Investigación de Interferencia Opcional (p. 87)

Nota. DSM-IV requiere que los siguientes criterios estén presentes para el Trastorno de Somatización:

- Cuatro síntomas de dolor (ej. cabeza, estómago, espalda, articulaciones, extremidades, pecho, rectal, menstruación, urinación).
- Dos síntomas gastrointestinales (ej. náusea, diarrea, vómito, intolerancia a diferentes tipos de comidas).
- Un síntoma sexual (ej. menstruaciones irregulares, sangrado menstrual excesivo).
- Un síntoma pseudoneurológico (ej. síntomas de conversión, parálisis o debilidades localizados, dificultad para tragar o nudo en la garganta, pérdida de la audición, retención urinaria, alucinaciones, pérdida del tacto o sensaciones de dolor, visión doble, ceguera, sordera, convulsiones).

2. ¿De cuáles maneras estos síntomas físicos han causado problemas para su hijo(a)? _____

Si las respuestas del padre/madre sugieren un posible Trastorno de Somatización, obtenga detalles y evalúe el estado actual.

Si las respuestas a las Preguntas en las secciones de Hipocondría y Somatización requieren de más investigación clínica para confirmar el diagnóstico de Trastorno Somatoformo, circule el símbolo de interrogación.

Trastorno
Somatoformo



Investigación de Interferencia Opcional

Para identificar áreas específicas de interferencia para cualquiera de los trastornos descritos previamente, el entrevistador puede preguntar lo siguiente:

¿Este problema interfiere con la escuela? ¿Detiene que su hijo(a) haga cosas en la escuela y hace que sea más difícil para que (él o ella) disfrute de la escuela?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

¿Este problema interfiere con las amistades de su hijo(a)? ¿Impide que (él o ella) haga amigos o haga cosas con sus amigos?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

¿Este problema interfiere con su vida familiar? ¿Causa discusiones, tensión en sus relaciones, previene que su familia haga cosas, o causa que miembros de la familia se molesten?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

¿Este problema interfiere con cosas del niño(a) tales como el sueño, la comida, o concentrarse en ciertas cosas como la tarea?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Preguntas del Desarrollo

Piensa en cuando su hijo(a) era un(a) infante. ¿(Él o ella) se asustaba por personas extrañas o por situaciones nuevas?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Cuando era un(a) niño, ¿Su hijo(a) solía ser tímido(a) y retisente a explorar su alrededor?

☐ Sí ☐ No ☐ Otro

Cuando su hijo(a) era un(a) infante y un(a) niñita, ¿Cuáles eran sus reacciones cuando usted se iba y lo dejaba con niñeras o en situaciones de cuidado de niños?

Historia Familiar y Genograma

En el espacio siguiente, escriba información sobre trastornos emocionales o mentales, problemas de uso de sustancias o alcohol, y la historia de abuso físico o sexual por familiares de primer-grado.

Historial de Tratamiento

Consejería y Psicoterapia

Obtenga una cronología del historial de tratamientos del niño(a) para problemas emocionales y de conducta.

Fechas	Problemas	Agencia/Terapeuta	Resultados

Historial de los Medicamentos

Fecha	Enfoque del Problema	Tipo/Dosis de Medicamento	Doctor de Prescripción	Respuesta

Temas iniciados por padres/madres (previamente indiscutida)

1. ¿Cuál es el problema principal en el cual usted quiere que su hijo(a) reciba ayuda? _____

2. ¿Hay alguna otra cosa que deberíamos de discutir? ¿Alguna cosa que no hemos cubierto?

ADIS para el DSM-IV:C

Resumen del Horario de Entrevista

Entrevista de la Conducta de Padre/Madre

Estresantes Psicosociales

La siguiente serie de preguntas son destinadas a ser un guía para evaluar la severidad de los estresantes psicosociales. El entrevistador debería investigar sobre la pérdida, divorcio o separación de los padres, cambio en las escuelas, y otros estresantes específicos que podrían tener un impacto en la presentación de quejas del niño(a).

Durante el último año, ¿han habido cualquier tipos de problemas o cambios

a. En su familia? _____

b. En las amistades de su hijo(a)? _____

c. Con la escuela o el rendimiento académico del niño(a)? _____

d. Con la salud de su hijo(a)? _____

e. Con la salud de cualquier otro miembro de la familia? _____

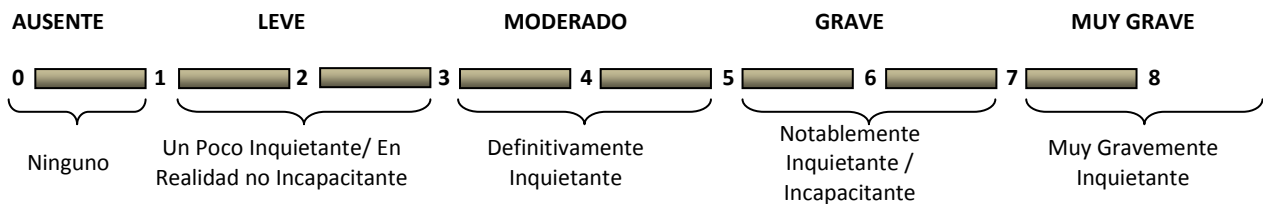
Resumen Narrativo

Este resumen debería incluir presentación de queja, historia, impresión diagnóstica, e información obtenida de las preguntas previas.

Resumen del Diagnóstico del *DSM-IV* Actual y la Clasificación de Gravedad Clínica

La clasificación de gravedad clínica (CGC) es basada en la escala de 9-puntos (0-8) siguiente y es guiada por las puntuaciones de interferencia del padre/madre, número total de síntomas presentados, y la impresión del clínico para cada categoría de diagnóstico.

	Diagnóstico Principal	Clasificación de Gravedad Clínica	Diagnósticos Adicionales	Clasificación de Gravedad Clínica
Axis I	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Axis II	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Axis III	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Axis IV	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Axis V	Presente <hr/>		Año Pasado <hr/>	



Diagnóstico Pasado

Diagnóstico	Clasificación de Gravedad Clínica	Fecha de Inicio	Fecha de Remisión

Calendario-Lado 1

Mes 1

Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Semana 1							
Semana 2							
Semana 3							
Semana 4							

Mes 2

Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Semana 1							
Semana 2							
Semana 3							
Semana 4							

Mes 3

Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Semana 1							
Semana 2							
Semana 3							
Semana 4							

Calendario-Lado 2

Enero						
D	L	M	M	J	V	S

Febrero						
D	L	M	M	J	V	S

Marzo						
D	L	M	M	J	V	S

Abril						
D	L	M	M	J	V	S

Mayo						
D	L	M	M	J	V	S

Junio						
D	L	M	M	J	V	S

Julio						
D	L	M	M	J	V	S

Agosto						
D	L	M	M	J	V	S

Septiembre						
D	L	M	M	J	V	S

Octubre						
D	L	M	M	J	V	S

Noviembre						
D	L	M	M	J	V	S

Diciembre						
D	L	M	M	J	V	S