

ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

NÚMERO ESPECIAL DEDICADO A:

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE
EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA DE NIÑOS
Y ADOLESCENTES: MÓDULOS DIAGNÓSTICOS
CENTRALES DEL DSM-5**

**(THE CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC
ASSESSMENT CAPA: DIAGNOSTIC MODULES DSM-5)**

INFORME GENERAL

VOLUMEN LX

AÑO 2024

NÚMERO 1

ISSN-3028-9467

Anales de Salud Mental es la publicación científica oficial del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Publica en español o inglés resultados de investigaciones originales realizadas a nivel nacional e internacional en el ámbito de la salud mental, con la finalidad de difundir los conocimientos sobre salud mental y promoverla desde una perspectiva multidisciplinaria.

Anales de Salud Mental es de presentación semestral. Se publica desde 1985. Las instrucciones a los autores figuran en la última página de la revista. Los artículos para publicación, las revistas para intercambio y toda correspondencia, incluyendo la solicitud de información para suscripciones, debe ser dirigida al editor. La dirección postal es:

Instituto Nacional de Salud Mental. “Validación del instrumento de evaluación psiquiátrica de niños y adolescentes: módulos diagnósticos centrales del DSM-5 (*The child and adolescent psychiatric assessment CAPA y diagnostic modules DSM-5*)”.

Anales de Salud Mental

Volumen. LX, Número 1. Año 2024 **Enero - Junio**

© Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”

Av. Eloy Espinoza Saldaña No. 709, Urb. Palao.

San Martín de Porres. Lima 31, Perú

Teléfono: (01) 7485600; anexo 1058

E-mail: oeaide@insm.gob.pe

Página web: <https://openjournal.insm.gob.pe>

Anales de Salud Mental no comparte necesariamente la opinión de los artículos que aparecen publicados.

Depósito Legal N° 2023-12117

ISSN: 3028-9467 (En línea)

ISSN: 1023-389X (Impresa)

ANALES DE SALUD MENTAL

Lima, Perú-2024-Volumen LX. Número 1

**PUBLICACIÓN OFICIAL DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
“HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI”**

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR EN JEFE

Betty Misaico Revate

EDITOR ASOCIADO

Javier E. Saavedra Castillo

SECRETARIA DE EDICIÓN

Flor Alburquerque Jaramillo

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Santiago Stucchi Portocarrero

MIEMBROS

Manuel Arellano Kanashiro
Yuri Cutipé Cárdenas
María Mendoza Vilca
Rolando Pomalima Rodríguez
Yolanda Robles Arana
Emir Valencia Romero

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL

Delicia Ferrando

Agustín Montoya

María Antonieta Silva

Moisés Lemlij

Wilfredo Mormontoy

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Renato Alarcón (Minnesota, EE.UU.)

Juan E. Mezzich (Nueva York, EE.UU.)

Germán Berrios (Cambridge, Inglaterra)

Juan C. Negrete (Montreal, Canadá)

Pierre Pichot (París, Francia)

Raquel Cohen (Miami, EE.UU.)

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

CESAR HENRY VASQUEZ SANCHEZ
Ministro de Salud

ERIC RICARDO PEÑA SANCHEZ
Viceministro de Salud Pública

HERBERTH ULISES CUBA GARCÍA
Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

DIRECTORIO DEL INSM

BETTY MISAICO REVATE
Directora General del INSM

CÉSAREO NOLASCO ORE
Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de
Administración del INSM

OSCAR ALBERTO LLAMOSAS LUQUE
Director Ejecutivo de la Oficina de
Planeamiento Estratégico del INSM

JAVIER E. SAAVEDRA CASTILLO
Director Ejecutivo de la Oficina de Apoyo a la
Investigación y Docencia Especializada

LOURDES LUCIA DÍAZ ESPINOZA
Jefa de la Oficina de Epidemiología

INVESTIGADORES DEL ESTUDIO

AUTORES

José Pablo Arias Torres
Militza Álvarez Machuca
Willder Chanduví Puicón
Jessica Chire Álvarez
Giannina Morón Cortijo

PRESENTACIÓN

La situación actual de la salud mental representa un reto para la medición de las diferentes variables que la integran. El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM) viene propiciando la ejecución de investigaciones no tan solo epidemiológicas en todo el país sino también el contar para la ejecución de estas con instrumentos debidamente validados en nuestra población que garanticen la idoneidad de sus resultados.

El objetivo principal de esta publicación es alcanzar a la comunidad científica un instrumento que cuente los criterios de validez y confiabilidad debidamente acreditados, que ayuden a los profesionales de la salud mental en su trabajo de evaluación y diagnóstico con los usuarios, en este caso púberes y adolescentes entre los 9 y 17 años.

El presente documento describe el proceso de adaptación, validación y generación de un nuevo instrumento Versión Peruana del CAPA CORE que, si bien sigue las características del CAPA CORE de una forma sintética, también incluye los criterios de diagnóstico psiquiátrico fundados en el DSM 5 (Manual de Diagnóstico Psiquiátrico de la Asociación Psiquiátrica Americana) que sigue normas estandarizadas para la clasificación de enfermedades mentales a nivel internacional.

La versión peruana del CAPA CORE facilitará el diagnóstico de patologías de alta prevalencia en nuestro territorio nacional, debido a que su estructura de entrevista facilita captar los signos y síntomas que determinan un trastorno mental en púberes y adolescentes; asimismo es un instrumento amigable para todos los profesionales de la salud mental que no requiere una amplia experticia, sino un proceso de capacitación apropiado; por lo que estamos seguros que será de gran utilidad para la comunidad científica a nivel nacional e internacional.

Betty Misaico Revate
Directora General del Instituto Nacional de Salud Mental
“Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”

AGRADECIMIENTOS

Durante los últimos cuarenta y dos años el Instituto Nacional de Salud Mental ha desarrollado estudios de gran importancia para la toma de decisiones e implementación de políticas públicas. Al ser un modelo de atención altamente especializado requiere de instrumentos que garanticen un buen diagnóstico de los principales desordenes de la salud mental.

Este compromiso ha servido para comprender la importancia de la generación de instrumentos que ayuden en el trabajo cotidiano a los profesionales involucrados.

Este documento ha podido ser logrado gracias a la colaboración cálida y tenaz de los profesionales de niños y adolescentes que colaboraron desinteresadamente, tanto en la adaptación lingüística, como en la fase de gold estándar; al del personal de programación, procesamiento, diagramación de la presente publicación, y en especial, de las personas entrevistadas que accedieron a compartir sus experiencias en bien de la comunidad.

Agradecemos también a los miembros de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, por sobre todo incentivar la formulación de protocolos de investigación, que permitan conocer y elaborar nuevos instrumentos para estudiar la realidad de la salud mental infanto-juvenil en nuestro país.

Debemos gratitud al Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Altamente Especializada en Niños y Adolescentes por su apoyo incondicional en la elaboración de esta investigación.

Deseamos hacer extensivo nuestro reconocimiento, por sus observaciones y críticas, nuestros asesores externos porque nos han permitido mejorar la calidad de nuestro trabajo.

LOS AUTORES

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN.....	9
AGRADECIMIENTOS	11
INTRODUCCIÓN	15
ASPECTOS GENERALES	17
FUNDAMENTO TEORICO	19
METODOLOGÍA	21
RESULTADOS	25
➤ FASE I – ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA.....	25
➤ FASE II –ALGORITMOS.....	25
➤ FASE III – GOLD STANDARD	42
➤ FASE IV – DE COMPROBACIÓN	45
CONCLUSIONES	53
LIMITACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS MODULOS DE CAPA CORE	57

INTRODUCCIÓN

El presente informe pretende contribuir a la comunidad científica y aportar datos que permitan tener una aproximación diagnóstica, basada en la adaptación del instrumento CAPA, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM 5 aunado al juicio clínico de los expertos en el tema, con el fin de obtener una apropiada estandarización, confiabilidad y significado de éstos, en población infanto-juvenil entre 9 y 17 años.

A su vez, permite la revisión del instrumento en la recolección e identificación del nivel, intensidad, duración y frecuencia de las patologías. La ventaja de este estudio radica en que los juicios complejos y la información discrepante son explorados más a fondo, y cuya codificación final basada a través de algoritmos es vista con más confianza. De esta forma, contribuye en la adecuación de una entrevista basada en el entrevistador.

A nivel práctico y social, este estudio puede utilizarse como herramienta clínica y/o epidemiológica. Desde el punto de vista clínico, la entrevista psiquiátrica que propone el instrumento con los adolescentes está direccionada a la identificación de sus signos y síntomas en función a criterios diagnósticos preestablecidos. Mientras que, desde la óptica epidemiológica, contribuye a identificar síntomas en la población diana junto con la severidad de estos.

ASPECTOS GENERALES

Para el establecimiento de un diagnóstico preciso se requiere de una evaluación exhaustiva, completada idealmente por un clínico entrenado que entreviste al adolescente, obteniendo una historia detallada, revisando historias clínicas, cuestionarios administrados y recopilando información de terceras partes como los profesores. Esta evaluación exhaustiva debe incluir una “revisión psiquiátrica de sistemas de clasificación” para identificar posibles diagnósticos a ser evaluados y considerar diagnósticos alternativos, así como muchos síntomas (por ejemplo: irritabilidad, problemas de concentración) que son compartidos entre los distintos desórdenes. Esta situación ideal no siempre ocurre, lo que genera la necesidad de crear instrumentos que puedan confirmar diagnósticos y proyectarlos hacia grandes estudios epidemiológicos que nos permitan conocer al detalle la patología psiquiátrica en la etapa infanto-juvenil.

Las herramientas de evaluación disponibles actualmente emergieron luego del DSM-III (Asociación Psiquiátrica Americana, 1980) y se expandieron en la investigación psiquiátrica infantil mediante la clarificación delimitada de criterios diagnósticos. El DSM-III representó una nueva aproximación radical para el diagnóstico lo cual mejoró la confiabilidad diagnóstica, facilitó la comunicación, y dio pie al desarrollo de instrumentos de evaluación. Con revisiones posteriores, culminando con el DSM-5 en 2013 (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013), se extendió esta aproximación, con la sinergia entre los sistemas DSM y CIE (Prudence et al., 2015).

Hay muchas entrevistas, las cuales generan información diagnóstica útil y difieren en su estructura. Las entrevistas “altamente estructuradas”, o “basadas en el encuestado” (RBI) requieren preguntas para ser leídas exactamente como están escritas con pocas opciones de respuesta predefinidas. El encuestado debe interpretar las preguntas. El Programa de Entrevista Diagnóstica para Niños (DISC, Shaffer et al., 2000) es una RBI ampliamente utilizada. Entrevistas “Semiestructuradas” o “Basadas en el entrevistador” (IBI) pueden contener preguntas, estas son “sugeridas”; el entrevistador replantea las preguntas como apropiadas y continúa haciendo preguntas hasta que él/ella decide los puntajes. Hay ventajas y desventajas en cada aproximación. Las RBIs pueden ser más estandarizadas, son menos costosas, y requieren menos entrenamiento. Sin embargo, no pueden manejar respuestas inválidas y pueden perder presentaciones atípicas. Por el contrario, las IBIs les dan a los entrevistadores la libertad de clarificar discrepancias y utilizar preguntas redundantes, pero estas requieren clínicos mejor pagados y un entrenamiento extensivo para minimizar la variabilidad inter-entrevistador y la “deriva” del apreciador.

Los instrumentos deben ser útiles, no sólo para ser aplicados y mejorar los procesos de diagnóstico y tratamiento, sino también para ayudar al progreso de la ciencia. En este sentido, para que la investigación en psiquiatría avance, es importante disponer de instrumentos estandarizados que permitan evaluar, clasificar y cuantificar tanto las alteraciones mentales como los cambios que se manifiestan tras la aplicación de los tratamientos farmacológicos o conductuales. La psicometría es un área que, durante muchos años, la psiquiatría y la psicología aplicada han atendido parcialmente, focalizada en el diagnóstico clínico y el tratamiento. Además de los requisitos clásicos de la psicometría, como la validez, que las pruebas midan lo que se supone que deben medir; la confiabilidad o fiabilidad, que las mediciones sean similares si se realizan en distintos momentos; que las medidas sean ecológicas, que se puedan aplicar en distintos contextos y

que sean de utilidad pragmática. Se deben contemplar otros aspectos; en este sentido son bien conocidos y aceptados los estudios de adaptación de un instrumento desarrollado en un idioma para aplicarlo en otra lengua. Sin embargo, en muchas ocasiones se deben realizar adaptaciones geográficas, culturales y lingüísticas, incluso cuando la escala o el instrumento se desarrollaron y aplicaron en poblaciones que comparten el mismo idioma.

En el ámbito de la salud mental del niño y del adolescente en el Perú, ante los trastornos psiquiátricos más prevalentes surge la necesidad de la creación, validación y adaptación de escalas, entrevistas estructuradas y otros instrumentos psicométricos que conforman una parte fundamental de la investigación en la salud mental de los niños y adolescentes. En este sentido, para el desarrollo de la investigación y el conocimiento es importante disponer de instrumentos estandarizados que permitan evaluar, clasificar y cuantificar tanto las alteraciones mentales como el deterioro psicosocial, estructura y funcionamiento familiar, los factores sociales, económicos, culturales, las barreras para la atención y el impacto de la enfermedad mental en el niño y adolescente.

Existen estudios previos, a nivel internacional, que se realizaron con un fin similar. Dentro de ellos destaca como estudio primario de la confiabilidad test-retest de CAPA con 77 niños remitidos clínicamente de 10 a 16 años, los valores de K para el diagnóstico fueron 0,9 para depresión mayor, 0,85 para distimia, 0,74 para trastorno de ansiedad excesiva, 0,79 para trastorno de ansiedad generalizada, 0,55 para trastorno de conducta, y 1,0 para abuso/dependencia de sustancias. Los coeficientes de correlación intraclass para las puntuaciones de la escala de síntomas del DSM-III-R oscilaron entre 0,5 para el trastorno negativista desafiante y más de 0,90 para el trastorno de estrés postraumático y el abuso/dependencia de sustancias (Angold y Costello, 1995; Costello et al., 1998).

Otro estudio realizado en el año 2000, por Angold et al. que incluye 5962 entrevistas entre padres e hijos, las secciones centrales de CAPA (síntomas psiquiátricos, deterioro funcional, demografía, estructura y funcionamiento familiar) tomaron en promedio 59 minutos para los niños y 66 minutos para los padres. La fiabilidad test-retest para los diagnósticos osciló entre $K = 0,55$ para el trastorno de conducta (CD) y $K = 1,0$ para el abuso/dependencia de sustancias. La validez, juzgada por 10 criterios diferentes, fue buena. Se concluye que, hay un lugar tanto en la investigación como en los entornos clínicos para una entrevista rigurosamente operativa (como la CAPA) que se centre en garantizar que los encuestados comprendan lo que se les pregunta y en definir claramente los niveles de gravedad de los síntomas y el deterioro funcional (Angold y Costello, 2000).

Cabe mencionar que, a la fecha, no hay ningún estudio nacional que haya utilizado el CAPA como instrumento de entrevista psiquiátrica.

FUNDAMENTO TEORICO

LA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

DEFINICIÓN. - Es una herramienta utilizada para la recolección de datos, que se basa en una sesión de preguntas y respuestas entre médicos, psiquiatras, psicólogos u otros profesionales capacitados y personas sospechosas de cumplir con los criterios de determinadas enfermedades. Cuando la persona es un niño, la entrevista puede ocurrir entre los entrevistadores y los padres o tutores. Estas entrevistas pueden variar en duración y las preguntas respondidas normalmente se puntúan para determinar la presencia potencial de diferentes tipos de enfermedades.

La entrevista de diagnóstico es una característica común al intentar diagnosticar adecuadamente muchas discapacidades de aprendizaje y trastornos mentales.

TIPOS. - Hay dos tipos básicos de entrevistas diagnósticas estructuradas para usar con niños y adolescentes: entrevistas basadas en el encuestado y entrevistas basadas en el entrevistador (Harrington et al. 1988).

En una entrevista basada en el encuestado, el entrevistador dirige una serie de preguntas al entrevistado, que deben ser entregadas palabra por palabra. Las variaciones en el "juicio clínico" han sido eliminadas por el formato de la entrevista. Los entrevistadores necesitan relativamente poca capacitación y no necesitan tener experiencia clínica (Edelbrock y Costello, 1988). La desventaja aquí es que uno solo tiene que aceptar la evaluación del entrevistado sobre si existe un síntoma.

Las entrevistas basadas en entrevistadores emplean un enfoque bastante diferente para la estandarización de la recopilación de información. El entrevistador espera si un síntoma o comportamiento está presente o no. Normalmente, cada síntoma guiará el interrogatorio, y las preguntas están disponibles en el programa de la entrevista, pero se espera que el entrevistador use cualquier interrogatorio necesario para decidir sobre la presencia o ausencia de síntomas. Sin embargo, tal entrevista difiere de la entrevista clínica no estructurada. Una prueba importante de la idoneidad de una entrevista basada en el entrevistador, por lo tanto, radica en la claridad y especificidad de sus operacionalizaciones de construcciones de síntomas. En la entrevista basada en el entrevistador, la mente del entrevistador está estructurada para detectar la presencia de síntomas y comportamientos de interés.

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CAPA

DEFINICIÓN. - Entrevista psiquiátrica basada en un entrevistador que recopila datos sobre fechas de inicio, duración, frecuencia e intensidad de los síntomas de diagnósticos psiquiátricos (según los sistemas del DSM V o CIE 10), con versiones para uso con niños y sus padres, centradas en síntomas de los últimos tres meses, adaptada para evaluaciones tanto en investigación clínica como epidemiológica.

La Evaluación Psiquiátrica de Niños y Adolescentes (CAPA) en su versión abreviada (Child and Adolescent Psychiatric Assessment Core Diagnostic Modules for DSM 5), es una entrevista psiquiátrica estructurada basada en un entrevistador que recopila datos sobre las fechas de inicio, duración, frecuencia e intensidad de los síntomas de una amplia

gama de diagnósticos psiquiátricos según el DSM-5, que proporciona una estructura para la mente del entrevistador. La entrevista sirve como guía para determinar si un síntoma está presente; el entrevistador toma esa decisión sobre la base de la información recopilada del paciente o encuestado.

CARACTERÍSTICAS. - El diseño del CAPA se elabora de forma modular, así que las secciones particulares se pueden usar por separado del resto de la entrevista. La sección de diagnóstico es parte de un paquete integrado que también cubre datos sociodemográficos, estructura familiar y funcionamiento, relaciones entre pares y adultos, la valoración de los acontecimientos vitales y calificaciones del deterioro psicosocial resultante de la sintomatología psiquiátrica. Las medidas complementarias cubren el uso de servicios para la salud mental, barreras para el cuidado, eventos de vida y el impacto de la enfermedad mental infantil en la familia (Angold y Costello, 2000).

El CAPA, basada en el entrevistador, puede ser particularmente adecuado para evaluaciones clínicas, si se garantiza la capacitación y supervisión adecuada de los entrevistadores a cargo.

El instrumento CAPA también ha sido utilizado en otros entornos clínicos. Por ejemplo, en un estudio de 77 pacientes hospitalizados de edades comprendidas entre 10 y 18 años; en este caso se observó que la fiabilidad de las puntuaciones de la escala fue algo menor en los pacientes ambulatorios que en los pacientes hospitalizados (Angol y Costello, 1995; Costello et al., 1998^a).

METODOLOGÍA

TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

La presente investigación es de carácter instrumental. Respecto al tiempo de ejecución, se considera de tipo transeccional, porque recolecta datos en un momento y tiempo único.

UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS DE OBSERVACIÓN

Universo. - Población infanto-juvenil, entre los 9 y 17 años, conformada por los niños y adolescentes residentes habituales de la ciudad de Lima y Callao (N=3423), tanto de la zona urbana como rural.

TABLA 1.
DISTRIBUCIÓN DE CONGLOMERADOS Y VIVIENDAS ÁREA URBANA Y RURAL DE LIMA Y CALLAO.

MACROS	Nº	DEPARTAMENTOS	CONGLOMERADOS			VIVIENDAS			Nº DE ENTREVISTAS		
			urbanos	rurales	total	urbanas	rurales	Total	En niños y adolescentes		Total
									urbano	Rural	
1	1	TUMBES	27	1	28	243	44	287	81	3	84
	2	PIURA	154	29	183	1386	261	1647	462	87	549
	3	LAMBAYEQUE	101	17	118	909	153	1062	303	51	354
	4	LA LIBERTAD	145	33	178	1305	297	1602	435	99	534
2	7	AREQUIPA	173	18	191	1557	162	1719	519	54	573
	8	MOQUEGUA	23	4	27	207	48	255	69	12	81
	9	TACNA	43	7	50	387	84	471	129	21	150
	10	PUNO	88	84	172	792	756	1548	264	252	516
3	5	ICA	94	8	102	846	72	918	282	24	306
	19	HUANCAVELICA	14	32	46	126	288	414	42	96	138
	20	AYACUCHO	43	37	80	387	333	720	129	111	240
4	11	CAJAMARCA	51	84	135	459	756	1215	153	252	405
	12	AMAZONAS	19	20	39	171	180	351	57	60	117
	13	SAN MARTÍN	60	21	81	540	189	729	180	63	243
5	18	JUNÍN	99	38	137	891	342	1233	297	114	411
	17	PASCO	21	8	29	189	72	261	63	24	87
	16	HUÁNUCO	40	36	76	360	324	684	120	108	228
	15	UCAYALI	41	7	48	369	63	432	123	21	144
	21	CUSCO	80	52	132	720	468	1188	240	156	396
	22	APURÍMAC	22	28	50	198	252	450	66	84	150
	23	MADRE DE DIOS	15	2	17	135	40	175	45	6	51
7	24	LIMA	1017	24	1041	9153	216	9369	3051	72	3123
	25	CALLAO	100	0	100	900	0	900	300	0	300
8	5	ANCASH	81	43	124	729	387	1116	243	129	372
9	14	LORETO	53	17	70	477	153	630	159	51	210
TOTAL					3254				7812	1950	9762

Muestra. - Estará conformada por 550 sujetos. Para el cálculo del tamaño de muestra de la primera encuesta nacional de salud mental se utilizará la siguiente fórmula de Lohr (Lohr, 2010):

$$\eta = \left(\frac{z}{e}\right)^2 \left(\frac{1-P}{P}\right) (deff) \left(\frac{1}{1-lhr}\right) \left(\frac{1}{1-prd}\right)$$

Donde:

n = es el número de hogares incluidos en la muestra

z = es el valor z requerido para obtener un intervalo de confianza del 95% en las estimaciones.

e = es la precisión o estimación del máximo error permitido en la muestra, el cual fue considerado en un 10%.

deff = es el efecto del diseño, considerado igual a 1.5 en este estudio.

p = es la proporción o prevalencia, en este estudio se consideró una prevalencia de 12% de al menos un trastorno psiquiátrico.

lnr = es el nivel de no respuesta, con un valor de 25% en este estudio.

prd = es la media o proporción de participantes que se espera encontrar en cada hogar seleccionado. En este estudio el prd fue de 96%.

DEPARTAMENTO	ERROR		
	6%	5%	4%
LIMA	226	315	466
CALLAO	22	30	45
TOTAL	248	345	511

Ajuste por Efecto del diseño (1.4)

DEPARTAMENTO	ERROR		
	6%	5%	4%
LIMA	339	473	699
CALLAO	33	45	68
TOTAL	372	518	767

Ajustado por Tasa de No Respuesta (10%)

TNR 0.10
TRE 0.90

DEPARTAMENTO	ERROR		
	6%	5%	4%
LIMA	377	526	777
CALLAO	37	50	76
TOTAL	414	576	853

UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN

Niño, niña y adolescente de 9 a 17 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Respecto de los criterios de inclusión, se considerarán a:

- Niños y adolescentes entre 9 y 17 años, que radiquen tanto en la zona urbana y rural de Lima y Callao.
- Población de lenguas nativas siempre que se cuente con traductores (quechua, aymara, etc.).

Dentro de los criterios de exclusión hallamos:

- Encuestados que no presenten la capacidad cognitiva para comprender y responder las preguntas requeridas.
- Encuestados que presenten algún déficit sensorial que limite realizar la entrevista.
- Niños y adolescentes con síntomas activos de psicosis.

INSTRUMENTO:

CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment) Angold y Costello, Angold et al. 1994) Sistema diagnóstico: DSM -III-R, CIE-10 Edad de aplicación: 8 a 18 años. Tipo de entrevista: Semi - estructurada. Versiones: Padres e hijos. Duración de la prueba: 1 -2 horas por informante. Período evaluado: 3 meses. Tipo de entrevistador requerido: Clínico o lego. Tiempo de entrenamiento del entrevistador: 1 mes.

El CAPA es una entrevista diagnóstica estructurada, realizada por entrevistadores, tiene versiones para uso con niños y con sus padres, cubre un amplio rango de trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes, adaptada para evaluaciones tanto en investigación clínica como epidemiológica. Las secciones centrales del CAPA son: síntomas psiquiátricos, deterioro funcional, demografía, estructura y funcionamiento familiar. El CAPA ha sido actualizado con los criterios del DSM- 5. El CAPA-CORE contiene módulos con variables diagnósticas necesarias para el diagnóstico de los siguientes trastornos: Trastornos de Ansiedad (TAG, Trastorno de ansiedad social, Ansiedad Social, Fobia Específica, Agorafobia y Trastorno de Pánico); Depresión; TDAH; TOD, Conducta; e Incapacidad/Deterioro.

DEFINICIONES OPERACIONALES

- Validación: La validación de un instrumento de investigación se refiere al proceso de evaluar las preguntas de la encuesta para asegurar su confiabilidad. El proceso de validación de instrumentos, debido a su rigor científico, es un tipo de estudio con sus características y procedimientos.
- DSM-5: Es la actualización de 2013 del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, una herramienta de clasificación y diagnóstico publicada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA)
- Trastornos psiquiátricos: de acuerdo con el DSM 5, es "un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes".

PROCEDIMIENTO

En una primera fase, se realizará una revisión de contenido de la prueba, originario de EEUU, para evaluar su pertinencia. Posterior a esto se traducirá y realizará un ajuste de la versión en el idioma destino, verificándose su equivalencia conceptual. El análisis lingüístico de los ítems también incluirá la revisión semántica del instrumento con el objetivo de identificar términos (DSM V) de poco uso; generándose, de requerirlo, modificaciones mínimas, para hacerlo comprensible a nuestra realidad.

En una segunda fase, se revisarán las 19 secciones del CAPA-Breve y sus respectivas preguntas, para elaborar los algoritmos para corregir según los criterios diagnósticos del DSM V; siguiendo los pasos de los autores y del Dr. Brian Small de la Universidad de Duke. Los algoritmos serán verificados mediante la prevalencia obtenida en una muestra representativa de la población infanto-juvenil entre 9 y 17 años de Lima Metropolitana (Base de datos secundaria: ENESM, 2022), en comparación a lo obtenido en estudios previos.

En la tercera fase, se llevará a cabo la entrevista psiquiátrica (gold standard) que permitirá ver la idoneidad del cuestionario utilizado.

En la cuarta fase, se comparará los resultados obtenidos mediante los algoritmos calculados en la segunda fase con el gold standard para verificar la coherencia entre ambos resultados.

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN

El proyecto será evaluado por el Comité de Ética Institucional. En el contexto de la Encuesta Nacional se utilizaron los datos obtenidos en la investigación, en la que los sujetos encuestados ya tenían el consentimiento para el adulto y asentimiento para el niño(a) o adolescente respectivamente, por lo que se solicitó al Comité de Ética la exoneración de la aplicación de dichos documentos.

Concluido el estudio y el análisis de este se realizará un informe general, el cual será distribuido a las autoridades pertinentes. Los resultados del estudio se publicarán en una revista indexada para darlos conocer a toda la comunidad científica.

Para cualquier información adicional el responsable del proyecto, Med. Psq. José Pablo Arias Torres atenderá la solicitud vía correo electrónico (jarias@insm.gob.pe) o telefónica 986689030.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

En la fase uno no se requiere de análisis estadístico dado que se trata de un intento de adaptación lingüística.

Para la segunda fase se aplicará un análisis de sensibilidad, calculándose el porcentaje obtenido mediante la aplicación de la entrevista a la muestra infanto-juvenil con las prevalencias existentes en estudios anteriores; además, se calculará la sensibilidad y la especificidad obtenidas a partir del algoritmo.

En la tercera fase también se aplicará un análisis de sensibilidad.

En la cuarta fase se comparan los resultados obtenidos con los algoritmos y el gold standard mediante un análisis de sensibilidad.

RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación se diseñaron según cada fase del estudio.

➤ FASE I - ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA

Universo. - Población infanto-juvenil, entre los 9 y 17 años, conformada por los niños y adolescentes residentes habituales de la ciudad de Lima y Callao (N=3423), tanto de la zona urbana como rural.

Durante esta fase de inicio, se procedió con la revisión exhaustiva del contenido de la prueba en su versión <omnibus> (extendida) e idioma original (inglés), con el fin de familiarizarnos con el diseño y los términos utilizados por el autor. Encontramos la incompatibilidad del instrumento, en su extensión y en su tiempo de aplicación (limitaciones importantes en su uso en nuestra población); así que se decide usar el CAPA CORE (versión breve) incluida dentro de la extendida.

El proceso de adaptación involucró tres procesos fundamentales:

(1) Traducción y adaptación de los ítems

Se realizó la traducción y adaptación sociocultural de los módulos del CAPA CORE (versión breve), la cual consistió en realizar equipos de traducción de dos personas que tradujeron un mismo módulo para luego realizar comparaciones y unificación de versiones. Tanto el equipo que tradujo, como el que hizo las comparaciones y unificaciones, dominaban el idioma inglés y español, y estaban integrados por psicólogos, médicos y enfermeras especialistas en salud mental de niños y adolescentes. La tarea principal realizada fue la adecuación de la terminología, sintaxis y semántica de las preguntas, además de cambios por términos coloquiales.

(2) Revisión del contenido y adaptación del diagnóstico del trastorno mental a los criterios del DSM-5

Se desarrolló una revisión de los ítems de los módulos para verificar que no existan alteraciones en las mediciones, y se adaptaron a los criterios diagnósticos del DSM-5.

(Anexo 1: Traducción Cuestionarios CAPA CORE/Original).

➤ FASE II -ALGORITMOS

Aquí, completamos la revisión de las diecinueve secciones del CAPA CORE, esto nos permitió identificar las principales categorías diagnósticas del instrumento, considerando las delimitaciones socioculturales propias de nuestra región.

En primer lugar, se revisaron los criterios del DSM 5 de cada una de las categorías diagnósticas contempladas por el CAPA CORE, identificando la compatibilidad de estos criterios con los módulos de este. Posteriormente se escogieron las preguntas idóneas que exploren específicamente, cada uno de esos criterios, acción que se realizó por cada módulo, teniendo como producto final el...

Cuestionario CAPA CORE-Versión Peruana.

CUESTIONARIO CAPA CORE - Versión Peruana
J.P. Arias, M. Álvarez, D. Chanduví, J. Chire, G. Morón

Nombre..... H.C.....

Grado de Instrucción.....

Evaluador..... Fecha.....

N°	Pregunta	Respuesta	Módulo
1	ENCUESTADO		
2			
3	RESPONSABLE QUE AUTORIZA LA ENTREVISTA		
4			
5			
6	HERMANOS	SI NO	
7	¿Tienes hermanos y hermanas? Número de hermanos(as) sin contarse		
	Tipo: • Hermano biológico • Medio hermano • Hermanastro • Hermano adoptivo • Niño(a)/ Adolescente no relacionado • Otro familiar (ej. Prima, tía)		M1 - DEMOGRÁFICOS CON ETNICIDAD
8			
9			
10	DISCUSIONES PADRE O MADRE	SI NO	
11	DISCUSIONES CON OTROS ADULTOS	SI NO	M2 - FAMILIA
12	REDUCCIÓN DEL APETITO	SI NO	
13	¿Ha disminuido su apetito durante al menos una semana?	SI NO	
14	PÉRDIDA DE PESO	SI NO	
15	APETITO EXCESIVO	SI NO	
16		SI NO	M3 - PREFERENCIAS ALIMENTARIAS Y APETITO
17	AUMENTO DE PESO	SI NO	
18		SI NO	
19	SELECTIVIDAD ALIMENTARIA	SI NO	
20		SI NO	
21		SI NO	

22	DETERIORO DE LA SALUD POR SELECTIVIDAD ALIMENTARIA	¿Tu selectividad al comer ha afectado tu salud?	SI	NO	M3 – PREFERENCIAS ALIMENTARIAS Y APETITO
23		¿Has perdido peso o tienes problemas para mantener tu peso?	SI	NO	
24	CANTIDAD INSUFICIENTE DE ALIMENTOS/ MALESTAR AL COMER	¿Te preocupa cómo la comida hará que tu cuerpo se sienta después de comerla?	SI	NO	
25		¿Te molesta sentirte lleno?	SI	NO	
26	MOTIVACIÓN POR LA APARIENCIA	¿Estás reduciendo la cantidad de comida para cambiar la forma de tu cuerpo?	SI	NO	
27	COMPENSACIÓN DE LOS ALIMENTOS	¿Has dejado de comer o limitado ciertos alimentos porque tienes miedo de comerlos en exceso?	SI	NO	M4 - DESEMPEÑO Y COMPORTAMIENTO
28	ESCOLARIDAD	¿Estás actualmente matriculado en el colegio?	SI	NO	
29		¿ALGUNA VEZ has repetido un grado?	SI	NO	
30	INFORMACIÓN ESCOLAR PARA QUIENES HAN DEJADO EL COLEGIO	¿Has dejado o renunciado oficialmente al colegio?	SI	NO	
31	TRABAJO DESPUÉS DE CLASES DEL COLEGIO	En los últimos 3 meses, ¿Has tenido un trabajo luego de clases?	SI	NO	
32	EMPLEO: ALGUNA VEZ	¿ALGUNA VEZ has tenido un trabajo?	SI	NO	
33	EMPLEO REGULAR	¿Has tenido trabajo en los últimos 3 meses?	SI	NO	
34	SE QUEDA EN CASA ALGUNAS MAÑANAS (AUSENTISMO)	¿Te quedas en CASA a veces cuando deberías estar en el colegio?	SI	NO	
35	ACCIONES DE LOS PADRES (AUSENTISMO)	¿Intentan obligarte a ir?	SI	NO	
36	DISCUSIONES CON PROFESORES	¿Tienes discusiones con profesores?	SI	NO	COMPORTAMIENTO
37	OTRA VIOLENCIA FÍSICA DEL ENCUESTADO	En los últimos 3 meses, ¿has golpeado a un profesor sin participar de la discusión?	SI	NO	
38	DISCUSIONES CON LOS COMPAÑEROS DE COLEGIO	¿Tienes discusiones con otros niños en el colegio?	SI	NO	
39	TIEMPO PERDIDO DE COLEGIO (AUSENTISMO): 3 MESES	En los últimos 3 meses, ¿Has faltado al colegio intencionalmente o "te has tirado la pera"?	SI	NO	
40		En los últimos 3 meses, ¿Has faltado a alguna clase mientras estabas en el colegio?	SI	NO	
41	TIENE QUE SER LLEVADO AL COLEGIO (AUSENTISMO)	En los últimos 3 meses, ¿tus padres han tenido que llevarte al colegio para asegurarse de que no faltes?	SI	NO	
42	SE ESCAPA DEL COLEGIO	¿Sales de casa para ir al colegio y no LLEGAS al colegio?	SI	NO	
43	(AUSENTISMO)	¿Vas al colegio y luego te ESCAPAS antes de que termine?	SI	NO	
45	PREOCCUPACIONES/ ANSIEDAD POR POSIBLES DAÑOS	Cuando estás lejos de tus padres, ¿te preocupa que ELLOS puedan sufrir algún daño?	SI	NO	
46		¿Te preocupa que ELLOS te dejen?	SI	NO	M5 – ANSIEDAD POR SEPARACIÓN
47	PREOCCUPACIONES/ ANSIEDAD POR UNA SEPARACIÓN CALAMITOSA	¿Te preocupa que TÚ puedas sufrir algún daño mientras estás lejos de la familia?	SI	NO	
48	RENUENCIA PARA DORMIR SOLO	¿Necesitas estar cerca de un adulto (o de un hermano) para dormirte?	SI	NO	
49	SUEÑOS SOBRE SEPARACIÓN	¿Has tenido pesadillas sobre separarte de tus "padres"?	SI	NO	
50	ANGUSTIA ANTICIPATORIA	¿Te asustas o te enfadas cuando te enteras de que tienen que dejarte?	SI	NO	
51		¿Lloras o suplicas a tus "padres" que no se vayan?	SI	NO	

52	RETRAIMIENTO CUANDO LA FIGURA DE APEGO ESTÁ AUSENTE	¿Te sientes triste o te aíslas DESPUÉS de que se van?	SI	NO	M5 - ANSIEDAD POR SEPARACIÓN
53	PREOCCUPACIONES/ ANSIEDAD POR SALIR DE CASA,	¿Te preocupa salir de casa para ir al colegio?	SI	NO	
54	SÍNTOMAS FÍSICOS FRENTE A LA SEPARACIÓN	¿Tienes dolores o molestias en los días de clases?	SI	NO	
55		¿Te sientes así cuando te separas de tus padres?	SI	NO	
56	PREOCCUPACIONES	¿Las preocupaciones te mantienen despierto por la noche?	SI	NO	M6 - PREOCCUPACIONES
57		¿Afecta la preocupación a tu concentración?	SI	NO	
58	PREOCCUPACIÓN POR LA ENFERMEDAD FÍSICA (HIPOCONDRIA)	¿Te preocupa mucho estar físicamente enfermo?	SI	NO	
59		¿Te preocupa que pueda haber algo gravemente malo en ti?	SI	NO	
60	TENSIÓN NERVIOSA	¿Te sientes tenso, nervioso o al límite?	SI	NO	M7 - AFECTO ANSIOSO
61	ANSIEDAD SOCIAL	¿Te pones nervioso o asustado cuando tienes que hablar con la gente?	SI	NO	
62		¿Te vuelves extremadamente tímido en situaciones sociales?	SI	NO	
63		¿Tienes miedo porque crees que la gente te puede rechazar?	SI	NO	
64	ANGUSTIA	¿Te sientes disgustado/ incómodo/ fastidiado cuando tienes que conocer gente nueva?	SI	NO	
65	EVITACIÓN	¿Evitas ir a fiestas o lugares donde podrías tener que hablar con otras personas?	SI	NO	
66	PRESENTIMIENTO ANSIOSO	¿Tienes sensaciones de que algo malo/ fatal va a pasar, sin ninguna razón que lo explique?	SI	NO	
67	MIEDO A LAS ACTIVIDADES EN PÚBLICO	¿Te pones nervioso o te sientes asustado cuando tienes que hacer cosas delante de otras personas?	SI	NO	
68	ANGUSTIA	¿Te angustias, lloras o te niegas a hablar cuando estás en esta situación?	SI	NO	
69	EVITACIÓN	¿Haces algo para evitar tener que hacer estas cosas delante de los demás?	SI	NO	
70	AGORAFOBIA - MIEDO A UTILIZAR EL TRANSPORTE PÚBLICO	¿Te asusta la idea de viajar en carro o usar el transporte público?	SI	NO	
71	EVITACIÓN	¿Haces algo para evitar estas situaciones?	SI	NO	
72	MIEDO A ESTAR EN ESPACIOS ABIERTOS	¿Sientes miedo en espacios abiertos como estacionamientos u otros lugares públicos?	SI	NO	M7 - AFECTO ANSIOSO
73	EVITACIÓN- MIEDO A ESTAR EN ESPACIOS ABIERTOS	¿Haces algo para evitar estas situaciones?	SI	NO	
74	MIEDO A ESTAR EN LUGARES CERRADOS	¿Tienes miedo de estar en un lugar cerrado como una tienda o una sala de cine?	SI	NO	
75	EVITACIÓN- MIEDO A ESTAR EN LUGARES CERRADOS	¿Haces algo para evitar estas situaciones?	SI	NO	
76	MIEDO DE HACER FILA O ESTAR EN UNA MULTITUD	¿Tienes miedo de hacer fila?	SI	NO	
77		¿Tienes miedo de salir a lugares concurridos?	SI	NO	
78	INTENSIDAD DE EVITACIÓN- MIEDO DE HACER FILA O ESTAR EN UNA MULTITUD	¿Haces algo para evitar estas situaciones?	SI	NO	

79	MIEDO A ESTAR SÓLO FUERA DE CASA	¿Tienes miedo de estar solo mientras estás fuera de tu casa?	SI	NO
80	INTENSIDAD DE EVITACIÓN- MIEDO A ESTAR SÓLO FUERA DE CASA	¿Haces algo para evitar estas situaciones?	SI	NO
81	MIEDO AL PÁNICO O SÍNTOMAS SIMILARES AL PÁNICO	¿Tienes miedo porque podrías entrar en pánico o tener un ataque de pánico en esas situaciones?	SI	NO
82		¿Tienes miedo de estas cosas porque podría ser difícil para ti escapar si tuvieras que hacerlo?	SI	NO
83		¿Tienes miedo de que no haya nadie ahí para ayudarte si entras en pánico?	SI	NO
84	MIEDO A LOS ANIMALES	¿Algún animal te asusta?	SI	NO
85		¿O te "paralizas"?	SI	NO
86	EVITACIÓN- MIEDO A LOS ANIMALES	¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?	SI	NO
87	MIEDO A LAS LESIONES	¿Te sientes "nervioso" o "asustado" ante la posibilidad de resultar herido o lastimado?	SI	NO
88		¿Tienes mucho miedo o te angustias cuando te haces un pequeño corte o un moretón?	SI	NO
89	EVITACIÓN- MIEDO A LAS LESIONES	¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?	SI	NO
90	MIEDO A LA SANGRE/ INYECCIÓN	¿Te sientes asustado al ver sangre?	SI	NO
91		¿Tienes miedo de recibir una vacuna o inyección?	SI	NO
92		¿Tienes miedo de ver a alguien recibiendo una inyección?	SI	NO
93	EVITACIÓN A LA SANGRE/ INYECCIONES	¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?	SI	NO
94	ANSIEDAD O SITUACIONES QUE PROVOCAN MIEDO	¿Hay otras situaciones o cosas a las que le tengas miedo?	SI	NO
95	EVITACIÓN	¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?	SI	NO
96	AFFECTO ANSIOSO GENERALIZADO (LIBRE)	¿Alguna vez te has sentido asustado sin saber por qué?	SI	NO
97	DIFICULTADES DE CONCENTRACIÓN	¿Cuándo te sientes "ansioso" o asustado, ¿te cuesta concentrarte?	SI	NO
98	FÁCIL FATIGABILIDAD	¿Cuándo estás preocupado o ansioso, ¿parece que te cansas más fácilmente?	SI	NO
99	TENSIÓN MUSCULAR	¿Tus músculos se tensan cuando estás "preocupado", "ansioso" o "asustado"?	SI	NO
100	INQUIETUD	¿Tienes que estar levantándote o moviéndote cuando estás "preocupado", "ansioso" o "asustado"?	SI	NO
101	TRASTORNO DEL SUEÑO CUANDO ESTÁ PREOCUPADO O ANSIOSO	¿Cuándo estás preocupado o ansioso, ¿tienes problemas para conciliar el sueño?	SI	NO
102		¿Tienes problemas para permanecer dormido porque estás ansioso o preocupado?	SI	NO
103	IRRITABILIDAD CUANDO ESTÁ PREOCUPADO O ANSIOSO	¿Te molestas fácilmente cuando estás preocupado o ansioso?	SI	NO
104	ATAQUE PÁNICO	¿Te da ataques de pánico?	SI	NO
105		¿Tratas de evitar situaciones en las que podrías entrar en pánico	SI	NO
106		¿Sucede a veces "de la nada"?	SI	NO

M7 - AFFECTO ANSIOSO

107	DESREALIZACIÓN DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO	¿Cuándo entraste en pánico, ¿sentiste que las cosas a tu alrededor no parecían reales?	SI	NO	M7 - AFECTO ANSIOSO
108	DESPERSONALIZACIÓN EN UN ATAQUE DE PÁNICO	¿Cuándo entraste en pánico, ¿sentiste que tú no eras real?	SI	NO	
109	MIEDO A LA PÉRDIDA DE CONTROL DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO	¿Cuándo entraste en pánico, ¿sentiste que te estabas volviendo loco?	SI	NO	
110	MIEDO A MORIR DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO	¿Cuándo entraste en pánico, ¿tuviste miedo de morir?	SI	NO	
111	SÍNTOMAS AUTONÓMICOS ANSIOSOS EN LOS ATAQUES DE PÁNICO, MAREOS/DESMAYO	¿Te sientes mareado o te desmayas?	SI	NO	
112	ASFIXIA	¿Sientes que te estás ahogando?	SI	NO	
113	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	¿Tienes dificultad para respirar?	SI	NO	
114	RESPIRACIÓN RÁPIDA	¿Tu respiración se vuelve más rápida?	SI	NO	
115	SÍNTOMAS AUTONÓMICOS ANSIOSOS EN LOS ATAQUES DE PÁNICO, MAREOS/DESMAYO	¿Tu corazón late muy rápido?	SI	NO	
116	OPRESIÓN/ DOLOR EN EL PECHO	¿Sientes opresión o dolor en el pecho?	SI	NO	
117	SUDORACIÓN	¿Sudas?	SI	NO	
118	NÁUSEAS	¿Te sientes con náuseas?	SI	NO	
119	NUDO EN EL ESTÓMAGO/ DOLOR DE ESTÓMAGO	¿Sientes como un nudo en el estómago?	SI	NO	
120	ESTOMAGO	¿Te duele el estómago?	SI	NO	
121	TEMBLAR	¿Tiembles o te dan tics nerviosos?	SI	NO	
122	CARA ROJA/ ESCALOFRÍOS	¿Tu cara se pone roja?	SI	NO	
123		¿Tienes escalofríos?	SI	NO	
124	PARESTESIA	¿Tiene sensaciones extrañas (hormigueo, adormecimiento, ardor, etc.) en los dedos de las manos o de los pies?	SI	NO	M8 - PROBLEMAS DE SUEÑO
125	ESTÓMAGO REVUELTO	¿Se te revuelve el estómago?	SI	NO	
126	PREOCCUPACIÓN POR ATAQUES DE PÁNICO ADICIONALES	¿Te preocupa tener otro "ataque de pánico"	SI	NO	
127	CAMBIO DE COMPORTAMIENTO	¿Has hecho algo para evitar tener más "ataques de pánico"?	SI	NO	
128	INSOMNIO	¿Te cuesta quedarte dormido cuando quieres?	SI	NO	
129		Una vez que te vas a dormir, ¿te despiertas de nuevo durante la noche?	SI	NO	
130		¿Te levantas temprano por la mañana y no puedes volver a dormir?	SI	NO	
131	HIPERSOMNIA	¿Has tenido más sueño que de costumbre?	SI	NO	
132		¿Tienes más sueño que la mayoría de los otros niños?	SI	NO	
133	ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO	¿Te has sentido mal, infeliz o deprimido?	SI	NO	
134		¿Has llorado por cómo te has estado sintiendo?	SI	NO	
135	AGITACIÓN SUBJETIVA	¿Cuándo te sientes "bajoneado/infeliz/deshinchado", ¿notas que te pones muy inquieto?	SI	NO	M9 - AFECTO DEPRESIVO
136		¿Puedes dejar de sentirte así?	SI	NO	

137	LLANTO Y LÁGRIMAS REPORTADAS	¿Hay ocasiones en las que te sientes "muy triste/bajoneado" que quieres llorar?	SI	NO	M9 - AFECTO DEPRESIVO
138		¿Puedes dejar de llorar por ti mismo(a)?	SI	NO	
139	IRRITABILIDAD	¿Te irritas más que antes en los últimos 3 meses?	SI	NO	
140		¿Te has metido en discusiones o peleas últimamente?	SI	NO	
141	ANHEDONIA	¿Te parece que has perdido el entusiasmo por las cosas que solías disfrutar?	SI	NO	
142	ANERGIA SUBJETIVA	¿Has perdido algo de tu energía habitual?	SI	NO	
143		¿Tienes suficiente energía como para hacer tus cosas?	SI	NO	
144	SOLEDAZ	¿Te sientes solo?	SI	NO	
145		¿Te sientes excluido por los demás?	SI	NO	
146	SENTIMIENTOS DE FALTA DE AMOR	¿Te sientes menos querido que otras personas?	SI	NO	
147	DESPRECIO Y ODIIO A SI MISMO	¿Como persona, ¿te sientes tan bien como se sienten las demás personas?	SI	NO	
148		¿Crees que todo el mundo es mejor que tú?	SI	NO	
149	CULPA PATOLÓGICA	¿Sientes que muchas de las cosas que van mal son culpa tuya?	SI	NO	
150	DESESPERANZA	¿Te sientes sin esperanza sobre el futuro?	SI	NO	
151	SUICIDIO	En los últimos 3 meses, ¿has pensado en suicidarte?	SI	NO	
152	Pensamientos suicidas	Recientemente, ¿Has hecho algo para prepararte para suicidarte?	SI	NO	
153	Planes suicidas	¿Alguna vez has intentado realmente suicidarte?	SI	NO	
154	Intentos suicidas: alguna vez	¿Llegas más tarde de lo que deberías?	SI	NO	M10 - TRASTORNO OPOSICIONISTA/CONDUCTA TRASTORNO DE CONDUCTA DESADIANTE
155	LLEGAR MÁS TARDE DE LO ESTABLECIDO	¿Rompes estas reglas a propósito?	SI	NO	
156	COMPORTAMIENTO MOLESTOSO	¿Crees que otras personas se molestan por las cosas que haces?	SI	NO	
157		¿Crees que otras personas se molestan por las cosas que haces para divertirte?	SI	NO	
158	DECIR MALAS PALABRAS	¿Dices malas palabras cuando hay adultos cerca?	SI	NO	
159	ROBAR: ALGUNA VEZ	¿Alguna vez has robado algo?	SI	NO	
160	ALLANAMIENTO DE MORADA: ALGUNA VEZ	¿ALGUNA VEZ has entrado a la fuerza o sin permiso a algún lugar?	SI	NO	
161	ROBO CON CONFRONTACIÓN DE LA VÍCTIMA, PERO SIN VIOLENCIA REAL: ALGUNA VEZ	¿ALGUNA VEZ has amenazado a alguien para que te dé algo?	SI	NO	
162	USO DE ARMA: ALGUNA VEZ	¿Alguna vez has llevado un arma cuando robaste algo?	SI	NO	
163	MENTIR	¿Dices mentiras para salir de cosas que no quieres hacer?	SI	NO	
164		¿Mientes para salir de problemas?	SI	NO	
165	CULPAR	¿Mientes si crees que puedes salir del apuro culpando a alguien más?	SI	NO	
166	TRAMPA	En los últimos 3 meses, ¿has hecho trampa en pruebas o exámenes?	SI	NO	
167		¿Qué tal en los juegos?	SI	NO	
168	FALSIFICACIÓN MENOR: ALGUNA VEZ	¿Alguna vez has falsificado la firma de tus padres en algún permiso por enfermedad para el colegio?	SI	NO	

169	ESCAPAR DE CASA Y PASAR FUERA LA NOCHE: ALGUNA VEZ	¿ALGUNA VEZ te has escapado de casa y pasado por lo menos una noche fuera?	SI	NO	M10 - TRASTORNO OPOSICIONISTA/CONDUCTA	TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE
170	CRUELDAD HACIA PERSONAS: 3 MESES	¿Has tratado de lastimar o asustar mucho a alguien?	SI	NO		
171	INTIMIDACIÓN: 3 MESES	¿Has obligado a alguien a hacer algo que no querías hacer amenazándolo o lastimándolo?	SI	NO		
172	DESOBEDIENCIA	¿ALGUNA VEZ has estado involucrado con la policía?	SI	NO		
173		¿Eres desobediente con tus padres?	SI	NO		
174		¿Eres desobediente con los maestros del colegio?	SI	NO		
175		¿Eres desobediente en otros lugares, como el supermercado o el centro comercial?	SI	NO		
176	COMPORTAMIENTO MOLESTOSO	¿Crees que otras personas se molestan por las cosas que haces?	SI	NO		
177		¿Crees que otras personas se molestan por las cosas que haces para divertirse?	SI	NO		
178	RENCOROSO O VENGATIVO	¿Haces cosas para molestar a otras personas a propósito?	SI	NO	M11 - ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES Y RELACIONES	ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES
179		¿O tratar de lastimarlos a propósito?	SI	NO		
180	MENTIR	¿Dices mentiras para salir de cosas que no quieres hacer?	SI	NO		
181		¿Mientes para salir de problemas?	SI	NO		
182	CULPAR	¿Mientes si crees que puedes salir del apuro culpando a alguien más?	SI	NO		
183	PERDER EL CONTROL	¿Qué pasa cuando pierdes el control?	SI	NO		
184	DISCUSIONES CON LOS COMPAÑEROS	¿Tienes discusiones con otros chicos/as (niños o adolescentes) cuando no estás en el colegio?	SI	NO		
185	EL ENCUESTADO ES OBJETO DE BURLAS O BULLYING A TRAVÉS DE REDES SOCIALES	¿Has sido objeto de burlas o bullying en línea?	SI	NO		
186		¿Alguien te ha enviado correos electrónicos, mensajes de texto o mensajes acosadores o amenazantes por WhatsApp o Messenger?	SI	NO		
187	RELACIONES SEXUALES: ALGUNA VEZ	¿ALGUNA VEZ ha tenido relaciones sexuales?	SI	NO		
188	DIFICULTAD PARA HACER O MANTENER AMIGOS	¿Tienes problemas para mantener amigos?	SI	NO	RELACIONES INTERPERSONALES	
189		¿Encuentras que otros chicos/as (niños o adolescentes) no quieren jugar/salir contigo o no te eligen para jugar/salir?	SI	NO		
190	RETRAIMIENTO	¿Crees que eres más tímido que otros chicos/as (niños o adolescentes) de tu edad?	SI	NO		
191	DISCORDIA	¿Tienes discusiones o peleas con amigos u otros chicos/as (niños o adolescentes) que podrían convertirse en amigos?	SI	NO		
192	EL ENCUESTADO ES OBJETO DE BURLAS O BULLYING	¿Tus hermanos o amigos se burlan de ti o te hacen bullying (te intimidan)?	SI	NO		
193		¿Se la agarran contigo más que con otros chicos/as?	SI	NO		
194	FALTA DE EMPATÍA/SENSIBILIDAD EMOCIONAL	¿Normalmente puedes darte cuenta cuando otras personas están molestas?	SI	NO		
195		¿Puedes darte cuenta cuándo otras personas están felices?	SI	NO		
196	PAREJA	¿Has tenido enamorado/a en los últimos 3 meses?	SI	NO		

197	PENSAMIENTOS OBSESIVOS	¿Tienes pensamientos horribles o absurdos que siguen volviendo a tu mente a pesar de que no quieres seguir teniéndolos?	SI	NO	M12 – RUMIACIONES, OBSESIONES Y COMPULSIONES
198		¿Estos pensamientos interfieren con otras cosas en las que quieres pensar? ¿En cuántas actividades y cuáles son?	SI	NO	
199	RITUALES OBSESIVOS	¿Te sientes incómodo si no puedes pensar estos pensamientos correctamente?	SI	NO	
200		¿Interfieren con otras cosas en las que quieres pensar? ¿En cuántas actividades y cuáles son?	SI	NO	
201	COMPULSIONES	¿Tienes que comprobar las cosas más que otras personas?	SI	NO	M13 – ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
202		¿Tienes alguna rutina o ritual que tienes que hacer?	SI	NO	
203	DESREALIZACIÓN	¿Sentiste que en realidad no estaba sucediendo?	SI	NO	
204		¿Como si fuera solo una historia y no estuviera pasando en realidad?	SI	NO	
205	MIEDO	¿Tu viste miedo?	SI	NO	
206	DESPERSONALIZACIÓN	¿O desconectado de ti mismo?	SI	NO	
207		¿O como si el "evento" no te estuviera pasando a ti?	SI	NO	
208	MAREOS/DESMAYOS	¿Te mareaste, sentiste vértigo o te desmayaste?	SI	NO	
209	RESPIRACIÓN DIFÍCIL/TOSA	¿Tu viste dificultad para respirar?	SI	NO	
210	RESPIRACIÓN RÁPIDA	¿Respiraste muy rápido?	SI	NO	
211	PALPITACIONES	¿Tu corazón latía muy rápido?	SI	NO	
212	TRANSPIRACIÓN	¿Te pusiste sudoroso?	SI	NO	
213	NÁUSEAS	¿Sentiste náuseas?	SI	NO	
214		¿O ganas de vomitar?	SI	NO	
215	DIARREAS	¿Tu viste diarrea?	SI	NO	
216	TEMBLOR	¿Te pusiste tembloroso?	SI	NO	
217	INTRUSIONES COGNITIVAS RECUERDO DOLOROSO POR ESTÍMULOS EXTERNOS	En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente recuerdos o imágenes perturbadoras del "evento de vida" mencionado?	SI	NO	
218		Cuando eso sucede, ¿te trae recuerdos desagradables del "evento de vida"?	SI	NO	
219	REVIVIR EL "EVENTO DE VIDA"	En los últimos 3 meses, ¿has sentido que el "evento de vida" le estaba sucediendo nuevamente, incluso cuando no era así?	SI	NO	
220		¿Sentiste que realmente estabas allí y que realmente estaba sucediendo de nuevo?	SI	NO	
221	PESADILLAS RECUERDO DOLOROSO DEL EVENTO DE VIDA: EVITACIÓN	En los últimos 3 meses, ¿has tenido pesadillas o malos sueños sobre "el evento de vida"?	SI	NO	
222		¿Restringe tus actividades para evitar cosas o lugares que te recuerdan al "evento de vida"?	SI	NO	
223	PROBLEMAS PARA RECORDAR	En los últimos 3 meses, ¿tiene dificultad para recordar algunas cosas sobre el "evento de vida"?	SI	NO	
224	PÉRDIDA DE AFECTO POSITIVO	¿Desde el "evento de vida" te ha parecido que has perdido algunos de tus sentimientos?	SI	NO	
225		¿Puedes sentirte feliz o con buenos sentimientos?	SI	NO	
226	CULPA DEL SOBREVIVIENTE	¿Te sentiste/te sientes culpable por lo que sucedió durante el "evento de vida"?	SI	NO	

227	ENTUMECIMIENTO EMOCIONAL	¿Como si no pudieras sentir nada? En los últimos 3 meses, ¿has tenido más problemas para prestar atención que antes del "evento de vida"?	SI	NO	M13 - ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
228	IRA DESCONTROLADA		SI	NO	
229	HIPERVIGILANCIA	¿Te cuesta más concentrarte?	SI	NO	
230		En los últimos 3 meses, ¿te has enfadado con mucha frecuencia?	SI	NO	
231		¿Más que antes del "evento de vida"?	SI	NO	
232	RESPUESTA DE SOBRESALTO EXAGERADA	En los últimos 3 meses, ¿has estado más "alerta" por si sucedían cosas malas comparado a antes del "evento de vida"?	SI	NO	M14 - EVALUACIÓN DE SERVICIOS
233		¿Estás alerta incluso cuando no hay muchas posibilidades de que suceda algo malo?	SI	NO	
234	EVALUACIÓN DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES	¿Alguna vez tú has sido atendido por alguno de estos lugares, servicios o personas, que se dedican a ver problemas de salud mental y/u ofrecen espacios de ayuda o soporte emocional?	SI	NO	
235	SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN UN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA	¿Has acudido ALGUNA VEZ a un servicio de psiquiatría en un hospital general o clínica?	SI	NO	
236	SERVICIO DE ADICIONES EN UN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA	¿Has acudido ALGUNA VEZ a un servicio de adicciones en un hospital general o clínica?	SI	NO	
237	CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN JUVENIL (Ej.- "MARANGUITA")	¿Has estado ALGUNA VEZ en un centro de diagnóstico y rehabilitación juvenil (ej.- Maranguita)?	SI	NO	
238	HOGAR DE REFUGIO TEMPORAL (MIMPV) / CASA DE ACOGIDA	¿Has estado ALGUNA VEZ en un hogar de refugio temporal?	SI	NO	
239	PUERICULTORIO/CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (INABIF)	¿Has ido ALGUNA VEZ a un Puericultorio / casa hogar por el tipo de problemas de los que me hablaste?	SI	NO	
240	CENTRO O PUESTO DE SALUD	¿Has estado ALGUNA VEZ en un Centro o Puesto de Salud por algún problema de salud mental, emocional o de conducta?	SI	NO	
241	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO	¿Has acudido ALGUNA VEZ a un centro de salud mental comunitario?	SI	NO	
242	CENTRO DE EMERGENCIA O URGENCIA / CENTRO DE CRISIS (Ej.- CENTRO DE EMERGENCIA MUJER, SERVICIO DE ATENCIÓN URGENTE EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL)	¿Has ido alguna vez a un centro de emergencia o urgencia / centro de crisis, como por ejemplo centro de emergencia mujer, servicio de atención urgente en casos de violencia sexual?	SI	NO	
244	GRUPO DE AUTOAYUDA O AYUDA MUTUA O COMUNIDAD EN REDES SOCIALES	¿Has participado ALGUNA VEZ en un grupo de autoayuda o ayuda mutua o comunidad en redes sociales?	SI	NO	

En segundo lugar, se procedió a construir los algoritmos, con el glosario de términos respectivo (Glosario de Términos - Anexo 2); con la finalidad de verificar/corregir el cuestionario según los criterios diagnósticos del DSM 5.

Algoritmos

CAPA 1 – DEMOGRÁFICOS Y ETNICIDAD

	ÍTEMS
ENCUESTADO	7,8
FIGURAS PARENTALES	16, 17, 18, PADRE/MADRE #1: TIPO
HERMANOS	20,22,23,24

Este módulo no aplica para algoritmos, solo se recogen los principales datos generales del encuestado y su familia.

CAPA 2 - SECCIÓN FAMILIA

	ÍTEMS
DISCUSIONES PADRE/MADRE	6
DISCUSIÓN CON OTROS ADULTOS	31

Con respecto a las DISCUSIONES DE PADRE/MADRE Y DISCUSIONES CON OTROS ADULTOS se contemplan los ítems 6 y 31 para el algoritmo, al menos uno de los dos tendrá que estar presente.

CAPA 3 - PREFERENCIAS ALIMENTARIAS Y APETITO

COMPORTAMIENTO RELACIONADO CON LA COMIDA	ÍTEMS
REDUCCIÓN DEL APETITO	2, 4
PÉRDIDA DE PESO	7,8
APETITO EXCESIVO	11, 15
AUMENTO DE PESO	17 (SI), 18 (NO)
SELECTIVIDAD ALIMENTARIA	24, 29, 30
DETERIORO DE LA SALUD POR SELECTIVIDAD ALIMENTARIA	56, 59
CANTIDAD INSUFICIENTE DE ALIMENTOS/MALESTAR AL COMER	76, 78
MOTIVACIÓN POR LA APARIENCIA	86
COMPENSACIÓN DE LOS ALIMENTOS	101

De los nueve indicadores, por lo menos tres tienen que estar presentes para Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Los resaltados con color verde, deben de puntuar positivo en su totalidad para que se considere el diagnóstico de ANOREXIA. Lo resaltado en color celeste, deben puntuar positivo en su totalidad para que se considere el diagnóstico de BULIMIA. Para Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos deben puntuar positivo lo resaltado color rosado.

CAPA 4 - DESEMPEÑO Y COMPORTAMIENTO ESCOLAR

• DESEMPEÑO

DESEMPEÑO	ÍTEM
SECCIÓN: ESCOLARIDAD	1, 6
INFORMACIÓN ESCOLAR PARA QUIENES HAN DEJADO EL COLEGIO	41
TRABAJO DESPUÉS DE CLASES DEL COLEGIO	54
EMPLEO: ALGUNA VEZ	60
EMPLEO REGULAR	64
SE QUEDA EN CASA ALGUNAS MAÑANAS (AUSENTISMO)	77
ACCIONES DE LOS PADRES (AUSENTISMO)	87

Z 55.8: OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON LA EDUCACIÓN - DESEMPEÑO, deben de dar positivo en dos indicadores como mínimo.

• COMPORTAMIENTO ESCOLAR

COMPORTAMIENTO ESCOLAR	ÍTEM
DISCUSIONES CON PROFESORES	22
OTRA VIOLENCIA FÍSICA DEL ENCUESTADO	31
DISCUSIONES CON LOS COMPAÑEROS DE COLEGIO	34
TIEMPO PERDIDO DE COLEGIO (AUSENTISMO): 3 MESES	69, 70
TIENE QUE SER LLEVADO AL COLEGIO (AUSENTISMO)	82
SE ESCAPA DEL COLEGIO (AUSENTISMO)	90, 91

Z 55.4: PROBLEMA RELACIONADOS CON LA INADAPTACIÓN ESCOLAR Y DESAVENENCIAS CON MAESTROS Y COMPAÑEROS, deben de dar positivo en dos indicadores como mínimo

CAPA 5 - ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

	ÍTEM
PREOCUPACIONES/ ANSIEDAD POR POSIBLES DAÑOS	2,4
PREOCUPACIONES/ ANSIEDAD POR UNA SEPARACIÓN CALAMITOSA	14
RENUENCIA A DORMIR SOLO	26
SUEÑOS SOBRE SEPARACIÓN	54
ANGUSTIA ANTICIPATORIA	67 O 68 O AMBAS
RETRAIMIENTO CUANDO LA FIGURA DE APEGO ESTÁ AUSENTE	74
PREOCUPACIONES/ ANSIEDAD POR SALIR DE CASA	95
SÍNTOMAS FÍSICOS FRENTE A LA SEPARACIÓN	125, 126

De los ocho indicadores por lo menos tres tienen que estar presentes para establecer el diagnóstico de ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.

Los indicadores de color amarillo deben de puntuar positivo en todos sus ítems para ser considerados dentro del diagnóstico general. La dimensión de color celeste debe puntuar positivo (en uno o en ambos) para ser considerado dentro del diagnóstico general.

CAPA 6 - PREOCUPACIONES

	ÍTEMS
PREOCUPACIONES	3,4
PREOCUPACIÓN POR ENFERMEDAD FÍSICA	
HIPOCONDRÍA	23,24

Para la codificación de PREOCUPACIONES los dos ítems (verde) señalados deben ser positivos y estar presentes.

En el caso de PREOCUPACIONES POR ENFERMEDAD FÍSICA (amarillo) los ítems señalados deben de puntuar positivos y estar presentes.

CAPA 7 - AFECTO ANSIOSO

	Ítems
TENSIÓN NERVIOSA	1
ANSIEDAD SOCIAL	12, 15, 24
ANGUSTIA	33
EVITACIÓN	37
PRESENTIMIENTO ANSIOSO	41
MIEDO A LAS ACTIVIDADES EN PÚBLICO	50
ANGUSTIA	69
EVITACIÓN	71
AGORAFOBIA	
MIEDO A UTILIZAR EL TRANSPORTE PUBLICO	75
EVITACIÓN	89
MIEDO A ESTAR EN ESPACIOS ABIERTOS	94
EVITACIÓN- MIEDO A ESTAR EN ESPACIOS ABIERTOS	110
MIEDO A ESTAR EN LUGARES CERRADOS	115
EVITACIÓN- MIEDO A ESTAR EN LUGARES CERRADOS	131
MIEDO DE HACER FILA O ESTAR EN UNA MULTITUD	136, 137
INTENSIDAD DE EVITACIÓN- MIEDO DE HACER FILA O ESTAR EN UNA MULTITUD	153
MIEDO A ESTAR SÓLO FUERA DE CASA	158
INTENSIDAD DE EVITACIÓN- MIEDO A ESTAR SÓLO FUERA DE CASA	174
MIEDO AL PÁNICO O SÍNTOMAS SIMILARES AL PÁNICO	179, 181, 182
MIEDO A LOS ANIMALES	187, 191
EVITACIÓN- MIEDO A LOS ANIMALES	201
MIEDO A LAS LESIONES	203, 204
EVITACIÓN- MIEDO A LAS LESIONES	215
MIEDO A LA SANGRE/ INYECCIÓN	217, 218, 219
EVITACIÓN A LA SANGRE/ INYECCIONES	230
ANSIEDAD O SITUACIONES QUE PROVOCAN MIEDO	234
EVITACIÓN	243
AFECTO ANSIOSO GENERALIZADO (LIBRE)	245
DIFICULTADES DE CONCENTRACIÓN	254
FÁCIL FATIGABILIDAD	259
TENSIÓN MUSCULAR	265
INQUIETUD	269
TRASTORNO DEL SUEÑO CUANDO ESTÁ PREOCUPADO O ANSIOSO	273, 274
IRRITABILIDAD CUANDO ESTÁ PREOCUPADO O ANSIOSO	278

Ítems		
ATAQUE PÁNICO		
	281, 283, 292	
DESREALIZACIÓN DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO	295	
DESPERSONALIZACIÓN EN UN ATAQUE DE PÁNICO	299	
MIEDO A LA PÉRDIDA DE CONTROL DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO	303	
MIEDO A MORIR DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO	308	
SÍNTOMAS AUTONÓMICOS ANSIOSOS EN LOS ATAQUES DE PÁNICO		
MAREOS/DESMAYO	323	
ASFIXIA	324	
DIFICULTAD PARA RESPIRAR	325	
RESPIRACIÓN RÁPIDA	327	
PALPITACIONES/TAQUICARDIA	329	
OPRESIÓN/ DOLOR EN EL PECHO	330	
SUDORACIÓN	331	
NÁUSEAS	332	
NUDO EN EL ESTÓMAGO/DOLOR DE ESTOMAGO	333, 334	SI o SI tienen que contestar a ambas
TEMBLAR	335	
CARA ROJA/ESCALOFRÍOS	337, 338	SI o SI tienen que contestar a ambas
PARESTESIA	339	
ESTÓMAGO REVUELTO	340	
PREOCUPACIÓN POR ATAQUES DE PÁNICO ADICIONALES	310	Cualquiera de los dos deberá de
CAMBIO DE COMPORTAMIENTO	313	puntuar positivo

En el caso de TENSIÓN NERVIOSA el ítem deberá puntuar sí o sí positivo.
En el caso de ANSIEDAD SOCIAL, por lo menos tres de los cinco ítems deberán ser positivos.

En el caso de PRESENTIMIENTO ANSIOSO el ítem deberá puntuar sí o sí positivo.
En el caso de MIEDO A ACTIVIDADES EN PÚBLICO los tres ítems deberán puntuar positivos.

En el caso de AGORAFOBIA, los ítems que aparecen en los diferentes indicadores deberán de puntuar positivo catorce o más.

En el caso de ATAQUES DE PÁNICO se puntúa como positivo, si responde afirmativamente al menos en uno de los tres ítems de inicio (281,283,292). Además, se puntuará como positivo, si al menos responde afirmativamente a cuatro o más de los síntomas resaltados en celeste. En el caso de que un ítem cuente con dos ítems, ambos deben responderse afirmativamente. En el caso de los ítems en verde, al menos uno de ellos deberá puntuar positivo.

Para FOBIA ESPECIFICA: 1) ANIMALES 2) LESIONES 3) SANGRE/INYECCIÓN (plomo); cada uno de los tres tipos, bastará con que un ítem de la sección de positivo.

XXXX TAG

XXXX AS

XXXX AP

XXXX AGORAFOBIA

XXXX FOBIA ESPECÍFICA (3)

CAPA 8 - PROBLEMAS DE SUEÑO

	ÍTEMS
INSOMNIO	1,2,3
HIPERSOMNIA	19, 20

Para el diagnóstico de PROBLEMAS DE SUEÑO sólo basta con la presencia de 1 ítem que puntúe positivo por cada subtítulo.

CAPA 9 - AFECTO DEPRESIVO

	Ítems
ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO	2, 4
AGITACIÓN SUBJETIVA	17,22
LLANTO Y LÁGRIMAS REPORTADAS	28,32
IRRITABILIDAD	61,68
ANHEDONIA	106
ANERGIA SUBJETIVA	111, 113
SOLEDAD	141, 144
SENTIMIENTOS DE FALTA DE AMOR	152
DESPRECIO Y ODIOS A SI MISMO	158, 165
CULPA PATOLÓGICA	182
DESESPERANZA	212
SUICIDIO	
PENSAMIENTOS SUICIDAS	235
PLANES SUICIDAS	247
INTENTOS SUICIDAS: ALGUNA VEZ	253

De los once indicadores, deben de puntuar positivo sí o sí los resaltados en amarillo más dos de los otros indicadores para hacer el diagnóstico de DEPRESIÓN MAYOR.

De los tres indicadores en suicidio, al menos uno debe de puntuar positivo para calificar RIESGO SUICIDA.

CAPA 10 - TRASTORNO OPOSICIONISTA/CONDUCTA

• TRASTORNO DE CONDUCTA

	ÍTEMS
LLEGAR MÁS TARDE DE LO ESTABLECIDO	36, 37
COMPORTAMIENTO MOLESTOSO	42,45
DECIR MALAS PALABRAS	70
ROBAR: ALGUNA VEZ	77
ALLANAMIENTO DE MORADA: ALGUNA VEZ	106
ROBO CON CONFRONTACIÓN DE LA VÍCTIMA, PERO SIN VIOLENCIA REAL: ALGUNA VEZ	120
USO DE ARMA: ALGUNA VEZ	135

	ÍTEMS
ENGANO	
MENTIR	158,160
CULPAR	169
TRAMPA	191,192
FALSIFICACIÓN MENOR: ALGUNA VEZ	199
ESCAPAR DE CASA Y PASAR FUERA LA NOCHE: ALGUNA VEZ	236
VIOLENCIA CONTRA OTRAS PERSONAS	
CRUELDAD HACIA PERSONAS: 3 MESES	418
INTIMIDACIÓN: 3 MESES	440
CONTACTO CON LA POLICÍA: ALGUNA VEZ	480

De los quince indicadores establecidos, como mínimo se deben puntuar al menos cuatro (en los indicadores que incluyen dos o tres ítems, todos deben ser positivos), para realizar el diagnóstico de TRASTORNO DE CONDUCTA. En caso de alguno ser negativo ese indicador no será considerado válido en la puntuación general.

• TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

	ÍTEMS
DESOBEDIENCIA	21,22,23
COMPORTAMIENTO MOLESTOSO	42,45
RENCOROSO O VENGATIVO	58, 59
MENTIR	158,160
CULPAR	169
PERDER EL CONTROL	291

De los seis indicadores, tres tienen que estar presentes para establecer el diagnóstico de TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. Basta que una de las preguntas sea positiva, para que el indicador sea considerado positivo.

CAPA 11 - ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES Y RELACIONES

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES	ÍTEMS
DISCUSIONES CON LOS COMPAÑEROS	30
EL ENCUESTADO ES OBJETO DE BURLAS O BULLYING A TRAVÉS DE REDES SOCIALES	46, 47
RELACIONES SEXUALES: ALGUNA VEZ	71

Se concluirá que existen problemas en las ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES (blanco) y CIBERBULLYING (mostaza) con la presencia de sólo un ítem positivo

RELACIONES INTERPERSONALES	ÍTEMS
DIFICULTAD PARA HACER O MANTENER AMIGOS	21, 22
RETRAIMIENTO	24
DISCORDIA	27
FALTA DE EMPATÍA/SENSIBILIDAD EMOCIONAL	63, 64

En los que contienen dos preguntas, ambas deberán ser positivas para considerar la dimensión positiva. En la dimensión de falta de empatía/sensibilidad emocional ambos ítems (63 y 64) deberán ser respondidos negativamente (NO) para considerar a esta positiva.

Se concluirá que existen problemas en las RELACIONES INTERPERSONALES con la presencia de al menos dos de las dimensiones positivas de esta categoría.

BULLYING	ÍTEMS
EL ENCUESTADO ES OBJETO DE BURLAS O BULLYING	36, 39

Se concluirá que existen problemas de BULLYING, cuando cualquiera de los ítems de positivo.

CAPA 12 - RUMIACIONES, OBSESIONES Y COMPULSIONES

	ÍTEMS
PENSAMIENTOS OBSESIVOS	2, 4
RITUALES OBSESIVOS	20, 22
COMPULSIONES	32, 39

El encuestado debe haber respondido de forma afirmativa al menos a tres de las seis preguntas, indistintamente del indicador para establecer el diagnóstico de un TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.

CAPA 13 – EVENTOS DE VIDA

No se considerará ningún ítem.

CAPA 14 - ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

CRITERIO DSM-V	CAPA	ÍTEMS	PUNTUACIÓN
SÍNTOMAS INTRUSIVOS	RESPUESTAS AGUDAS AL EVENTO TRAUMÁTICO		
	RESPUESTAS EMOCIONALES AGUDAS (TEPT-A)		
	DESREALIZACIÓN	5,6*	
	MIEDO	7	
	DESPERSONALIZACIÓN	22,24*	
	RESPUESTAS SOMÁTICAS AGUDAS (TEPT-A)		
	MAREOS/DESMAYOS	31	
	RESPIRACIÓN DIFÍCULTOSA	35	
	RESPIRACIÓN RÁPIDA	37	
	PALPITACIONES	39	AL MENOS UNO POSITIVO
	TRANSPIRACIÓN	42	
	NAUSEAS	43,44*	
	DIARREAS	47	
	TEMBLOR	48	
	INTRUSIONES COGNITIVAS (TEPT-A)		
EVITACIÓN	RECUERDO DOLOROSO POR ESTÍMULOS EXTERNOS (TEPT-A)	55,58*	
	REVIVIR EL "EVENTO DE VIDA" (TEPT-A)	105,108*	
	PESADILLAS (TEPT-A)	121	
	RECUERDO DOLOROSO DEL EVENTO DE VIDA: EVITACIÓN (TEPT-A)	70	AL MENOS UNO POSITIVO
	PROBLEMAS PARA RECORDAR (TEPT-A)	99	
ALTERACIÓN COGNITIVA NEGATIVA O DEL ESTADO DE ÁNIMO ASOCIADA AL SUCESO DEL TRAUMA	ENTUMECIMIENTO/ADORMECIMIENTO (TEPT-A)		
	PÉRDIDA DE AFECTO POSITIVO (TEPT-A)	203,205*	AL MENOS DOS POSITIVOS
	OTROS COMPORTAMIENTOS (TEPT-A)		
	CULPA DEL SOBREVIVIENTE (TEPT-A)	239	
ALTERACIÓN IMPORTANTE DE LA ALERTA	RESPUESTAS AGUDAS AL EVENTO TRAUMÁTICO		
	RESPUESTAS EMOCIONALES AGUDAS (TEPT-A)		
	ENTUMECIMIENTO EMOCIONAL	12	
	HIPEREXCITACIÓN (TEPT-A)		AL MENOS DOS POSITIVOS
	FALTA DE ATENCIÓN (TEPT-A)	152,153*	
	IRA DESCONTROLADA (TEPT-A)	168,169*	
	HIPERVIGILANCIA (TEPT-A)	178,180*	
	RESPUESTA DE SOBRESALTO EXAGERADA (TEPT-A)	187,189*	

*Al menos una de las dos preguntas debe puntuar positivo para que dicho indicador sea considerado positivo.

Los cuatro criterios deben ser positivos para ser considerado TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

CAPA 15 – SECCIÓN INCAPACIDAD

No se considerará ningún ítem.

CAPA 16 – EVALUACIÓN DE SERVICIOS

	ÍTEMS
EVALUACIÓN DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (CASA)	1
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN UN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA: ALGUNA VEZ	39
SERVICIO DE ADICCIONES EN UN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA: ALGUNA VEZ	52
CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN JUVENIL (EJ.- "MARANGUITA"): ALGUNA VEZ	65
HOGAR DE REFUGIO TEMPORAL (MIMPV) / CASA DE ACOGIDA: ALGUNA VEZ	69
PUERICULTORIO/CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (INABIF): ALGUNA VEZ	75
CENTRO O PUESTO DE SALUD: ALGUNA VEZ	81
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: ALGUNA VEZ	84
CENTRO DE EMERGENCIA O URGENCIA / CENTRO DE CRISIS (EJ.- CENTRO DE EMERGENCIA MUJER, SERVICIO DE ATENCIÓN URGENTE EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL): ALGUNA VEZ	87
GRUPO DE AUTOAYUDA O AYUDA MUTUA O COMUNIDAD EN REDES SOCIALES: ALGUNA VEZ	151

Para la obtención de porcentajes, el cálculo deberá realizarse de manera individual para cada uno de los diez ítems.

CAPA 17 – SERVICIOS INFANTILES DETALLADOS

No se considerará ningún ítem.

CAPA 18 – ACTITUDES Y BARRERAS DE LOS SERVICIOS

No se considerará ningún ítem.

CAPA 19 – FIN DE ENTREVISTA

No se considerará ningún ítem.

➤ FASE III - GOLD STANDARD

Esta Fase comprende evaluación del cuestionario comparándolo con el gold standard; para dicho fin, se realizaron las acciones siguientes:

- Se seleccionaron veintidós cuestionarios escogidos al azar de la totalidad de aquellos aplicados en la Encuesta Nacional Especializada en Salud Mental (Base secundaria: ENESM, 2022) mediante una selección aleatoria aplicada a la población de adolescentes de 9 a 17 años.
- Se solicitó la participación de médicos psiquiatras especialistas en niños y adolescentes, residentes de la subespecialidad en niños y adolescentes y residentes de psiquiatría que rotaron por el Área de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"; para evaluar las respuestas obtenidas de los veintidós cuestionarios y realizar un diagnóstico presuntivo según su experticia de acuerdo con formato elaborado para dicho fin...

FORMATO GOLD STANDARD

Buenas tardes, le solicitamos marque el grupo ocupacional al que pertenece:

- Residente ()
- Residente Sub-Especialidad ()
- Médico Asistente ()

Le solicitamos leer detenidamente el cuestionario que se le ha alcanzado y según su juicio clínico, determine si las respuestas vertidas conducen al diagnóstico respectivo; de acuerdo con los criterios del DSM 5.

MÓDULOS	PREGUNTA	SI	NO	OBSERVACIONES
SECCIÓN FAMILIA	¿EVALÚA LA EXISTENCIA DE DISCUSIONES AL INTERIOR DE LA FAMILIA?			
SECCIÓN PREFERENCIAS ALIMENTICIAS Y APETITO	¿PRESENTA SINTOMATOLOGÍA/ COMPORTAMIENTOS QUE SUGIEREN ALGÚN PROBLEMA RELACIONADO CON LA CONDUCTA ALIMENTARIA?			
SECCIÓN DESEMPEÑO Y COMPORTAMIENTO ESCOLAR	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO PRESENTA UN PROBLEMA ACADÉMICO?			
	¿CONSIDERA USTED QUE EXISTE UN PROBLEMA DE RELACIÓN ENTRE PADRES E HIJOS?			
SECCIÓN ANSIEDAD POR SEPARACIÓN	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO PRESENTA UN CUADRO COMPATIBLE CON ANSIEDAD POR SEPARACIÓN?			
SECCIÓN PREOCUPACIONES	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO TIENDE A ESTAR PREOCUPADO?			
	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO TIENE UN CUADRO COMPATIBLE CON HIPOCONDRIA?			
SECCIÓN AFECTO ANSIOSO	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO PRESENTA ALGÚN TIPO DE ANSIEDAD?			
	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO CURSA CON AGORAFOBIA?			
	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO PRESENTA PÁNICO?			
SECCIÓN PROBLEMAS DE SUEÑO	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO PRESENTA PROBLEMAS DE SUEÑO?			
SECCIÓN AFECTO DEPRESIVO	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO PRESENTA DEPRESIÓN MAYOR?			
	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO PRESENTA RIESGO SUICIDA?			
TRASTORNO OPOSICIONISTA/ CONDUCTA	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO PRESENTA TRASTORNO DE CONDUCTA?			
	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO PRESENTA TND?			
ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES Y RELACIONES	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO PRESENTA ALGÚN PROBLEMA EN LAS ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES TALES COMO: BULLYING A TRAVÉS DE REDES SOCIALES, HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES ALGUNA VEZ, TENER DISCUSIONES CON LOS COMPAÑEROS FUERA DEL COLEGIO?			
	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO PRESENTA ALGÚN PROBLEMA EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES TALES COMO: DIFICULTAD PARA HACER O MANTENER AMIGOS, RETRAIMIENTO, DISCORDIA, OBJETO DE BULLYING, FALTA DE EMPATÍA, ¿ORIENTACIÓN SEXUAL, PAREJA, EMBARAZO?			
RUMIACIONES, OBSESIONES Y COMPULSIONES	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO PRESENTA UN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO?			
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	¿CONSIDERA USTED QUE EL ENCUESTADO PRESENTA UN TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO?			

Los investigadores agradecen tu apoyo en la validación de este instrumento

¡Gracias!

- Elaboración de una base de datos que contiene las respuestas de los profesionales médicos psiquiatras acerca de cada cuestionario. El proceso realizado para la elaboración de la base de datos para la validación del CAPA CORE, siguió los siguientes pasos:
 1. Se identificó los 22 cuestionarios respondidos por los expertos, utilizando no solamente el ID sino el número de este. Una vez ya identificados se eliminaron los cuestionarios que no aplicaban.
 2. De acuerdo con las preguntas seleccionadas, para cada una de las sintaxis se tuvo que adaptar no solamente el nombre de la variable; también se renombraron indicando a que CAPA CORE pertenecían.
- Los resultados del gold standard se compararon con las respuestas obtenidas por cada indicador de acuerdo con los algoritmos correspondientes para lo que se elaboraron tablas cruzadas por cada uno de los indicadores, a los que se aplicó el análisis de sensibilidad.
- Adicionalmente se calculó el coeficiente V de Aiken para evaluar el grado de concordancia entre los jueces.
- Finalmente, se calculó el porcentaje de concordancia entre los jueces para cada uno de los indicadores.

Aplicación del Cálculo del Coeficiente V de Aiken

Con la finalidad de cuantificar la validez de contenido a través del juicio de expertos, de cada uno de los ítems se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken.

El resultado se muestra en la Tabla 1, donde se aprecia, el coeficiente obtenido para cada uno de los ítems que fue de 1.00, lo que indica que cada uno de los ítems presenta un alto valor de validez de contenido; es decir, existe un alto grado de concordancia entre los evaluadores para cada uno de los ítems. Así mismo, al evaluar la totalidad de los ítems se obtuvo un valor de 1.00 lo cual implica un alto grado de concordancia entre los jueces respecto de la escala total.

Tabla 1. Coeficiente V de Aiken aplicado a 22 jueces.

ÍTEM	SUMA	V DE AIKEN
S_F	22	1.00
S_PAA	22	1.00
S_DC1	22	1.00
S_DC2	22	1.00
SA_S	22	1.00
SP_1	22	1.00
SP_2	22	1.00
S_AA1	22	1.00
S_AA2	22	1.00
A_AA3	22	1.00
S_PS	22	1.00
S_AD1	22	1.00
S_AD2	22	1.00
S_OC1	22	1.00
S_OC2	22	1.00
S_AER1	22	1.00
S_AER2	22	1.00
S_ROC	22	1.00
S_TEP	22	1.00
V DE AIKEN		1.00

Resultado de cada uno de los evaluadores respecto de cada uno de los ítems.

ÍTEM	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	JUEZ 6	JUEZ 7	JUEZ 8	JUEZ 9	JUEZ 10
S_F	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
S_PAA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
S_DC1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
S_DC2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SA_S	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SP_1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SP_2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
S_AA1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
S_AA2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
A_AA3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
S_PS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
S_AD1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
S_AD2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
S_OC1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
S_OC2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
S_AER1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
S_AER2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
S_ROC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
S_TEP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

JUEZ 11	JUEZ 12	JUEZ 13	JUEZ 14	JUEZ 15	JUEZ 16	JUEZ 17	JUEZ 18	JUEZ 19	JUEZ 20	JUEZ 21	JUEZ 22
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

➤ FASE IV - DE COMPROBACIÓN

En esta Fase, se efectuó la comparación de los resultados obtenidos mediante los algoritmos ya diseñados en la segunda fase con los del gold standard (diagnósticos señalados de manera indirecta por los expertos).

Finalmente, se aplicó una prueba de concordancia para obtener una medida que permita establecer la existencia o no de diferencias significativas entre las respuestas de los expertos y los resultados obtenidos mediante los algoritmos. Además, se calculó el coeficiente Kuder-Richardson (KR20) que mide la confiabilidad de los valores obtenidos para cada una de las preguntas que forman parte del cuestionario CAPA CORE que se utilizó para la elaboración de los algoritmos.

Prueba de concordancia

A continuación, se presentan los resultados obtenidos...

CAPA 1 - DEMOGRÁFICOS Y ETNICIDAD

Análisis de concordancia: no se procesó por ser datos estándares.

CAPA 2 - SECCIÓN FAMILIA

Análisis de concordancia:

TABLA 1.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA "DISCUSIONES"

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	SI	NO	
SI	0	0	0
NO	0	22	22
TOTAL	0	22	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			100.00%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			0.00%

CAPA 3 - PREFERENCIAS ALIMENTARIAS Y APETITO

Análisis de concordancia:

TABLA 2.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA EL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	SI	NO	
SI	0	0	0
NO	1	21	22
TOTAL	1	21	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			95.45%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			4.55%

CAPA 4 - DESEMPEÑO Y COMPORTAMIENTO ESCOLAR

Análisis de concordancia:

TABLA 3.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA DESEMPEÑO ESCOLAR

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	SI	NO	
Sí	0	0	0
No	1	21	22
TOTAL	1	21	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			95.45%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			4.55%

TABLA 4.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA COMPORTAMIENTO ESCOLAR

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	SI	NO	
SI	0	0	0
NO	0	22	22
TOTAL	0	22	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			100%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			0%

CAPA 5 - ANSIEDAD POR SEPARACIÓN Y COLEGIO

Análisis de concordancia:

TABLA 5.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA ANSIEDAD POR SEPARACIÓN Y COLEGIO

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	Sí	No	
Sí	0	0	0
No	0	22	22
TOTAL	0	22	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			100.00%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			0.00%

CAPA 6 - PREOCUPACIONES

Análisis de concordancia:

TABLA 6.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA PREOCUPACIONES

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	Sí	No	
Sí	0	1	1
No	4	17	21
TOTAL	4	18	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			77.27%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			22.73%

TABLA 7.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA HIPOCONDRÍA

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	Sí	No	
Sí	0	3	3
No	1	18	19
TOTAL	1	21	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			81.82%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			18.18%

CAPA 7 - AFECTO ANSIOSO

Análisis de concordancia:

TABLA 8.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA AFECTO ANSIOSO

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	Sí	No	
Sí	0	0	0
No	1	21	22
TOTAL	1	21	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			95.45%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			4.55%

TABLA 9.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA AGORAFOBIA

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	SÍ	NO	
SÍ	0	0	0
NO	0	22	22
TOTAL	0	22	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			100.00%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			0.00%

TABLA 10.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA ATAQUE DE PÁNICO

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	SÍ	NO	
SÍ	1	0	1
NO	0	21	21
TOTAL	1	21	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			100.00%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			0.00%

CAPA 8 - PROBLEMAS DE SUEÑO

Análisis de concordancia:

TABLA 11.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA PROBLEMAS DE SUEÑO

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	SÍ	NO	
SÍ	0	1	1
NO	0	21	21
TOTAL	0	22	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			95.45%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			4.55%

CAPA 9 - AFECTO DEPRESIVO

Análisis de concordancia:

TABLA 12.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA DEPRESIÓN MAYOR

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	SÍ	NO	
SÍ	0	0	0
NO	0	22	22
TOTAL	0	22	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			100.00%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			0.00%

TABLA 13.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA RIESGO SUICIDA.

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	Sí	No	
Sí	0	0	0
No	0	22	22
TOTAL	0	22	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			100.00%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			0.00%

CAPA 10 - TRASTORNO OPOSICIONISTA/CONDUCTA

Análisis de concordancia:

TABLA 14.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA TRASTORNO DE CONDUCTA

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	Sí	No	
Sí	0	0	0
No	0	22	22
TOTAL	0	22	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			100.00%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			0.00%

TABLA 15.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	Sí	No	
Sí	0	0	0
No	0	22	22
TOTAL	0	22	22
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			100.00%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			0.00%

CAPA 11 - ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES Y RELACIONES

Análisis de concordancia:

TABLA 16.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	Sí	No	
Sí	0	0	0
No	0	20	20
TOTAL	0	20	20
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			100.00%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			0.00%

TABLA 17.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA RELACIONES INTERPERSONALES

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	Sí	No	
Sí	2	2	4
No	13	2	15
TOTAL	15	4	19
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			21.05%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			68.42%

CAPA 12 - RUMIACIONES, OBSESIONES Y COMPULSIONES

Análisis de concordancia:

TABLA 18.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	Sí	No	
Sí	0	0	0
No	0	21	21
TOTAL	0	21	21
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			100.00%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			0.00%

CAPA 13 - EVENTOS DE VIDA

Análisis de concordancia: no se procesó por ser datos estándares.

CAPA 14 - ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Análisis de concordancia:

TABLA 19.
PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA ENTRE LOS EVALUADORES Y LAS RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL ALGORITMO PARA TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO

ALGORITMOS	EVALUADOR		TOTAL
	Sí	No	
Sí	0	0	0
No	0	6	6
TOTAL	0	6	6
PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS			100.00%
PORCENTAJE DE NO COINCIDENCIA			0.00%

CAPA 15 - SECCIÓN INCAPACIDAD

No se considerará ningún ítem.

Análisis de concordancia: no se procesó por ser datos estándares.

CAPA 16 - EVALUACIÓN DE SERVICIOS

Análisis de concordancia: no se procesó por ser datos estándares.

CAPA 17 – SERVICIOS INFANTILES DETALLADOS

Análisis de concordancia: no se procesó por ser datos estándares.

CAPA 18 – ACTITUDES Y BARRERAS DE LOS SERVICIOS

Análisis de concordancia: no se procesó por ser datos estándares.

CAPA 19 – FIN DE ENTREVISTA

Análisis de concordancia: no se procesó por ser datos estándares.

Finalmente se realizó el cálculo del porcentaje de concordancia entre los 22 jueces para cada uno de los Módulos del CAPA CORE. Los resultados se muestran a continuación:

TABLA 20.
PORCENTAJE DE CONCORDANCIA PARA CADA UNO DE LOS INDICADORES DEL CAPA CORE

SECCIONES	PORCENTAJE DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES
SECCIÓN FAMILIA	100.0%
SECCIÓN PREFERENCIAS ALIMENTICIAS Y APETITO	95.5%
SECCIÓN DESEMPEÑO Y COMPORTAMIENTO ESCOLAR PREGUNTA 1	95.5%
SECCIÓN DESEMPEÑO Y COMPORTAMIENTO ESCOLAR PREGUNTA 2	100.0%
SECCIÓN ANSIEDAD POR SEPARACIÓN	100.0%
SECCIÓN PREOCUPACIONES PREGUNTA 1	81.80%
SECCIÓN PREOCUPACIONES PREGUNTA 2	95.5%
SECCIÓN AFECTO ANSIOSO PREGUNTA 1	95.5%
SECCIÓN AFECTO ANSIOSO PREGUNTA 2	100.0%
SECCIÓN AFECTO ANSIOSO PREGUNTA 3	95.5%
SECCIÓN PROBLEMAS DE SUEÑO	100.0%
SECCIÓN AFECTO DEPRESIVO PREGUNTA 1	100.0%
SECCIÓN AFECTO DEPRESIVO PREGUNTA 2	100.0%
TRASTORNO OPOSICIONISTA/ CONDUCTA PREGUNTA 1	100.0%
TRASTORNO OPOSICIONISTA/ CONDUCTA PREGUNTA 2	100.0%
ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES Y RELACIONES PREGUNTA 1	100.0%
ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES Y RELACIONES PREGUNTA 2	78.9%
RUMIACIONES, OBSESIONES Y COMPULSIONES	100.0%
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	100.0%

Calculó del Coeficiente Kuder-Richardson (KR-20)

Para medir la fiabilidad de las respuestas a las preguntas que forman el instrumento CAPA se calculó el coeficiente Kuder – Richardson (KR-20) que se utiliza cuando las respuestas son dicotómicas. El cálculo se realizó para cada componente de CAPA, así como para el instrumento en general. La Tabla 1 presenta el resultado obtenido del cálculo del coeficiente.

Como se observa en la tabla, el menor valor obtenido para este coeficiente corresponde a CAPA 4: Desempeño y comportamiento ($KR-20 = 0.340$), mientras que el mayor valor se obtuvo para el CAPA 14: Estrés post traumático ($KR-20 = 0.908$). El segundo valor más bajo del coeficiente se obtuvo para el CAPA 11 ($KR-20 = 0.508$) seguido del coeficiente correspondiente al CAPA 12 ($KR-20 = 0.586$); mientras que entre los valores que superan al 0.70 se encuentran los coeficientes correspondientes al CAPA 5 ($KR-20 = 0.715$) seguido del coeficiente del CAPA 9 ($KR-20 = 0.764$), el coeficiente para el CAPA 7 ($KR-20 = 0.890$).

Finalmente, el coeficiente obtenido para las 217 preguntas que componen el CAPA se obtuvo un valor de $KR-20 = 0.929$, lo que indica una alta fiabilidad de la prueba, es decir, existe un alto grado de coherencia de las respuestas en todas las preguntas que forman el instrumento.

TABLA 1.
COEFICIENTE KUDER – RICHARDSON (KR-20) A LOS COMPONENTES DEL CAPA

CAPA	NÚMERO DE PREGUNTAS	KUDER RICHARDSON (KR-20)
CAPA 3	17	0.635
CAPA 4	16	0.340
CAPA 5	11	0.715
CAPA 6	4	0.676
CAPA 7	66	0.890
CAPA 8	5	0.673
CAPA 9	21	0.764
CAPA 10	25	0.656
CAPA 11	13	0.580
CAPA 12	6	0.586
CAPA 14	33	0.908
TOTAL	217	0.929

CONCLUSIONES

Fase I – ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA

- Cuestionario CAPA CORE – Versión Abreviada, traducida.

Fase II – CONSTRUCCIÓN CUESTIONARIO Y ALGORITMOS

- Se construyó el Cuestionario CAPA CORE – Versión Peruana, los Algoritmos correspondientes y el Glosario de Términos.

Fase III – GOLD STANDARD

- Los resultados del análisis de sensibilidad arrojaron:
 - En la sección de preferencias alimentarias y apetito, la coincidencia entre los resultados y algoritmos son del 95,5%.
 - En la sección de desempeño escolar, el porcentaje de coincidencias para desempeño escolar fue de 95,5% mientras que para comportamiento fue del 100%.
 - Para ansiedad por separación la coincidencia entre el evaluador y el algoritmo fue de 100%.
 - En la sección de preocupaciones se obtuvo un porcentaje de coincidencias de 77,3% siendo este valor mayor al 75%, que lo ubica en un nivel aceptable. Mientras que para hipocondría el porcentaje de coincidencia obtenido es de 81,8%.
 - En la sección afecto ansioso, para ansiedad se obtuvo una coincidencia de 95,5%; mientras que para agorafobia y ataque de pánico la coincidencia fue del 100%.
 - Para problemas de sueño se obtuvo una coincidencia entre el evaluador y el algoritmo del 95,5%.
 - En la sección de afecto depresivo se obtuvo una coincidencia del 100%, tanto para depresión mayor como para riesgo suicida.
 - En la sección trastorno oposicionista/conducta se obtuvo una coincidencia del 100% para trastorno de conducta y trastorno negativista desafiante.
 - En la sección de actividades extraescolares y relaciones se obtuvo un porcentaje del 100% de coincidencia para actividades extraescolares. Sin embargo, al revisar el resultado obtenido para relaciones interpersonales, el resultado obtenido fue del 68,4%, el cual evidencia una baja concordancia con el algoritmo.
 - En la sección de rumiaciones, obsesiones y compulsiones, se obtuvo un porcentaje de coincidencia de 100% para el trastorno obsesivo compulsivo.
 - El porcentaje de coincidencia obtenido para el estrés postraumático fue del 100%.
 - Finalmente, en los Módulos 01 (Demográficos y etnicidad), 13 (Eventos de vida), 15 (Sección incapacidad), 16 (Evaluación de servicios), 17 (Servicios infantiles detallados), 18 (Actitudes y barreras de los servicios) y 19 (Fin de la entrevista); el análisis de concordancia, no se procesó por ser datos estándares.

Fase IV – DE COMPROBACIÓN

- Se obtuvo coeficientes KR20 mayores a 0.5 a excepción del CAPA CORE – Módulo 4.

LIMITACIONES

- No contar con el marco teórico de la prueba original (CAPA CORE).
- No contar con el modo de corrección original del cuestionario CAPA CORE, que pudiera guiarnos en el proceso.
- No poder hacer un seguimiento a algunos adolescentes con la finalidad de tener un diagnóstico más preciso que el obtenido en la encuesta de salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angold, A. & Costello, E.J. (1995). A test-retest reliability study of child-reported psychiatric symptoms and diagnoses using the Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA-C). *Psychol Med*, 25,755-762.
- Angold, A., Messer, S.C., Stangl, D., Farmer, E.M. and Costello, E.J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88, 75-80. doi:10.2105/AJPH.88.1.75.
- Angold, A. and Costello, E.J. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(1):39-48. doi: 10.1097/00004583-200001000-00015. PMID: 10638066.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª Edición). Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Anita Thapar and Daniel S. Pine, James F. Leckman, Stephen Scott, Margaret J. Snowling, Eric Taylor (2015). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (Sexta Edición). Oxford, John Wiley & Sons; Pág. 419-435
- Brian, J.H., Puffer, E., Murray, L.K., Abdulkadir I., Bass, J.K., Sim, A. and Bolton, P.A. (2014). The importance of establishing reliability and validity of assessment instruments for mental health problems: An example from Somali children and adolescents living in three refugee camps in Ethiopia. *Psychol Inj Law*, 7(2): 153-164. doi:10.1007/s12207-014-9188-9.
- Edelbrock, C., Costello, A.J. (1998). Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses. *J Abnorm Child Psychol*, 16 (2):219-31. doi: 10.1007/BF00913597. PMID: 3385085.
- Harrington, R., Hill, J., Rutter, M., John, K., Fudge, H., Zoccolillo, M. & Weissman, M. M. (1988). The assessment of lifetime psychopathology: a comparison of two interviewing styles. *Psychological Medicine*, 18, 487-493.
- Roncero, C. (2015). La validación de instrumentos psicométricos: un asunto capital en la salud mental. *Salud Mental*, 38(4), 1-2.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K. & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 28-38. <https://doi.org/10.1097/00004583-200001000-00014>
- The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) (Consultado 27 abril 2022). Duke University Developmental Epidemiology. Disponible en <https://devepi.duhs.duke.edu/measures/the-child-and-adolescent-psychiatric-assessment-cap/>

ANEXOS MODULOS DE CAPA CORE

TRADUCCIÓN DEL INSTRUMENTO ORIGINAL DE INGLÉS A ESPAÑOL

CAPA 1 – DEMOGRÁFICOS CON ETNICIDAD	
Récord ID	
Nombre del adolescente encuestado:	
CUESTIONARIO N°	
Nombre del adolescente encuestado	
CUESTIONARIO N°:	
DATOS DE LA ENTREVISTA	
Periodo Primario Centrado en los tres meses previos a la entrevista (Ej. Sintomatología/Comportamiento/etc.)	
1. Entrevistador	
2. Lugar de la Entrevista	
3. Fecha de la Entrevista	
4. Primer día del Período Primario	
5. Hora de inicio de la Entrevista	
1. Nombre del Entrevistador	
2. Lugar de la Entrevista	
☐ Casa del encuestado ☐ Lugar de trabajo ☐ Lugar de estudios ☐ Otro	
Otro, especifique:	
3. Fecha de la Entrevista	
4. Primer día del Período Primario	
5. Hora de inicio de la Entrevista	
(HORAS: MINUTOS)	

ENCUESTADO	
6. ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?	
7. Edad	
7.1 Meses	
8. Sexo	☐ Mujer ☐ Hombre
9. ¿Cuál es tu género?	
SI ES NECESARIO: ¿Con qué género te identificas? (Leer las alternativas de respuesta.)	☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Transgénero femenino ☐ Transgénero masculino ☐ No-binario ☐ No estoy seguro ☐ Prefiero no responder ☐ Otros
9.1 Especifique el "otro" género señalado	
ORIGEN ÉTNICO	
10. Preguntar al apoderado del encuestado: Por sus costumbres o sus antepasados, ¿o ella es:	
(Leer las alternativas)	☐ Quechua ☐ Aimara ☐ Nativo o indígena de la Amazonía ☐ Perteneciente o parte de otro pueblo indígena originario ☐ Negro, moreno, zambo, mulato/ pueblo afroperuano o afrodescendiente ☐ Blanco ☐ Mestizo ☐ Ascendencia asiática, tusán, nikkei ☐ No sabe ☐ Otro

ORIGEN ÉTNICO

11. Por sus costumbres o sus antepasados, se considera:
(Leer las alternativas)

- ☐ Quechua
☐ Aimara
☐ Nativo o indígena de la Amazonía
☐ Pertenciente o parte de otro pueblo indígena originario
☐ Negro, moreno, zambo, mulato/pueblo afroperuano o afrodescendiente
☐ Blanco
☐ Mestizo
☐ Ascendencia asiática, tusán, nikkei
☐ No sabe
☐ Otro

11.1 Especifique el "otro" origen étnico señalado

12. ¿En qué país naciste?

- ☐ Perú
☐ Venezuela
☐ Colombia
☐ España
☐ Estados Unidos
☐ Ecuador
☐ Otro

Especificar el país que indique

13. ¿Qué idioma hablas en casa?

- ☐ Español
☐ Quechua
☐ Aimara
☐ Otros

Especifique el "Otro idioma" que habla en casa

14. Indique cuál es el idioma principal que habla en casa

- ☐ Español
☐ Quechua
☐ Aimara
☐ Otro idioma

FIGURAS PARENTALES

Las figuras parentales son adultos que han vivido en el hogar del niño durante al menos un mes y que asumen alguna responsabilidad de intentar controlar el comportamiento y la disciplina del niño.

Padre/madre #1 y/o padre/madre #2 serán aquellos que viven en el hogar del niño durante al menos un mes en los últimos 3 meses.

Mientras que Otro padre/madre #1 y/o Otro padre/madre #2 son personas que ahora viven en otro lugar y que actúan actualmente como figuras parentales o lo hicieron en el pasado, como un padre biológico que ahora está separado del niño.

Nota: El padre/madre será cualquier adulto que haya vivido en el hogar el niño/adolescente durante al menos un mes y que asuma alguna responsabilidad al tratar de controlar y disciplinar el comportamiento de este.

PADRE #1 Serán aquellos adultos que viven en el hogar del niño durante al menos un mes en los últimos 3 meses (periodo primario) y tengan

MADRE #1

PADRE #2

MADRE #2

OTRO PADRE #1 Se refiere a los padres que ya no viven en el hogar. Estos pueden incluir padres biológicos, padres adoptivos, padrastrros/madrastras u "otros padres" (otra persona adulta que haya tenido injerencia en la crianza del niño).

OTRO MADRE #1

OTRO PADRE #2

OTRO MADRE #2

¿Quiénes son tus padres?

Padre/Madre #1 y #2, idealmente deberían ser los padres biológicos, salvo que alguno esté ausente o ya no viva más con el encuestado, pero en algún momento tuvo un rol parental con el/ella, en cuyo caso pasaría a ser considerado como "Otro Padre/Madre #1".

Si en Padre/Madre #1 y #2 ya se tiene identificado a los padres biológicos, no buscar más figuras en "Otro Padre/Madre #1 o #2".

- ☐ Padre/Madre #1
☐ Padre/Madre #2
☐ Otro Padre/Madre #1
☐ Otro Padre/Madre #2

Nombre

15. Nombre

16. Relación

17. Sexo

18. Edad

Padre/Madre #1	
Padre/Madre #2	
Otro Padre/Madre #1	
Otro Padre/Madre #2	
Padre/Madre #1: Nombre	
Padre/Madre #1: Tipo	
☐ Biológico	
☐ Adoptivo	
☐ Padrastró/madrastra	
☐ Pareja conviviente de uno de los padres (> 6 meses)	
☐ Pareja conviviente de uno de los padres (< 6 meses)	
☐ Abuelo/abuela	
☐ Otro familiar	
☐ Adulto no relacionado que actúa como padre	
☐ Padre/madre biológico fallecido	
☐ Padre/madre no biológico fallecido	
Padre/Madre #1: Sexo	
☐ Mujer	
☐ Hombre	
Padre/Madre #1: Edad	
Padre/Madre #2: Nombre	

Padre/Madre #2: Tipo	
☐ Biológico	
☐ Adoptivo	
☐ Padrastró/madrastra	
☐ Pareja conviviente de uno de los padres (> 6 meses)	
☐ Pareja conviviente de uno de los padres (< 6 meses)	
☐ Abuelo/abuela	
☐ Otro familiar	
☐ Adulto no relacionado que actúa como padre	
☐ Padre/madre biológico fallecido	
☐ Padre/madre no biológico fallecido	
Padre/Madre #2: Sexo	
☐ Mujer	
☐ Hombre	
Padre/Madre #2: Edad	
Otro Padre/Madre #1: Nombre	
Otro Padre/Madre #1: Tipo	
☐ Biológico	
☐ Adoptivo	
☐ Padrastró/madrastra	
☐ Pareja conviviente de uno de los padres (> 6 meses)	
☐ Pareja conviviente de uno de los padres (< 6 meses)	
☐ Abuelo/abuela	
☐ Otro familiar	
☐ Adulto no relacionado que actúa como padre	
☐ Padre/madre biológico fallecido	
☐ Padre/madre no biológico fallecido	
Otro Padre/Madre #1: Sexo	
☐ Mujer	
☐ Hombre	
Otro Padre/Madre #1: Edad	
Otro Padre/Madre #2: Nombre	

Otro Padre/Madre #2: Tipo ☐ Biológico ☐ Adoptivo ☐ Padrastro/ madrastra ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (> 6 meses) ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (< 6 meses) ☐ Abuelo/abuela ☐ Otro familiar ☐ Adulto no relacionado que actúa como padre ☐ Padre/madre biológico fallecido ☐ Padre/madre no biológico fallecido
Otro Padre/Madre #2: Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre
Otro Padre/Madre #2: Edad _____
19. Sobre tu Padre/Madre #1 y #2. ¿Ellos están casados o en una relación? ☐ No ☐ Si ☐ No sé
HERMANOS
20. ¿Tienes hermanos o hermanas? ☐ No ☐ Si
21. Nombre 22. Tipo 23. Sexo 24. Edad 25. ¿Vive en casa al menos por 1 mes? _____ _____ _____ _____ _____
Hermano(a) #1: Nombre _____
Hermano(a) #1: ¿Es tu hermano(a) biológico? SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones ☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)

Hermano(a) #1: Sexo del hermano ☐ Mujer ☐ Hombre
Hermano(a) #1: Edad _____
Hermano(a) #1: ¿Vive en casa al menos por 1 mes? ☐ No ☐ Si ☐ No sé
Hermano(a) #2: Nombre _____
Hermano(a) #2: ¿Es tu hermano(a) biológico? SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones ☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)
Hermano(a) #2: Sexo del hermano ☐ Mujer ☐ Hombre
Hermano(a) #2: Edad _____
Hermano(a) #2: ¿Vive en casa al menos por 1 mes? ☐ No ☐ Si ☐ No sé
Hermano(a) #3: Nombre _____
Hermano(a) #3: ¿Es tu hermano(a) biológico? SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones ☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)

Hermano(a) #3: Sexo del hermano
☐ Mujer ☐ Hombre
Hermano(a) #3: Edad

Hermano(a) #3: ¿Vive en casa al menos por 1 mes?
☐ No ☐ Si ☐ No sé
Hermano(a) #4: Nombre

Hermano(a) #4: ¿Es tu hermano(a) biológico?
SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones
☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)
Hermano(a) #4: Sexo del hermano
☐ Mujer ☐ Hombre
Hermano(a) #4: Edad

Hermano(a) #4: ¿Vive en casa al menos por 1 mes?
☐ No ☐ Si ☐ No sé
Hermano(a) #5: Nombre

Hermano(a) #5: ¿Es tu hermano(a) biológico?
SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones
☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)

Hermano(a) #5: Sexo del hermano
☐ Mujer ☐ Hombre
Hermano(a) #5: Edad

Hermano(a) #5: ¿Vive en casa al menos por 1 mes?
☐ No ☐ Si ☐ No sé
Hermano(a) #6: Nombre

Hermano(a) #6: ¿Es tu hermano(a) biológico?
SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones
☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)
Hermano(a) #6: Sexo del hermano
☐ Mujer ☐ Hombre
Hermano(a) #6: Edad

Hermano(a) #6: ¿Vive en casa al menos por 1 mes?
☐ No ☐ Si ☐ No sé
Hermano(a) #7: Nombre

Hermano(a) #7: ¿Es tu hermano(a) biológico?
SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones
☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)

Hermano(a) #10: ¿Vive en casa al menos por 1 mes?
☐ No ☐ Si ☐ No sé
Hermano(a) #11: Nombre
Hermano(a) #11: ¿Es tu hermano(a) biológico?
SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones
☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)
Hermano(a) #11: Sexo del hermano
☐ Mujer ☐ Hombre
Hermano(a) #11: Edad
Hermano(a) #11: ¿Vive en casa al menos por 1 mes?
☐ No ☐ Si ☐ No sé
Hermano(a) #12: Nombre
Hermano(a) #12: ¿Es tu hermano(a) biológico?
SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones
☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)
Hermano(a) #12: Sexo del hermano
☐ Mujer ☐ Hombre
Hermano(a) #12: Edad

Hermano(a) #12: ¿Vive en casa al menos por 1 mes?
☐ No ☐ Si ☐ No sé
Hermano(a) #13: Nombre
Hermano(a) #13: ¿Es tu hermano(a) biológico?
SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones
☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)
Hermano(a) #13: Sexo del hermano
☐ Mujer ☐ Hombre
Hermano(a) #13: Edad
Hermano(a) #13: ¿Vive en casa al menos por 1 mes?
☐ No ☐ Si ☐ No sé
Hermano(a) #14: Nombre
Hermano(a) #14: ¿Es tu hermano(a) biológico?
SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones
☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)
Hermano(a) #14: Sexo del hermano
☐ Mujer ☐ Hombre
Hermano(a) #14: Edad

Hermano(a) #14: ¿Vive en casa al menos por 1 mes?
☐ No ☐ Si ☐ No sé
Hermano(a) #15: Nombre
Hermano(a) #15: ¿Es tu hermano(a) biológico?
SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones
☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)
Hermano(a) #15: Sexo del hermano
☐ Mujer ☐ Hombre
Hermano(a) #15: Edad
Hermano(a) #15: ¿Vive en casa al menos por 1 mes?
☐ No ☐ Si ☐ No sé
Hermano(a) #16: Nombre
Hermano(a) #16: ¿Es tu hermano(a) biológico?
SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones
☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)
Hermano(a) #16: Sexo del hermano
☐ Mujer ☐ Hombre
Hermano(a) #16: Edad

Hermano(a) #16: ¿Vive en casa al menos por 1 mes?
☐ No ☐ Si ☐ No sé
Hermano(a) #17: Nombre
Hermano(a) #17: ¿Es tu hermano(a) biológico?
SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones
☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)
Hermano(a) #17: Sexo del hermano
☐ Mujer ☐ Hombre
Hermano(a) #17: Edad
Hermano(a) #17: ¿Vive en casa al menos por 1 mes?
☐ No ☐ Si ☐ No sé
Hermano(a) #18: Nombre
Hermano(a) #18: ¿Es tu hermano(a) biológico?
SI ES NECESARIO: Si no lo es, leer las opciones
☐ Hermano biológico ☐ Medio hermano ☐ Hermanastro ☐ Hermano adoptivo ☐ Niño(a)/ Adolescente no relacionado ☐ Otro familiar (ej. Prima, tía)
Hermano(a) #18: Sexo del hermano
☐ Mujer ☐ Hombre
Hermano(a) #18: Edad

Hermano(a) #18: ¿Vive en casa al menos por 1 mes? ☐ No ☐ Si ☐ No sé	
OTROS EN CASA	
32. ¿Alguien más vive en casa? (además de tus padres y hermanos) ☐ No ☐ Si	
33. Nombre 34. ¿Quién es? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Otro en casa #1: Nombre _____ _____	
Otro en casa #1: ¿Quién es? ☐ Padre/Madre Biológico ☐ Padre/Madre Adoptivo ☐ Padrastro/madrastra ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (> 6 meses) ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (< 6 meses) ☐ Abuelo/abuela ☐ Otro familiar ☐ Inquilino ☐ Otro	
Otro en casa #2: Nombre _____ _____	
Otro en casa #2: ¿Quién es? ☐ Padre/Madre Biológico ☐ Padre/Madre Adoptivo ☐ Padrastro/madrastra ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (> 6 meses) ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (< 6 meses) ☐ Abuelo/abuela ☐ Otro familiar ☐ Inquilino ☐ Otro	

Otro en casa #3: Nombre _____ _____	
Otro en casa #3: ¿Quién es? ☐ Padre/Madre Biológico ☐ Padre/Madre Adoptivo ☐ Padrastro/madrastra ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (> 6 meses) ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (< 6 meses) ☐ Abuelo/abuela ☐ Otro familiar ☐ Inquilino ☐ Otro	
Otro en casa #4: Nombre _____ _____	
Otro en casa #4: ¿Quién es? ☐ Padre/Madre Biológico ☐ Padre/Madre Adoptivo ☐ Padrastro/madrastra ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (> 6 meses) ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (< 6 meses) ☐ Abuelo/abuela ☐ Otro familiar ☐ Inquilino ☐ Otro	
Otro en casa #5: Nombre _____ _____	
Otro en casa #5: ¿Quién es? ☐ Padre/Madre Biológico ☐ Padre/Madre Adoptivo ☐ Padrastro/madrastra ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (> 6 meses) ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (< 6 meses) ☐ Abuelo/abuela ☐ Otro familiar ☐ Inquilino ☐ Otro	
Otro en casa #6: Nombre _____ _____	

Otro en casa #6: ¿Quién es? ☐ Padre/Madre Biológico ☐ Padre/Madre Adoptivo ☐ Padrastro/ madrastra ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (> 6 meses) ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (< 6 meses) ☐ Abuelo/abuela ☐ Otro familiar ☐ Inquilino ☐ Otro Otro en casa #7: Nombre en casa #7: ¿Quién es? ☐ Padre/Madre Biológico ☐ Padre/Madre Adoptivo ☐ Padrastro/ madrastra ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (> 6 meses) ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (< 6 meses) ☐ Abuelo/abuela ☐ Otro familiar ☐ Inquilino ☐ Otro Otro en casa #8: Nombre Otro en casa #8: ¿Quién es? ☐ Padre/Madre Biológico ☐ Padre/Madre Adoptivo ☐ Padrastro/ madrastra ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (> 6 meses) ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (< 6 meses) ☐ Abuelo/abuela ☐ Otro familiar ☐ Inquilino ☐ Otro	Otro en casa #9: Nombre Otro en casa #9: ¿Quién es? ☐ Padre/Madre Biológico ☐ Padre/Madre Adoptivo ☐ Padrastro/ madrastra ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (> 6 meses) ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (< 6 meses) ☐ Abuelo/abuela ☐ Otro familiar ☐ Inquilino ☐ Otro Otro en casa #10: Nombre Otro en casa #10: ¿Quién es? ☐ Padre/Madre Biológico ☐ Padre/Madre Adoptivo ☐ Padrastro/ madrastra ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (> 6 meses) ☐ Pareja conviviente de uno de los padres (< 6 meses) ☐ Abuelo/abuela ☐ Otro familiar ☐ Inquilino ☐ Otro
---	---

CAPA 2: SECCIÓN FAMILIA

Récord ID _____

SECCIÓN FAMILIA VIVIENDO EN CASA

El niño vive en casa durante al menos 4 semanas de los últimos 3 meses.

VIVIENDO EN CASA

1. En los últimos 3 meses, ¿has vivido en otro lugar que no sea esta casa?

- ☐ No, solo en este lugar
☐ Sí, he vivido en otro lugar

SEMANAS VIVIENDO EN CASA

2. En los últimos 3 meses, ¿Cuántos días/semanas/meses has estado viviendo en esta casa?
 Elija la unidad de medida:

En los casos que ha estado viviendo en más de un lugar, explorar la cantidad aproximada que ha estado en casa en los últimos 3 meses. Si es por partes de la semana hacer el cálculo a 3 meses. Por ejemplo: Si indica que 3 veces a la semana. Se estaría calculando que en los 3 meses (12 semanas), ha estado en casa durante 36 días. Luego, ingrese el número de días.

Elija el tiempo:

- ☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes

Número de días _____

Número de semanas _____

Número de meses _____

Número total de semanas _____

3. ¿Cuándo fue la última vez que viviste en esta casa por lo menos 1 mes?
 Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana por ej.), o fechas importantes.

4. Fecha de inicio de ese último mes.

((30 días antes)) _____

MOTIVO(S) PARA NO VIVIR EN CASA AL MENOS 4 SEMANAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES _____

5. ¿En qué otro lugar has estado viviendo en los últimos 3 meses?

(Para poder elegir algunas de las alternativas de respuesta se puede preguntar: ¿Has estado internado por algún problema de salud? ¿De qué tipo? ¿viviendo en la casa de algún amigo, familiar?)

- ☐ He estado en un programa, campamento, viajando, visitando a familiares o amigos
☐ He estado en un hospital por un problema de salud físico
☐ He estado internado/rehabilitación/retiro por un problema de salud mental
☐ Viviendo con otra madre/padre
☐ En un hogar de acogida / Familias acogedoras
☐ Otro _____

Otro, especificar _____

DISCUSIONES PADRE/MADRE

Una discusión se define como un desacuerdo, de al menos 5 minutos de duración, que da lugar a una disputa en la que se levantan las voces, se gritan, se producen abusos verbales o se producen agresiones físicas o peleas.

Padre/Madre [cab5x00_2] Padre/Madre [cab6x00_2]

DISCUSIONES

6. ¿Tienes discusiones con tu Padre/Madre?

SI ES NECESARIO: En los últimos 3 meses, has llegado a tener una discusión/pelea/levantamiento de voz con tu Padre/Madre?

7. ¿Cuántas discusiones has tenido con tu Padre/Madre en los últimos 3 meses? _____

8. ¿Cuándo fue la primera vez que tuviste una discusión con tu Padre/Madre?

Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.

DISCUSIÓN

FÍSICA

Algunas veces, cuando discutimos, podemos enojarnos mucho.

9. En los últimos 3 meses, ¿has tenido alguna discusión en el que él/ella te haya pegado o tú le hayas pegado?

10. ¿Cuántas discusiones de este tipo has tenido con tu Padre/Madre en los últimos 3 meses? _____

11. ¿Cuándo fue la primera vez que tuviste una discusión con tu Padre/Madre en el que llegaste a las manos? _____

OTRA VIOLENCIA FÍSICA SIN DISCUSIONES

12. En los últimos 3 meses, ¿Has golpeado a tu Padre/Madre sin tener una discusión?
 NOTA. Aclarar la condición de que el golpe/pelea física fue iniciada por el encuestado y no ha habido ninguna provocación o discusión de por medio.

13. ¿Cuántas situaciones de este tipo has tenido con tu Padre/Madre en los últimos 3 meses? _____

14. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? _____

DISCUSIONES CON PADRE/MADRE #1
 ¿Tienes discusiones con tu "Padre/Madre #1"?
 SI ES NECESARIO: En los últimos 3 meses, has llegado a tener una discusión/pelea/levantamiento de voz con tu "Padre/Madre #1"?
☐ No
☐ Sí

Unidad de medida:
☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo

Número de veces por día _____

Número de veces por semana _____

Número de veces por mes _____

Número de veces por mes _____

Número de veces por total (3 meses) _____

¿Cuántas discusiones has tenido con el "Padre/Madre #1" en los últimos 3 meses? Si indica que 3 veces a la semana en promedio. Se estaría calculando que en los 3 meses (12 semanas), ha discutido con el "Padre/Madre #1" unas 36 veces en los últimos 3 meses.
 Nota. Se debe anotar el número de veces calculado, aproximado o indicado en los últimos 3 meses.

Información adicional _____

¿Cuándo fue la primera vez que tuviste una discusión con el "Padre/Madre #1"? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.

Información adicional _____

DISCUSIONES FÍSICAS CON PADRE/MADRE #1
 Algunas veces, cuando discutimos, podemos enojarnos mucho.
 En los últimos 3 meses, ¿has tenido alguna discusión en el que él/ella te haya pegado o tú le hayas pegado?
☐ No
☐ Sí

Unidad de medida:
☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo

Número de veces por día _____

Número de veces por semana _____

Número de veces por mes _____

Número de veces por total (3 meses)
¿Cuántas discusiones de este tipo has tenido con el "Padre/Madre #1" en los últimos 3 meses?
(VECES)
Información adicional
¿Cuándo fue la primera vez que tuviste una discusión con el "Padre/Madre #1" en el que te haya pegado o tú le hayas pegado?
Información adicional
OTRA VIOLENCIA FÍSICA CONTRA EL PADRE/MADRE #1 POR HIJO (SIN DISCUSIONES)
En los últimos 3 meses, ¿Has golpeado a tu "Padre/Madre #1" sin tener una discusión?
☐ No ☐ Sí
Unidad de medida:
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
Número de veces por día
Número de veces por semana
Número de veces por mes
Número de veces por total (3 meses)
¿Cuántas situaciones de este tipo has tenido con el "Padre/Madre #1" en los últimos 3 meses?
(VECES)
Información adicional
¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?

Información adicional
DISCUSIONES CON PADRE/MADRE #2
¿Tienes discusiones con tu "Padre/Madre #2"?
SI ES NECESARIO: En los últimos 3 meses, has llegado a tener una discusión/pelea/levantamiento de voz con tu "Padre/Madre #2"?
☐ No ☐ Sí
Unidad de medida:
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
Número de veces por día
Número de veces por semana
Número de veces por mes
Número de veces por total (3 meses)
¿Cuántas discusiones has tenido con el "Padre/Madre #2" en los últimos 3 meses?
(VECES)
Información adicional
¿Cuándo fue la primera vez que tuviste una discusión con el "Padre/Madre #2"?
Información adicional
DISCUSIONES FÍSICAS CON PADRE/MADRE #2
Algunas veces, cuando discutimos, podemos enojarnos mucho. En los últimos 3 meses, ¿has tenido alguna discusión en el que él/ella te haya pegado o tú le hayas pegado?
☐ No ☐ Sí

Número de veces por día	_____
Número de veces por semana	_____
Número de veces por mes	_____
Número de veces por total (3 meses)	_____
¿Cuántas situaciones de este tipo has tenido con el "Padre/Madre #2" en los últimos 3 meses? Si indica que 1 vez a la semana en promedio. Se estaría calculando que en los 3 meses (12 semanas), ha golpeado sin motivo al "Padre/Madre #2" unas 12 veces en los últimos 3 meses. Nota. Se debe anotar el número de veces calculado, aproximado o indicado en los últimos 3 meses.	_____
(VECES)	_____
Información adicional	_____
¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?	_____
Información adicional	_____
DISCUSIONES OTRO PADRE/MADRE	
Otro Padre/Madre [cab7x00_2] Otro Padre/Madre [cab8x00_2]	_____
VISITAS	_____
15. ¿Ves o tienes algún contacto con el "Otro Padre/Madre"?	_____
16. En los últimos 3 meses, ¿Cuántas visitas has tenido o has recibido de parte de tu "Otro Padre/Madre"?	_____
Si indica que 1 vez a la semana en promedio. Se estaría calculando que en los 3 meses (12 semanas), ha recibido visitas o hecho visitas a su "Otro Padre/Madre #1" unas 12 veces en los últimos 3 meses.	_____
17. En promedio, ¿Cuánto duran las visitas al "Otro Padre/Madre"?	_____
COMUNICACIÓN	
18. En los últimos 3 meses, ¿ha recibido llamadas telefónicas, cartas, mensajes de texto o correos electrónicos de "Otro Padre/Madre"?	_____

Unidad de medida:	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
Número de veces por día	_____
Número de veces por semana	_____
Número de veces por mes	_____
Número de veces por total (3 meses)	_____
¿Cuántas discusiones de este tipo has tenido con el "Padre/Madre #2" en los últimos 3 meses?	_____
(VECES)	_____
Información adicional	_____
¿Cuándo fue la primera vez que tuviste una discusión con el "Padre/Madre #2" en el que te haya pegado o tú le hayas pegado? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa? por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.	_____
Información adicional	_____
OTRA VIOLENCIA FÍSICA CONTRA EL PADRE/MADRE #2 POR HIJO (SIN DISCUSIONES)	
En los últimos 3 meses, ¿Has golpeado a tu "Padre/Madre #2" sin tener una discusión?	_____
NOTA. Aclarar la condición de que el golpe/pelea física fue iniciada por el encuestado y no ha habido ninguna provocación o discusión de por medio.	_____
☐ No ☐ Sí	_____
Unidad de medida:	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo

CALIDAD DE LA RELACIÓN 19. ¿Cómo describirías tu relación con el "Otro Padre/Madre"? _____ 20. ¿Hay algún problema? _____ 21. ¿Te gusta visitar al "Otro Padre/Madre"? _____ Encuestador, considere al codificar: La relación tiene aspectos negativos, por ejemplo "el encuestado discute con el "Otro Padre/Madre" o está resentido con su nueva pareja" Relación con el "Otro Padre/Madre" ausente casi completamente negativa, por ejemplo "El encuestado se muestra molesto/enojado hasta que termine la visita, o se comporta de forma persistentemente difícil durante las visitas al o del padre ausente" _____ Otro Padre/Madre [cab7x00_2] Otro Padre/Madre [cab8x00_2] DISCUSIONES 22. ¿Tienes discusiones con tu "Otro Padre/Madre"? _____ 23. ¿Cuántas discusiones has tenido con tu "Otro Padre/Madre" en los últimos 3 meses? _____ 24. ¿Cuándo fue la primera vez que tuviste una discusión con tu "Otro Padre/Madre"? _____ DISCUSIÓN FÍSICA Algunas veces, cuando discutimos, podemos enojarnos mucho. 25. En los últimos 3 meses, ¿han tenido alguna discusión en el que él/ella te haya pegado o tú le hayas pegado? _____ 26. ¿Cuántas discusiones de este tipo has tenido en los últimos 3 meses? _____ 27. ¿Cuándo fue la primera vez que tuviste una discusión con el Otro Padre/Madre en el que te haya pegado o tú le hayas pegado? _____ OTRA VIOLENCIA FÍSICA SIN DISCUSIONES 28. En los últimos 3 meses, ¿Has golpeado a tu Otro Padre/Madre sin tener una discusión? _____ 29. ¿Cuántas situaciones de este tipo has tenido con tu Otro Padre/Madre en los últimos 3 meses? _____	
--	--

30. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? _____ _____ _____
¿Ves o tienes algún contacto con el "Otro Padre/Madre #1"? ☐ No ☐ Sí
Unidad de medida ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
Número de veces por día _____
Número de veces por semana _____
Número de veces por mes _____
Número de veces por total (3 meses) _____
OTRO PADRE/MADRE #1: NÚMERO DE VISITAS En los últimos 3 meses, ¿Cuántas visitas has tenido o has recibido de parte de tu "Otro Padre/Madre #1"? Si indica que 1 vez a la semana en promedio. Se estaría calculando que en los 3 meses (12 semanas), ha recibido visitas o hecho visitas a su "Otro Padre/Madre #1" unas 12 veces en los últimos 3 meses. (VISITAS) _____ Información adicional _____
OTRO PADRE/MADRE #1: DURACIÓN DE LAS VISITAS En promedio, ¿Cuánto duran las visitas al "Otro Padre/Madre #1"? ☐ Más de una semana ☐ Menos de una semana ☐ Menos de un día ☐ Menos de 5 horas

Número de veces por mes	
Número de veces por total (3 meses)	
OTRO PADRE/MADRE #2: NÚMERO DE VISITAS	
En los últimos 3 meses, ¿Cuántas visitas has tenido o has recibido de parte de tu "Otro Padre/Madre #2"?	
(VISITAS)	
Información adicional	
OTRO PADRE/MADRE #2: DURACIÓN DE LAS VISITAS	
En promedio, ¿Cuánto duran las visitas al "Otro Padre/Madre #2"?	☐ Más de una semana ☐ Menos de una semana ☐ Menos de un día ☐ Menos de 5 horas
NÚMERO DE LLAMADAS TELEFÓNICAS/CARTAS/CORREOS ELECTRÓNICOS DEL OTRO PADRE/MADRE #2 EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	
En los últimos 3 meses, ¿ha recibido llamadas telefónicas, cartas, mensajes de texto o correos electrónicos de "Otro Padre/Madre #2"?	☐ No ☐ Sí
¿Cuántas llamadas, mensajes de texto, cartas o correos electrónicos?	
Información adicional	
OTRO PADRE/MADRE #2: CALIDAD DE LA RELACIÓN	
☐ No hay evidencia de problemas de relación con el "Otro Padre/Madre" ausente ☐ No hay ninguna relación y el encuestado se enfada o se enoja por esto ☐ La relación tiene aspectos negativos ☐ Relación con el "Otro Padre/Madre" ausente casi completamente negativa	
¿Cómo describirías tu relación con el "Otro Padre/Madre #2"?	
¿Hay algún problema?	☐ No ☐ Sí

NÚMERO DE LLAMADAS TELEFÓNICAS/CARTAS/CORREOS ELECTRÓNICOS DEL OTRO PADRE/MADRE #1 EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	
En los últimos 3 meses, ¿ha recibido llamadas telefónicas, cartas, mensajes de texto o correos electrónicos de "Otro Padre/Madre #1"?	☐ No ☐ Sí
¿Cuántas llamadas, mensajes de texto, cartas o correos electrónicos?	
Información adicional	
OTRO PADRE/MADRE #1: CALIDAD DE LA RELACIÓN	
☐ No hay evidencia de problemas de relación con el "Otro Padre/Madre" ausente ☐ No hay ninguna relación y el encuestado se enfada o se enoja por esto ☐ La relación tiene aspectos negativos ☐ Relación con el "Otro Padre/Madre" ausente casi completamente negativa	
¿Cómo describirías tu relación con el "Otro Padre/Madre #1"?	
¿Hay algún problema?	☐ No ☐ Sí
¿Te gusta visitar al "Otro Padre/Madre"?	☐ No ☐ Sí
¿Ves o tienes algún contacto con el "Otro Padre/Madre #2"?	☐ No ☐ Sí
Unidad de medida:	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
Número de veces por día	
Número de veces por semana	

¿Te gusta visitar al "Otro Padre/Madre" #2? ☐ No ☐ Sí
DISCUSIONES CON OTRO PADRE/MADRE #1 ¿Tienes discusiones con tu "OTRO PADRE/MADRE #1"? SI ES NECESARIO: En los últimos 3 meses, has llegado a tener una discusión/pelea/levantamiento de voz con tu "OTRO PADRE/MADRE #1"? ☐ No ☐ Sí
Unidad de medida: ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
Número de veces por día _____
Número de veces por semana _____
Número de veces por mes _____
Número de veces por total (3 meses) _____
¿Cuántas veces por día _____
Número de veces por semana _____
Número de veces por mes _____
Número de veces por total (3 meses) _____
¿Cuántas discusiones has tenido con el "OTRO PADRE/MADRE #1" en los últimos 3 meses? _____
(VECES) _____
Información adicional _____
¿Cuándo fue la primera vez que tuviste una discusión con el "OTRO PADRE/MADRE #1"? _____
Información adicional _____
DISCUSIONES FÍSICAS CON OTRO PADRE/MADRE #1 Algunas veces, cuando discutimos, podemos enojarnos mucho. En los últimos 3 meses, ¿has tenido alguna discusión en el que él/ella te haya pegado o tú le hayas pegado? ☐ No ☐ Sí

Unidad de medida: ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
Número de veces por día _____
Número de veces por semana _____
Número de veces por mes _____
Número de veces por total (3 meses) _____
¿Cuántas discusiones de este tipo has tenido con el "OTRO PADRE/MADRE #1" en los últimos 3 meses? Si indica que 1 vez a la semana en promedio. Se estaría calculando que en los 3 meses (12 semanas), ha discutido llegando a los golpes con el "OTRO PADRE/MADRE #1" unas 12 veces en los últimos 3 meses. Nota. Se debe anotar el número de veces calculado, aproximado o indicado en los últimos 3 meses.
(VECES) _____
Información adicional _____
¿Cuándo fue la primera vez que tuviste una discusión con el "OTRO PADRE/MADRE #1" en el que te haya pegado o tú le hayas pegado? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa? por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.
Información adicional _____
OTRA VIOLENCIA FÍSICA CONTRA EL OTRO PADRE/MADRE #1 POR HIJO (SIN DISCUSIONES) En los últimos 3 meses, ¿Has golpeado a tu "OTRO PADRE/MADRE #1" sin tener una discusión? NOTA. Aclarar la condición de que el golpe/pelea física fue iniciada por el encuestado y no ha habido ninguna provocación o discusión de por medio. ☐ No ☐ Sí

Unidad de medida: ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo Número de veces por día Número de veces por semana Número de veces por mes Número de veces por total (3 meses) ¿Cuántas situaciones de este tipo has tenido con el "OTRO PADRE/MADRE #1" en los últimos 3 meses? Si indica que 1 vez a la semana en promedio. Se estaría calculando que en los 3 meses (12 semanas), ha golpeado sin motivo al "OTRO PADRE/MADRE #1" unas 12 veces en los últimos 3 meses. <i>Nota. Se debe anotar el número de veces calculado, aproximado o indicado en los últimos 3 meses.</i> (VECES) Información adicional ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí. Información adicional DISCUSIONES CON OTRO PADRE/MADRE #2 ¿Tienes discusiones con tu "OTRO PADRE/MADRE #2"? SI ES NECESARIO: En los últimos 3 meses, has llegado a tener una discusión/pelea/levantamiento de voz con tu "OTRO PADRE/MADRE #2"? ☐ No ☐ Sí Unidad de medida: ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo

Número de veces por día Número de veces por semana Número de veces por mes Número de veces por total (3 meses) ¿Cuántas discusiones has tenido con el "OTRO PADRE/MADRE #2" en los últimos 3 meses? (VECES) Información adicional ¿Cuándo fue la primera vez que tuviste una discusión con el "OTRO PADRE/MADRE #2"? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí. Información adicional DISCUSIONES FÍSICAS CON OTRO PADRE/MADRE #2 Algunas veces, cuando discutimos, podemos enojarnos mucho. En los últimos 3 meses, ¿has tenido alguna discusión en el que él/ella te haya pegado o tú le hayas pegado? ☐ No ☐ Sí Unidad de medida: ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo Número de veces por día Número de veces por semana Número de veces por mes

Número de veces por total (3 meses)	
¿Cuántas discusiones de este tipo has tenido con el "OTRO PADRE/MADRE #2" en los últimos 3 meses? Si indica que 1 vez a la semana en promedio. Se estaría calculando que en los 3 meses (12 semanas), ha discutido llegando a los golpes con el "OTRO PADRE/MADRE #2" unas 12 veces en los últimos 3 meses. Nota. Se debe anotar el número de veces calculado, aproximado o indicado en los últimos 3 meses.	
(VECES)	
Información adicional	
¿Cuándo fue la primera vez que tuviste una discusión con el "OTRO PADRE/MADRE #2" en el que te haya pegado o tú le hayas pegado? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa? por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.	
Información adicional	
OTRA VIOLENCIA FÍSICA CONTRA EL OTRO PADRE/MADRE #2 POR HIJO (SIN DISCUSIONES) En los últimos 3 meses, ¿Has golpeado a tu "OTRO PADRE/MADRE #2" sin tener una discusión? NOTA. Aclarar la condición de que el golpe/pelea física fue iniciada por el encuestado y no ha habido ninguna provocación o discusión de por medio. ☐ No ☐ Si	
Unidad de medida ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
Número de veces por día	
Número de veces por semana	
Número de veces por mes	

Número de veces por total (3 meses)	
¿Cuántas situaciones de este tipo has tenido con el "OTRO PADRE/MADRE #2" en los últimos 3 meses? Si indica que 1 vez a la semana en promedio. Se estaría calculando que en los 3 meses (12 semanas), ha golpeado sin motivo al "OTRO PADRE/MADRE #2" unas 12 veces en los últimos 3 meses. Nota. Se debe anotar el número de veces calculado, aproximado o indicado en los últimos 3 meses.	
(VECES)	
Información adicional	
¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.	
Información adicional	
DISCUSIONES CON OTROS ADULTOS 31. En los últimos 3 meses, ¿has tenido discusiones con otros adultos? DISCUSIONES CON OTROS ADULTOS Indique si el entrevistado tuvo discusiones con adultos En los últimos 3 meses, ¿cuántas discusiones has tenido con otros adultos? ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? 32. Como, por ejemplo, ¿discusiones con adultos del barrio o en la tienda/mercado? 33. ¿Cuánto tiempo duran estas discusiones? 34. ¿Alguno de ustedes levanta la voz? 35. En los últimos 3 meses, ¿las discusiones se volvieron físicas? DISCUSIONES FÍSICAS CON OTROS ADULTOS Indique si el entrevistado tuvo discusiones físicas con otros adultos ¿Cuántas discusiones de este tipo has tenido en los últimos 3 meses?	

¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?

36. ¿Golpeaste al "Otro adulto" mientras discutías?

37. En los últimos 3 meses, ¿has golpeado a otro adulto sin tener una discusión?

OTRAS DISCUSIONES FÍSICAS CON OTROS ADULTOS
Indique si el entrevistado tuvo otras discusiones con otros adultos

¿Cuántas discusiones de este tipo has tenido en los últimos 3 meses?

¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?

DISCUSIONES CON OTROS ADULTOS
El entrevistado ha tenido discusiones con otros adultos

☐ No
☐ Sí

En los últimos 3 meses, ¿has tenido discusiones con otros adultos?

☐ No
☐ Sí

Como, por ejemplo, ¿discusiones con adultos del barrio o en la tienda/mercado?

☐ No
☐ Sí

¿Cuánto tiempo duran estas discusiones?

¿Alguno de ustedes levanta la voz?

☐ No
☐ Sí

Unidad de medida:

☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo

Número de veces por día

Número de veces por semana

Número de veces por mes

Número de veces por total (3 meses)

En los últimos 3 meses, ¿cuántas discusiones has tenido con otros adultos?
Si indica que 1 vez a la semana en promedio. Se estaría calculando que en los 3 meses (12 semanas), ha tenido discusiones con otros adultos, unas 12 veces en los últimos 3 meses.
Nota. Se debe anotar el número de veces calculado, aproximado o indicado en los últimos 3 meses.

(VECES)

Información adicional de frecuencia

¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?
Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.

Información adicional de inicio

DISCUSIONES FÍSICAS CON OTROS ADULTOS

☐ No
☐ Sí

En los últimos 3 meses, ¿las discusiones se volvieron físicas?

☐ No
☐ Sí

¿Golpeaste al "Otro adulto" mientras discutías?

☐ No
☐ Sí

Unidad de medida:

☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo

Número de veces por día

Número de veces por semana

Número de veces por mes
Número de veces por total (3 meses)
En los últimos 3 meses, ¿cuántas discusiones has tenido con el "Otro adulto" que se volvieran físicas? Si indica que 1 vez a la semana en promedio. Se estaría calculando que en los 3 meses (12 semanas), ha tenido discusiones que se volvieran físicas con otro adulto por unas 12 veces en los últimos 3 meses. Nota. Se debe anotar el número de veces calculado, aproximado o indicado en los últimos 3 meses.
(VECES)
Información adicional de frecuencia
¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.
Información adicional de inicio
OTRA VIOLENCIA FÍSICA CONTRA OTRO ADULTO POR NIÑO (SIN DISCUSIONES)
☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿has golpeado a otro adulto sin tener una discusión?
☐ No ☐ Sí
Unidad de medida:
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
Número de veces por día
Número de veces por semana
Número de veces por mes

Número de veces por total (3 meses)
¿Cuántas discusiones de este tipo has tenido en los últimos 3 meses? Si indica que 1 vez a la semana en promedio. Se estaría calculando que en los 3 meses (12 semanas), ha golpeado a otro adulto sin tener una discusión unas 12 veces en los últimos 3 meses. Nota. Se debe anotar el número de veces calculado, aproximado o indicado en los últimos 3 meses.
(VECES)
Información adicional de frecuencia
¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.
Información adicional de inicio

CAPA 3 - PREFERENCIAS ALIMENTARIAS Y APETITO	
Récord ID _____	
COMPORTAMIENTO RELACIONADO CON LA COMIDA	
REDUCCIÓN DEL APETITO	
1. ¿Cómo ha sido su apetito en los últimos 3 meses?	
2. ¿Ha sido menor de lo habitual?	
3. ¿Ha cambiado en algo la cantidad que comes?	
SI DISMINUYE SU APETITO, PREGUNTE:	
4. ¿Ha disminuido su apetito durante al menos una semana?	
5. ¿Cuánto menos ha comido?	
REDUCCIÓN DEL APETITO	
Reducción del apetito normal, o disminución del interés o entusiasmo por la comida. Incluye el cambio de apetito debido al uso de sustancias o a los efectos secundarios de la medicación.	
REDUCCIÓN DEL APETITO	
☐ Ausente ☐ La ingesta de alimentos se ha reducido definitivamente por debajo del nivel normal debido a la falta de apetito durante al menos 1 semana ☐ El sujeto sólo puede ser inducido a comer mediante una marcada persuasión parental o de otro tipo	
¿Cómo ha sido su apetito en los últimos 3 meses?	
¿Ha sido menor de lo habitual?	
☐ No ☐ Sí	
¿Ha cambiado en algo la cantidad que comes?	
☐ No ☐ Sí	
¿Ha disminuido su apetito durante al menos una semana?	
☐ No ☐ Sí	
¿Cuánto menos ha comido?	

INICIO	
6. ¿Cuándo empezó a perder el apetito?	
Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.	
Información adicional _____	
PÉRDIDA DE PESO	
7. ¿Has perdido peso en los últimos 3 meses?	
8. ¿Estás contento con tu peso?	
PÉRDIDA DE PESO	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Has perdido peso en los últimos 3 meses?	
☐ No ☐ Sí	
¿Estás contento con tu peso?	
☐ No ☐ Sí	
9. ¿Cuánto peso has perdido?	
(En Kg) _____	
Información adicional _____	
INICIO	
10. ¿Cuándo empezaste a perder peso?	
Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.	
Información adicional _____	
APETITO EXCESIVO	
11. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido más apetito de lo habitual?	

12. ¿Realmente has comido más de lo habitual?
13. ¿Cuánto más estás comiendo?
14. ¿Por qué estás comiendo más?
15. En los últimos 3 meses, ¿has comido más de lo habitual durante al menos 1 semana?
APETITO EXCESIVO Un aumento en el apetito fuera de lo normal del encuestado, que incluye comer para sentirse cómodo o aliviado. Incluye cambios en el apetito debido a la sustancia o efectos secundarios de la medicación.
APETITO EXCESIVO ☐ Ausente ☐ El consumo de alimentos ha aumentado definitivamente por encima del nivel habitual del encuestado durante al menos 1 semana.
En los últimos 3 meses, ¿ha tenido más apetito de lo habitual?
☐ No ☐ Sí
¿Realmente has comido más de lo habitual?
☐ No ☐ Sí
¿Cuánto más estás comiendo?
¿Por qué estás comiendo más?
En los últimos 3 meses, ¿has comido más de lo habitual durante al menos 1 semana?
☐ No ☐ Sí
INICIO 16. ¿Cuándo empezaste a comer más? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.
AUMENTO DE PESO 17. ¿Has subido de peso en los últimos 3 meses?

18. ¿Intentas ganar peso?
AUMENTO DE PESO No incluya el aumento de peso durante el desarrollo normal, el aumento de peso premenstrual o el aumento de peso debido al embarazo.
AUMENTO DE PESO ☐ Ausente ☐ Presente
¿Has subido de peso en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Sí
¿Intentas ganar peso?
☐ No ☐ Sí
19. ¿Cuánto peso has subido?
(En Kg)
Información adicional
INICIO 20. ¿Desde cuando llevas subiendo de peso? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.
Información adicional
SELECTIVIDAD ALIMENTARIA 21. ¿Te consideras quisquilloso con la comida?
22. ¿Otros te describirían como quisquilloso con la comida?
23. ¿Te pones nervioso ante la idea de tener que probar una comida nueva?
24. ¿Te cuesta probar alimentos nuevos?
25. ¿Qué te dificulta comer una variedad más amplia de alimentos?

26. ¿Qué tipo de cosas no comerías?	
27. ¿Qué hacen tus padres al respecto?	
28. ¿Tus "padres" tienen que preparar comidas especiales solo para ti?	
29. ¿Estas preferencias en las comidas interfieren con las comidas familiares?	
30. ¿Se te dificulta salir a comer fuera de casa?	
SELECTIVIDAD ALIMENTARIA El encuestado limita extremadamente la variedad de alimentos que consume, lo que resulta en un deterioro del funcionamiento o en la necesidad de suplementos nutricionales. Nota: No incluya casos de evitación o restricción de la ingesta de alimentos debido a la falta de disponibilidad de alimentos o prácticas culturales como el ayuno religioso o una dieta vegetariana.	
SELECTIVIDAD ALIMENTARIA ☐ Ausente ☐ El encuestado come solo lo que está dentro de sus hábitos en la comida ☐ Dificultad para comer con otros debido a hábitos extremos en la comida.	
¿Te consideras quisquilloso con la comida?	☐ No ☐ Sí
¿Otros te describirían como quisquilloso con la comida?	☐ No ☐ Sí
¿Te pones nervioso ante la idea de tener que probar una comida nueva?	☐ No ☐ Sí
¿Te cuesta probar alimentos nuevos?	☐ No ☐ Sí
¿Qué te dificulta comer una variedad más amplia de alimentos?	
¿Qué tipo de cosas no comerías?	
¿Qué hacen tus padres al respecto?	

¿Tus "padres" tienen que preparar comidas especiales solo para ti?	☐ No ☐ Sí
¿Estas preferencias en las comidas interfieren con las comidas familiares?	☐ No ☐ Sí
¿Se te dificulta salir a comer fuera de casa?	☐ No ☐ Sí
INICIO 31. ¿Cuándo empezaste a ser selectivo con lo que comes? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.	
Información adicional	
SELECTIVIDAD ALIMENTARIA DEBIDO A LA APARIENCIA	
32. ¿Eres quisquilloso con la comida por el aspecto de la comida?	
33. ¿Te disgusta o asquea la apariencia de algunos alimentos?	
34. ¿Es así con la mayoría de los alimentos o simplemente con algunos alimentos?	
35. ¿Evitas ciertos alimentos por el color? Por ejemplo, alimentos rojos o alimentos verdes, etc.	
36. ¿La apariencia de comida nueva a veces te provoca náuseas/arcadas? SI ES NECESARIO: El aspecto, o el cómo se ve un nuevo alimento.	
SELECTIVIDAD ALIMENTARIA DEBIDO A LA APARIENCIA El encuestado evita comer ciertos alimentos debido a su apariencia. Puede evitar comer alimentos según el color (es decir, rojo, verde, etc.) o la apariencia, es decir, la comida le parece "asquerosa" o "repugnante".	
SELECTIVIDAD ALIMENTARIA DEBIDO A LA APARIENCIA ☐ No ☐ Sí	

¿Eres quisquilloso con la comida por el aspecto de la comida? ☐ No ☐ Sí
¿Te disgusta o asquea la apariencia de algunos alimentos? ☐ No ☐ Sí
¿Es así con la mayoría de los alimentos o simplemente con algunos alimentos? ☐ Con la mayoría ☐ Con algunos
¿Evitas ciertos alimentos por el color? Por ejemplo, alimentos rojos o alimentos verdes, etc. ☐ No ☐ Sí
¿La apariencia de comida nueva a veces te provoca náuseas/arcadas? SI ES NECESARIO: El aspecto, o el cómo se ve un nuevo alimento. ☐ No ☐ Sí
SELECTIVIDAD ALIMENTARIA DEBIDO A LA TEXTURA
37. ¿Eres quisquilloso a la hora de comer debido a la textura de algunos alimentos?
38. ¿Te niegas a comer ciertos alimentos por la forma en que se "siente" en la boca?
39. ¿Evitas ciertos alimentos porque la textura es demasiado suave/blanda?
40. ¿O la textura es demasiado dura?
41. ¿Evitas la comida porque es crujiente?
SELECTIVIDAD ALIMENTARIA DEBIDO A LA TEXTURA El encuestado evita comer ciertos tipos de alimentos debido a su textura (por ejemplo, comida crujiente, dura o suave). Esto limita significativamente sus opciones de comida.
SELECTIVIDAD ALIMENTARIA DEBIDO A LA TEXTURA ☐ No ☐ Sí
¿Eres quisquilloso a la hora de comer debido a la textura de algunos alimentos? ☐ No ☐ Sí

¿Te niegas a comer ciertos alimentos por la forma en que se "siente" en la boca? ☐ No ☐ Sí
¿Evitas ciertos alimentos porque la textura es demasiado suave/blanda? ☐ No ☐ Sí
¿O la textura es demasiado dura? ☐ No ☐ Sí
¿Evitas la comida porque es crujiente? ☐ No ☐ Sí
SELECTIVIDAD ALIMENTARIA DEBIDO AL SABOR
42. ¿Eres quisquilloso con la comida por su sabor?
43. ¿Te disgusta o te da asco el sabor de algunos alimentos?
44. ¿El sabor de la comida nueva a veces te provoca náuseas/arcadas? No incluya el disgusto que pueda haber por las verduras
45. ¿Como así? Explicar brevemente
SELECTIVIDAD ALIMENTARIA DEBIDO AL SABOR El encuestado evita ciertos alimentos basándose en el sabor de los mismos. No incluya el disgusto que pueda haber por las verduras, etc.
SELECTIVIDAD ALIMENTARIA DEBIDO AL SABOR ☐ No ☐ Sí
¿Eres quisquilloso con la comida por su sabor? ☐ No ☐ Sí
¿Te disgusta o te da asco el sabor de algunos alimentos? ☐ No ☐ Sí

¿El sabor de la comida nueva a veces te provoca náuseas/arcadas? No incluya el disgusto que pueda haber por las verduras ☐ No ☐ Sí ¿Como así? Explicar brevemente
SELECTIVIDAD ALIMENTARIA DEBIDO AL OLOR 46. ¿Eres quisquilloso con la comida por su olor? 47. ¿Te disgusta o te da asco el olor de algunos alimentos? 48. ¿El olor de una comida nueva a veces te provoca náuseas/arcadas? No incluya el disgusto que pueda haber por las verduras 49. ¿Tienes que salir de la habitación porque no te gusta el olor de algunos alimentos? 50. ¿Como así? Explicar brevemente SELECTIVIDAD ALIMENTARIA DEBIDO AL OLOR El encuestado evita ciertos alimentos por su olor. Es posible que no pueda tolerar estar en la misma habitación debido al olor de ciertos alimentos. ☐ No ☐ Sí ¿Eres quisquilloso con la comida por su olor? ☐ No ☐ Sí ¿Te disgusta o te da asco el olor de algunos alimentos? ☐ No ☐ Sí ¿El olor de una comida nueva a veces te provoca náuseas/arcadas? No incluya el disgusto que pueda haber por las verduras ☐ No ☐ Sí ¿Tienes que salir de la habitación porque no te gusta el olor de algunos alimentos? ☐ No ☐ Sí

¿Como así? Explicar brevemente DETERIORO SOCIAL POR SELECTIVIDAD ALIMENTARIA 51. ¿Tu selectividad al comer afecta tu relación con los demás? 52. ¿Tu selectividad al comer enoja a tus padres? 53. ¿Y a otros familiares? 54. ¿Limita lo que puedas hacer con los demás? 55. ¿Limita los lugares a los que puedes ir? DETERIORO SOCIAL POR SELECTIVIDAD ALIMENTARIA El encuestado experimenta una marcada interferencia con el funcionamiento psicosocial. Puede experimentar un deterioro social en las relaciones con familiares o amigos. La alimentación selectiva puede limitar el número de lugares a los que puede ir el encuestado. ☐ No ☐ Sí DETERIORO SOCIAL POR SELECTIVIDAD ALIMENTARIA ¿Tu selectividad al comer afecta tu relación con los demás? ☐ No ☐ Sí ¿Tu selectividad al comer enoja a tus padres? ☐ No ☐ Sí ¿Y a otros familiares? ☐ No ☐ Sí ¿Limita lo que puedas hacer con los demás? ☐ No ☐ Sí ¿Limita los lugares a los que puedes ir? ☐ No ☐ Sí

DETERIORO DE LA SALUD POR SELECTIVIDAD ALIMENTARIA
56. ¿Tu selectividad al comer ha afectado tu salud?
57. ¿Otras personas han hecho comentarios sobre tu salud?
58. ¿Tienes que tomar suplementos nutricionales o comer algo más para mejorar tu salud? Por ejemplo, Pediasure, Ensure, Magnesol, suplementos de hierro, consumo de maca, sangrecita, tocosh, galletas enriquecidas, etc.
59. ¿Has perdido peso o tienes problemas para mantener tu peso?
60. ¿Te han puesto una sonda o tubo para alimentarte?
DETERIORO DE LA SALUD POR SELECTIVIDAD ALIMENTARIA El encuestado puede necesitar alimentarse con ayuda de una sonda, requerir ser entubado o usar suplementos nutricionales orales. Puede experimentar una pérdida de peso significativa o dificultad para mantener su peso.
DETERIORO DE LA SALUD POR SELECTIVIDAD ALIMENTARIA ☐ No ☐ Sí
¿Tu selectividad al comer ha afectado tu salud?
☐ No ☐ Sí
¿Otras personas han hecho comentarios sobre tu salud?
☐ No ☐ Sí
¿Tienes que tomar suplementos nutricionales o comer algo más para mejorar tu salud? Por ejemplo, Pediasure, Ensure, Magnesol, suplementos de hierro, consumo de maca, sangrecita, tocosh, galletas enriquecidas, etc.
☐ No ☐ Sí
¿Has perdido peso o tienes problemas para mantener tu peso?
☐ No ☐ Sí
¿Te han puesto una sonda o tubo para alimentarte?
☐ No ☐ Sí

INDIFERENCIA A LA COMIDA
61. ¿Sientes desinterés por la comida o el comer?
62. ¿A veces te olvidas de comer?
63. ¿Consideras que la mayoría de los alimentos no te atraen o no te interesan?
64. ¿Sientes que comer es una tarea/obligación?
INDIFERENCIA A LA COMIDA El encuestado come una cantidad inadecuada de alimentos debido al desinterés o disgusto por la comida que conduce a problemas sociales o de salud. SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA PREGUNTA CODIFIQUE "5j".
INDIFERENCIA A LA COMIDA ☐ No ☐ Sí
¿Sientes desinterés por la comida o el comer?
☐ No ☐ Sí
¿A veces te olvidas de comer?
☐ No ☐ Sí
¿Consideras que la mayoría de los alimentos no te atraen o no te interesan?
☐ No ☐ Sí
¿Sientes que comer es una tarea/obligación?
☐ No ☐ Sí
65. ¿Tu indiferencia por la comida afecta tus relaciones con los demás?
66. ¿Y con los miembros de la familia?
67. ¿Limita los lugares a los que puede ir o lo que puede hacer con los demás?
DETERIORO SOCIAL POR LA INDIFERENCIA A LA COMIDA

DETERIORO SOCIAL POR LA INDIFFERENCIA A LA COMIDA ☐ No ☐ Si	
¿Tu indiferencia por la comida afecta tus relaciones con los demás? ☐ No ☐ Si	
¿Y con los miembros de la familia? ☐ No ☐ Si	
¿Limita los lugares a los que puede ir o lo que puede hacer con los demás? ☐ No ☐ Si	
68. ¿Tu falta de interés por la comida afecta tu salud?	
69. ¿Otras personas han hecho otros comentarios sobre tu salud?	
70. ¿Tienes que tomar suplementos nutricionales o comer algo más para mejorar tu salud? Por ejemplo, Pediasure, Ensure, Magnesol, suplementos de hierro, consumo de maca, sangrecita, tocosh, galletas enriquecidas, etc.	
71. ¿Has perdido peso o tienes problemas para mantener tu peso?	
72. ¿Te han puesto una sonda o tubo para alimentarte?	
DETERIORO DE LA SALUD DEBIDO A LA INDIFFERENCIA A LA COMIDA ☐ No ☐ Si	
¿Tu falta de interés por la comida afecta tu salud? ☐ No ☐ Si	
¿Otras personas han hecho otros comentarios sobre tu salud? ☐ No ☐ Si	

¿Tienes que tomar suplementos nutricionales o comer algo más para mejorar tu salud? Por ejemplo, Pediasure, Ensure, Magnesol, suplementos de hierro, consumo de maca, sangrecita, tocosh, galletas enriquecidas, etc. ☐ No ☐ Si	
¿Has perdido peso o tienes problemas para mantener tu peso? ☐ No ☐ Si	
¿Te han puesto una sonda o tubo para alimentarte? ☐ No ☐ Si	
INICIO 73. ¿Cuándo empezó tu indiferencia o desinterés por la comida? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí. _____	
Información adicional _____	
CANTIDAD INSUFICIENTE DE ALIMENTOS/MALESTAR AL COMER	
74. ¿Te cuesta saber cuándo tienes hambre?	
75. ¿Cómo te das cuenta de ello?	
76. ¿Te preocupa cómo la comida hará que tu cuerpo se sienta después de comerla?	
77. ¿Te gusta cómo se siente tu cuerpo con la comida?	
78. ¿Te molesta sentirte lleno?	
79. ¿Qué haces al respecto?	
CANTIDAD INSUFICIENTE DE ALIMENTOS/INCOMODIDAD AL COMER El encuestado come una cantidad insuficiente de alimentos debido a la ausencia de hambre, disgusto por los alimentos, malestar físico o emocional asociado con la comida que no están asociados con el miedo a subir de peso. _____	

CANTIDAD INSUFICIENTE DE ALIMENTOS/INCOMODIDAD AL COMER			
☐ No ☐ Sí			
¿Te cuesta saber cuándo tienes hambre?			
☐ No ☐ Sí			
¿Cómo te das cuenta de ello?			

¿Te preocupa cómo la comida hará que tu cuerpo se sienta después de comerla?			
☐ No ☐ Sí			
¿Te gusta cómo se siente tu cuerpo con la comida?			
☐ No ☐ Sí			
¿Te molesta sentirte lleno?			
☐ No ☐ Sí			
¿Qué haces al respecto?			

80. ¿Tu malestar al comer afecta tu salud?			

81. ¿Otras personas han hecho otros comentarios sobre tu salud?			

82. ¿Tienes que tomar suplementos nutricionales o comer algo más para mejorar tu salud? Por ejemplo, Pediasure, Ensure, Magnesol, suplementos de hierro, consumo de maca, sangrecita, tocosh, galletas enriquecidas, etc.			

83. ¿Has perdido peso o tienes problemas para mantener tu peso?			

84. ¿Te han puesto una sonda o tubo para alimentarte?			

DETERIORO DE ALIMENTOS/INCOMODIDAD AL COMER	DE SALUD POR	CANTIDAD INSUFICIENTE DE	DE
_____	_____	_____	_____
☐ No ☐ Sí			

¿Tu malestar al comer afecta tu salud?	
☐ No ☐ Sí	
¿Otras personas han hecho otros comentarios sobre tu salud?	
☐ No ☐ Sí	
¿Tienes que tomar suplementos nutricionales o comer algo más para mejorar tu salud? Por ejemplo, Pediasure, Ensure, Magnesol, suplementos de hierro, consumo de maca, sangrecita, tocosh, galletas enriquecidas, etc.	
☐ No ☐ Sí	
¿Has perdido peso o tienes problemas para mantener tu peso?	
☐ No ☐ Sí	
¿Te han puesto una sonda o tubo para alimentarte?	
☐ No ☐ Sí	
INICIO	
85. ¿Cuándo empezó esto? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.	

Información adicional	

MOTIVACIÓN POR LA APARIENCIA	
86. ¿Estás reduciendo la cantidad de comida para cambiar la forma de tu cuerpo?	

87. ¿O para cambiar tu apariencia?	

MOTIVACIÓN POR LA APARIENCIA	
El encuestado reduce la ingesta de alimentos para cambiar su apariencia o la forma de su cuerpo	

MOTIVACIÓN POR LA APARIENCIA	
☐ No ☐ Sí	

¿Estás reduciendo la cantidad de comida para cambiar la forma de tu cuerpo? ☐ No ☐ Sí
¿O para cambiar tu apariencia? ☐ No ☐ Sí
INICIO 88. ¿Cuándo empezó esto? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí.
Información adicional
MOTIVACIÓN SOMÁTICA
89. ¿Limitas la comida debido al malestar que podría causar en tu cuerpo?
90. ¿Alguna vez te sientes demasiado incómodo para comer?
91. ¿A veces evitas comer porque te resulta demasiado doloroso comer?
MOTIVACIÓN SOMÁTICA El encuestado, ya sea de forma intencionada o no, reduce su ingesta de alimentos para evitar la sensación de malestar corporal (por ejemplo, debido al miedo al dolor de estómago, aversión a la sensación de saciedad o sensación de malestar corporal.
MOTIVACIÓN SOMÁTICA ☐ No ☐ Sí
¿Limitas la comida debido al malestar que podría causar en tu cuerpo? ☐ No ☐ Sí
¿Alguna vez te sientes demasiado incómodo para comer? ☐ No ☐ Sí
¿A veces evitas comer porque te resulta demasiado doloroso comer? ☐ No ☐ Sí

92. ¿Tu malestar al comer interfiere en tus relaciones con los demás? 93. ¿Y con tus familiares? 94. ¿Limita los lugares a los que puedes ir o lo que puedes hacer con los demás? DETERIORO SOCIAL POR MOTIVACIÓN SOMÁTICA ☐ No ☐ Sí
DETERIORO SOCIAL POR MOTIVACIÓN SOMÁTICA ☐ No ☐ Sí
¿Tu malestar al comer interfiere en tus relaciones con los demás? ☐ No ☐ Sí
¿Y con tus familiares? ☐ No ☐ Sí
¿Limita los lugares a los que puedes ir o lo que puedes hacer con los demás? ☐ No ☐ Sí
95. ¿Tu malestar al comer ha afectado tu salud? 96. ¿Otras personas han hecho otros comentarios sobre tu salud? 97. ¿Tienes que tomar suplementos nutricionales o comer algo más para mejorar tu salud? Por ejemplo, Pediasure, Ensure, Magnesol, suplementos de hierro, consumo de maca, sangrecita, tocosh, galletas enriquecidas, etc. 98. ¿Has perdido peso o tienes problemas para mantener tu peso? 99. ¿Te han puesto una sonda o tubo para alimentarte? DETERIORO DE LA SALUD POR MOTIVACIÓN SOMÁTICA DETERIORO DE LA SALUD POR MOTIVACIÓN SOMÁTICA ☐ No ☐ Sí

¿Tu malestar al comer ha afectado tu salud? ☐ No ☐ Sí
¿Otras personas han hecho otros comentarios sobre tu salud? ☐ No ☐ Sí
¿Tienes que tomar suplementos nutricionales o comer algo más para mejorar tu salud? Por ejemplo, Pediasure, Ensure, Magnesol, suplementos de hierro, consumo de maca, sangrecita, tocosh, galletas enriquecidas, etc. ☐ No ☐ Sí
¿Has perdido peso o tienes problemas para mantener tu peso? ☐ No ☐ Sí
¿Te han puesto una sonda o tubo para alimentarte? ☐ No ☐ Sí
INICIO 100. ¿Cuándo empezó esto? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí. Información adicional
COMPENSACIÓN DE LOS ALIMENTOS 101. ¿Has dejado de comer o limitado ciertos alimentos porque tienes miedo de comerlos en exceso? 102. ¿Qué tipo de alimentos limita o restringe por estos motivos? COMPENSACIÓN DE LOS ALIMENTOS El encuestado limita el consumo de tipos de alimentos específicos por miedo a comer en exceso o a perder el control sobre la comida. COMPENSACIÓN DE LOS ALIMENTOS ☐ No ☐ Sí

¿Has dejado de comer o limitado ciertos alimentos porque tienes miedo de comerlos en exceso? ☐ No ☐ Sí
¿Qué tipo de alimentos limita o restringe por estos motivos? 103. Cuando comes estos alimentos, ¿tienes la sensación de que no puedes dejar de comerlos, aunque una parte de ti quiera? 104. ¿Alguna vez te has sentido impulsado u obligado a comer estos alimentos? PÉRDIDA DE CONTROL PÉRDIDA DE CONTROL ☐ No ☐ Sí
Quando comes estos alimentos, ¿tienes la sensación de que no puedes dejar de comerlos, aunque una parte de ti quiera? ☐ No ☐ Sí
¿Alguna vez te has sentido impulsado u obligado a comer estos alimentos? ☐ No ☐ Sí
INICIO 105. ¿Cuándo empezó esto? Si no recuerda, explorar con fechas conocidas como estaciones del año, cumpleaños, feriados (antes de navidad, o antes de semana santa por ej.), o fechas importantes. O también se podría preguntar qué edad tenía en ese momento y explorar a partir de ahí. Información adicional

CAPA 4 - DESEMPEÑO Y COMPORTAMIENTO ESCOLAR	
Récord ID	
General: Se considerará 1 día de asistencia si el encuestado ha estado al menos la mitad de las clases presente. Por ej. si en el día hay 5 clases, tiene que haber estado presente en al menos 3 de ellas para considerar que asistió 1 día.	
SECCIÓN ESCOLARIDAD Periodo Primario (PP) Solo se evalúa el PP (últimos 3 meses) si el encuestado tenía que asistir durante al menos 4 semanas al colegio y realmente ha podido asistir dichas semanas (al menos 1 día por semana). Periodo Secundario (PS) Si durante el PP el encuestado solo debió asistir al colegio por un tiempo menor a 4 semanas (por ej. 3 semanas), entonces se debe buscar en el PS las semanas faltantes en las que debió asistir*. Sobre estas semanas, se debe ubicar si el encuestado realmente asistió al menos 4 de ellas. En caso solo sean algunas (por ej. 1 semana), se debe ubicar el PT.* Si en el PP no hubiera tenido que asistir ninguna semana, en el PS se buscaría 4 semanas en las que si debió asistir. Periodo Terciario (PT) En caso se retroceda hasta este periodo, se buscará directamente las 4 semanas (o semanas faltantes) en las que el encuestado realmente asistió a la escuela (al menos 1 día por semana). También, si se detecta que, durante el PP, el encuestado sí tenía que asistir durante al menos 4 semanas al colegio, pero solo asiste alguna de ellas (1 semana por ej.), entonces se retrocederá directamente a este periodo a fin de encontrar las semanas faltantes para que sean 4 semanas de asistencia (en el ej. faltarían 3 semanas).	
1. ¿Estás actualmente matriculado en el colegio?	
ACTUALMENTE INSCRITO(A) EN EL COLEGIO Si el encuestado se encuentra en vacaciones de verano, se considera que está actualmente matriculado en el colegio	
ACTUALMENTE INSCRITO(A) EN EL COLEGIO ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Estás actualmente matriculado en el colegio? ☐ No ☐ Sí	
2. ¿A qué colegio vas?	
3. ¿Es un colegio regular o algún tipo de colegio alternativo? TIPO DE COLEGIO	

4. ¿En qué grado estás actualmente?	
5. ¿Qué grado completó por última vez?	GRADO ACTUAL
6. ¿ALGUNA VEZ has repetido un grado?	
7. ¿Qué grado(s)? NO CUENTA JARDÍN DE NIÑOS.	REPITIÓ UN GRADO: ALGUNA VEZ
8. ALGUNA VEZ te adelantaste un grado?	
9. ¿Qué grado(s)? NO CUENTA EL JARDÍN DE NIÑOS.	ADELANTAR UN GRADO: ALGUNA VEZ
TIPO DE COLEGIO	
☐ Colegio regular ☐ Colegio alternativo ☐ Colegio en el centro de tratamiento ☐ Más de 1 tipo de colegio ☐ Educación en el hogar	
¿A qué colegio vas?	
¿Es un colegio regular o algún tipo de colegio alternativo?	
GRADO ACTUAL O ÚLTIMO GRADO COMPLETADO	
☐ 1ero Primaria ☐ 2do Primaria ☐ 3ero Primaria ☐ 4to Primaria ☐ 5to Primaria ☐ 6to Primaria ☐ 1ero Secundaria ☐ 2do Secundaria ☐ 3ero Secundaria ☐ 4to Secundaria ☐ 5to Secundaria	

¿En qué grado estás actualmente?	
¿Qué grado completó por última vez?	
REPITIÓ UN GRADO: ALGUNA VEZ	
☐ No ☐ Sí	
¿ALGUNA VEZ has repetido un grado?	
¿Qué grado(s)?	
NO CUENTA EL JARDÍN DE NIÑOS.	
ADELANTAR UN GRADO: ALGUNA VEZ	
☐ No ☐ Sí	
¿ALGUNA VEZ te adelantaste un grado?	
¿Qué grado(s)?	
NO CUENTA EL JARDÍN DE NIÑOS.	
10. En los últimos 3 meses, ¿cuántas semanas estuviste en el colegio?	
11. ¿Faltaste al colegio por estar enfermo durante una semana entera?	
12. ¿Tuviste vacaciones de una semana o más en los últimos 3 meses?	
13. ¿O vacaciones escolares de una semana?	
14. ¿Faltaste al colegio por una semana o más?	
15. ¿Faltaste al colegio porque estabas preocupado por tener que ir?	
16. ¿Has sido suspendido por una semana o más en los últimos 3 meses?	
FECHA DE PERIODO PRIMARIO: [caa5o01]	
Considerar 12 semanas en el período de 3 meses. Sin embargo, no contabilice semanas si el encuestado estuvo enfermo, con vacaciones o suspendido	
NÚMERO DE SEMANAS QUE DEBIÓ ASISTIR AL COLEGIO: 3 MESES	

17. ¿Asististe todos los días?	
18. ¿Estuviste enfermo algún día?	
19. ¿Alguna vacación?	
20. ¿Te tirabas la pera en el colegio?	
21. ¿O faltaste al colegio porque estabas preocupado por tener que ir?	
NÚMERO TOTAL DE DÍAS PRESENTE: 3 MESES	
# DE SEMANAS DONDE ESTUVO PRESENTE AL MENOS 1 DÍA POR SEMANA: 3 MESES	
NÚMERO DE SEMANAS QUE DEBIÓ ASISTIR AL COLEGIO: 3 MESES	
NÚMERO TOTAL DE DÍAS PRESENTE: 3 MESES	
# DE SEMANAS DONDE ESTUVO PRESENTE AL MENOS 1 DÍA POR SEMANA: 3 MESES	
Considerar 12 semanas en el período de 3 meses. Sin embargo, no contabilice semanas si el encuestado estuvo enfermo, con vacaciones o suspendido.	
En los últimos 3 meses, ¿cuántas semanas estuviste en el colegio?	
¿Faltaste al colegio por estar enfermo durante una semana entera?	
☐ No ☐ Sí	
¿Tuviste vacaciones de una semana o más en los últimos 3 meses?	
☐ No ☐ Sí	
¿O vacaciones escolares de una semana?	
☐ No ☐ Sí	
¿Faltaste al colegio por una semana o más?	
☐ No ☐ Sí	

¿Faltaste al colegio porque estabas preocupado por tener que ir?	☐ No ☐ Sí
¿Has sido suspendido por una semana o más en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Sí
¿Asististe todos los días?	☐ No ☐ Sí
¿Estuviste enfermo algún día?	☐ No ☐ Sí
¿Alguna vacación?	☐ No ☐ Sí
¿Te tirabas la pera en el colegio?	☐ No ☐ Sí
¿O faltaste al colegio porque estabas preocupado por tener que ir?	☐ No ☐ Sí
SEMANAS FALTANTES PARA PERIODO SECUNDARIO _____	
21.1 Antes del [caa5o01], ¿cuándo debiste haber asistido al colegio por [cba6f00_calc] semana(s)(más)? INICIO PERIODO SECUNDARIO _____	
21.2 En esas [cba6f00_calc] semana(s) en las que debiste asistir ¿cuántos días estuviste presente? PERIODO SECUNDARIO: NÚMERO DE DÍAS PRESENTE _____	
21.3 En esas [cba6f00_calc] semanas en las que debiste asistir ¿en cuántas semana(s) estuviste presente al menos 1 día de la semana? PERIODO SECUNDARIO: NÚMERO DE SEMANAS PRESENTE _____	
INICIO PERIODO SECUNDARIO _____	
PERIODO SECUNDARIO: NÚMERO DE DÍAS PRESENTE _____	
PERIODO SECUNDARIO: NÚMERO DE SEMANAS PRESENTE _____	
SEMANAS FALTANTES DE ASISTENCIA PARA PERIODO TERCARIO _____	

21.4. Antes del [cba6o01],	
21.4. Antes del [caa5o01],	
21.4 ¿Cuándo asististe al colegio por [cba700_calc] semana(s) (más)? INICIO PERIODO TERCARIO _____	
21.5 En esas [cba700_calc] semana(s) a las que asististe ¿cuántos días estuviste presente? PERIODO TERCARIO: NÚMERO DE DÍAS PRESENTE: _____	
INICIO PERIODO TERCARIO _____	
PERIODO TERCARIO: NÚMERO DE DÍAS PRESENTE _____	
DISCUSIONES CON PROFESORES	
22. ¿Tienes discusiones con profesores?	
23. ¿Tú (o el profesor) levantó la voz durante la discusión?	
24. ¿Cuánto tiempo duran estas discusiones?	
DISCUSIONES CON PROFESORES Una discusión se define como un desacuerdo, de al menos 5 minutos de duración, que da lugar a una disputa en la que se levantan las voces, se gritan, se producen abusos verbales o se producen agresiones físicas o peleas.	
DISCUSIONES CON PROFESORES ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Tienes discusiones con profesores?	☐ No ☐ Sí
¿Tú (o el profesor) levantó la voz durante la discusión?	☐ No ☐ Sí
¿Cuánto tiempo duran estas discusiones?	
FRECUENCIA	
25. ¿Cuántas discusiones has tenido con un profesor en los últimos 3 meses?	
UNIDAD DE TIEMPO _____	

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Cuántas discusiones has tenido con un profesor en los últimos 3 meses? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____
INICIO 26. ¿Cuándo fue la primera vez que discutiste con un profesor? _____ Información adicional _____
27. ¿Has tenido alguna discusión en la que hayas golpeado o pegado a tu profesor? _____ 28. ¿Qué sucedió? _____ DISCUSIONES CON VIOLENCIA FÍSICA POR EL ENCUESTADO _____ DISCUSIONES CON VIOLENCIA FÍSICA POR EL ENCUESTADO ☐ No ☐ Sí ¿Has tenido alguna discusión en la que hayas golpeado o pegado a tu profesor? ☐ No ☐ Sí ¿Qué sucedió? _____
FRECUENCIA 29. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces has tenido una discusión de este tipo con un profesor? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces has tenido una discusión de este tipo con un profesor? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____
INICIO 30. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? _____ Información adicional _____
OTRA VIOLENCIA FÍSICA DEL ENCUESTADO (SIN DISCUSIONES) 31. En los últimos 3 meses, ¿has golpeado a un profesor sin participar de la discusión? _____ OTRA VIOLENCIA FÍSICA POR EL ENCUESTADO (SIN DISCUSIONES) _____ OTRA VIOLENCIA FÍSICA POR EL ENCUESTADO (SIN DISCUSIONES) ☐ No ☐ Sí En los últimos 3 meses, ¿has golpeado a un profesor sin participar de la discusión? ☐ No ☐ Sí FRECUENCIA 32. ¿Cuántas veces ha sucedido esto en los últimos 3 meses? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA ¿Cuántas veces ha sucedido esto en los últimos 3 meses? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ INICIO 33. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? _____ Información adicional _____	
DISCUSIONES CON LOS COMPAÑEROS EN EL COLEGIO 34. ¿Tienes discusiones con otros niños en el colegio? _____ 35. ¿Con quién discutes? _____ 36. ¿Son ellos tus amigos? _____ 37. ¿Alguno de ustedes levanta la voz? _____ 38. ¿Cuánto tiempo duran estas discusiones? _____ DISCUSIONES CON LOS COMPAÑEROS EN EL COLEGIO Una discusión se define como un desacuerdo, de al menos 5 minutos de duración, que da lugar a una disputa en la que se levantan las voces, se gritan, se producen abusos verbales o se producen agresiones físicas o peleas. _____ DISCUSIONES CON LOS COMPAÑEROS EN EL COLEGIO No Si _____ ¿Tienes discusiones con otros niños en el colegio? No Si _____ ¿Con quién discutes? _____ ¿Son ellos tus amigos? No Si	

¿Alguno de ustedes levanta la voz? No Si _____ ¿Cuánto tiempo duran estas discusiones? _____ FRECUENCIA 39. En los últimos 3 meses, ¿Cuántas discusiones has tenido con otros niños en el colegio? UNIDAD DE TIEMPO _____ UNIDAD DE TIEMPO Por día Por semana Por mes Total (3 meses) Todo el tiempo FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿Cuántas discusiones has tenido con otros niños en el colegio? (FRECUENCIA) Información adicional _____ INICIO 40. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? _____ Información adicional _____	
INFORMACIÓN ESCOLAR PARA QUIENES HAN DEJADO EL COLEGIO 41. ¿Has dejado o renunciado oficialmente al colegio? _____ 42. ¿Has terminado el colegio? _____ DEJÓ EL COLEGIO OFICIALMENTE Información sobre el historial escolar de los estudiantes que abandonaron el colegio antes del período de 3 meses. No codificar como "Si" a los estudiantes que están en vacaciones de verano ni a los que se han graduado. _____	

DEJÓ EL COLEGIO OFICIALMENTE ☐ No ☐ Sí	
¿Has dejado o renunciado oficialmente al colegio? ☐ No ☐ Sí	
¿Has terminado el colegio? ☐ No ☐ Sí	
INICIO 43. ¿Cuándo dejaste oficialmente el colegio? _____ Información adicional _____	
44. ¿Cuándo fue el último mes en el que estuviste matriculado oficialmente en el colegio? PERÍODO SECUNDARIO _____ Información adicional _____	
45. ¿Cuántos días estuviste en el colegio durante ese último mes? _____ Información adicional _____	
46. PERÍODO SECUNDARIO: NÚMERO DE SEMANAS DONDE ESTÁ PRESENTE AL MENOS 1 DÍA POR SEMANA _____ Información adicional _____	
PERÍODO Terciario: Fecha de inicio del período de 4 semanas en el que estuvo en el colegio al menos 1 día por semana. 47. ¿Cuándo fue la última vez que estuvo en el colegio durante 4 semanas y fue al colegio al menos 1 día a la semana? _____ Información adicional _____	

PERÍODO Terciario: NÚMERO TOTAL DE DÍAS PRESENTE. 48. ¿Cuántos días fuiste al colegio durante ese período de 4 semanas? _____ Información adicional _____	
49. ¿Cuál fue el último grado que COMPLETÓ? ☐ Ninguno ☐ 1ero Primaria ☐ 2do Primaria ☐ 3ero Primaria ☐ 4to Primaria ☐ 5to Primaria ☐ 6to Primaria ☐ 1ero Secundaria ☐ 2do Secundaria ☐ 3ero Secundaria ☐ 4to Secundaria ☐ 5to Secundaria Información adicional _____	
50. ¿Alguna vez has repetido un grado? _____	
51. ¿Qué grado(s)? NO CUENTE EL JARDÍN DE NIÑOS. _____ REPITIÓ UN GRADO _____ REPITIÓ UN GRADO ☐ No ☐ Sí	
¿Alguna vez has repetido un grado? ☐ No ☐ Sí	
¿Qué grado(s)? NO CUENTE EL JARDÍN DE NIÑOS. ☐ Ninguno ☐ 1ero Primaria ☐ 2do Primaria ☐ 3ero Primaria	

☐ 4to Primaria ☐ 5to Primaria ☐ 6to Primaria ☐ 1ero Secundaria ☐ 2do Secundaria ☐ 3ero Secundaria ☐ 4to Secundaria ☐ 5to Secundaria
Información adicional
52. ¿Terminaste el colegio?
COLEGIO COMPLETADO
COLEGIO COMPLETADO
☐ No ☐ Sí
¿Terminaste el colegio?
53. ¿Completó un programa de colegio alternativa (CEBA, colegio no escolarizado, etc.)?
☐ No ☐ Sí
TRABAJO DESPUÉS DE CLASES DEL COLEGIO
54. En los últimos 3 meses, ¿Has tenido un trabajo luego de clases?
55. ¿A qué te dedicas?
56. En promedio, ¿cuántas horas a la semana trabajas?
57. ¿Trabajas esa cantidad de horas la mayoría de las semanas?
ACTUALMENTE TRABAJA DESPUÉS DE CLASES DEL COLEGIO Incluya cualquier empleo remunerado, incluidos trabajos de fin de semana y vacaciones en los últimos 3 meses. Excluir al trabajo requerido para obtener una mesada/propina por parte los padres.
ACTUALMENTE TRABAJA DESPUÉS DE CLASES DEL COLEGIO
☐ Ausente ☐ Presente

En los últimos 3 meses, ¿Has tenido un trabajo luego de clases?
☐ No ☐ Sí
¿A qué te dedicas?
En promedio, ¿cuántas horas a la semana trabajas?
Información adicional
¿Trabajas esa cantidad de horas la mayoría de las semanas?
☐ No ☐ Sí
INICIO
58. ¿Cuándo conseguiste por primera vez un trabajo que pudieras hacer luego de clases?
Información adicional
DESPEDIDO DEL TRABAJO: ALGUNA VEZ
59. ¿ALGUNA VEZ has sido despedido(a) de un trabajo?
☐ No ☐ Sí
EMPLEO: ALGUNA VEZ
60. ¿ALGUNA VEZ has tenido un trabajo?
EMPLEO: ALGUNA VEZ Empleo remunerado para los que han dejado el colegio oficialmente
EMPLEO: ALGUNA VEZ
☐ Ausente ☐ Presente
¿ALGUNA VEZ has tenido un trabajo?
☐ No ☐ Sí
61. ¿Cuántos trabajos has tenido EN TODA TU VIDA?

NÚMERO DE TRABAJOS QUE HA TENIDO	
NÚMERO DE TRABAJOS QUE HA TENIDO	
¿Cuántos trabajos has tenido EN TODA TU VIDA?	
62. ¿ALGUNA VEZ has sido despedido(a) de un trabajo?	
DESPEDIDO DEL TRABAJO: ALGUNA VEZ	
DESPEDIDO DEL TRABAJO: ALGUNA VEZ	☐ Ausente ☐ Presente
¿ALGUNA VEZ has sido despedido(a) de un trabajo?	☐ No ☐ Sí
63. Desde que saliste del colegio, ¿cuál es el tiempo más largo que ha estado sin trabajo?	
PERÍODO MÁS LARGO DE DESEMPLEO CODIFIQUE EL NÚMERO DE SEMANAS SIN EMPLEO.	
PERÍODO MÁS LARGO DE DESEMPLEO CODIFIQUE EL NÚMERO DE SEMANAS SIN EMPLEO.	
Desde que saliste del colegio, ¿cuál es el tiempo más largo que ha estado sin trabajo?	
EMPLEO REGULAR	
64. ¿Has tenido trabajo en los últimos 3 meses?	
EMPLEO REGULAR Empleo remunerado para quienes han dejado el colegio oficialmente.	
EMPLEO REGULAR	☐ No ☐ Sí
¿Has tenido trabajo en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Sí

65. ¿Trabajas menos de 20 horas a la semana?	☐ No ☐ Sí
66. ¿Trabajas 20 horas o más por semana?	☐ No ☐ Sí
NÚMERO DE SEMANAS TRABAJADAS: 3 MESES Hay 12 semanas en un período de 3 meses.	
67. ¿Cuántas semanas has trabajado en los últimos 3 meses?	
Información adicional	
FECHA EN QUE COMENZÓ EL PRIMER TRABAJO DESDE QUE DEJÓ EL COLEGIO	
68. Desde que dejaste/abandonaste el colegio, ¿cuándo conseguiste tu primer trabajo?	
Información adicional	
TIEMPO PERDIDO DE COLEGIO (AUSENTISMO): 3 MESES	
69. En los últimos 3 meses, ¿Has faltado al colegio intencionalmente o "te has tirado la pera"?	
70. En los últimos 3 meses, ¿Has faltado a alguna clase mientras estabas en el colegio?	
71. En los últimos 3 meses, ¿te has escapado del colegio durante el día?	
72. En los últimos 3 meses, ¿has fingido estar enfermo para no tener que ir al colegio?	
SE SALTÓ EL COLEGIO: 3 MESES El encuestado no llega al colegio o sale de él sin el permiso de las autoridades escolares y sin una excusa normalmente aceptable (como una enfermedad), por razones no asociadas con la ansiedad por separación o el miedo al colegio. El motivo puede ser la aversión al colegio o el deseo de participar en otras actividades, con o sin amigos. También puede ocurrir la inasistencia por preocupación o ansiedad, en cuyo caso ambas se califican como presentes.	
SE SALTÓ EL COLEGIO: 3 MESES	☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿Has faltado al colegio intencionalmente o "te has tirado la pera"?	☐ No ☐ Sí

En los últimos 3 meses, ¿Has faltado a alguna clase mientras estabas en el colegio?
☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿te has escapado del colegio durante el día?
☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿has fingido estar enfermo para no tener que ir al colegio?
☐ No ☐ Sí
73. En total, ¿Cuántos días te has tirado la pera en los últimos 3 meses?
74. ¿Cuántas veces te has escapado del colegio sin permiso en los últimos 3 meses?
75. ¿Cuántos días has faltado a clases en los últimos 3 meses?
Si el estudiante tiene 4 clases por día, y faltó a 2, entonces se considera que perdió 1/2 día.
TIEMPO PERDIDO DE COLEGIO
TIEMPO PERDIDO EN EL COLEGIO
En total, ¿Cuántos días te has tirado la pera en los últimos 3 meses?
¿Cuántas veces te has escapado del colegio sin permiso en los últimos 3 meses?
¿Cuántos días has faltado a clases en los últimos 3 meses?
Si el estudiante tiene 4 clases por día, y faltó a 2, entonces se considera que perdió 1/2 día.
INICIO
76. ¿Cuándo fue la primera vez que te tiraste la pera o faltaste intencionalmente al colegio?
Información adicional
SE QUEDA EN CASA ALGUNAS MAÑANAS (AUSENTISMO)
77. ¿Te quedas en CASA a veces cuando deberías estar en el colegio?
78. ¿Tus padres te obligan a ir al colegio?
79. ¿Intentan obligarte a ir al colegio?

80. ¿Es así todas las mañanas?
SE QUEDA EN CASA ALGUNAS MAÑANAS
SE QUEDA EN CASA ALGUNAS MAÑANAS
☐ No se queda en casa ☐ Se queda en casa al menos una vez en 3 meses
¿Te quedas en CASA a veces cuando deberías estar en el colegio?
☐ No ☐ Sí
¿Tus padres te obligan a ir al colegio?
☐ No ☐ Sí
¿Intentan obligarte a ir al colegio?
☐ No ☐ Sí
¿Es así todas las mañanas?
☐ No ☐ Sí
FRECUENCIA
81. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces te has quedado en casa y no has ido al colegio?
(faltas injustificadas)
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces te has quedado en casa y no has ido al colegio? (faltas injustificadas)
(FRECUENCIA)
Información adicional

TIENE QUE SER LLEVADO AL COLEGIO (AUSENTISMO)	
82. En los últimos 3 meses, ¿tus padres han tenido que llevarte al colegio para asegurarse de que no faltes?	
83. ¿Alguien más te lleva al colegio para asegurarse de que no faltes?	
TIENE QUE SER LLEVADO AL COLEGIO (AUSENTISMO)	
El padre u otra persona tiene que llevar al niño al colegio para asegurar su llegada. Excluir ausentismos provocados por ansiedad o la alteración emocional del encuestado	
TIENE QUE SER LLEVADO AL COLEGIO (AUSENTISMO)	
En los últimos 3 meses, ¿tus padres han tenido que llevarte al colegio para asegurarse de que no faltes?	☐ No ☐ Sí, en al menos una ocasión en los últimos 3 meses
¿Alguien más te lleva al colegio para asegurarse de que no faltes?	☐ No ☐ Sí
FRECUENCIA	
84. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en los últimos 3 meses?	
UNIDAD DE TIEMPO	
	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en los últimos 3 meses?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
ACCIONES DE LOS PADRES (AUSENTISMO)	
85. ¿Tus padres saben que te tiras la pera?	

86. ¿Qué hacen tus padres cuando no quieres ir al colegio?	
87. ¿Intentan obligarte a ir?	
88. ¿Creen tus padres que deberías ir al colegio?	
89. ¿Les molesta que no vayas al colegio?	
ACCIONES DE LOS PADRES (AUSENTISMO)	
El encuestado no está en el colegio y cumple con los criterios de ausentismo escolar. Los padres saben que no asiste al colegio y no toman medidas para llevarlo al colegio	
ACCIONES DE LOS PADRES (AUSENTISMO)	
☐ El encuestado se ausentó en los últimos tres meses y los padres han hecho intentos constantes y repetidos para lograr que él/ella asista al colegio (independientemente de si tuvo éxito) ☐ Intentos parentales esporádicos e inconsistentes ☐ El encuestado se ausentó en los últimos 3 meses, sin intentos de los padres de hacerle asistir al colegio ☐ El encuestado es sacado(a) del colegio por los padres	
¿Tus padres saben que te tiras la pera?	☐ No ☐ Sí
¿Qué hacen tus padres cuando no quieres ir al colegio?	
¿Intentan obligarte a ir?	☐ No ☐ Sí
¿Creen tus padres que deberías ir al colegio?	☐ No ☐ Sí
¿Les molesta que no vayas al colegio?	☐ No ☐ Sí
SE ESCAPA DEL COLEGIO (AUSENTISMO)	
90. ¿Sales de casa para ir al colegio y no LLEGAS al colegio?	
91. ¿Vas al colegio y luego te ESCAPAS antes de que termine?	

SE ESCAPA DEL COLEGIO (AUSENTISMO) El encuestado no llega al colegio o sale del colegio antes del final del día escolar sin permiso. No codifique aquí si la ausencia se debe a la ansiedad relacionada con ir al colegio.	
SE ESCAPA DEL COLEGIO (AUSENTISMO) ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Sales de casa para ir al colegio y no LLEGAS al colegio? ☐ No ☐ Sí	
¿Vas al colegio y luego te ESCAPAS antes de que termine? ☐ No ☐ Sí	
92. Cuando te tiras la pera, ¿vuelves a casa?	
EL ENCUESTADO NO LLEGA O DEJA EL COLEGIO Y REGRESA A CASA (AUSENTISMO)	
EL ENCUESTADO NO LLEGA O DEJA EL COLEGIO Y REGRESA A CASA (AUSENTISMO) ☐ No ☐ Sí	
Cuando te tiras la pera, ¿vuelves a casa? ☐ No ☐ Sí	
93. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia faltaste al colegio y regresaste a casa?	
FRECUENCIA UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	

FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia faltaste al colegio y regresaste a casa? (FRECUENCIA) _____	
Información adicional _____	
94. Cuando te tiras la pera, ¿te vas solo? _____ 95. ¿A dónde vas? _____	
EL ENCUESTADO NO LLEGA O DEJA EL COLEGIO Y SE VA SOLO (AUSENTISMO) _____ EL ENCUESTADO NO LLEGA O DEJA EL COLEGIO Y SE VA SOLO (AUSENTISMO) ☐ No ☐ Sí	
Cuando te tiras la pera, ¿te vas solo? ☐ No ☐ Sí	
¿A dónde vas? _____	
FRECUENCIA 96. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia te tiraste la pera y te fuiste solo? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia te tiraste la pera y te fuiste solo? (FRECUENCIA) _____	

Información adicional	_____
97. Cuando te tiras la pera, ¿sales con amigos?	_____
98. ¿A dónde vas?	_____
EL ENCUESTADO NO LLEGA O DEJA EL COLEGIO Y SE VA CON COMPAÑEROS (AUSENTISMO)	_____
EL ENCUESTADO NO LLEGA O DEJA EL COLEGIO Y SE VA CON COMPAÑEROS (AUSENTISMO)	☐ No ☐ Sí
Cuando te tiras la pera, ¿sales con amigos?	☐ No ☐ Sí
¿A dónde vas?	_____
FRECUENCIA	_____
99. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia te tiraste la pera y te fuiste con amigos?	_____
UNIDAD DE TIEMPO	_____
UNIDAD DE TIEMPO	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA	_____
En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia te tiraste la pera y te fuiste con amigos?	_____
(FRECUENCIA)	_____
Información adicional	_____

CAPA 5 - ANSIEDAD POR SEPARACION Y COLEGIO

Récord ID _____

ANSIEDAD POR EL COLEGIO/ ANSIEDAD POR SEPARACIÓN ANSIEDAD POR SEPARACIÓN PREOCUPACIONES/ANSIEDAD POR POSIBLES DAÑOS

1. En los últimos 3 meses, ¿te has preocupado cuando tus padres salieron sin ti?

2. Cuando estás lejos de tus padres, ¿te preocupa que ELLOS puedan sufrir algún daño?

3. ¿Qué crees que podría pasarle a tu(s) padre(s)?

4. ¿Te preocupa que ELLOS te dejen?

5. ¿Te preocupa lo que pueda pasar en casa cuando estás en el colegio?

6. ¿Qué crees que puede pasar?

7. ¿Qué hacías en el momento en que te preocupabas?

8. ¿Puedes dejar de preocuparte?

9. ¿Pueden tus padres asegurarte que estarán bien?

10. ¿Estos miedos o preocupaciones te afectan en casa o en el colegio?

PREOCUPACIONES/ ANSIEDAD POR POSIBLES DAÑOS

Preocupación o miedo poco realista y persistente por el posible daño que puedan sufrir las principales figuras de apego, o miedo a que se vayan y no vuelvan. Incluye miedo o afecto ansioso subjetivo relacionado con la posibilidad de que ocurran cosas malas en casa mientras el niño está en el colegio.

PREOCUPACIONES/ ANSIEDAD POR POSIBLES DAÑOS

- ☐ Ausente
- ☐ La preocupación interfiere en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos una parte del tiempo.
- ☐ La preocupación interfiere en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable.

En los últimos 3 meses, ¿te has preocupado cuando tus padres salieron sin ti?

- ☐ No
- ☐ Sí

Cuando estás lejos de tus padres, ¿te preocupa que ELLOS puedan sufrir algún daño?

- ☐ No
- ☐ Sí

¿Qué crees que podría pasarle a tu(s) padre(s)?

¿Te preocupa que ELLOS te dejen?

- ☐ No
- ☐ Sí

¿Te preocupa lo que pueda pasar en casa cuando estás en el colegio?

- ☐ No
- ☐ Sí

¿Qué crees que puede pasar?

¿Qué hacías en el momento en que te preocupabas?

¿Puedes dejar de preocuparte?

- ☐ No
- ☐ Sí

¿Pueden tus padres asegurarte que estarán bien?

- ☐ No
- ☐ Sí

¿Estos miedos o preocupaciones te afectan en casa o en el colegio?

- ☐ No
- ☐ Sí

FRECUENCIA

11. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto?

UNIDAD DE TIEMPO

UNIDAD DE TIEMPO

- ☐ Por día
- ☐ Por semana
- ☐ Por mes
- ☐ Total (3 meses)
- ☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ _____	
DURACIÓN 12. ¿Cuánto dura esta sensación? _____ (HORAS: MINUTOS) Información adicional _____ _____	
INICIO 13. ¿Cuándo fue la primera vez que ocurrió esto? _____ Información adicional _____ _____	
PREOCCUPACIONES/ANSIEDAD POR UNA SEPARACIÓN CALAMITOSA 14. ¿Te preocupa que TÚ puedas sufrir algún daño mientras estás lejos de la familia? _____ 15. ¿Qué crees que te puede pasar? _____ 16. ¿Te preocupa perderte, que te secuestren o que te maten? _____ 17. ¿Te ha preocupado eso mientras estás en el colegio? _____ 18. ¿Qué haces en el momento en el que estás preocupado(a)? _____ 19. ¿Puedes dejar de estar preocupado(a)? _____ 20. ¿Siempre o sólo a veces? _____	
PREOCCUPACIONES/ANSIEDAD POR UNA SEPARACIÓN CALAMITOSA Preocupación o miedo irreal y persistente de que un acontecimiento calamitoso inesperado separe al niño de una figura de apego importante, por ejemplo, que el niño se pierda, sea secuestrado, muera o sea víctima de un accidente. _____	

PREOCCUPACIONES/ANSIEDAD POR UNA SEPARACIÓN CALAMITOSA ☐ Ausente ☐ La preocupación interfiere en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos una parte del tiempo. ☐ La preocupación interfiere en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable. ¿Te preocupa que TÚ puedas sufrir algún daño mientras estás lejos de la familia? ☐ No ☐ Sí ¿Qué crees que te puede pasar? _____ ¿Te preocupa perderte, que te secuestren o que te maten? ☐ No ☐ Sí ¿Te ha preocupado eso mientras estás en el colegio? _____ ¿Qué haces en el momento en el que estás preocupado(a)? _____ ¿Puedes dejar de estar preocupado(a)? ☐ No ☐ Sí ¿Siempre o sólo a veces? ☐ Sólo a veces ☐ Siempre FRECUENCIA 21. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
--	--

FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
DURACIÓN 22. ¿Cuánto dura esta sensación? _____ (HORAS: MINUTOS) Información adicional _____	
INICIO 23. ¿Cuándo fue la primera vez que ocurrió esto? _____ Información adicional _____	
RENUENCIA PARA DORMIR SOLO 24. ¿Puedes irte a dormir solo(a)? _____	
25. ¿Necesitas que tu "mamá" (o papá) se quede en la habitación contigo para poder dormir? _____	
26. ¿Necesitas estar cerca de un adulto (o de un hermano) para dormirte? _____	
27. ¿Te enfadas si tu padre o madre (u otra figura de apego) no se queda cerca de ti? _____	
28. ¿Podrías irte a dormir solo si tuvieras que hacerlo? _____	
RENUENCIA PARA DORMIR SOLO Renuencia o rechazo persistente para ir a dormir sin estar cerca de una figura de apego importante. _____	
RENUENCIA PARA DORMIR SOLO ☐ Ausente ☐ A veces es reacto a irse a dormir solo. ☐ Casi siempre es reacto a irse a dormir solo. Protesta casi todas las noches a menos que se le permita dormir con un miembro de la familia. 29. ¿Puedes irte a dormir solo(a)? ☐ No ☐ Sí	

¿Necesitas que tu "mamá" (o papá) se quede en la habitación contigo para poder dormir? ☐ No ☐ Sí	
¿Necesitas estar cerca de un adulto (o de un hermano) para dormirte? ☐ No ☐ Sí	
¿Te enfadas si tu padre o madre (u otra figura de apego) no se queda cerca de ti? ☐ No ☐ Sí	
¿Podrías irte a dormir solo si tuvieras que hacerlo? ☐ No ☐ Sí	
FRECUENCIA 29. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? UNIDAD DE TIEMPO _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? (FRECUENCIA) Información adicional _____	
DURACIÓN 30. ¿Cuánto tiempo te resistes a ir a dormir? _____ (HORAS: MINUTOS) Información adicional _____	

INICIO
31. ¿Cuándo fue la primera vez que ocurrió?
Información adicional
DUERME CON UN MIEMBRO DE LA FAMILIA
32. ¿Puedes dormir toda la noche por tu cuenta?
33. ¿Tienes que dormir con "mamá" o "papá" para poder dormir?
34. ¿O con un hermano?
35. ¿Te molesta si no estás cerca de ellos cuando duermes?
DUERME CON UN MIEMBRO DE LA FAMILIA En verdad, duerme con un miembro de la familia debido a su persistente negativa a dormir (toda la noche) sin estar cerca de una figura de apego importante.
DUERME CON UN MIEMBRO DE LA FAMILIA ☐ Ausente ☐ A veces es reactivo a irse a dormir solo. ☐ Casi siempre es reactivo a irse a dormir solo. Protesta casi todas las noches a menos que se le permita dormir con un miembro de la familia.
¿Puedes dormir toda la noche por tu cuenta?
☐ No ☐ Sí
¿Tienes que dormir con "mamá" o "papá" para poder dormir?
☐ No ☐ Sí
¿O con un hermano?
☐ No ☐ Sí
¿Te molesta si no estás cerca de ellos cuando duermes?
☐ No ☐ Sí
FRECUENCIA
36. ¿Con qué frecuencia duermes con uno o varios miembros de tu familia?
UNIDAD DE TIEMPO

UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia duermes con uno o varios miembros de tu familia?
(FRECUENCIA)
Información adicional
INICIO
37. ¿Cuándo fue la primera vez que ocurrió esto?
Información adicional
LEVANTARSE PARA IR A VER A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA
38. ¿Te levantas para comprobar que los "miembros de la familia" están a salvo?
39. ¿Despiertas a tus padres cuando vas a verlos?
40. ¿Eres capaz de volver a la cama y dormirte solo después de levantarte para ver cómo están?
LEVANTARSE PARA IR A VER A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA Levantarse por la noche para comprobar que las figuras de apego siguen presentes y/o libres de daños. Esto no incluye que el encuestado se levante a ver a su propio hijo en caso lo tenga.
LEVANTARSE PARA IR A VER A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA ☐ Ausente ☐ A veces se levanta para ver cómo están los miembros de la familia, pero sin despertarlos. ☐ Despierta a los miembros de la familia cuando los va a ver.
¿Te levantas para comprobar que "los miembros de la familia" están a salvo?
☐ No ☐ Sí
¿Despiertas a tus padres cuando vas a verlos?
☐ No ☐ Sí

¿Eres capaz de volver a la cama y dormirte solo después de levantarte para ver cómo están?	
☐ No ☐ Sí	
FRECUENCIA	
41. ¿Con qué frecuencia lo haces?	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia lo haces?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
INICIO	
42. ¿Cuándo empezaste a levantarte para ver cómo estaban los miembros de tu familia?	
Información adicional	
EVITAR DORMIR LEJOS DE LA FAMILIA	
43. ¿Has pasado alguna vez la noche fuera de casa?	
44. ¿Te preocupa dormir fuera de casa?	
45. ¿Intentas evitar dormir fuera de casa?	
46. En los últimos 3 meses, ¿han tenido tus "padres" que recogerte cuando estabas fuera de casa porque tenías miedo?	

47. ¿Has hecho alguna vez alguna excursión escolar en la que pasaras una noche lejos de casa?
48. ¿Te quedas alguna vez a dormir con tus amigos?
49. ¿Y dónde tu abuela (u otros familiares)?
SI NUNCA HA DORMIDO LEJOS DE LA FAMILIA, PREGUNTE: 50. ¿Alguna vez te han pedido que te quedas a dormir en casa de alguien más?
51. ¿Tenías miedo de ir?
EVITAR DORMIR LEJOS DE LA FAMILIA
Evitar, o intentar evitar, dormir lejos de la familia como resultado de la preocupación o ansiedad por la separación del hogar o la familia.
EVITAR DORMIR LEJOS DE LA FAMILIA
☐ Ausente ☐ Evasión o intento de evasión en los últimos 3 meses, pero ha dormido fuera de la familia en algún momento. ☐ Evasión en los últimos 3 meses y nunca ha dormido lejos de la familia.
¿Has pasado alguna vez la noche fuera de casa?
☐ No ☐ Sí
¿Te preocupa dormir fuera de casa?
☐ No ☐ Sí
¿Intentas evitar dormir fuera de casa?
☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿han tenido tus "padres" que recogerte cuando estabas fuera de casa porque tenías miedo?
☐ No ☐ Sí
¿Has hecho alguna vez alguna excursión escolar en la que pasaras una noche lejos de casa?
☐ No ☐ Sí
¿Te quedas alguna vez a dormir con tus amigos?
☐ No ☐ Sí

¿Y dónde tu abuela (u otros familiares)? ☐ No ☐ Sí
SI NUNCA HA DORMIDO LEJOS DE LA FAMILIA, PREGUNTE: ¿Alguna vez te han pedido que te quedes a dormir en casa de alguien más? ☐ No ☐ Sí
¿Tenías miedo de ir? ☐ No ☐ Sí
INICIO 52. ¿Cuándo fue la primera vez que ocurrió esto? _____ Información adicional _____
SUEÑOS SOBRE SEPARACIÓN 53. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre dejar a tus "padres"? _____ 54. ¿Has tenido pesadillas sobre separarte de tus "padres"? _____ 55. ¿Te ha despertado este tipo de pesadilla? _____ SUEÑOS SOBRE SEPARACIÓN Sueños desagradables con el tema de la separación. _____ SUEÑOS SOBRE SEPARACIÓN ☐ Ausente ☐ Sueños de separación recordados. ☐ Las pesadillas de separación despiertan al niño. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre dejar a tus "padres"? ☐ No ☐ Sí ¿Has tenido pesadillas sobre separarte de tus "padres"? ☐ No ☐ Sí

¿Te ha despertado este tipo de pesadilla? ☐ No ☐ Sí
FRECUENCIA 56. ¿Con qué frecuencia tienes estas pesadillas? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia tienes estas pesadillas? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ _____ INICIO 57. ¿Cuándo fue la primera vez que tuviste estos sueños? _____ _____ Información adicional _____ _____ EVITAR ESTAR SOLO 58. ¿Intentas evitar estar solo(a)? _____ 59. ¿Tienes miedo de estar solo(a)? _____ 60. ¿Sigues a tu(s) "padre(s)" por la casa porque tienes miedo de estar solo(a)? _____ 61. ¿Te da miedo estar solo(a) en una habitación? _____ 62. ¿Te pones a llorar o te enfadas? _____ 63. ¿Puedes evitar tener miedo? _____

64. ¿Siempre o sólo a veces?
EVITAR ESTAR SOLO
Miedo persistente y excesivo, o renuencia, a estar solo o sin las principales figuras de apego en casa o en otros entornos.
EVITAR ESTAR SOLO
☐ Ausente. ☐ Al menos a veces trata de evitar estar solo debido a una preocupación o ansiedad incontrolable sobre estar lejos de las figuras de apego. ☐ Casi siempre trata de evitar estar solo debido a una preocupación o ansiedad casi siempre incontrolable sobre estar lejos de las figuras de apego.
¿Intentas evitar estar solo(a)?
☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de estar solo(a)?
☐ No ☐ Sí
¿Sigues a tu(s) "padre(s)" por la casa porque tienes miedo de estar solo(a)?
☐ No ☐ Sí
¿Te da miedo estar solo(a) en una habitación?
☐ No ☐ Sí
¿Te pones a llorar o te enfadas?
☐ No ☐ Sí
¿Puedes evitar tener miedo?
☐ No ☐ Sí
¿Siempre o sólo a veces?
☐ Sólo a veces ☐ Siempre
INICIO
65. ¿Cuándo empezó esto?
Información adicional

ANGUSTIA ANTICIPATORIA
66. ¿Qué haces cuando te das cuenta de que tus "padres" te van a dejar?
67. ¿Te asustas o te enfadas cuando te enteras de que tienen que dejarte?
68. ¿Lloras o suplicas a tus "padres" que no se vayan?
69. ¿Qué estabas haciendo en el momento en que te enfadaste porque tus "padres" te dejaron?
70. ¿Puedes evitar tener miedo?
71. ¿Siempre o sólo a veces?
ANGUSTIA ANTICIPATORIA
Signos o quejas de angustia excesiva en anticipación de la separación de las principales figuras de apego; o llanto, suplicando a los padres que no se vayan.
ANGUSTIA ANTICIPATORIA
☐ Ausente. ☐ A veces hay angustia incontrolable relacionada con la posible separación de las figuras de apego. A veces no responde al intento de tranquilizarlo y ocurre en al menos 2 actividades. ☐ Angustia casi siempre incontrolable relacionada con la posible separación de las figuras de apego. Por lo general, no responde al intento de tranquilizarlo y se produce en la mayoría de las actividades.
¿Qué haces cuando te das cuenta de que tus "padres" te van a dejar?
¿Te asustas o te enfadas cuando te enteras de que tienen que dejarte?
☐ No ☐ Sí
¿Lloras o suplicas a tus "padres" que no se vayan?
☐ No ☐ Sí
¿Qué estabas haciendo en el momento en que te enfadaste porque tus "padres" te dejaron?
¿Puedes evitar tener miedo?
☐ No ☐ Sí
¿Siempre o sólo a veces?
☐ Sólo a veces ☐ Siempre

INICIO
72. ¿Cuándo fue la primera vez que ocurrió esto?
Información adicional
RETRAIMIENTO CUANDO LA FIGURA DE APEGO ESTÁ AUSENTE
73. ¿Qué pasa DESPUÉS de que te quedas solo(a) (o con una niñera)?
74. ¿Te sientes triste o te aíslas DESPUÉS de que se van?
75. ¿Puedes dejar de estar triste?
76. ¿Qué estabas haciendo en ese momento?
77. ¿Hay algo que te haga sentir mejor?
78. ¿Ayuda si estás con amigos??
RETRAIMIENTO CUANDO LA FIGURA DE APEGO ESTÁ AUSENTE Retraimiento social, apatía, tristeza o dificultad para concentrarse en el trabajo o el juego cuando no está con una figura de apego importante.
RETRAIMIENTO CUANDO LA FIGURA DE APEGO ESTÁ AUSENTE
☐ Ausente. ☐ A veces hay retraimiento incontrolable, etc., en al menos 2 actividades, cuando no está con figuras de apego. ☐ Casi siempre hay retraimiento incontrolable, etc., en la mayoría de las actividades, cuando no está con las figuras de apego.
¿Qué pasa DESPUÉS de que te quedas solo(a) (o con una niñera)?
¿Te sientes triste o te aíslas DESPUÉS de que se van?
☐ No ☐ Sí
¿Puedes dejar de estar triste?
☐ No ☐ Sí
¿Qué estabas haciendo en ese momento?

¿Hay algo que te haga sentir mejor?
☐ No ☐ Sí
¿Ayuda si estás con amigos?
☐ No ☐ Sí
INICIO
79. ¿Cuándo fue la primera vez que ocurrió esto?
Información adicional
ANGUSTIA CUANDO LA FIGURA DE APEGO ESTÁ AUSENTE
80. ¿Algunas veces te sientes muy molesto DESPUÉS de que tus "padres" te hayan dejado?
81. ¿Lloras cuando te separas de ellos?
82. ¿Extrañas tu casa?
83. ¿Has tenido que volver a casa porque estabas muy molesto por estar separado de tus "padres"?
84. ¿Qué estabas haciendo en ese momento?
85. ¿Puedes evitar alterarte?
86. ¿Siempre o sólo a veces?
ANGUSTIA CUANDO LA FIGURA DE APEGO ESTÁ AUSENTE Signos o quejas de angustia excesiva, o nostalgia extrema, cuando se separa de la figura de apego principal.
ANGUSTIA CUANDO LA FIGURA DE APEGO ESTÁ AUSENTE
☐ Ausente. ☐ A veces hay angustia incontrolable, etc., en al menos 2 actividades, cuando no está con las figuras de apego. ☐ Casi siempre hay angustia incontrolable, etc., en la mayoría de las actividades, cuando no está con la figura de apego.
¿Algunas veces te sientes muy molesto DESPUÉS de que tus "padres" te hayan dejado?
☐ No ☐ Sí

¿Lloras cuando te separas de ellos?	☐ No ☐ Sí
¿Extrañas tu casa?	☐ No ☐ Sí
¿Has tenido que volver a casa porque estabas muy molesto por estar separado de tus "padres"?	☐ No ☐ Sí
¿Qué estabas haciendo en ese momento?	_____
¿Puedes evitar alterarte?	☐ No ☐ Sí
¿Siempre o sólo a veces?	☐ Sólo a veces ☐ Siempre
INICIO	
87. ¿Cuándo fue la primera vez que ocurrió esto?	_____
Información adicional	_____
INASISTENCIA ESCOLAR (PREOCUPACIÓN/ANSIEDAD) SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.	
88. En los últimos 3 meses, ¿te has quedado en casa sin ir al colegio porque estabas demasiado preocupado(a) o disgustado(a) por ir al colegio?	89. En los últimos 3 meses, ¿has fingido estar enfermo(a) para no tener que ir al colegio? 90. ¿Has fingido estar enfermo(a) para poder salir antes del colegio? 91. En los últimos 3 meses, ¿Te has ido del colegio antes de tiempo porque tenías demasiado miedo de permanecer ahí?
INASISTENCIA ESCOLAR (PREOCUPACIÓN/ANSIEDAD): 3 MESES Inasistencia al colegio debido a la preocupación/ansiedad o al miedo al entorno escolar.	

INASISTENCIA ESCOLAR (PREOCUPACIÓN/ANSIEDAD): 3 MESES ☐ No ☐ Sí	
En los últimos 3 meses, ¿te has quedado en casa sin ir al colegio porque estabas demasiado preocupado(a) o disgustado(a) por ir al colegio?	☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿has fingido estar enfermo(a) para no tener que ir al colegio?	☐ No ☐ Sí
¿Has fingido estar enfermo(a) para poder salir antes del colegio?	☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿Te has ido del colegio antes de tiempo porque tenías demasiado miedo de permanecer ahí?	SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE. ☐ No ☐ Sí
92. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días has faltado a clase por estar preocupado por el colegio?	_____
93. ¿Cuántas veces te han recogido antes de tiempo por ansiedad en los últimos 3 meses?	_____
FRECUENCIA CODIFICADA COMO NÚMERO DE 1/2 DÍAS PERDIDOS. NOTA: 3 CLASES EQUIVALEN A 1/2 DÍA. HACER EL CÁLCULO EN BASE A LOS DÍAS Y CLASES PERDIDOS TANTO POR HABER FALTADO A CLASE COMO POR HABER SIDO RECOGIDO ANTES DE TIEMPO POR ANSIEDAD.	
FRECUENCIA CODIFICADA COMO NÚMERO DE 1/2 DÍAS PERDIDOS. _____	
En los últimos 3 meses, ¿cuántos días has faltado a clase por estar preocupado por el colegio?	_____
¿Cuántas veces te han recogido antes de tiempo por ansiedad en los últimos 3 meses?	_____
INICIO 94. ¿Cuándo fue la primera vez que ocurrió esto? _____	

Información adicional	
PREOCCUPACIONES/ANSIEDAD POR SALIR DE CASA	
95. ¿Te preocupa salir de casa para ir al colegio?	
96. ¿Te asusta tener que salir de casa?	
97. ¿Qué crees que puede pasar?	
98. ¿Terminas quedándote en casa?	
99. ¿Qué haces cuando estás preocupado(a)?	
100. ¿Puedes dejar de preocuparte así?	
101. ¿Siempre o sólo a veces?	
102. ¿Y si tus padres te tranquilizan?	
PREOCCUPACIONES/ANSIEDAD POR SALIR DE CASA Preocupación o afecto ansioso subjetivo relacionado con la salida de casa para ir al colegio.	
PREOCCUPACIONES/ANSIEDAD POR SALIR DE CASA	
☐ Ausente. ☐ Preocupación o ansiedad anticipatorias intrusivas en al menos 2 actividades que no se pueden controlar del todo. ☐ Preocupación o ansiedad anticipatorias que se produce, casi totalmente incontrolable, en la mayoría de las actividades.	
¿Te preocupa salir de casa para ir al colegio?	☐ No ☐ Sí
¿Te asusta tener que salir de casa?	☐ No ☐ Sí
¿Qué crees que puede pasar?	
¿Terminas quedándote en casa?	☐ No ☐ Sí

¿Qué haces cuando estás preocupado(a)?	
¿Puedes dejar de preocuparte así?	☐ No ☐ Sí
¿Siempre o sólo a veces?	☐ Sólo a veces ☐ Siempre
¿Y si tus padres te tranquilizan?	☐ No ☐ Sí
FRECUENCIA 103. ¿Con qué frecuencia ocurre esto?	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ocurre esto?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
DURACIÓN 104. ¿Durante cuánto tiempo te sientes preocupado o molesto?	
(HORAS: MINUTOS)	
Información adicional	
INICIO 105. ¿Cuándo empezaste a sentirte así?	

Información adicional
MIEDO ANTICIPATORIO AL COLEGIO
106. ¿Te sientes ansioso(a) o molesto(a) en las mañanas cuando te toca ir al colegio?
107. ¿Tienes miedo o estás preocupado(a) por algo sobre el colegio?
108. ¿Por ejemplo, determinadas clases, o profesores, o el comportamiento de otros niños?
109. ¿Te preocupa el colegio incluso cuando no estás allí?
110. ¿Por qué te asusta el colegio?
111. ¿Puedes dejar de tener miedo?
112. ¿Puede alguien conseguir tranquilizarte?
MIEDO ANTICIPATORIO AL COLEGIO Preocupación anticipada o afecto ansioso subjetivo relacionado con la situación escolar.
MIEDO ANTICIPATORIO AL COLEGIO
○ Ausente. ○ Preocupación o ansiedad anticipatorias intrusivas en al menos 2 actividades que no se pueden controlar del todo. ○ Preocupación o ansiedad anticipatorias, casi totalmente incontrolable, en la mayoría de las actividades.
¿Te sientes ansioso(a) o molesto(a) en las mañanas cuando te toca ir al colegio?
○ No ○ Sí
¿Tienes miedo o estás preocupado(a) por algo sobre el colegio?
○ No ○ Sí
¿Por ejemplo, determinadas clases, o profesores, o el comportamiento de otros niños?
○ No ○ Sí
¿Te preocupa el colegio incluso cuando no estás allí?
○ No ○ Sí
¿Por qué te asusta el colegio?

¿Puedes dejar de tener miedo?
○ No ○ Sí
¿Puede alguien conseguir tranquilizarte?
○ No ○ Sí
FRECUENCIA 113. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha sucedido esto?
UNIDAD DE TIEMPO
○ Por día ○ Por semana ○ Por mes ○ Total (3 meses) ○ Todo el tiempo
FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha sucedido esto?
(FRECUENCIA)
Información adicional
DURACIÓN 114. ¿Durante cuánto tiempo te sientes preocupado o molesto?
(HORAS: MINUTOS)
Información adicional
INICIO 115. ¿Cuándo fue la primera vez que ocurrió?
Información adicional

MIEDO DE LO QUE VA A PASAR EN CASA CUANDO SE ENCUENTRA FUERA	
116. ¿Te preocupa lo que pueda pasar en casa cuando estás en el colegio?	
117. ¿Qué crees que puede pasar?	
118. ¿Qué haces cuando tienes miedo?	
119. ¿Puedes dejar de tener miedo?	
120. ¿Siempre o sólo a veces?	
MIEDO DE LO QUE VA A PASAR EN CASA CUANDO SE ENCUENTRA FUERA	
Preocupación o afecto ansioso subjetivo relacionado con la posibilidad de que ocurran cosas malas en casa mientras el niño está en el colegio.	
MIEDO DE LO QUE VA A PASAR EN CASA CUANDO SE ENCUENTRA FUERA	
☐ Ausente. ☐ Preocupación o ansiedad anticipatorias intrusivas en al menos 2 actividades que no se pueden controlar del todo. ☐ Preocupación o ansiedad anticipatorias, casi totalmente incontrolable, en la mayoría de las actividades.	
¿Te preocupa lo que pueda pasar en casa cuando estás en el colegio?	☐ No ☐ Sí
¿Qué crees que puede pasar?	
¿Qué haces cuando tienes miedo?	
¿Puedes dejar de tener miedo?	☐ No ☐ Sí
¿Siempre o sólo a veces?	☐ Sólo a veces ☐ Siempre
FRECUENCIA	
121. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto?	
UNIDAD DE TIEMPO	

UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
DURACIÓN	
122. ¿Cuánto duran estas sensaciones?	
(HORAS: MINUTOS)	
Información adicional	
INICIO	
123. ¿Cuándo fue la primera vez que ocurrió?	
Información adicional	
SÍNTOMAS FÍSICOS FRENTE A LA SEPARACIÓN	
124. En los últimos 3 meses, ¿has tenido dolores de cabeza o de estómago en los días de clases?	
125. ¿Tienes dolores o molestias en los días de clases?	
126. ¿Te sientes así cuando te separas de tus padres?	
SÍNTOMAS FÍSICOS FRENTE A LA SEPARACIÓN	
Quejas de síntomas físicos, por ejemplo, dolores de estómago, dolores de cabeza, náuseas, vómitos, en los días de colegio o en otras ocasiones en las que se produce o se anticipa la separación de las principales figuras de apego.	
Recuerde completar los síntomas autonómicos de ansiedad.	
SÍNTOMAS FÍSICOS FRENTE A LA SEPARACIÓN	
☐ No ☐ Sí	

En los últimos 3 meses, ¿has tenido dolores de cabeza o de estómago en los días de clases?
☐ No ☐ Sí
¿Tienes dolores o molestias en los días de clases?
☐ No ☐ Sí
¿Te sientes así cuando te separas de tus padres?
☐ No ☐ Sí
FRECUENCIA
127. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto?
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto?
(FRECUENCIA)
Información adicional
INICIO
128. ¿Cuándo empezó?
Información adicional
TIENE QUE SER LLEVADO AL COLEGIO (PREOCUPACIÓN/ANSIEDAD)
129. ¿Tienen tus padres que llevarte al colegio a veces para asegurarse de que llegues?
130. ¿Alguien más tiene que llevarte al colegio para asegurarse de que llegues?
131. ¿Te llevan porque tienes miedo de salir de casa o de ir al colegio?

TIENE QUE SER LLEVADO AL COLEGIO (PREOCUPACIÓN/ANSIEDAD)
El padre, u otra persona, tiene que llevar al niño al colegio para asegurar su llegada porque el niño tiene miedo de salir de casa o ir al colegio.
TIENE QUE SER LLEVADO AL COLEGIO (PREOCUPACIÓN/ANSIEDAD)
☐ No ☐ Sí, al menos en una ocasión en los últimos 3 meses.
¿Tienen tus padres que llevarte al colegio a veces para asegurarse de que llegues?
☐ No ☐ Sí
¿Alguien más tiene que llevarte al colegio para asegurarse de que llegues?
☐ No ☐ Sí
¿Te llevan porque tienes miedo de salir de casa o de ir al colegio?
☐ No ☐ Sí
FRECUENCIA
132. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto?
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto?
(FRECUENCIA)
Información adicional
SE QUEDA EN CASA ALGUNAS MAÑANAS (PREOCUPACIÓN/ANSIEDAD)
133. En los últimos 3 meses, ¿algunas veces te has quedado en casa porque te preocupaba ir al colegio?
134. ¿Cómo te sentiste en esas mañanas?

135. ¿Qué hacen tus padres cuando no quieres ir al colegio?
136. ¿Intentan obligarte a ir? SE QUEDA EN CASA ALGUNAS MAÑANAS (PREOCUPACIÓN/ANSIEDAD) El niño no asiste al colegio por miedo/ansiedad/alteración emocional. Pregunta en detalle para diferenciar la permanencia en casa por ansiedad u otras alteraciones emocionales, o de la permanencia en casa por otras razones.
SE QUEDA EN CASA ALGUNAS MAÑANAS (PREOCUPACIÓN/ANSIEDAD) ☐ Ausente. ☐ Sin intentos marcados de los padres para que vaya al colegio. ☐ Con marcados intentos de los padres por llevarle al colegio. En los últimos 3 meses, ¿algunas veces te has quedado en casa porque te preocupaba ir al colegio? ☐ No ☐ Sí
¿Cómo te sentiste en esas mañanas?
¿Qué hacen tus padres cuando no quieres ir al colegio?
¿Intentan obligarte a ir? ☐ No ☐ Sí
FRECUENCIA 137. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto?
(FRECUENCIA) Información adicional

SE ESCAPA DEL COLEGIO (PREOCUPACIÓN/ANSIEDAD) 138. ¿Hay momentos en los que no puedes soportar ir al colegio porque estás preocupado(a) por ello? 139. ¿Has dejado el colegio sin permiso por estar preocupado por cosas que tengan que ver con el colegio? 140. ¿Qué es lo que se te hace difícil de ir al colegio? SE ESCAPA DEL COLEGIO (PREOCUPACIÓN/ANSIEDAD) El niño no llega al colegio debido a la preocupación/ansiedad, o se va antes del final de la jornada escolar sin permiso debido a la preocupación/ansiedad. Pregunte detalladamente para diferenciar la ansiedad sobre la asistencia al colegio del absentismo escolar u otras formas de inasistencia.
SE ESCAPA DEL COLEGIO (PREOCUPACIÓN/ANSIEDAD) ☐ Ausente ☐ Presente ¿Hay momentos en los que no puedes soportar ir al colegio porque estás preocupado(a) por ello? ☐ No ☐ Sí
¿Has dejado el colegio sin permiso por estar preocupado por cosas que tengan que ver con el colegio? ☐ No ☐ Sí ¿Qué es lo que se te hace difícil de ir al colegio?
141. ¿Te vas del colegio y vuelves a casa cuando estás preocupado(a) o ansioso(a) por el colegio? EL NIÑO NO LLEGA AL COLEGIO O SE VA Y VUELVE A CASA (PREOCUPACIÓN/ANSIEDAD) EL NIÑO NO LLEGA AL COLEGIO O SE VA Y VUELVE A CASA (PREOCUPACIÓN/ANSIEDAD) ☐ Ausente ☐ Presente ¿Te vas del colegio y vuelves a casa cuando estás preocupado(a) o ansioso(a) por el colegio? ☐ No ☐ Sí

FRECUENCIA 142. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? UNIDAD DE TIEMPO _____ ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? _____ (FRECUENCIA) Información adicional	_____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? _____ (FRECUENCIA) Información adicional
_____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? _____ (FRECUENCIA) Información adicional	_____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? _____ (FRECUENCIA) Información adicional

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? _____ (FRECUENCIA) Información adicional	_____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? _____ (FRECUENCIA) Información adicional
_____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? _____ (FRECUENCIA) Información adicional	_____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? _____ (FRECUENCIA) Información adicional

CAPA 6 - PREOCUPACIONES	
Récord ID _____	
PREOCUPACIONES	
1. La mayoría de las personas tiene algunas preocupaciones. ¿De qué te preocupas tú?	
2. ¿Qué haces cuando te preocupas?	
3. ¿Las preocupaciones te mantienen despierto por la noche?	
4. ¿Afecta la preocupación a tu concentración?	
5. ¿Puedes dejar de preocuparte?	
PREOCUPACIONES Una serie de pensamientos dolorosos, desagradables o incómodos que no se pueden detener voluntariamente y que ocurren en más de una actividad, con una duración total diaria de al menos 1 hora. No incluya las preocupaciones relacionadas a Inasistencia Escolar, Ansiedad de Separación, o Hipocondrías	
6. ¿Te preocupa lo que pueda pasar en el futuro?	
7. ¿Te preocupa que ocurran cosas malas en el futuro?	
PREOCUPACIONES POR LOS ACONTECIMIENTOS FUTUROS	
8. ¿Te preocupas por las cosas que has hecho?	
PREOCUPACIONES POR EL COMPORTAMIENTO PASADO	
9. ¿Te preocupa qué tan bien haces las cosas?	
10. ¿Cómo el trabajo escolar o los deportes?	
PREOCUPACIONES POR LA COMPETENCIA O EL RENDIMIENTO	
11. ¿Te preocupa lo que los demás piensan de ti?	
12. ¿Te preocupas cuando hay otras personas cerca?	
13. ¿Te preocupa cómo eres estando con otras personas?	

14. ¿Sientes vergüenza de lo que los demás puedan pensar sobre ti?	
COHIBICIÓN	
15. ¿Te preocupa tu aspecto?	
PREOCUPACIONES ACERCA DE LA APARIENCIA	
16. ¿Te preocupa si tu familia tendrá suficiente dinero?	
17. ¿Te preocupa si tu familia tendrá suficiente comida?	
PREOCUPACIONES ACERCA DEL DINERO	
18. ¿Tienes otras preocupaciones?	
19. ¿Cuáles son?	
OTRAS PREOCUPACIONES	
PREOCUPACIONES	
☐ Ausente ☐ La preocupación se entromete en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos en una parte del tiempo. ☐ La preocupación se entromete en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable.	
La mayoría de las personas tiene algunas preocupaciones. ¿De qué te preocupas tú?	
¿Qué haces cuando te preocupas?	
¿Las preocupaciones te mantienen despierto por la noche?	
☐ No ☐ Sí	
¿Afecta la preocupación a tu concentración?	
☐ No ☐ Sí	
¿Puedes dejar de preocuparte?	
☐ No ☐ Sí	

PREOCCUPACIONES POR LOS ACONTECIMIENTOS FUTUROS	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Te preocupa lo que pueda pasar en el futuro?	
☐ No ☐ Sí	
¿Te preocupa que ocurran cosas malas en el futuro?	
☐ No ☐ Sí	
PREOCCUPACIONES POR EL COMPORTAMIENTO PASADO	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Te preocupas por las cosas que has hecho?	
☐ No ☐ Sí	
PREOCCUPACIONES POR LA COMPETENCIA O EL RENDIMIENTO	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Te preocupa que tan bien haces las cosas?	
☐ No ☐ Sí	
¿Cómo el trabajo escolar o los deportes?	
☐ No ☐ Sí	
COHIBICIÓN	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Te preocupa lo que los demás piensan de ti?	
☐ No ☐ Sí	
¿Te preocupas cuando hay otras personas cerca?	
☐ No ☐ Sí	
¿Te preocupa cómo eres estando con otras personas?	
☐ No ☐ Sí	

¿Sientes vergüenza de lo que los demás puedan pensar sobre ti?	
☐ No ☐ Sí	
PREOCCUPACIONES ACERCA DE LA APARIENCIA	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Te preocupa tu aspecto?	
☐ No ☐ Sí	
PREOCCUPACIONES ACERCA DEL DINERO	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Te preocupa si tu familia tendrá suficiente dinero?	
☐ No ☐ Sí	
¿Te preocupa si tu familia tendrá suficiente comida?	
☐ No ☐ Sí	
OTRAS PREOCCUPACIONES	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Tienes otras preocupaciones?	
☐ No ☐ Sí	
¿Cuáles son? _____	
FRECUENCIA	
20. ¿Con qué frecuencia te preocupas por estas cosas?	
UNIDAD DE TIEMPO _____	
UNIDAD DE TIEMPO _____	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	

FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia te preocupas por estas cosas? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
21. ¿En algún momento de los últimos 3 meses has estado preocupado durante 1 hora o más? _____ DURACIÓN ¿Cuánto tiempo duran estos sentimientos? _____ _____ ¿Cuánto tiempo duran estos sentimientos? _____ _____	
(HORAS: MINUTOS) Información adicional _____	
22. ¿En algún momento de los últimos 3 meses has estado preocupado durante 1 hora o más? ☐ No ☐ Sí INICIO 22. ¿Cuándo fue la primera vez que te preocupaste así? _____ Información adicional _____	
PREOCCUPACIÓN POR LA ENFERMEDAD FÍSICA (HIPOCONDRIA) 23. ¿Te preocupa mucho estar físicamente enfermo? _____ 24. ¿Te preocupa que pueda haber algo gravemente malo en ti? _____ 25. ¿De qué te preocupas? _____ 26. ¿Qué haces cuando estás preocupado por eso? _____ 27. ¿Puedes dejar de preocuparte? _____ 28. ¿Qué pasa cuando alguien intenta tranquilizarte? _____	

HIPOCONDRIA Todas las características de la preocupación están presentes, incluyendo una duración total diaria de al menos 1 hora, pero la preocupación se concentra específicamente en la posibilidad de tener una enfermedad o un mal funcionamiento del cuerpo del encuestado(niño/adolescente). _____	
HIPOCONDRIA ☐ Ausente ☐ La preocupación se entromete en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos en una parte del tiempo. ☐ La preocupación se entromete en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable. _____ ¿Te preocupa mucho estar físicamente enfermo? ☐ No ☐ Sí _____ ¿Te preocupa que pueda haber algo gravemente malo en ti? ☐ No ☐ Sí _____ ¿De qué te preocupas? _____ ¿Qué haces cuando estás preocupado por eso? _____ ¿Puedes dejar de preocuparte? ☐ No ☐ Sí _____ ¿Qué pasa cuando alguien intenta tranquilizarte? _____ FRECUENCIA 29. ¿Con qué frecuencia te preocupas por estar enfermo? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	

NECESIDAD EXCESIVA DE SER TRANQUILIZADO
El encuestado busca obtener tranquilidad de los demás sobre al menos dos temas de preocupación, pero las preocupaciones continúan a pesar de obtener esa sensación de seguridad. Incluya las preocupaciones/ansiedad relacionadas con el colegio, la ansiedad por separación, las preocupaciones y la hipocondría.

NECESIDAD EXCESIVA DE TRANQUILIDAD

- ☐ Ausente
- ☐ Busca tranquilidad al menos una vez a la semana (una vez a la semana durante cuatro semanas consecutivas), pero no hasta el punto de interferir con la comunicación regular con otras personas.
- ☐ Busca la tranquilidad hasta tal punto que la comunicación regular con al menos una persona se ve interferida, como lo demuestra la pérdida de paciencia, o la evitación del contacto con el encuestado, por parte de esa persona.

¿Le cuentas a las personas tus preocupaciones?

☐ No
☐ Sí

¿Con qué frecuencia?

¿Se cansan de escuchar tus preocupaciones?

☐ No
☐ Sí

¿Qué ocurre entonces?

¿Puedes evitar hablar de tus preocupaciones

☐ No
☐ Sí

FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia te preocupas por estar enfermo?
(FRECUENCIA)
Información adicional

30. ¿Alguna vez en los últimos 3 meses has estado preocupado durante 1 hora o más?
DURACIÓN
Cuando estás preocupado de que puedas estar enfermo, ¿cuánto tiempo te quedas pensando en ello?

Cuando estás preocupado de que puedas estar enfermo, ¿cuánto tiempo te quedas pensando en ello?
(HORAS; MINUTOS)
Información adicional

¿Alguna vez en los últimos 3 meses has estado preocupado durante 1 hora o más?
☐ No ☐ Sí
INICIO
31. ¿Cuándo empezaste a preocuparte por esto?

Información adicional

NECESIDAD EXCESIVA DE SER TRANQUILIZADO
32. ¿Le cuentas a las personas tus preocupaciones?

33. ¿Con qué frecuencia?

34. ¿Se cansan de escuchar tus preocupaciones?

35. ¿Qué ocurre entonces?

36. ¿Puedes evitar hablar de tus preocupaciones?

CAPA 7 - AFECTO ANSIOSO	
Récord ID	
TENSION NERVIOSA	
1. ¿Te sientes tenso, nervioso o al límite?	
2. ¿Te pones tenso o nervioso antes de un acontecimiento?	
3. ¿Qué te hace sentir "nervioso"?	
4. ¿Qué tan mal te sientes?	
5. ¿Algo lo provoca?	
6. ¿Qué haces cuando te sientes así?	
7 Si te concentras en algo o haces algo que te gusta, ¿desaparece el nerviosismo?	
TENSION NERVIOSA Una sensación desagradable de "nerviosismo", "tensión nerviosa", "estar al límite", "tenso". La sensación es desagradable y debe tener una duración diaria total de al menos 1 hora.	
TENSION NERVIOSA	
☐ Ausente	
☐ La tensión nerviosa es intrusiva en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos parte del tiempo	
☐ La tensión nerviosa es intrusiva en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable	
¿Te sientes tenso, nervioso o al límite?	☐ No ☐ Sí
¿Te pones tenso o nervioso antes de un acontecimiento?	☐ No ☐ Sí
¿Qué te hace sentir "nervioso"?	
¿Qué tan mal te sientes?	

¿Algo lo provoca?	☐ No ☐ Sí
¿Qué haces cuando te sientes así?	
Si te concentras en algo o haces algo que te gusta, ¿desaparece el nerviosismo?	☐ No ☐ Sí
FRECUENCIA	
8. ¿Con qué frecuencia te sientes así?	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día	
☐ Por semana	
☐ Por mes	
☐ Total (3 meses)	
☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia te sientes así?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
9. ¿Cuánto dura esta sensación?	
10. ¿Alguna vez, en los últimos 3 meses, esto duró como mínimo 1 hora en total durante el día?	
DURACIÓN	
(HORAS: MINUTOS)	
¿Cuánto dura esta sensación?	
¿Alguna vez, en los últimos 3 meses, esto duró como mínimo 1 hora en total durante el día?	☐ No ☐ Sí
INICIO	
11. ¿Cuándo empezó esta sensación?	

Información adicional
ANSIEDAD SOCIAL
12. ¿Te pones nervioso o asustado cuando tienes que hablar con la gente?
13. ¿Te sientes nervioso o asustado cuando tienes que hablar con otros niños o adolescentes?
14. ¿Te sientes disgustado/incómodo/fastidiado cuando tienes que conocer gente nueva?
15. ¿Te vuelves extremadamente tímido en situaciones sociales?
16. ¿Eres capaz de ir a fiestas de cumpleaños e interactuar con otras personas?
17. En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones?
18. Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al hablar/interactuar con otras personas?
19. ¿Eres capaz de ir a otros lugares, como, por ejemplo, al parque o al patio de recreo?
20. Cuéntame, ¿qué suele suceder?
21. ¿Tienes miedo porque piensas que los demás pueden pensar que eres tonto?
22. ¿Crees que la gente podría burlarse de ti?
23. ¿Tienes miedo de que puedas ofender a otros?
24. ¿Tienes miedo porque crees que la gente te puede rechazar?
25. ¿Tratas de esconderte?
26. ¿Volteas la cara?
27. ¿O te niegas a hablar?
28. ¿Intentas salir del lugar?
29. ¿Alguien puede tranquilizarte para que te sientas más cómodo en la situación?
30. ¿Eso te ayuda?

ANSIEDAD SOCIAL Afecto ansioso subjetivo específico de las interacciones sociales con compañeros y/o adultos. El miedo o la ansiedad experimentados durante la situación social no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que plantea la situación social. Nota: Hay deseo de relacionarse con personas conocidas. Incluye el miedo, la timidez, el miedo al rechazo, la vergüenza y la preocupación por la adecuación del comportamiento al interactuar con compañeros y/o adultos desconocidos.
ANSIEDAD SOCIAL ☐ Ausente ☐ La ansiedad social es intrusiva en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos parte del tiempo ☐ La ansiedad social es intrusiva en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable. ☐ El niño no ha estado en tal situación durante los últimos 3 meses debido a la evitación, pero el niño informa que se habría producido un afecto ansioso si hubiera estado en esa situación. ¿Te pones nervioso o asustado cuando tienes que hablar con la gente? ☐ No ☐ Sí
¿Te sientes nervioso o asustado cuando tienes que hablar con otros niños o adolescentes? ☐ No ☐ Sí
¿Te sientes disgustado/incómodo/fastidiado cuando tienes que conocer gente nueva? ☐ No ☐ Sí
¿Te vuelves extremadamente tímido en situaciones sociales? ☐ No ☐ Sí
¿Eres capaz de ir a fiestas de cumpleaños e interactuar con otras personas? ☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones? ☐ No ☐ Sí
Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al hablar/interactuar con otras personas? _____ ¿Eres capaz de ir a otros lugares, como, por ejemplo, al parque o al patio de recreo? ☐ No ☐ Sí

Cuéntame, ¿qué suele suceder?
¿Tienes miedo porque piensas que los demás pueden pensar que eres tonto?
☐ No ☐ Sí
¿Crees que la gente podría burlarse de ti?
☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de que puedas ofender a otros?
☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo porque crees que la gente te puede rechazar?
☐ No ☐ Sí
¿Tratas de esconderte?
☐ No ☐ Sí
¿Volteas la cara?
☐ No ☐ Sí
¿O te niegas a hablar?
☐ No ☐ Sí
¿Intentas salir del lugar?
☐ No ☐ Sí
¿Alguien puede tranquilizarte para que te sientas más cómodo en la situación?
☐ No ☐ Sí
¿Eso te ayuda?
☐ No ☐ Sí
FRECUENCIA
31. ¿Con qué frecuencia te sientes así?
UNIDAD DE TIEMPO

UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia te sientes así?

(FRECUENCIA)
Información adicional

DURACIÓN
32. ¿Cuánto dura esta sensación?

(HORAS: MINUTOS)
Información adicional

INICIO
32. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?

Información adicional

33. ¿Te sientes disgustado/incómodo/fastidiado cuando tienes que conocer gente nueva?

34. ¿O empiezas a llorar?

35. ¿O te niegas a hablar?

ANGUSTIA

ANGUSTIA
☐ Ausente ☐ La situación social nueva o forzada provoca (o provocaría) llanto, falta de habla espontánea, aislamiento de la situación social o incluso conductas inadecuadas como jugar con el cabello, tamborilear los dedos, morderse las uñas, etc.
¿Te sientes disgustado/incómodo/fastidiado cuando tienes que conocer gente nueva?
☐ No ☐ Sí

¿O empiezas a llorar? ☐ No ☐ Sí
¿O te niegas a hablar? ☐ No ☐ Sí
INICIO 36. ¿Cuándo te sentiste así por primera vez? _____ Información adicional _____
37. ¿Evitas ir a fiestas o lugares donde podrías tener que hablar con otras personas?
38. ¿Has cambiado tus planes o rutinas para poder evitar estas situaciones? _____
EVITACIÓN _____
EVITACIÓN ☐ Ausente ☐ El sujeto ha desarrollado rutinas que le permiten adoptar un estilo de vida relativamente normal evitando la situación temida ☐ El sujeto vive una vida muy restringida debido a situaciones temidas
¿Evitas ir a fiestas o lugares donde podrías tener que hablar con otras personas? ☐ No ☐ Sí
¿Has cambiado tus planes o rutinas para poder evitar estas situaciones? ☐ No ☐ Sí
INICIO 39. ¿Cuándo empezaste a evitar estas situaciones? _____ Información adicional _____
PRESENTIMIENTO ANSIOSO 40. ¿Algunas veces, sin razón alguna que lo explique, tienes la sensación de que algo horrible va a pasar?
41. ¿Tienes sensaciones de que algo malo/fatal va a pasar, sin ninguna razón que lo explique?
42. ¿Qué te hace sentir de esa manera? Cuéntame sobre eso. _____

43. ¿Qué estás haciendo en el momento en que te sientes así? _____
44. ¿Puedes dejar de sentirte así? _____
45. ¿Siempre o solo a veces? _____
PRESENTIMIENTO ANSIOSO Afecto ansioso subjetivo con un sentimiento inexplicable de fatalidad o de que algo terrible puede suceder. Debe tener una duración diaria total de al menos 1 hora. _____
PRESENTIMIENTO ANSIOSO ☐ Ausente ☐ El presentimiento ansioso es intrusivo en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos parte del tiempo. ☐ El presentimiento ansioso es intrusivo en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable
¿Algunas veces, sin razón alguna que lo explique, tienes la sensación de que algo horrible va a pasar? ☐ No ☐ Sí
¿Tienes sensaciones de que algo malo/fatal va a pasar, sin ninguna razón que lo explique? ☐ No ☐ Sí
¿Qué te hace sentir de esa manera? Cuéntame sobre eso _____
¿Qué estás haciendo en el momento en que te sientes así? _____
¿Puedes dejar de sentirte así? ☐ No ☐ Sí
¿Siempre o solo a veces? ☐ Sólo a veces ☐ Siempre
FRECUENCIA 46. ¿Con qué frecuencia ocurre esto? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ocurre esto? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____
47. ¿Cuánto dura esta sensación? _____
48. ¿Hay veces que dura hasta 1 hora en un día? _____
DURACIÓN _____
(HORAS: MINUTOS) _____
¿Cuánto dura esta sensación? _____
¿Hay veces que dura hasta 1 hora en un día? ☐ No ☐ Sí
INICIO 49. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? _____
Información adicional _____
MIEDO A LAS ACTIVIDADES EN PÚBLICO 50. ¿Te pones nervioso o te sientes asustado cuando tienes que hacer cosas delante de otras personas? _____
51. ¿Te pones nervioso o te sientes asustado cuando tienes que dar un discurso? _____
52. ¿Qué tal cuando te llaman en clase? _____
53. ¿Te da vergüenza comer cuando hay otras personas cerca? _____
54. En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones? _____

55. Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que hacer cosas delante de otras personas? _____
56. ¿Puedes darme un ejemplo de cuándo sucedió eso? _____
57. ¿Cómo te ha afectado eso? _____
58. ¿Tienes miedo porque piensas que los demás pueden pensar que eres tonto? _____
59. ¿Tienes miedo de que la gente se ría de ti? ¿O se burle de ti? _____
60. ¿Tienes miedo de que puedas ofender a otros? _____
61. ¿Tienes miedo de cometer un error? _____
62. ¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo? _____
63. ¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo? _____
64. ¿Pueden otros tranquilizarte? _____
65. ¿Siempre o solo a veces? _____
MIEDO A LAS ACTIVIDADES EN PÚBLICO Afecto ansioso subjetivo específico de la realización pública de actividades que no provocan miedo cuando se realizan en privado. El miedo o la ansiedad experimentados no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que plantea la situación social. Incluye dar un discurso, comer en público, quitarte alguna prenda (ropa) en el colegio, ir al baño en el colegio u otros lugares públicos. _____
MIEDO A LAS ACTIVIDADES EN PÚBLICO ☐ Ausente ☐ El miedo es intrusivo en al menos 1 actividad y es incontrolable al menos parte del tiempo ☐ El miedo es intrusivo en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos parte del tiempo ☐ El miedo es intrusivo en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable ☐ El niño no ha estado en tal situación durante los últimos 3 meses debido a la evitación, pero el niño informa que se habría producido un afecto ansioso si hubiera estado en esa situación.
¿Te pones nervioso o te sientes asustado cuando tienes que hacer cosas delante de otras personas? ☐ No ☐ Sí

¿Te pones nervioso o te sientes asustado cuando tienes que dar un discurso?	☐ No ☐ Sí
¿Qué tal cuando te llaman en clase?	☐ No ☐ Sí
¿Te da vergüenza comer cuando hay otras personas cerca?	☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones?	☐ No ☐ Sí
Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que hacer cosas delante de otras personas?	_____
¿Puedes darme un ejemplo de cuándo sucedió eso?	_____
¿Cómo te ha afectado eso?	_____
¿Tienes miedo porque piensas que los demás pueden pensar que eres tonto?	☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de que la gente se ría de ti? ¿O se burle de ti?	☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de que puedas ofender a otros?	☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de cometer un error?	☐ No ☐ Sí
¿Que actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo?	_____
¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?	☐ No ☐ Sí

¿Pueden otros tranquilizarte?	☐ No ☐ Sí
¿Siempre o solo a veces?	☐ Sólo a veces ☐ Siempre
FRECUENCIA	66. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
UNIDAD DE TIEMPO	_____
UNIDAD DE TIEMPO	_____
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
(FRECUENCIA)	_____
Información adicional	_____
DURACIÓN	67. ¿Cuánto dura esto?
(HORAS: MINUTOS)	_____
Información adicional	_____
INICIO	68. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?
Información adicional	_____
Información adicional	_____
69. ¿Te angustias, lloras o te niegas a hablar cuando estás en esta situación?	_____
ANGUSTIA	_____

ANGUSTIA ☐ Ausente ☐ La situación social nueva o forzada provoca (o provocaría) llanto, falta de habla espontánea o aislamiento de la situación social	
¿Te angustias, lloras o te niegas a hablar cuando estás en esta situación? ☐ No ☐ Sí	
INICIO 70. ¿Cuándo te sentiste así por primera vez? Información adicional	
71. ¿Haces algo para evitar tener que hacer estas cosas delante de los demás? EVITACIÓN ☐ Ausente ☐ El sujeto ha desarrollado rutinas que le permiten adoptar un estilo de vida relativamente normal evitando la situación temida ☐ El sujeto vive una vida muy restringida debido a situaciones temidas.	
¿Haces algo para evitar tener que hacer estas cosas delante de los demás? ☐ No ☐ Sí	
INICIO 72. ¿Cuándo empezaste a evitar estas situaciones? Información adicional	
AGORAFOBIA MIEDO A UTILIZAR EL TRANSPORTE PÚBLICO	
73. ¿Tienes miedo de andar en autos/carros? 74. ¿Tienes miedo de usar otros medios de transporte público como autobuses, trenes o aviones? 75. ¿Te asusta la idea de viajar en carro o usar el transporte público? 	

76. En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones? 77. Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que usar el transporte público? 78. Dime cómo te sientes cuando pasan estas cosas. 79. ¿Tienes miedo porque crees que te será difícil escapar? 80. ¿Tienes miedo de no poder obtener ayuda si la necesitas? 81. ¿Tienes miedo de hacer algo tonto o vergonzoso mientras estás en esta situación? 82. ¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo? 83. ¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo? 84. ¿Tus "padres" pueden tranquilizarte? 85. ¿Siempre o solo a veces?	
MIEDO A UTILIZAR EL TRANSPORTE PÚBLICO El niño experimenta un miedo marcado o ansiedad por (cosas como, automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones). El miedo o la ansiedad experimentados durante la situación no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que plantea la situación agorafóbica y con el contexto sociocultural.	
MIEDO A UTILIZAR EL TRANSPORTE PÚBLICO ☐ Ausente ☐ La agorafobia es intrusiva en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos parte del tiempo ☐ La agorafobia es intrusiva en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable ☐ El niño no ha estado en la situación que le provocó ansiedad durante los últimos 3 meses debido a la evitación, pero el niño informa que el afecto ansioso se habría producido si hubiera estado en esa situación	
¿Tienes miedo de andar en autos/carros? ☐ No ☐ Sí	
¿Tienes miedo de usar otros medios de transporte público como autobuses, trenes o aviones? ☐ No ☐ Sí	

¿Te asusta la idea de viajar en carro o usar el transporte público?	☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones?	☐ No ☐ Sí
Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que usar el transporte público?	_____
Dime cómo te sientes cuando pasan estas cosas.	_____
¿Tienes miedo porque crees que te será difícil escapar?	☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de no poder obtener ayuda si la necesitas?	☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de hacer algo tonto o vergonzoso mientras estás en esta situación?	☐ No ☐ Sí
¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo?	_____
¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?	☐ No ☐ Sí
¿Tus "padres" pueden tranquilizarte?	☐ No ☐ Sí
¿Siempre o solo a veces?	☐ Siempre ☐ Sólo a veces
FRECUENCIA	86. ¿Con qué frecuencia ha sucedido eso en los últimos 3 meses?
UNIDAD DE TIEMPO	_____
_____	_____
_____	_____

UNIDAD DE TIEMPO	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA	¿Con qué frecuencia ha sucedido eso en los últimos 3 meses?
(FRECUENCIA)	_____
Información adicional	_____
DURACIÓN	87. ¿Cuánto dura esta sensación?
(HORAS: MINUTOS)	_____
Información adicional	_____
INICIO	88. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?
Información adicional	_____
89. ¿Haces algo para evitar estas situaciones?	_____
90. ¿Evitas ir a ciertos lugares o hacer ciertas cosas porque tienes miedo?	_____
91. ¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?	_____
92. Cuéntame, ¿qué suele suceder?	_____
EVITACIÓN	_____
EVITACIÓN	☐ Ausente ☐ El sujeto ha desarrollado rutinas que le permiten adoptar un estilo de vida relativamente normal evitando la situación temida ☐ El sujeto vive una vida muy restringida debido a situaciones temidas
¿Haces algo para evitar estas situaciones?	☐ No ☐ Sí

¿Evitas ir a ciertos lugares o hacer ciertas cosas porque tienes miedo? ☐ No ☐ Sí
¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones? ☐ No ☐ Sí
Cuéntame, ¿qué suele suceder?
INICIO
93. ¿Cuándo empezaste a evitar estas situaciones?
Información adicional
MIEDO A ESTAR EN ESPACIOS ABIERTOS
94. ¿Sientes miedo en espacios abiertos como estacionamientos u otros lugares públicos?
95. ¿Tienes miedo de estar en un puente?
96. ¿Te asusta pensar en estas cosas?
97. En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones?
98. Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que estar en lugares públicos?
99. Dime cómo te sientes cuando pasan estas cosas.
100. ¿Tienes miedo porque crees que te será difícil escapar?
101. ¿Tienes miedo de no poder obtener ayuda si la necesitas?
102. ¿Tienes miedo de hacer algo tonto o vergonzoso mientras estás en esta situación?
103. ¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo?
104. ¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?
105. ¿Tus "padres" pueden tranquilizarte?
106. ¿Siempre o solo a veces?

MIEDO A ESTAR EN ESPACIOS ABIERTOS El niño experimenta miedo marcado o ansiedad por estar en espacios abiertos (p. ej., estacionamientos, mercados, puentes). El miedo o la ansiedad experimentados durante la situación no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que plantea la situación agorafóbica y con el contexto sociocultural.
MIEDO A ESTAR EN ESPACIOS ABIERTOS ☐ Ausente ☐ La agorafobia es intrusiva en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos parte del tiempo ☐ La agorafobia es intrusiva en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable ☐ El niño no ha estado en la situación que le provocó ansiedad durante los últimos 3 meses debido a la evitación, pero el niño informa que el afecto ansioso se habría producido si hubiera estado en esa situación
¿Sientes miedo en espacios abiertos como estacionamientos u otros lugares públicos? ☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de estar en un puente? ☐ No ☐ Sí
¿Te asusta pensar en estas cosas? ☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones? ☐ No ☐ Sí
Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que estar en lugares públicos?
Dime cómo te sientes cuando pasan estas cosas.
¿Tienes miedo porque crees que te será difícil escapar? ☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de no poder obtener ayuda si la necesitas? ☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de hacer algo tonto o vergonzoso mientras estás en esta situación? ☐ No ☐ Sí

¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo?
¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?
☐ No ☐ Sí
¿Tus "padres" pueden tranquilizarte?
☐ No ☐ Sí
¿Siempre o solo a veces?
☐ Sólo a veces ☐ Siempre
FRECUENCIA
107. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
(FRECUENCIA)
Información adicional
DURACIÓN
108. ¿Cuánto dura esta sensación?
(HORAS: MINUTOS)
Información adicional
INICIO
109. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?

Información adicional
110. ¿Haces algo para evitar estas situaciones?
111. ¿Evitas ir a ciertos lugares o hacer ciertas cosas porque tienes miedo?
112. ¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?
113. Cuéntame, ¿qué suele suceder?
EVITACIÓN- MIEDO A ESTAR EN ESPACIOS ABIERTOS
EVITACIÓN- MIEDO A ESTAR EN ESPACIOS ABIERTOS
☐ Ausente ☐ El sujeto ha desarrollado rutinas que le permiten adoptar un estilo de vida relativamente normal evitando la situación temida. ☐ El sujeto vive una vida muy restringida debido a situaciones temidas.
¿Haces algo para evitar estas situaciones?
☐ No ☐ Sí
¿Evitas ir a ciertos lugares o hacer ciertas cosas porque tienes miedo?
☐ No ☐ Sí
¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?
☐ No ☐ Sí
Cuéntame, ¿qué suele suceder?
INICIO
114. ¿Cuándo empezaste a evitar estas situaciones?
Información adicional
MIEDO A ESTAR EN LUGARES CERRADOS
115. ¿Tienes miedo de estar en un lugar cerrado como una tienda o una sala de cine?
116. ¿Tienes miedo de ir a otros lugares, como, por ejemplo, a un restaurante o una cafetería?

117. ¿Te asusta la idea de estos lugares?	
118. En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones?	
119. Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que estar en lugares cerrados? (cine, tienda, restaurante, etc.)	
120. Dime cómo te sientes cuando pasan estas cosas.	
121. ¿Tienes miedo porque crees que te será difícil escapar?	
122. ¿Tienes miedo de no poder obtener ayuda si la necesitas?	
123. ¿Tienes miedo de hacer algo tonto o vergonzoso mientras estás en esta situación?	
124. ¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo?	
125. ¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?	
126. ¿Tus "padres" pueden tranquilizarte?	
127. ¿Siempre o solo a veces?	
MIEDO A ESTAR EN LUGARES CERRADOS El niño experimenta miedo marcado o ansiedad por estar en lugares cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines). El miedo o la ansiedad experimentados durante la situación no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que plantea la situación agorafóbica y con el contexto sociocultural.	
MIEDO A ESTAR EN LUGARES CERRADOS ☐ Ausente ☐ La agorafobia es intrusiva en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos parte del tiempo ☐ La agorafobia es intrusiva en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable ☐ El niño no ha estado en la situación que le provocó ansiedad durante los últimos 3 meses debido a la evitación, pero el niño informa que el afecto ansioso se habría producido si hubiera estado en esa situación	
¿Tienes miedo de estar en un lugar cerrado como una tienda o una sala de cine?	☐ No ☐ Sí

¿Tienes miedo de ir a otros lugares, como, por ejemplo, a un restaurante o una cafetería?	☐ No ☐ Sí
¿Te asusta la idea de estos lugares?	☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones?	☐ No ☐ Sí
Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que estar en lugares cerrados? (cine, tienda, restaurante, etc.)	
Dime cómo te sientes cuando pasan estas cosas.	
¿Tienes miedo porque crees que te será difícil escapar?	☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de no poder obtener ayuda si la necesitas?	☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de hacer algo tonto o vergonzoso mientras estás en esta situación?	☐ No ☐ Sí
¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo?	
¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?	☐ No ☐ Sí
¿Tus "padres" pueden tranquilizarte?	☐ No ☐ Sí
¿Siempre o solo a veces?	☐ Siempre ☐ Sólo a veces ☐ Siempre
FRECUENCIA 128. ¿Con qué frecuencia ha sucedido eso en los últimos 3 meses? UNIDAD DE TIEMPO	_____ _____ _____

¿Evitas ir a ciertos lugares o hacer ciertas cosas porque tienes miedo? ☐ No ☐ Sí
¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones? ☐ No ☐ Sí
Cuéntame, ¿qué suele suceder? _____
INICIO 135. ¿Cuándo empezaste a evitar estas situaciones? _____
Información adicional _____
MIEDO DE HACER FILA O ESTAR EN UNA MULTITUD
136. ¿Tienes miedo de hacer fila? _____
137. ¿Tienes miedo de salir a lugares concurridos? _____
138. ¿O estar rodeado de mucha gente? _____
139. ¿Te asusta pensar en estas cosas? _____
140. En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones? _____
141. Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que estar en un lugar con mucha gente? _____
142. Dime cómo te sientes cuando pasan estas cosas. _____
143. ¿Tienes miedo porque crees que te será difícil escapar? _____
144. ¿Tienes miedo de no poder obtener ayuda si la necesitas? _____
145. ¿Tienes miedo de hacer algo tonto o vergonzoso mientras estás en esta situación? _____
146. ¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo? _____
147. ¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo? _____
148. ¿Tus "padres" pueden tranquilizarte? _____

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ha sucedido eso en los últimos 3 meses? _____
(FRECUENCIA) Información adicional _____
DURACIÓN 129. ¿Cuánto dura esta sensación? _____
(HORAS: MINUTOS) Información adicional _____
INICIO 130. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? _____
Información adicional _____
131. ¿Haces algo para evitar estas situaciones? _____
132. ¿Evitas ir a ciertos lugares o hacer ciertas cosas porque tienes miedo? _____
133. ¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones? _____
134. Cuéntame, ¿qué suele suceder? _____
EVITACIÓN.- MIEDO A ESTAR EN LUGARES CERRADOS _____
EVITACIÓN.- MIEDO A ESTAR EN LUGARES CERRADOS ☐ Ausente ☐ El sujeto ha desarrollado rutinas que le permiten adoptar un estilo de vida relativamente normal evitando la situación temida ☐ El sujeto vive una vida muy restringida debido a situaciones temidas
¿Haces algo para evitar estas situaciones? ☐ No ☐ Sí

149. ¿Siempre o solo a veces?
MIEDO DE HACER FILA O ESTAR EN UNA MULTITUD El niño experimenta miedo marcado o ansiedad por hacer fila o estar en una multitud. El miedo o la ansiedad experimentados durante la situación no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que plantea la situación agorafóbica y con el contexto sociocultural.
MIEDO DE HACER FILA O ESTAR EN UNA MULTITUD ☐ Ausente ☐ La agorafobia es intrusiva en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos parte del tiempo. ☐ La agorafobia es intrusiva en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable. ☐ El niño no ha estado en la situación que le provocó ansiedad durante los últimos 3 meses debido a la evitación, pero el niño informa que el afecto ansioso se habría producido si hubiera estado en esa situación.
¿Tienes miedo de hacer fila? ☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de salir a lugares concurridos? ☐ No ☐ Sí
¿O estar rodeado de mucha gente? ☐ No ☐ Sí
¿Te asusta pensar en estas cosas? ☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones? ☐ No ☐ Sí
Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que estar en un lugar con mucha gente?
Dime cómo te sientes cuando pasan estas cosas.
¿Tienes miedo porque crees que te será difícil escapar? ☐ No ☐ Sí

¿Tienes miedo de no poder obtener ayuda si la necesitas? ☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de hacer algo tonto o vergonzoso mientras estás en esta situación? ☐ No ☐ Sí
¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo?
¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo? ☐ No ☐ Sí
¿Tus "padres" pueden tranquilizarte? ☐ No ☐ Sí
¿Siempre o solo a veces? ☐ Sólo a veces ☐ Siempre
FRECUENCIA 150. ¿Con qué frecuencia ha sucedido eso en los últimos 3 meses? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ha sucedido eso en los últimos 3 meses? _____ (FRECUENCIA)
Información adicional _____
DURACIÓN 151. ¿Cuánto dura esta sensación? _____ (HORAS: MINUTOS)

Información adicional	
INICIO	
152. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?	
Información adicional	
153. ¿Haces algo para evitar estas situaciones?	
154. ¿Evitas ir a ciertos lugares o hacer ciertas cosas porque tienes miedo?	
155. ¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?	
156. Cuéntame, ¿qué suele suceder?	
INTENSIDAD DE EVITACIÓN - MIEDO DE HACER FALA O ESTAR EN UNA MULTITUD	
☐ Ausente ☐ El sujeto ha desarrollado rutinas que le permiten adoptar un estilo de vida relativamente normal evitando la situación temida ☐ El sujeto vive una vida muy restringida debido a situaciones temidas	
¿Haces algo para evitar estas situaciones?	
☐ No ☐ Si	
¿Evitas ir a ciertos lugares o hacer ciertas cosas porque tienes miedo?	
☐ No ☐ Si	
¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?	
☐ No ☐ Si	
Cuéntame, ¿qué suele suceder?	
INICIO	
157. ¿Cuándo empezaste a evitar estas situaciones?	
Información adicional	

MIEDO A ESTAR SOLO FUERA DE CASA

158. ¿Tienes miedo de estar solo mientras estás fuera de tu casa?

159. ¿Tienes miedo de salir solo?

160. ¿Te asusta pensar en estas cosas?

161. En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones?

162. Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que estar solo fuera de tu casa?

163. Dime cómo te sientes cuando pasan estas cosas.

164. ¿Tienes miedo porque crees que te será difícil escapar?

165. ¿Tienes miedo de no poder obtener ayuda si la necesitas?

166. ¿Tienes miedo de hacer algo tonto o vergonzoso mientras estás en esta situación?

167. ¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo?

168. ¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?

169. ¿Tus "padres" pueden tranquilizarte?

170. ¿Siempre o solo a veces?

MIEDO A ESTAR SOLO FUERA DE CASA

El niño experimenta miedo marcado o ansiedad por estar solo fuera de casa. El miedo o la ansiedad experimentados durante la situación no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que plantea la situación agorafóbica y con el contexto sociocultural.

MIEDO A ESTAR SOLO FUERA DE CASA

- ☐ Ausente
- ☐ La agorafobia es intrusiva en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos parte del tiempo
- ☐ La agorafobia es intrusiva en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable
- ☐ El niño no ha estado en la situación que le provocó ansiedad durante los últimos 3 meses debido a la evitación, pero el niño informa que el afecto ansioso se habría producido si hubiera estado en esa situación

¿Tienes miedo de estar solo mientras estás fuera de tu casa?	☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de salir solo?	☐ No ☐ Sí
¿Te asusta pensar en estas cosas?	☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones?	☐ No ☐ Sí
Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que estar solo fuera de tu casa?	☐ No ☐ Sí
Dime cómo te sientes cuando pasan estas cosas.	☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo porque crees que te será difícil escapar?	☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de no poder obtener ayuda si la necesitas?	☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de hacer algo tonto o vergonzoso mientras estás en esta situación?	☐ No ☐ Sí
¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo?	☐ No ☐ Sí
¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?	☐ No ☐ Sí
¿Tus "padres" pueden tranquilizarte?	☐ No ☐ Sí
¿Siempre o solo a veces?	☐ Sólo a veces ☐ Siempre

FRECUENCIA	171. ¿Con qué frecuencia ha sucedido eso en los últimos 3 meses?
UNIDAD DE TIEMPO	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA	¿Con qué frecuencia ha sucedido eso en los últimos 3 meses?
(FRECUENCIA)	Información adicional
DURACIÓN	172. ¿Cuánto dura esta sensación?
(HORAS: MINUTOS)	Información adicional
INICIO	173. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?
Información adicional	174. ¿Haces algo para evitar estas situaciones?
175. ¿Evitas ir a ciertos lugares o hacer ciertas cosas porque tienes miedo?	176. ¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?
177. Cuéntame, ¿qué suele suceder?	INTENSIDAD DE EVITACIÓN - MIEDO A ESTAR SOLO FUERA DE CASA

INTENSIDAD DE EVITACIÓN - MIEDO A ESTAR SOLO FUERA DE CASA ☐ Ausente ☐ El sujeto ha desarrollado rutinas que le permiten adoptar un estilo de vida relativamente normal evitando la situación temida ☐ El sujeto vive una vida muy restringida debido a situaciones temidas	
¿Haces algo para evitar estas situaciones? ☐ No ☐ Sí	
¿Evitas ir a ciertos lugares o hacer ciertas cosas porque tienes miedo? ☐ No ☐ Sí	
¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones? ☐ No ☐ Sí	
Cuéntame, ¿qué suele suceder? _____	
INICIO 178. ¿Cuándo empezaste a evitar estas situaciones? _____	
Información adicional _____	
MIEDO AL PÁNICO O SÍNTOMAS SIMILARES AL PÁNICO 179. ¿Tienes miedo porque podrías entrar en pánico o tener un ataque de pánico en esas situaciones? _____	
180. ¿Tienes miedo de avergonzarte o hacer algo tonto? _____	
181. ¿Tienes miedo de estas cosas porque podría ser difícil para ti escapar si tuvieras que hacerlo? _____	
182. ¿Tienes miedo de que no haya nadie ahí para ayudarte si entras en pánico? _____	
183. ¿Sucede esto en diferentes situaciones o lugares? _____	
184. ¿Evitas ir a lugares o hacer ciertas cosas? _____	
185. ¿Afecta tus actividades o los lugares a dónde vas? _____	
186. ¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo? _____	

MIEDO AL PÁNICO O SÍNTOMAS SIMILARES AL PÁNICO Los miedos descritos bajo agorafobia resultan de estar en lugares o situaciones de los cuales el sujeto siente que sería difícil o vergonzoso escapar en caso de un ataque de pánico o síntomas similares al pánico. Los temores de pánico pueden estar presentes incluso cuando el sujeto no ha tenido un ataque de pánico en el pasado reciente. _____	
MIEDO AL PÁNICO O SÍNTOMAS SIMILARES AL PÁNICO ☐ Síntomas agorafóbicos no asociados con el miedo a un ataque de pánico o síntomas similares al pánico ☐ Algunos síntomas agorafóbicos o, a veces, síntomas agorafóbicos asociados con el miedo a un ataque de pánico o síntomas similares al pánico ☐ Síntomas agorafóbicos siempre asociados con miedo al ataque de pánico o síntomas similares al pánico	
¿Tienes miedo porque podrías entrar en pánico o tener un ataque de pánico en esas situaciones? ☐ No ☐ Sí	
¿Tienes miedo de avergonzarte o hacer algo tonto? ☐ No ☐ Sí	
¿Tienes miedo de estas cosas porque podría ser difícil para ti escapar si tuvieras que hacerlo? ☐ No ☐ Sí	
¿Tienes miedo de que no haya nadie ahí para ayudarte si entras en pánico? ☐ No ☐ Sí	
¿Sucede esto en diferentes situaciones o lugares? ☐ No ☐ Sí	
¿Evitas ir a lugares o hacer ciertas cosas? ☐ No ☐ Sí	
¿Afecta tus actividades o los lugares a dónde vas? ☐ No ☐ Sí	
¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo? ☐ No ☐ Sí	
MIEDO A LOS ANIMALES 187. ¿Algún animal te asusta? _____	

188. ¿Cuáles?
189. Cuéntame, ¿qué suele suceder?
190. ¿Lloras o te molestas?
191. ¿O te "paralizas"?
192. ¿Cuánto miedo te da?
193. ¿Qué estás haciendo en el momento en que te da miedo?
194. ¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?
195. ¿Siempre o solo a veces?
196. En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones?
197. Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que estar cerca del animal que me dices que te asusta?
MIEDO A LOS ANIMALES Afecto ansioso subjetivo específico a los animales. El miedo o la ansiedad experimentados no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que representa el animal o la situación temida. No incluye miedo a las arañas, insectos, serpientes o pájaros. En su lugar, codifique estos miedos en Ansiedad o Situaciones que Provocan Miedo.
MIEDO A LOS ANIMALES ☐ Ausente ☐ El miedo a los animales es intrusivo en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos parte del tiempo. ☐ El miedo a los animales es intrusivo en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable. ☐ El sujeto no ha estado en situación en los últimos 3 meses debido a la evitación, pero informa que el afecto ansioso estaría presente si hubiera estado en situación.
¿Algún animal te asusta?
☐ No ☐ Sí
¿Cuáles?
Cuéntame, ¿qué suele suceder?

¿Lloras o te molestas?
☐ No ☐ Sí
¿O te "paralizas"?
☐ No ☐ Sí
¿Cuánto miedo te da?
¿Qué estás haciendo en el momento en que te da miedo?
¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?
☐ No ☐ Sí
¿Siempre o solo a veces?
☐ Sólo a veces ☐ Siempre
En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones?
☐ No ☐ Sí
Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que estar cerca del animal que me dices que te asusta?
FRECUENCIA 198. ¿Con qué frecuencia ha sucedido eso en los últimos 3 meses? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ha sucedido eso en los últimos 3 meses? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____

DURACIÓN	
199. ¿Cuánto dura eso?	_____
(HORAS; MINUTOS)	
Información adicional	

INICIO	
200. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?	_____
Información adicional	

201. ¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?	
EVITACIÓN- MIEDO A LOS ANIMALES	

EVITACIÓN- MIEDO A LOS ANIMALES	
☐ Ausente ☐ El sujeto ha desarrollado rutinas que le permiten adoptar un estilo de vida relativamente normal evitando la situación temida ☐ El sujeto vive una vida muy restringida debido a situaciones temidas	_____
¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?	
☐ No ☐ Sí	_____
INICIO	
202. ¿Cuándo empezaste a evitar estas situaciones?	_____
Información adicional	

MIEDO A LAS LESIONES	
203. ¿Te sientes "nervioso" o "asustado" ante la posibilidad de resultar herido o lastimado?	
204. ¿Tienes mucho miedo o te angustias cuando te haces un pequeño corte o un moretón?	
205. En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones?	
206. Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener alguna herida o lesión?	
207. ¿Te afecta en tus actividades o en lo que haces?	

208. ¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo?	_____
209. ¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?	_____
210. ¿Siempre o solo a veces?	_____
211. ¿Qué pasa si alguien trata de tranquilizarte?	_____
MIEDO A LAS LESIONES	
Afecto ansioso subjetivo específico a la posibilidad de ser herido. El miedo o la ansiedad experimentada no guarda proporción con la amenaza o el peligro real que plantea el objeto o la situación temida.	
MIEDO A LAS LESIONES	
☐ Ausente ☐ El miedo a una lesión es intrusivo en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos parte del tiempo. ☐ El miedo a lesionarse es intrusivo en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable. ☐ El sujeto no ha estado en situación en los últimos 3 meses debido a la evitación, pero informa que el afecto ansioso estaría presente si hubiera estado en la situación.	_____
¿Te sientes "nervioso" o "asustado" ante la posibilidad de resultar herido o lastimado?	
☐ No ☐ Sí	_____
¿Tienes mucho miedo o te angustias cuando te haces un pequeño corte o un moretón?	
☐ No ☐ Sí	_____
En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones?	
☐ No ☐ Sí	_____
Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener alguna herida o lesión?	

¿Te afecta en tus actividades o en lo que haces?	
☐ No ☐ Sí	_____
¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo?	

¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?	
☐ No ☐ Sí	_____

¿Siempre o solo a veces? ☐ Sólo a veces ☐ Siempre	
¿Qué pasa si alguien trata de tranquilizarte?	
FRECUENCIA 212. ¿Con qué frecuencia ha sucedido eso en los últimos 3 meses? UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ha sucedido eso en los últimos 3 meses?	
(FRECUENCIA) Información adicional	
DURACION 213. ¿Cuánto tiempo dura este miedo?	
(HORAS: MINUTOS) Información adicional	
INICIO 214. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?	
Información adicional	
215. ¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?	
EVITACIÓN- MIEDO A LAS LESIONES	
EVITACIÓN- MIEDO A LAS LESIONES ☐ Ausente ☐ El sujeto ha desarrollado rutinas que le permiten adoptar un estilo de vida relativamente normal evitando la situación temida ☐ El sujeto vive una vida muy restringida debido a situaciones temidas	

¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?	
INICIO 216. ¿Cuándo empezaste a evitar estas situaciones?	
Información adicional	
MIEDO A LA SANGRE/INYECCIÓN 217. ¿Te sientes asustado al ver sangre?	
218. ¿Tienes miedo de recibir una vacuna o inyección?	
219. ¿Tienes miedo de ver a alguien recibiendo una inyección?	
220. ¿Te angustias o lloras cuando te enteras de que te van a inyectar o sacar sangre?	
221. En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones?	
222. Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que recibir alguna inyección/ vacuna o ver sangre?	
223. ¿Los médicos o las enfermeras tienen que sujetarte?	
224. ¿Te asusta la idea de recibir una inyección?	
225. ¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?	
226. ¿Siempre o solo a veces?	
MIEDO A LA SANGRE/INYECCIONES Afecto ansioso subjetivo en relación con ver sangre, recibir o ver inyecciones, o anticipar ver sangre o inyecciones. El miedo o la ansiedad experimentada no guarda proporción con la amenaza o el peligro real que plantea el objeto o la situación temida. Los miedos relacionados con el SIDA no se codifican aquí.	
MIEDO A LA SANGRE/INYECCIONES ☐ Ausente ☐ El miedo es intrusivo en al menos 2 actividades y es incontrolable al menos parte del tiempo ☐ El miedo es intrusivo en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable ☐ El sujeto no ha estado en situación en los últimos 3 meses debido a la evitación, pero informa que el afecto ansioso estaría presente si hubiera estado en la situación	

¿Te sientes asustado al ver sangre?	☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de recibir una vacuna o inyección?	☐ No ☐ Sí
¿Tienes miedo de ver a alguien recibiendo una inyección?	☐ No ☐ Sí
¿Te molestas o lloras cuando te enteras de que te van a inyectar o sacar sangre?	☐ No ☐ Sí
En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones?	☐ No ☐ Sí
Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo al tener que recibir alguna inyección/vacuna o ver sangre?	
¿Los médicos o las enfermeras tienen que sujetarte?	☐ No ☐ Sí
¿Te asusta la idea de recibir una inyección?	☐ No ☐ Sí
¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?	☐ No ☐ Sí
¿Siempre o solo a veces?	☐ Solo a veces ☐ Siempre
FRECUENCIA 227. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has tenido miedo a la sangre/inyecciones?	
UNIDAD DE TIEMPO	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has tenido miedo a la sangre/inyecciones?	
(FRECUENCIA) Información adicional	
DURACIÓN 228. ¿Cuánto dura este miedo?	
(HORAS: MINUTOS) Información adicional	
INICIO 229. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?	
Información adicional	
230. ¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?	
231. ¿Te has negado a ir al médico porque pensaste que podrías recibir una inyección?	
232. Si te hacen sentir seguro, ¿eres capaz de permanecer en la situación?	
EVITACIÓN A LA SANGRE/INYECCIONES	
EVITACIÓN A LA SANGRE/INYECCIONES	☐ Ausente ☐ El sujeto ha desarrollado rutinas que le permiten adoptar un estilo de vida relativamente normal evitando la situación temida ☐ El sujeto vive una vida muy restringida debido a situaciones temidas o ha descuidado la atención médica adecuada
¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?	☐ No ☐ Sí
¿Te has negado a ir al médico porque pensaste que podrías recibir una inyección?	☐ No ☐ Sí
Si te hacen sentir seguro, ¿eres capaz de permanecer en la situación?	☐ No ☐ Sí

INICIO 233. ¿Cuándo empezaste a evitar estas situaciones? _____ Información adicional _____	
ANSIEDAD O SITUACIONES QUE PROVOCAN MIEDO 234. ¿Hay otras situaciones o cosas a las que le tengas miedo? _____ 235. ¿Algo más que no haya mencionado? _____ 236. En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones? _____ 237. Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo? _____ 238. ¿Qué haces cuando tienes miedo? _____ 239. ¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo? _____	
OTROS MIEDOS Afecto ansioso subjetivo relacionado con otras situaciones que provocan miedo. El miedo o la ansiedad experimentada no guarda proporción con la amenaza o el peligro real que plantea el objeto o la situación temida. _____	
OTROS MIEDOS ☐ Ausente ☐ El miedo es intrusivo en al menos 2 actividades y es incontrolable durante una parte del tiempo ☐ El miedo es intrusivo en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable ☐ El sujeto no ha estado en situación en los últimos 3 meses debido a la evitación, pero informa que el afecto ansioso estaría presente si hubiera estado en la situación ¿Hay otras situaciones o cosas a las que le tengas miedo? ☐ No ☐ Sí	
Marque a que otras cosas les tiene miedo ☐ ¿Sonidos fuertes? ☐ ¿Truenos, relámpagos o lluvias fuertes (tormentas)? ☐ ¿Temblores? ☐ ¿Alturas? ☐ ¿Ascensores o escaleras mecánicas? ☐ ¿Personajes disfrazados como payasos? ☐ ¿Agua? ☐ ¿Rateros o ladrones? ☐ ¿A recibir un corte de pelo? ☐ ¿Insectos y arañas? ☐ ¿Serpientes?	

☐ ¿Aves? ☐ ¿La oscuridad? ☐ ¿Estar enfermo? ☐ ¿Cosas aterradoras en la televisión o en las películas? ☐ ¿Guerra? ☐ Ninguno	
¿Algo más que no haya mencionado? _____	
En los últimos 3 meses, ¿has evitado este tipo de situaciones? ☐ No ☐ Sí	
Si no lo hubieses evitado, ¿te hubieras sentido nervioso, asustado o incómodo? _____	
¿Qué haces cuando tienes miedo? _____	
¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo? ☐ No ☐ Sí	
FRECUENCIA 240. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has tenido miedo de estas cosas? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has tenido miedo de estas cosas? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
DURACIÓN 241. ¿Cuánto tiempo te quedas sintiendo miedo? _____ (HORAS: MINUTOS)	

Información adicional
INICIO
242. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?
Información adicional
243. ¿Cambias de planes o rutinas para poder evitar estas situaciones?
EVITACIÓN
244. ¿Cuándo empezaste a evitar estas situaciones?
Información adicional
AFECTO ANSIOSO GENERALIZADO (LIBRE)
245. ¿Alguna vez te has sentido asustado sin saber por qué?
246. ¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo?
247. ¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?
248. ¿Siempre o solo a veces?
249. ¿Alguien puede tranquilizarte?
AFECTO ANSIOSO GENERALIZADO (LIBRE) Ansiedad no asociada a ninguna situación particular con una duración diaria total de al menos 1 hora.
AFECTO ANSIOSO LIBRE
☐ Ausente ☐ El miedo es intrusivo en al menos una actividad y es incontrolable al menos parte del tiempo ☐ El niño siente miedo o experimenta una ansiedad generalizada que al menos a veces es incontrolable en 2 actividades o requiere un consuelo excesivo ☐ El niño siente miedo o experimenta ansiedad generalizada, que es casi completamente incontrolable en la mayoría de las actividades.

¿Alguna vez te has sentido asustado sin saber por qué?
☐ No ☐ Sí
¿Qué actividades estabas haciendo en el momento en que tuviste miedo?
¿Puedes dejar de tener miedo, por ti mismo?
☐ No ☐ Sí
¿Siempre o solo a veces?
☐ Sólo a veces ☐ Siempre
¿Alguien puede tranquilizarte?
☐ No ☐ Sí
FRECUENCIA
250. ¿Con qué frecuencia tienes miedo así?
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia tienes miedo así?
(FRECUENCIA)
Información adicional
251. ¿Cuánto duran estos sentimientos?
252. ¿Alguna vez en los últimos 3 meses esto duró un total de 1 hora o más durante el día?
DURACIÓN
(HORAS: MINUTOS)
¿Cuánto duran estos sentimientos?

¿Alguna vez en los últimos 3 meses esto duró un total de 1 hora o más durante el día? ☐ No ☐ Sí
INICIO 253. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? Información adicional
DIFICULTADES DE CONCENTRACIÓN 254. Cuando te sientes "ansioso" o asustado, ¿te cuesta concentrarte? 255. Cuéntame, ¿qué suele suceder? 256. ¿Puedes concentrarte en un juego o tarea?
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN Dificultad para concentrarse o la mente "se pone en blanco" cuando se siente ansioso. Información adicional
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN ☐ Ausente ☐ Deterioro de la concentración suficiente para interferir con las actividades en curso. Cuando te sientes "ansioso" o asustado, ¿te cuesta concentrarte? ☐ No ☐ Sí Cuéntame, ¿qué suele suceder?
¿Puedes concentrarte en un juego o tarea? ☐ No ☐ Sí
FRECUENCIA 257. ¿Con qué frecuencia has tenido este tipo de dificultad para concentrarte? UNIDAD DE TIEMPO Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia has tenido este tipo de dificultad para concentrarte? (FRECUENCIA) Información adicional
INICIO 258. ¿Cuándo empezó esto? Información adicional
FÁCIL FATIGABILIDAD 259. Cuando estás preocupado o ansioso, ¿parece que te cansas más fácilmente? 260. Cuéntame, ¿qué suele suceder? 261. ¿Puedes seguir jugando o interactuando aunque estés cansado por la ansiedad? 262. ¿Necesita dormir más, ya sea de día o de noche?
FÁCIL FATIGABILIDAD El niño se fatiga fácilmente cuando está ansioso. Información adicional
FÁCIL FATIGABILIDAD ☐ Ausente ☐ Se siente fatigado después de un esfuerzo leve pero continúa con las tareas que tiene entre manos ☐ La fatiga conduce a un desempeño reducido de las tareas a mano Cuando estás preocupado o ansioso, ¿parece que te cansas más fácilmente? ☐ No ☐ Sí Cuéntame, ¿qué suele suceder?
¿Puedes seguir jugando o interactuando, aunque estés cansado por la ansiedad? ☐ No ☐ Sí ¿Necesita dormir más, ya sea de día o de noche? ☐ No ☐ Sí
FRECUENCIA 263. ¿Con qué frecuencia se ha sentido así en los últimos 3 meses? UNIDAD DE TIEMPO Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo

UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia se ha sentido así en los últimos 3 meses?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
INICIO	
264. ¿Cuándo empezó esto?	
Información adicional	
TENSION MUSCULAR	
265. ¿Tus músculos se tensan cuando estás "preocupado", "ansioso" o "asustado"?	
TENSION MUSCULAR	
Tensión, rigidez o dolor generalizado en los músculos que no son resultado del ejercicio físico.	
TENSION MUSCULAR	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Tus músculos se tensan cuando estás "preocupado", "ansioso" o "asustado"?	
☐ No ☐ Sí	
FRECUENCIA	
266. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en los últimos 3 meses?	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en los últimos 3 meses?	
(FRECUENCIA)	

Información adicional	
INICIO	
267. ¿Cuándo empezó esto?	
Información adicional	
INQUIETUD	
268. ¿Te sientes inquieto cuando estás "preocupado", "ansioso" o "asustado"?	
269. ¿Tienes que estar levantándote o moviéndote cuando estás "preocupado", "ansioso" o "asustado"?	
270. ¿Tenso o al límite?	
INQUIETUD	
Aumento de los movimientos innecesarios de todo el cuerpo (por ejemplo, levantarse y moverse) cuando se está ansioso o preocupado.	
INQUIETUD	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Te sientes inquieto cuando estás "preocupado", "ansioso" o "asustado"?	
☐ No ☐ Sí	
¿Tienes que estar levantándote o moviéndote cuando estás "preocupado", "ansioso" o "asustado"?	
☐ No ☐ Sí	
¿Tenso o al límite?	
☐ No ☐ Sí	
FRECUENCIA	
271. ¿Con qué frecuencia te sentiste así de inquieto en los últimos 3 meses?	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	

FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia te sentiste así de inquieto en los últimos 3 meses? (FRECUENCIA)	
Información adicional	
INICIO 272. ¿Cuándo empezó esto? Información adicional	
TRASTORNO DEL SUEÑO CUANDO ESTÁ PREOCUPADO O ANSIOSO 273. Cuando estás preocupado o ansioso, ¿tienes problemas para conciliar el sueño? 274. ¿Tienes problemas para permanecer dormido porque estás ansioso o preocupado? TRASTORNO DEL SUEÑO CUANDO ESTÁ PREOCUPADO O ANSIOSO El niño tiene dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido, sueño inquieto o insatisfactorio, cuando está ansioso o preocupado.	
TRASTORNO DEL SUEÑO CUANDO ESTÁ PREOCUPADO O ANSIOSO ☐ No ☐ Sí	
Cuando está preocupado o ansioso, ¿tienes problemas para conciliar el sueño? ☐ No ☐ Sí	
¿Tienes problemas para permanecer dormido porque estás ansioso o preocupado? ☐ No ☐ Sí	
FRECUENCIA 275. ¿Con qué frecuencia has tenido dificultad para dormir en los últimos 3 meses? UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia has tenido dificultad para dormir en los últimos 3 meses? (FRECUENCIA)	

Información adicional	
INICIO 276. ¿Cuándo empezó esto? Información adicional	
IRRITABILIDAD CUANDO ESTÁ PREOCUPADO O ANSIOSO 277. Cuando estás preocupado o ansioso, ¿te vuelves más irritable? 278. ¿Te molestas fácilmente cuando estás preocupado o ansioso? IRRITABILIDAD CUANDO ESTÁ PREOCUPADO O ANSIOSO Mayor facilidad para expresar sentimientos de ira, mal genio, mal temperamento, resentimiento o molestia dirigidos externamente cuando está preocupado o ansioso.	
IRRITABILIDAD CUANDO ESTÁ PREOCUPADO O ANSIOSO ☐ Ausente ☐ Presente	
Cuando estás preocupado o ansioso, ¿te vuelves más irritable? ☐ No ☐ Sí	
¿Te molestas fácilmente cuando estás preocupado o ansioso? ☐ No ☐ Sí	
FRECUENCIA 279. ¿Con qué frecuencia has estado así de irritable en los últimos 3 meses? UNIDAD DE TIEMPO UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia has estado así de irritable en los últimos 3 meses? (FRECUENCIA)	

¿Te afecta físicamente en algo?	☐ No ☐ Sí
¿Cómo te afecta físicamente?	_____
¿Necesitas salir de la situación?	☐ No ☐ Sí
¿Qué haces?	_____
FRECUENCIA	_____
288. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en los últimos 3 meses?	_____
_____	_____
UNIDAD DE TIEMPO	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA	_____
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en los últimos 3 meses?	_____
(FRECUENCIA)	_____
Información adicional	_____
DURACIÓN	_____
289. ¿Cuánto duran esta sensación de pánico?	_____
(HORAS: MINUTOS)	_____
Información adicional	_____
INICIO	_____
290. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?	_____
Información adicional	_____

Información adicional	_____
INICIO	_____
280. ¿Cuándo empezó esto?	_____
Información adicional	_____
ATAQUES DE PÁNICO	
281. ¿Te da ataques de pánico?	_____
282. ¿Has tenido un ataque de pánico en los últimos 3 meses?	_____
283. ¿Tratas de evitar situaciones en las que podrías entrar en pánico?	_____
284. ¿Te afecta físicamente en algo?	_____
285. ¿Cómo te afecta físicamente?	_____
286. ¿Necesitas salir de la situación?	_____
287. ¿Qué haces?	_____
ATAQUES DE PÁNICO	
Los ataques de pánico son episodios concretos de afecto ansioso subjetivo abrumador y síntomas autonómicos (náuseas, dolor de cabeza, falta de aire, temblores) que alcanzan un punto máximo dentro de los 10 minutos posteriores al inicio, y que el sujeto generalmente intenta extinguir tomando alguna acción definida, a menos que esté demasiado "congelado" por el pánico para hacerlo.	
ATAQUES DE PÁNICO	
☐ Ausente ☐ Ataque de pánico que es de tal gravedad que el sujeto deja de realizar la actividad en ese momento	
¿Te da ataques de pánico?	☐ No ☐ Sí
¿Has tenido un ataque de pánico en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Sí
¿Tratas de evitar situaciones en las que podrías entrar en pánico?	☐ No ☐ Sí

291. ¿Ocurre sin razón alguna?	_____
292. ¿Suced a veces "de la nada"?	_____
AFECTACIÓN LIBRE	
☐ Ausente	
☐ Ataque de pánico no asociado a ninguna situación particular	
¿Ocurre sin razón alguna?	_____
☐ No	
☐ Sí	
¿Suced a veces "de la nada"?	_____
☐ No	
☐ Sí	
293. ¿Ocurre en alguna situación ESPECÍFICA?	_____
294. ¿Qué lo desencadena?	_____
SITUACIONAL	
☐ Ausente	
☐ Ataque de pánico que se produce en determinadas situaciones/ entornos	
¿Ocurre en alguna situación ESPECÍFICA?	_____
☐ No	
☐ Sí	
¿Qué lo desencadena?	_____
DESREALIZACIÓN DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO	
295. Cuando entraste en pánico, ¿sentiste que las cosas a tu alrededor no parecían reales?	_____
296. ¿O que era como un escenario con personas actuando como robots en lugar de ser ellos mismos?	_____
297. ¿Cómo fue?	_____
DESREALIZACIÓN	
El sujeto experimenta su entorno como irreal; todo puede parecer incoloro, artificial o muerto.	
DESREALIZACIÓN	
☐ Ausente	
☐ Presente como se describe en la definición	

Quando entraste en pánico, ¿sentiste que las cosas a tu alrededor no parecían reales?	☐ No ☐ Sí
¿O que era como un escenario con personas actuando como robots en lugar de ser ellos mismos?	☐ No ☐ Sí
¿Cómo fue?	_____
INICIO	
298. ¿Cuándo empezó esto?	_____
Información adicional	_____
DESPERSONALIZACIÓN DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO	
299. Cuando entraste en pánico, ¿sentiste que tú no eras real?	_____
300. ¿Sentiste que estabas actuando tu vida en lugar de sentirla natural?	_____
301. ¿Sentiste que estabas mirándote desde fuera de tu cuerpo?	_____
DESPERSONALIZACIÓN	
El sujeto siente que es irreal, que está representando un papel o que está separado de sus propias experiencias.	_____
DESPERSONALIZACIÓN	
☐ Ausente	
☐ Presente como se describe en la definición	
Quando entraste en pánico, ¿sentiste que tú no eras real?	☐ No ☐ Sí
¿Sentiste que estabas actuando tu vida en lugar de sentirla natural?	☐ No ☐ Sí
¿Sentiste que estabas mirándote desde fuera de tu cuerpo?	☐ No ☐ Sí
INICIO	
302. ¿Cuándo empezó esto?	_____

Información adicional
MIEDO A LA PÉRDIDA DE CONTROL DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO
303. Cuando entraste en pánico, ¿sentiste que te estabas volviendo loco?
304. ¿Sentiste como si estuvieras perdiendo el control de tu cuerpo o de tu mente?
305. ¿Tenías miedo de lo que podrías hacer?
306. ¿Sentiste que podrías caerte o crear una "escena"?
MIEDO A LA PÉRDIDA DE CONTROL El sujeto siente que "se está volviendo loco" o tiene miedo de perder el control de su cuerpo o mente (por ejemplo, orinar en público, caerse, crear una "escena").
MIEDO A LA PÉRDIDA DE CONTROL
☐ Ausente ☐ Presente como se describe en la definición
Cuando entraste en pánico, ¿sentiste que te estabas volviendo loco?
☐ No ☐ Sí
¿Sentiste como si estuvieras perdiendo el control de tu cuerpo o de tu mente?
☐ No ☐ Sí
¿Tenías miedo de lo que podrías hacer?
☐ No ☐ Sí
¿Sentiste que podrías caerte o crear una "escena"?
☐ No ☐ Sí
INICIO 307. ¿Cuándo empezó esto?
Información adicional
MIEDO A MORIR DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO
308. Cuando entraste en pánico, ¿tuviste miedo de morir?
MIEDO A MORIR El sujeto siente que podría morir o tiene miedo de morir.

MIEDO A MORIR
☐ Ausente ☐ Presente
Cuando entraste en pánico, ¿tuviste miedo de morir?
☐ No ☐ Sí
INICIO 309. ¿Cuándo empezó esto?
Información adicional
PREOCCUPACIÓN POR ATAQUES DE PÁNICO ADICIONALES
310. ¿Te preocupa tener otro "ataque de pánico"?
311. ¿Te preocupa o inquieta mucho?
PREOCCUPACIÓN POR ATAQUES DE PÁNICO ADICIONALES Inquietud, preocupación o afecto ansioso relacionado con la posibilidad de que ocurra otro ataque de pánico
☐ Ausente ☐ Presente como se describe en la definición
¿Te preocupa tener otro "ataque de pánico"?
☐ No ☐ Sí
¿Te preocupa o inquieta mucho?
☐ No ☐ Sí
INICIO 312. ¿Cuándo empezó esto?
Información adicional
CAMBIO DE COMPORTAMIENTO
313. ¿Has hecho algo para evitar tener más "ataques de pánico"?
314. ¿Eso afecta mucho tu vida?

CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO Cualquier cambio en el comportamiento habitual o en las rutinas, destinado a evitar la posibilidad de que se repita un ataque de pánico. O cambios en el comportamiento o la rutina para evitar la posible vergüenza o humillación que el sujeto teme que pueda resultar de un ataque de pánico	
CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO ☐ Ausente ☐ El sujeto ha desarrollado rutinas que le permiten adoptar un estilo de vida relativamente normal evitando la situación temida. ☐ El sujeto vive una vida muy restringida debido a la situación temida	
¿Has hecho algo para evitar tener más "ataques de pánico"?	
¿Eso afecta mucho tu vida? ☐ No ☐ Sí	
INICIO 315. ¿Cuándo empezó esto?	
Información adicional	
PREOCCUPACIÓN POR LAS IMPLICANCIAS 316. ¿Has estado preocupado por lo que podría pasar si tuvieras otro "ataque de pánico"?	
317. ¿Qué crees que podría pasar?	
318. ¿Has tenido miedo de que puedas morir?	
319. ¿O enloquecer?	
320. ¿O perder el control?	
PREOCCUPACIÓN POR LAS IMPLICANCIAS Preocupación o afecto ansioso relacionado con las posibles consecuencias secundarias de tener otro ataque de pánico. No incluya tales preocupaciones o miedos durante un ataque de pánico que están codificados bajo Miedo a la pérdida de control durante un ataque de pánico.	
PREOCCUPACIÓN POR LAS IMPLICANCIAS ☐ Ausente ☐ Presente	

¿Has estado preocupado por lo que podría pasar si tuvieras otro "ataque de pánico"? ☐ No ☐ Sí	
¿Qué crees que podría pasar?	
¿Has tenido miedo de que puedas morir? ☐ No ☐ Sí	
¿O enloquecer? ☐ No ☐ Sí	
¿O perder el control? ☐ No ☐ Sí	
INICIO 321. ¿Cuándo empezó esto?	
Información adicional	
SÍNTOMAS AUTONÓMICOS ANSIOSOS EN LOS ATAQUES DE PÁNICO Síntomas autonómicos acompañados de afecto ansioso subjetivo	
SÍNTOMAS PRESENTA ¿Cuándo empezó esto? 322. Cuando estás "preocupado", "ansioso" o "asustado", ¿te afecta físicamente? 323. ¿Te sientes mareado o te desmayas? MAREOS/DESMAYO 324. ¿Sientes que te estás ahogando? ASFIXIA 325. ¿Tienes dificultad para respirar? 326. ¿De qué manera?	

339. ¿Tiene sensaciones extrañas (hormigueo, adormecimiento, ardor, etc.) en los dedos de las manos o de los pies?

PARESTESIA

340. ¿Se te revuelve el estómago?

ESTÓMAGO REVUELTO

MAREOS/DESMAYO

☐ No
☐ Sí

Cuando estás "preocupado", "ansioso" o "asustado", ¿te afecta físicamente?

☐ No
☐ Sí

¿Te sientes mareado o te desmayas?

☐ No
☐ Sí

INICIO: MAREOS/DESMAYO

¿Cuándo empezó esto?

¿Cuándo empezó esto?

ASFIXIA

☐ No
☐ Sí

¿Sientes que te estás ahogando?

☐ No
☐ Sí

INICIO: ASFIXIA

¿Cuándo empezó esto?

DIFICULTAD PARA RESPIRAR

☐ No
☐ Sí

¿Tienes dificultad para respirar?

☐ No
☐ Sí

DIFICULTAD PARA RESPIRAR

327. ¿Tu respiración se vuelve más rápida?

RESPIRACIÓN RÁPIDA

328. ¿Afecta a tu corazón?

329. ¿Tu corazón late muy rápido?

PALPITACIONES/TAQUICARDIA

330. ¿Sientes opresión o dolor en el pecho?

OPRESIÓN/ DOLOR EN EL PECHO

331. ¿Sudas?

SUDORACIÓN

332. ¿Te sientes con náuseas?

NAÚSEAS

333. ¿Sientes como un nudo en el estómago?

334. ¿Te duele el estómago?

NUDO EN EL ESTÓMAGO/ DOLOR DE ESTÓMAGO

335. ¿Tiemblas o te dan tics nerviosos?

336. ¿Empiezas a estremecerte?

TEMBLAR

337. ¿Tu cara se pone roja?

338. ¿Tienes escalofríos?

CARA ROJA/ESCALOFRÍOS

¿De qué manera?	
INICIO: DIFICULTAD PARA RESPIRAR	
¿Cuándo empezó esto?	
RESPIRACIÓN RÁPIDA	☐ No ☐ Sí
¿Tu respiración se vuelve más rápida?	☐ No ☐ Sí
INICIO: RESPIRACIÓN RÁPIDA	
¿Cuándo empezó esto?	
PALPITACIONES/TAQUICARDIA	☐ No ☐ Sí
¿Afecta a tu corazón?	☐ No ☐ Sí
¿Tu corazón late muy rápido?	☐ No ☐ Sí
INICIO: PALPITACIONES/TAQUICARDIA	
¿Cuándo empezó esto?	
OPRESIÓN/ DOLOR EN EL PECHO	☐ No ☐ Sí
¿Sientes opresión o dolor en el pecho?	☐ No ☐ Sí
INICIO: OPRESIÓN/ DOLOR EN EL PECHO	

¿Cuándo empezó esto?	
SUDORACIÓN	☐ No ☐ Sí
¿Sudas?	☐ No ☐ Sí
INICIO: SUDORACIÓN	
¿Cuándo empezó esto?	
NAÚSEAS	☐ No ☐ Sí
¿Te sientes con náuseas?	☐ No ☐ Sí
INICIO: NAÚSEAS	
¿Cuándo empezó esto?	
NUDO EN EL ESTÓMAGO/DOLOR DE ESTÓMAGO	☐ No ☐ Sí
¿Sientes como un nudo en el estómago?	☐ No ☐ Sí
¿Te duele el estómago?	☐ No ☐ Sí
INICIO: NUDO/DOLOR EN EL ESTÓMAGO	
¿Cuándo empezó esto?	
TEMBLAR	☐ No ☐ Sí

¿Tiemblas o te da tics nerviosos?	☐ No ☐ Sí
¿Empiezas a estremecerte?	☐ No ☐ Sí
INICIO: TEMBLAR	_____
¿Cuándo empezó esto?	_____
CARA ROJA/ ESCALOFRÍOS	_____
☐ No ☐ Sí	_____
¿Tu cara se pone roja?	☐ No ☐ Sí
¿Tienes escalofríos?	☐ No ☐ Sí
INICIO: CARA ROJA/ ESCALOFRÍOS	_____
¿Cuándo empezó esto?	_____
PARESTESIA	_____
☐ No ☐ Sí	_____
¿Tiene sensaciones extrañas (hormigueo, adormecimiento, ardor, etc.) en los dedos de las manos o de los pies?	☐ No ☐ Sí
INICIO: PARESTESIA	_____
¿Cuándo empezó esto?	_____
ESTÓMAGO REVUELTO	☐ No ☐ Sí

¿Se te revuelve el estómago?	☐ No ☐ Sí
INICIO: ESTÓMAGO REVUELTO	_____
¿Cuándo empezó esto?	_____

CAPA 8 - PROBLEMAS DE SUEÑO	
Récord ID	
PROBLEMAS PARA DORMIR	
1. ¿Te cuesta quedarte dormido cuando quieres?	
2. Una vez que te vas a dormir, ¿te despiertas de nuevo durante la noche?	
3. ¿Te levantas temprano por la mañana y no puedes volver a dormir?	
INSOMNIO Alteración del patrón de sueño habitual que implica una reducción del tiempo real de sueño durante el período de sueño del encuestado que se acompaña de una sensación subjetiva de necesidad de dormir más. NO incluya cambios impuestos externamente en el patrón general de sueño (p. ej., cambio en el horario de trabajo, llegada de un nuevo bebé) o insomnio durante las primeras 2 semanas posteriores a dichos cambios. Los problemas de sueño se califican independientemente de que se tomen medicamentos para ellos, pero tenga en cuenta si se están tomando medicamentos. Incluya también los cambios atribuidos a los efectos secundarios de la medicación o el consumo de sustancias.	
INSOMNIO	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Te cuesta quedarte dormido cuando quieres?	☐ No ☐ Sí
Una vez que te vas a dormir, ¿te despiertas de nuevo durante la noche?	☐ No ☐ Sí
¿Te levantas temprano por la mañana y no puedes volver a dormir?	☐ No ☐ Sí
4. Normalmente, ¿A qué hora te vas a la cama para dormir?	
5. ¿Cuánto tiempo te toma quedarte dormido?	
6. En los últimos 3 meses, ¿has tardado una hora o más en quedarte dormido?	

INSOMNIO INICIAL	
☐ Ausente ☐ Si el insomnio abarca un período entre 1 y 2 horas. ☐ Si su duración es mayor o igual a 2 horas por noche	
Normalmente, ¿A qué hora te vas a la cama para dormir?	
¿Cuánto tiempo te toma quedarte dormido?	
En los últimos 3 meses, ¿has tardado una hora o más en quedarte dormido?	☐ No ☐ Sí
7. Si te despiertas por la noche, ¿cuánto tiempo te toma volver a dormir?	
8. ¿Por qué te despiertas? EXCLUYE DESPERTARSE PARA USAR EL BAÑO.	☐ INSOMNIO INTERMEDIO
INSOMNIO INTERMEDIO	
☐ Ausente ☐ Cualquier insomnio intermedio que sea menor a 1 hora. ☐ 1-2 horas de insomnio intermedio ☐ Más de 2 horas de insomnio intermedio.	
Si te despiertas por la noche, ¿cuánto tiempo te toma volver a dormir?	
¿Por qué te despiertas? EXCLUYE DESPERTARSE PARA USAR EL BAÑO.	
9. ¿Te levantas temprano por la mañana y no puedes volver a dormir?	
10. Luego de levantarte así, ¿qué tanto tiempo te quedas despierto a pesar de que intentas volver a dormir?	
11. ¿A qué hora se supone que debes despertarte?	
DESPERTAR TEMPRANO EN LA MAÑANA (INSOMNIO TERMINAL/DESPERTAR PRECOZ)	
DESPERTAR TEMPRANO EN LA MAÑANA (INSOMNIO TERMINAL/DESPERTAR PRECOZ)	
☐ Ausente ☐ Si el insomnio abarca un período entre 1 y 2 horas ☐ Si su duración es mayor o igual a 2 horas	

¿Te levantas temprano por la mañana y no puedes volver a dormir?	☐ No ☐ Sí
Luego de levantarte así, ¿qué tanto tiempo te quedas despierto a pesar de que intentas volver a dormir?	_____
¿A qué hora se supone que debes despertarte?	_____
FRECUENCIA 12. En los últimos tres meses, ¿cuántas noches has tenido estos problemas para dormir?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA En los últimos tres meses, ¿cuántas noches has tenido estos problemas para dormir?	_____
(FRECUENCIA) Información adicional	_____
INICIO 13. ¿Cuándo empezaste a tener problemas para dormir?	_____
Información adicional	_____
MEDICAMENTOS PARA EL INSOMNIO	
14. ¿Tomas algo para ayudarte a dormir?	
15. ¿Qué tomas?	
16. ¿Funciona para ti?	
MEDICAMENTOS PARA EL INSOMNIO Anoté aquí cualquier medicamento (recetado o sin receta) específicamente utilizado en un intento de mejorar el patrón de sueño.	
MEDICAMENTOS PARA EL INSOMNIO	☐ Ausente ☐ Presente

¿Tomas algo para ayudarte a dormir?	☐ No ☐ Sí
¿Qué tomas?	_____
¿Funciona para ti?	☐ No ☐ Sí
HIPERSOMNIA - NECESIDAD AUMENTADA DE SUEÑO	
17. ¿Sientes sueño durante el día?	
18. ¿Te quedas dormido durante el día?	
19. ¿Has tenido más sueño que de costumbre?	
20. ¿Tienes más sueño que la mayoría de los otros niños?	
21. ¿Qué estabas haciendo en el momento en que te dio sueño?	
22. ¿Podías mantenerte despierto si tenías que hacerlo?	
23. ¿Siempre o solo a veces?	
MAYOR NECESIDAD DE SUEÑO El total de horas de sueño excede la cantidad habitual en al menos una hora. No tomar en cuenta si la persona se queda más tiempo en la cama, pero sin dormir.	
MAYOR NECESIDAD DE SUEÑO	☐ Ausente ☐ La hipersomnía ocurre en al menos 2 actividades y a veces es incontrolable ☐ La hipersomnía ocurre en casi todas las actividades y casi siempre es incontrolable
¿Sientes sueño durante el día?	☐ No ☐ Sí
¿Te quedas dormido durante el día?	☐ No ☐ Sí
¿Has tenido más sueño que de costumbre?	☐ No ☐ Sí

¿Tienes más sueño que la mayoría de los otros niños?
☐ No ☐ Sí
¿Qué estabas haciendo en el momento en que te dio sueño?
¿Podías mantenerte despierto si tenías que hacerlo?
☐ No ☐ Sí
¿Siempre o solo a veces?
☐ Sólo a veces ☐ Siempre
FRECUENCIA
24. ¿Con qué frecuencia te sientes así de somnoliento?
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia te sientes así de somnoliento?
(FRECUENCIA)
Información adicional
DURACIÓN
25. ¿Cuánto tiempo te sientes somnoliento durante el día?
(HORAS; MINUTOS)
Información adicional
INICIO
26. ¿Cuándo empezaste a sentir más sueño de lo habitual?
Información adicional
SUEÑO INQUIETO
27. ¿Cómo describirías que es usualmente tu sueño en la noche?

28. ¿Duermes profundamente?
29. ¿Das vueltas en la cama?
30. ¿Te sientes inquieto?
SUEÑO INQUIETO
El sueño se describe como inquieto/intranquilo.
SUEÑO INQUIETO
☐ Ausente ☐ Presente
¿Cómo describirías que es usualmente tu sueño en la noche?
¿Duermes profundamente?
☐ No ☐ Sí
¿Das vueltas en la cama?
☐ No ☐ Sí
¿Te sientes inquieto?
☐ No ☐ Sí
INICIO
31. ¿Cuándo fue que tu sueño se volvió inquieto/intranquilo?
Información adicional
NO DESCANSA ADECUADAMENTE POR EL SUEÑO
32. ¿Sueles dormir bien por la noche?
33. ¿Sientes que NO estás bien descansado cuando te levantas?
34. ¿O después de dormir durante el día?
35. ¿Cómo te sientes?
NO DESCANSA ADECUADAMENTE POR EL SUEÑO
La alteración del sueño no cumple los criterios de insomnio, pero el encuestado describe que no ha descansado lo suficiente al despertar.

NO DESCANSA ADECUADAMENTE POR EL SUEÑO	
☐ Ausente	
☐ Presente	
¿Sueles dormir bien por la noche?	
☐ No	
☐ Sí	
¿Sientes que NO estás bien descansado cuando te levantas?	
☐ No	
☐ Sí	
¿O después de dormir durante el día?	
☐ No	
☐ Sí	
¿Cómo te sientes?	
INICIO	
36. ¿Cuándo empezó esto?	
Información adicional	
PESADILLAS	
37. ¿Tienes malos sueños o pesadillas?	
38. ¿Te despiertan?	
39. ¿Sobre qué son?	
40. ¿Cómo son?	
PESADILLAS	
Sueños aterradores que despiertan al encuestado con un efecto marcadamente desagradable (que puede ser seguido rápidamente por sentimientos de alivio). Si las Pesadillas están asociadas con la Ansiedad de Separación, codifíquelas más específicamente como Sueños de Separación en la Sección de Separación. Si las Pesadillas están asociadas con Eventos Traumáticos y cumplen con los criterios de codificación, codifíquelas aquí.	
PESADILLAS	
☐ Ausente	
☐ Sueños alarmantes han despertado al encuestado en al menos 3 ocasiones en los últimos 3 meses	
¿Tienes malos sueños o pesadillas?	
☐ No	
☐ Sí	

¿Te despiertan?	☐ No ☐ Sí
¿Sobre qué son?	
¿Cómo son?	
FRECUENCIA	
41. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha sucedido esto?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día	
☐ Por semana	
☐ Por mes	
☐ Total (3 meses)	
☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha sucedido esto?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
INICIO	
42. ¿Cuándo comenzaron las pesadillas?	
Información adicional	
CANSANCIO	
43. ¿Te has sentido especialmente cansado?	
44. ¿Por cuánto tiempo te has sentido así de cansado?	
45. ¿Te sientes así de cansado por lo menos la mitad del tiempo?	
CANSANCIO	
Sensación de cansancio al menos la mitad del tiempo.	
CANSANCIO	
☐ Ausente	
☐ Se siente cansado al menos la mitad del tiempo	
☐ Se siente cansado casi todo el tiempo	

¿Te has sentido especialmente cansado?	☐ No ☐ Sí
¿Por cuánto tiempo te has sentido así de cansado?	
¿Te sientes así de cansado por lo menos la mitad del tiempo?	☐ No ☐ Sí
INICIO	
46. ¿Cuándo empezaste a sentirte así de cansado?	
Información adicional	
FATIGABILIDAD	
47. ¿Te has cansado o "agotado" con más rapidez o facilidad de lo normal?	
48. ¿Te sientes agotado incluso por cosas que antes no habrían sido un problema?	
49. Cuando te agotas así, ¿te lleva mucho tiempo superarlo?	
50. ¿Es eso más de lo habitual para ti?	
FATIGABILIDAD	
El encuestado se cansa con más rapidez o "agota" más fácilmente de lo normal.	
FATIGABILIDAD	☐ Ausente ☐ Aumento de la fatigabilidad que no cumple los criterios de la siguiente alternativa ☐ Incluso la actividad física mínima hace que el sujeto se sienta agotado rápidamente, y la recuperación de ese agotamiento es lenta
¿Te has cansado o "agotado" con más rapidez o facilidad de lo normal?	☐ No ☐ Sí
¿Te sientes agotado incluso por cosas que antes no habrían sido un problema?	☐ No ☐ Sí

Quando te agotas así, ¿te lleva mucho tiempo superarlo?	☐ No ☐ Sí
¿Es eso más de lo habitual para ti?	☐ No ☐ Sí
INICIO	
51. ¿Hace cuánto tiempo vienes sintiéndote así?	
Información adicional	

CAPA 9 - AFECTO DEPRESIVO	
Récord ID	
ESTADO ANÍMICO DEPRESIVO	
1. ¿Te has sentido "bajoneado" en algún momento?	
2. ¿Te has sentido mal, infeliz o deprimido?	
3. ¿Te has estado comportando muy triste o infeliz?	
4. ¿Has llorado por cómo te has estado sintiendo?	
5. ¿Qué te hizo sentir "bajoneado/infeliz/desdichado"?	
6. Si yo te hubiera visto en ese momento, ¿Habría notado que te sentías así?	
7. Cuando te sientes así, ¿Puedes hacer algo para animarte?	
8. Cuando te sientes así, ¿Puede alguien hacer algo para animarte?	
ESTADO ANÍMICO DEPRESIVO	
Incluye sentirse infeliz, desdichado, triste, desanimado, desmotivado, bajoneado, deprimido o abatido; duración total diaria de al menos 1 hora. Distinguir de otras emociones/sensaciones desagradables, por ejemplo, ansiedad, apatía o anhedonia (dificultad de sentir placer). También es importante asegurarse de que es el propio estado de ánimo el que se está valorando y no sus concomitantes o situaciones "esperadas" (como la apatía, el auto-desprecio o el llanto). Estas situaciones se valoran por separado. Si se utilizan también estas situaciones que solo están presentes por la depresión (concomitantes) para valorar a la misma depresión, se generarán resultados erróneos.	
ESTADO ANÍMICO DEPRESIVO	
☐ Ausente ☐ El estado de ánimo deprimido es a veces intrusivo, pero también se puede aliviar con acontecimientos o actividades agradables ☐ Casi nada es capaz de levantar su ánimo.	
¿Te has sentido "bajoneado" en algún momento?	
☐ No ☐ Sí	
¿Te has sentido mal, infeliz o deprimido?	
☐ No ☐ Sí	

¿Te has estado comportando muy triste o infeliz?	☐ No ☐ Sí
¿Has llorado por cómo te has estado sintiendo?	☐ No ☐ Sí
¿Qué te hizo sentir "bajoneado/infeliz/desdichado"?	
Si yo te hubiera visto en ese momento, ¿Habría notado que te sentías así?	☐ No ☐ Sí
Cuando te sientes así, ¿Puedes hacer algo para animarte?	☐ No ☐ Sí
Cuando te sientes así, ¿Puede alguien hacer algo para animarte?	☐ No ☐ Sí
FRECUENCIA: CASA	
9. ¿Con qué frecuencia te sientes así de "bajoneado" en casa?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia te sientes así de "bajoneado" en casa?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
FRECUENCIA: COLEGIO	
10. ¿Con qué frecuencia te sientes así de "bajoneado" en el colegio?	
UNIDAD DE TIEMPO	

UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia te sientes así de "bajoneado" en el colegio?
(FRECUENCIA)
Información adicional
FRECUENCIA: OTRO LUGAR
11. ¿Con qué frecuencia te sientes así de "bajoneado" en otro lugar?
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia te sientes así de "bajoneado" en otro lugar?
(FRECUENCIA)
Información adicional
DURACION
12. Cuando te sientes "bajoneado / infeliz / desdichado", ¿Por cuánto tiempo te sientes así?
(HORAS; MINUTOS)
Información adicional
INICIO
13. ¿Cuándo empezaste a sentirte así?
Información adicional

14. ¿Hubo una semana en la que te sentiste "muy triste/bajoneado" la mayoría de los días?
15. ¿Hubo dos semanas en las que se sintió "muy triste/bajoneado" al menos 8 días?
EPISODIO DE ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO
EPISODIO DE ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO
☐ Ausente
☐ Al menos 1 semana con 4 días de ánimo deprimido
☐ Período de 2 semanas consecutivas en las que el estado de ánimo deprimido está presente al menos 8 días.
¿Hubo una semana en la que te sentiste "muy triste/bajoneado" la mayoría de los días?
☐ No
☐ Sí
¿Hubo dos semanas en las que se sintió "muy triste/bajoneado" al menos 8 días?
☐ No
☐ Sí
16. ¿Ha habido un periodo de al menos 2 meses consecutivos en el último año en el que no te sintieras así?
PERÍODO DE 2 MESES CONSECUTIVOS SIN ÁNIMO DEPRESIVO EN EL ÚLTIMO AÑO
PERÍODO DE 2 MESES CONSECUTIVOS SIN ÁNIMO DEPRESIVO EN EL ÚLTIMO AÑO
☐ Presente
☐ Ausente
¿Ha habido un periodo de al menos 2 meses consecutivos en el último año en el que no te sintieras así?
☐ No
☐ Sí
AGITACIÓN SUBJETIVA
17. Cuando te sientes "bajoneado / infeliz / desdichado", ¿notas que te pones muy inquieto?
18. Cuando estas deprimido, ¿tienes dificultades para mantenerte quieto?
19. Cuando estás deprimido, ¿caminas de un lado a otro sin tener un motivo aparente?
20. ¿Puedes calmarte? (sobre la agitación)
21. ¿Qué estabas haciendo en ese momento?
22. ¿Puedes dejar de sentirte así por ti mismo?

23. ¿Puedes dejar de sentirte así siempre o solo a veces? _____ AGITACIÓN SUBJETIVA Cambio marcado en la actividad motora asociada al estado de ánimo depresivo. Esto es, un nivel severo de inquietud motora inapropiada y desagradable durante un período de estado de ánimo disfórico (tristeza, ansiedad, irritabilidad o inquietud), el cual puede evidenciarse por una persona que camina sin parar (va y viene), el retorcimiento de las manos o actividades similares; con una duración total diaria de al menos 1 hora. NO INCLUYA LA SIMPLE INQUIETUD O LA INTRANQUILIDAD QUE NO ESTÉ RELACIONADA A CAMBIOS DE HUMOR.	AGITACIÓN ☐ Ausente ☐ La agitación está presente en al menos 2 actividades y no se puede controlar del todo, pero a veces el encuestado puede inhibir su agitación con esfuerzo ☐ Agitación casi totalmente incontrolable Cuando te sientes "bajoneado/infeliz/desdichado", ¿notas que te pones muy inquieto? ☐ No ☐ Sí Cuando estás deprimido, ¿tienes dificultades para mantenerte quieto? ☐ No ☐ Sí Cuando estás deprimido, ¿caminas de un lado a otro sin tener un motivo aparente? ☐ No ☐ Sí ¿Puedes calmarte? (sobre la agitación) ☐ No ☐ Sí ¿Qué estabas haciendo en ese momento? _____ ¿Puedes dejar de sentirte así por ti mismo? ☐ No ☐ Sí ¿Puedes dejar de sentirte así siempre o solo a veces? ☐ Sólo a veces ☐ Siempre FRECUENCIA 24. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? _____ _____ _____
---	---

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ 25. ¿Cuánto tiempo dura esta sensación? _____ 26. En los últimos 3 meses ¿Alguna vez ha durado una hora o más al día? _____ DURACIÓN _____ (HORAS: MINUTOS) _____ ¿Cuánto tiempo dura esta sensación? _____ En los últimos 3 meses ¿Alguna vez ha durado una hora o más al día? ☐ No ☐ Sí INICIO 27. ¿Cuándo empezó esto? (sobre la agitación) _____	LLANTO Y LÁGRIMAS REPORTADOS 28. ¿Hay ocasiones en las que te sientes "muy triste/bajoneado" que quieras llorar? _____ 29. ¿Llegas a llorar? _____ 30. ¿Qué estás haciendo cuando algo como esto ocurre? _____ 31. ¿Qué estabas haciendo en ese momento? _____ 32. ¿Puedes dejar de llorar por ti mismo(a)? _____ 33. ¿Lo logras siempre o solo a veces? _____
---	--

LLANTO Y LÁGRIMAS REPORTADOS Los ojos se llenan de lágrimas o derrama lágrimas como respuesta a una sensación de infelicidad o miseria. No califique el llanto precipitado por los detonantes habituales (como situaciones tristes, enojo o ser golpeado o castigado).	
REPORTO DE QUE TENÍA LÁGRIMAS Y LLANTO ☐ Ausente ☐ Cuando se siente muy triste/bajoneado, sus ojos derraman o se llenan de lágrimas, a veces de forma incontrolada, en al menos 2 actividades. ☐ Cuando se siente muy triste/bajoneado, sus ojos casi siempre se llenan de lágrimas de forma incontrolable en la mayoría de las actividades.	
¿Hay ocasiones en las que te sientes "muy triste/bajoneado" que quieres llorar? ☐ No ☐ Sí	
¿Llegas a llorar? ☐ No ☐ Sí	
¿Qué estás haciendo cuando algo como esto ocurre? _____ ¿Qué estabas haciendo en ese momento? _____	
¿Puedes dejar de llorar por ti mismo(a)? ☐ No ☐ Sí	
¿Lo logras siempre o solo a veces? ☐ Sólo a veces ☐ Siempre	
FRECUENCIA 34. ¿Con qué frecuencia lloras así? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	

FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia lloras así? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
DURACIÓN 35. ¿Cuánto dura? _____ (HORAS: MINUTOS) Información adicional _____	
INICIO 36. ¿Cuándo empezaste a llorar de esta manera? _____ Información adicional _____	
SENSIBLE O SE MOLESTA FÁCILMENTE 37. ¿Te molestan las cosas con facilidad? _____ 38. ¿Qué tipo de cosas te molestan? _____ 39. ¿Te molestan con más facilidad que la mayoría de los niños? _____ 40. ¿Qué haces cuando sucede esto? _____ SENSIBLE O SE MOLESTA FÁCILMENTE El encuestado es generalmente más propenso a tener sentimientos de ira, mal humor, pérdida fácil de la paciencia, resentimiento, marcada molestia (se nota en el rostro claramente de que ha pasado algo), bajo una pequeña provocación en comparación a la mayoría de los niños. Este patrón no tiene por qué representar un cambio de comportamiento. El niño puede haber sido así por un largo tiempo. El comportamiento ocurre con al menos una persona que no sea su hermano (en caso tenga).	
SENSIBLE O SE MOLESTA FÁCILMENTE ☐ Presente ☐ Ausente	
¿Te molestan las cosas con facilidad? ☐ No ☐ Sí	
¿Qué tipo de cosas te molestan? _____	

¿Te molestan con más facilidad que la mayoría de los niños?
☐ No ☐ Sí
¿Qué haces cuando sucede esto?
FRECUENCIA: CASA 41. ¿Con qué frecuencia ocurre esto en casa? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ocurre esto en casa? (FRECUENCIA) Información adicional
FRECUENCIA: COLEGIO 42. ¿Con qué frecuencia ocurre esto en el colegio? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ocurre esto en el colegio? (FRECUENCIA)

Información adicional _____ FRECUENCIA: OTRO LUGAR 43. ¿Con qué frecuencia ocurre esto en otros lugares? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ocurre esto en otros lugares? (FRECUENCIA) Información adicional
DURACION 44. ¿Cuánto tiempo duran estos sentimientos? (HORAS: MINUTOS) Información adicional _____ INICIO 45. ¿Cuándo fue la primera vez que te sentiste así de sensible ante las cosas? Información adicional _____ 46. ¿Sucedte esto con los hermanos? OCURRE CON HERMANOS OCURRE CON HERMANOS ☐ No ☐ Sí ¿Sucedte esto con los hermanos? _____

47. ¿Ocurre con los compañeros?
OCURRE CON PARES
OCURRE CON LOS COMPAÑEROS
☐ No ☐ Sí
¿Ocurre con los compañeros?
48. ¿Ocurre con adultos?
OCURRE CON ADULTOS
OCURRE CON ADULTOS
☐ No ☐ Sí
¿Ocurre con adultos?
ENOJADO O RESENTIDO
49. ¿Te enojas muy a menudo?
50. ¿Qué ocurre?
51. ¿Te pones "malhumorado" o "gruñón" (haces gestos de disgusto)?
52. ¿Qué haces cuando sucede esto?
ENOJADO O RESENTIDO El menor suele ser más propenso a MANIFESTACIONES de ira o resentimiento (cómo mostrarse brusco o malhumorado, irritable, o ponerse a gritar o discutir) ante una pequeña provocación a comparación de la mayoría de los niños. Este patrón no tiene por qué representar un cambio de comportamiento. El niño puede haber sido así por un largo tiempo. El comportamiento ocurre con al menos una persona además de su hermano (en caso tenga).
ENOJADO O RESENTIDO
☐ Presente ☐ Ausente
¿Te enojas muy a menudo?
☐ No ☐ Sí

¿Qué ocurre?
¿Te pones "malhumorado" o "gruñón" (haces gestos de disgusto)?
☐ No ☐ Sí
¿Qué haces cuando sucede esto?
FRECUENCIA: CASA
53. ¿Con qué frecuencia ocurre esto en casa?
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia ocurre esto en casa?
(FRECUENCIA)
Información adicional
FRECUENCIA: COLEGIO
54. ¿Con qué frecuencia ocurre esto en el colegio?
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia ocurre esto en el colegio?
(FRECUENCIA)

Información adicional
FRECUENCIA: OTRO LUGAR
55. ¿Con qué frecuencia ocurre esto en otros lugares?
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia ocurre esto en otros lugares?
(FRECUENCIA)
Información adicional
DURACION
56. ¿Cuánto tiempo duran estos sentimientos?
(HORAS: MINUTOS)
Información adicional
INICIO
57. ¿Cuándo fue la primera vez que ocurrió?
Información adicional
58. ¿Sucedte esto con los hermanos?
OCURRE CON HERMANOS
OCURRE CON LOS HERMANOS
☐ No ☐ Sí
¿Sucedte esto con los hermanos?

59. ¿Ocurre con los compañeros?
OCURRE CON PARES
OCURRE CON LOS COMPAÑEROS
☐ No ☐ Sí
¿Ocurre con los compañeros?
60. ¿Ocurre con adultos?
OCURRE CON LOS ADULTOS
OCURRE CON LOS ADULTOS
☐ No ☐ Sí
¿Ocurre con adultos?
IRRITABILIDAD
61. ¿Te irritas más que antes en los últimos 3 meses?
62. ¿O te has enfadado con más facilidad?
63. ¿Has tenido más berrinches que antes en los últimos 3 meses?
64. ¿Qué es lo que te ha puesto tan fácilmente irritable durante estos meses?
65. ¿Siente que este enfado llega más fácilmente de lo usual?
66. ¿Qué haces cuando te sientes así?
67. ¿Has estado cortante o brusco con tus familiares?
68. ¿Te has metido en discusiones o peleas últimamente?
69. ¿Has golpeado o roto algo al estar enfadado?
70. ¿Qué estabas haciendo en el momento de ese estado de ánimo irritable?

71. ¿Podías evitar sentirte así, por ti mismo?	
72. ¿Siempre o sólo a veces?	
IRRITABILIDAD	
Mayor facilidad de demostrar o dirigir hacia los demás los sentimientos de ira, mal humor, pérdida fácil de la paciencia, resentimiento o molestia; con una duración total diaria de al menos 1 hora (el cambio puede ser anterior al período primario y continuar al menos en parte del período primario). Obsérvese que esta calificación se refiere a un cambio en la predisposición del niño/adolescente a expresar su ira y no se refiere a la forma de la ira una vez que ya lo haya expresado. Nota: Se califica el estado de ánimo irritable en sí mismo, no sólo sus manifestaciones; por lo tanto, las calificaciones de frecuencia y duración se refieren al número y la duración de los episodios del estado de ánimo, no de los episodios de irritabilidad, gritos o peleas.	
IRRITABILIDAD	
☐ Ausente ☐ Estado de ánimo irritable presente en al menos 2 actividades, manifestado por al menos un caso de irritabilidad, gritos, peleas y a veces incontrolable. ☐ Estado de ánimo irritable presente en la mayoría de las actividades, acompañado de brusquedad, gritos, peleas y casi siempre incontrolable.	
¿Te irritas más que antes en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Sí
¿O te has enfadado con más facilidad?	☐ No ☐ Sí
¿Has tenido más berrinches que antes en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Sí
¿Qué es lo que te ha puesto tan fácilmente irritable durante estos meses?	
¿Siente que este enfado llega más fácilmente de lo usual?	☐ No ☐ Sí
¿Qué haces cuando te sientes así?	
¿Has estado cortante o brusco con tus familiares?	☐ No ☐ Sí

¿Te has metido en discusiones o peleas últimamente?	☐ No ☐ Sí
¿Has golpeado o roto algo al estar enfadado?	☐ No ☐ Sí
¿Qué estabas haciendo en el momento de ese estado de ánimo irritable?	
¿Podías evitar sentirte así, por ti mismo?	☐ No ☐ Sí
¿Siempre o sólo a veces?	☐ Sólo a veces ☐ Siempre
FRECUENCIA: CASA	
73. ¿Con qué frecuencia ocurre esto en casa?	
UNIDAD DE TIEMPO	
	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia ocurre esto en casa?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
FRECUENCIA: COLEGIO	
74. ¿Con qué frecuencia ocurre en el colegio?	
UNIDAD DE TIEMPO	

UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia ocurre en el colegio?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
FRECUENCIA: OTRO LUGAR	
75. ¿Con qué frecuencia ocurre en otros lugares?	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia ocurre en otros lugares?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
76. Cuando te sientes así, ¿cuánto tiempo dura esta experiencia?	
77. ¿Alguna vez en los últimos 3 meses ha durado una hora o más al día?	
DURACIÓN	
DURACIÓN	
(HORAS; MINUTOS)	
Cuando te sientes así, ¿cuánto tiempo dura esta experiencia?	

¿Alguna vez en los últimos 3 meses ha durado 1 hora o más en un día?	
☐ No ☐ Sí	
INICIO	
78. ¿Cuándo empezaste a ponerte así de "irritable"?	
Información adicional	
79. ¿Hubo una semana en la que te sentiste "irritable" la mayoría de los días?	
80. ¿Hubo dos semanas en las que te sentiste "irritable" al menos 8 días?	
PERÍODO DE 2 MESES CONTINUOS SIN ESTADO DE ÁNIMO IRRITABLE EN EL ÚLTIMO AÑO	
☐ Ausente ☐ Al menos 1 semana con 4 días de ánimo irritable ☐ Período de 2 semanas consecutivas en las que el estado de ánimo irritable está presente al menos 8 días.	
¿Hubo una semana en la que te sentiste "irritable" la mayoría de los días?	
☐ No ☐ Sí	
¿Hubo dos semanas en las que te sentiste "irritable" al menos 8 días?	
☐ No ☐ Sí	
81. ¿Ha habido un periodo de al menos 2 meses consecutivos en el último año en el que no te sintieras así?	
PERÍODO DE 2 MESES CONTINUOS SIN ESTADO DE ÁNIMO IRRITABLE EN EL ÚLTIMO AÑO	
☐ No ☐ Sí	
PERÍODO DE 2 MESES CONTINUOS SIN ESTADO DE ÁNIMO IRRITABLE EN EL ÚLTIMO AÑO	
☐ No ☐ Sí	
¿Ha habido un periodo de al menos 2 meses consecutivos en el último año en el que no te sintieras así?	
☐ No ☐ Sí	

PÉRDIDA DE AFECTO	
82. ¿Has tenido la sensación de quedarte sin sentimientos (emociones)?	
83. ¿O que has perdido tus sentimientos?	
84. ¿Puedes sentir alguna emoción?	
85. ¿Qué estabas haciendo en los momentos en que te pasaba esto?	
86. ¿Podrías dejar de sentirte así, por ti mismo?	
87. ¿Siempre o sólo a veces?	
PÉRDIDA DE AFECTO Queja de la pérdida de una capacidad previamente existente de sentir o experimentar una emoción.	
PÉRDIDA DE AFECTO	
☐ Ausente	
☐ Pérdida de afecto en al menos 2 actividades e incontrolable al menos una parte del tiempo	
☐ Se siente la pérdida de afecto en casi todas las actividades.	
¿Has tenido la sensación de quedarte sin sentimientos (emociones)?	
☐ No	
☐ Sí	
¿O que has perdido tus sentimientos?	
☐ No	
☐ Sí	
¿Puedes sentir alguna emoción?	
☐ No	
☐ Sí	
¿Qué estabas haciendo en los momentos en que te pasaba esto?	
¿Podrías dejar de sentirte así, por ti mismo?	
☐ No	
☐ Sí	
¿Siempre o sólo a veces?	
☐ Sólo a veces	
☐ Siempre	
INICIO	
88. ¿Cuándo fue la primera vez que ocurrió esto?	

Información adicional	
ABURRIMIENTO	
89. ¿Por cuánto tiempo te sientes aburrido?	
90. ¿Te aburres más que otras personas?	
91. ¿Qué actividades te resultan aburridas?	
92. ¿Puedes hacer algo para no aburrirte?	
93. ¿Hay algo que te gustaría hacer?	
ABURRIMIENTO Las actividades en las que el niño está involucrado se sienten aburridas y sin interés, mientras que se expresa interés por otras posibles actividades. Todo el mundo se aburre de vez en cuando, por lo que hay que calificar positivamente a un niño si se aburre más a menudo de lo que no se aburre, es decir está aburrido más de la mitad del tiempo o todo el tiempo. Codifique su "aburrimiento" incluso si las actividades son realmente aburridas (hacer tareas, limpiar la casa, etc.). Debe parecerle al niño que otras actividades potenciales serían de interés, incluso si no está seguro de cuáles podrían ser esas otras actividades. Diferenciar de la anhedonia y la pérdida de interés, en las que nada parece tener un potencial interés o ser placentero. Codifique incluso si las actividades descritas son realmente aburridas en tu opinión.	
ABURRIMIENTO	
☐ Ausente	
☐ Más de la mitad del tiempo	
☐ Casi todo el tiempo.	
¿Por cuánto tiempo te sientes aburrido?	
Información adicional	
¿Te aburres más que otras personas?	
☐ No	
☐ Sí	
¿Qué actividades te resultan aburridas?	
¿Puedes hacer algo para no aburrirte?	
☐ No	
☐ Sí	

¿Hay algo que te gustaría hacer?
INICIO
94. ¿Desde cuándo te sientes tan aburrido?
Información adicional
PÉRDIDA DE INTERÉS
95. ¿Te interesan las cosas tanto como de costumbre?
96. ¿Has notado que no te interesan las cosas que antes te interesaban mucho?
97. ¿Has perdido el interés por algo?
98. ¿Qué tipo de cosas te han dejado de interesar?
99. ¿Puedes conseguir interesarte por algo?
100. ¿Puede alguien conseguir que te intereses por algo?
PÉRDIDA DE INTERÉS Disminución del interés del niño por sus actividades habituales o pasatiempos. O bien se ha abandonado algunos intereses o ha disminuido la intensidad del interés. Todo el mundo tiene algún tipo de interés, pero la magnitud de la disminución debe medirse en función de la variedad o intensidad de sus actividades o pasatiempos habituales. Hay que tener en cuenta las actividades escolares y domésticas cotidianas, así como ver la televisión, jugar, interesarse por la ropa, la comida, la apariencia, los juguetes, etc. Inevitablemente, los que tienen intereses más intensos y variados al principio tendrán más margen para perder el interés que los que nunca se han interesado mucho por las cosas. Hay que distinguirlo del "abandono" de las actividades o el renunciar a ciertas actividades debido a una mayor presión del trabajo o para comenzar otras nuevas.
PÉRDIDA DE INTERÉS
☐ Ausente ☐ Disminución generalizada del interés por las actividades normalmente interesantes para el encuestado ☐ El encuestado está casi completamente desinteresado en casi todo.
¿Te interesan las cosas tanto como de costumbre?
☐ No ☐ Sí
¿Has notado que no te interesan las cosas que antes te interesaban mucho?
☐ No ☐ Sí

¿Has perdido el interés por algo?
☐ No ☐ Sí
¿Qué tipo de cosas te han dejado de interesar?
¿Puedes conseguir interesarte por algo?
☐ No ☐ Sí
¿Puede alguien conseguir que te intereses por algo?
☐ No ☐ Sí
INICIO
101. ¿Cuándo empezaste a perder el interés por las cosas?
Información adicional
ANHEDONIA
102. ¿Puedes divertirti o pasarla bien?
103. ¿Hay cosas que solías disfrutar, pero ya no lo haces?
104. ¿Cómo jugar con ciertos juguetes?
105. ¿O hacer ciertas cosas con otras personas?
106. ¿Te parece que has perdido el entusiasmo por las cosas que solías disfrutar?
ANHEDONIA Pérdida o disminución parcial o total de la capacidad de experimentar placer, disfrutar de las cosas o divertirse. También se refiere a los placeres básicos, como los que resultan de comer los alimentos favoritos. La anhedonia se refiere al estado de ánimo en sí mismo. La pérdida de interés o la pérdida de la capacidad de concentración al mirar los libros, los juegos, la televisión o el colegio pueden acompañar a la anhedonia, por lo que el entrevistador puede codificar diferentes aspectos en diferentes ítems. No hay que confundir esta sección con la falta de oportunidades para hacer cosas o con la excesiva restricción de los padres.
DISTINGA DEL ABURRIMIENTO Y DE LA PÉRDIDA DE INTERÉS O DE LA FALTA DE OPORTUNIDADES DE PARTICIPACIÓN.
ANHEDONIA
☐ Ausente ☐ Disminución generalizada del placer en actividades normalmente placenteras ☐ Casi nada da placer.

¿Puedes divertirte o pasarla bien?
☐ No ☐ Sí
¿Hay cosas que solías disfrutar, pero ya no lo haces?
☐ No ☐ Sí
¿Cómo jugar con ciertos juguetes?
☐ No ☐ Sí
¿O hacer ciertas cosas con otras personas?
☐ No ☐ Sí
¿Te parece que has perdido el entusiasmo por las cosas que solías disfrutar?
☐ No ☐ Sí
INICIO
107. ¿Cuándo empezaste a sentirte así?
Información adicional
ANERGIJA SUBJETIVA
108. ¿Sientes que tienes tanta energía como antes?
109. ¿Has estado con tanta energía como de costumbre?
110. ¿Te has estado quejando de falta de energía?
111. ¿Has perdido algo de tu energía habitual?
112. ¿Has tomado siestas o descansos más a menudo de lo habitual o te has ido a dormir antes de lo normal?
113. ¿Tienes suficiente energía como para hacer tus cosas?
114. ¿Decides no hacer cosas porque no tienes suficiente energía?
ANERGIJA SUBJETIVA
El encuestado presenta una marcada falta de energía en comparación con su estado habitual. Se describe como fácilmente fatigado y/o excesivamente cansado. Se trata de una valoración general del nivel de energía del encuestado.
SE DEBE DIFERENCIAR DE LA LENTITUD MOTORA, EL INSOMNIO, LA HIPERSONIA Y LA FATIGA, AUNQUE SE PUEDE CODIFICAR DOS VECES SI SE CUMPLEN LOS CRITERIOS DE MÁS DE UNO.

ANERGIJA SUBJETIVA
☐ Ausente ☐ Sensación generalizada de falta de energía ☐ Reporta que no tiene casi nada de energía.
¿Sientes que tienes tanta energía como antes?
☐ No ☐ Sí
¿Has estado con tanta energía como de costumbre?
☐ No ☐ Sí
¿Te has estado quejando de falta de energía?
☐ No ☐ Sí
¿Has perdido algo de tu energía habitual?
☐ No ☐ Sí
¿Has tomado siestas o descansos más a menudo de lo habitual o te has ido a dormir antes de lo normal?
☐ No ☐ Sí
¿Tienes suficiente energía como para hacer tus cosas?
☐ No ☐ Sí
¿Decides no hacer cosas porque no tienes suficiente energía?
☐ No ☐ Sí
INICIO
115. ¿Cuándo empezaste a sentirte con menos energía?
Información adicional
ACTIVIDAD MOTORA SUBJETIVA LENTA
116. ¿Te mueves más lento que antes?
117. ¿Haces las cosas más lento que antes?
118. ¿O hablas más despacio?
119. ¿Puede dar un ejemplo?

120. ¿Qué estás haciendo en los momentos en que te mueves lentamente?
121. ¿Puedes hacer algo para moverte más rápido?
122. ¿Lo que haces te ayuda a moverte más rápido?
123. ¿Siempre o sólo a veces?
ACTIVIDAD MOTORA SUBJETIVA LENTA El encuestado se muestra más lento en sus movimientos y en su habla en comparación con su estado habitual; con una duración total diaria de al menos 1 hora.
ACTIVIDAD MOTORA SUBJETIVA LENTA ☐ Ausente ☐ Lentitud presente y no puede ser superada en al menos 2 actividades ☐ Lentitud presente y no se puede superar en casi todas las actividades
¿Te mueves más lento que antes?
☐ No ☐ Sí
¿Haces las cosas más lento que antes?
☐ No ☐ Sí
¿O hablas más despacio?
☐ No ☐ Sí
¿Puede dar un ejemplo?
¿Qué estás haciendo en los momentos en que te mueves lentamente? _____ ¿Puedes hacer algo para moverte más rápido? ☐ No ☐ Sí
¿Lo que haces te ayuda a moverte más rápido? ☐ No ☐ Sí
¿Siempre o sólo a veces? ☐ Sólo a veces ☐ Siempre
FRECUENCIA 124. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____
DURACIÓN 125. ¿Cuánto tiempo dura el moverte o actuar lento? _____ (HORAS: MINUTOS) Información adicional _____
INICIO 126. ¿Cuándo empezaste a sentirte más lento? _____ Información adicional _____
QUEJAS SUBJETIVAS SOBRE LOS PENSAMIENTOS PENSAMIENTO INEFICAZ 127. ¿Tus pensamientos se enredan o confunden con facilidad? _____ 128. ¿Tienes dificultades para concentrarte? _____ 129. ¿Puedes pensar con claridad si lo necesitas? _____ 130. ¿Estas dificultades te han causado algún problema? _____ 131. ¿Hay alguna interferencia en tus pensamientos? _____ PENSAMIENTO INEFICAZ Dificultad desagradable para pensar con claridad o eficacia, o para concentrarse, incluso en asuntos sencillos; con una duración total diaria de al menos 1 hora. _____ _____

PENSAMIENTO INEFICAZ ☐ Ausente ☐ A veces incontrolable en al menos 2 actividades ☐ Casi siempre incontrolable y se produce en relación con casi todas las situaciones en las que se requiere un pensamiento claro.	
¿Tus pensamientos se enredan o confunden con facilidad?	☐ No ☐ Sí
¿Tienes dificultades para concentrarte?	☐ No ☐ Sí
¿Puedes pensar con claridad si lo necesitas?	☐ No ☐ Sí
¿Estas dificultades te han causado algún problema?	☐ No ☐ Sí
¿Hay alguna interferencia en tus pensamientos?	☐ No ☐ Sí
INICIO 132. ¿Cuándo empezaste a tener estos problemas? Información adicional	
INDECISIÓN 133. ¿Se te da bien tomar decisiones o decidírte por algo? 134. ¿Has tenido algún problema para tomar decisiones? 135. ¿Qué ocurre cuando tienes que tomar decisiones? 136. ¿Qué cosas te cuesta decidir? 137. ¿Te cuesta decidir cosas en casa? 138. ¿Y en el colegio? 139. ¿Te resulta muy difícil decidir que comprar en la tienda?	

INDECISIÓN Dificultad desagradable para tomar decisiones, incluso sobre asuntos sencillos. Esta es una calificación general de la capacidad del encuestado para tomar decisiones.	
INDECISIÓN ☐ Ausente ☐ A veces incontrolable en al menos 2 actividades ☐ Casi siempre es incontrolable y se produce en relación con casi todas las tomas de decisiones	
¿Se te da bien tomar decisiones o decidírte por algo?	☐ No ☐ Sí
¿Has tenido algún problema para tomar decisiones?	☐ No ☐ Sí
¿Qué ocurre cuando tienes que tomar decisiones?	_____
¿Qué cosas te cuesta decidir?	_____
¿Te cuesta decidir cosas en casa?	☐ No ☐ Sí
¿Y en el colegio?	☐ No ☐ Sí
¿Te resulta muy difícil decidir que comprar en la tienda?	☐ No ☐ Sí
INICIO 140. ¿Cuándo fue la primera vez que ocurrió esto? (dificultad de tomar decisiones) Información adicional	
PENSAMIENTOS DEPRESIVOS En las definiciones de esta sección se utiliza con frecuencia el término "sentimiento", a pesar de que se hace referencia a las cogniciones. Para la mayoría de las personas, el término "sentimiento" conlleva componentes tanto cognitivos como afectivos. Sin embargo, estos elementos no se refieren a los estados de ánimo en sí, sino a determinadas cogniciones, pensamientos, opiniones o actitudes. En otras palabras, lo que hay que codificar es el contenido del pensamiento, no su tono afectivo (reacciones emocionales directas). SOLEDAD	

141. ¿Te sientes solo?
142. A veces los niños/adolescentes sienten que no tienen a nadie que les ayude. ¿Te sientes así alguna vez?
143. ¿Te sientes solo, aunque tengas algunos amigos?
144. ¿Te sientes excluido por los demás?
145. ¿Sientes que te dejan de lado en las actividades con otros niños?
146. ¿Qué haces cuando te sientes solo?
147. ¿Puedes dejar de sentirte solo, por ti mismo?
148. ¿Siempre o sólo a veces?
SOLEDAD Sensación de estar solo y/o sin amigos, independientemente de la justificación del sentimiento; con una duración total diaria de al menos 1 hora. Deben tenerse en cuenta los contactos con los adultos y sus amistades. Un niño puede sentirse solo, a pesar de reconocer que se le quiere.
SOLEDAD ☐ Ausente ☐ El encuestado definitivamente se siente inevitablemente solo, en al menos 2 actividades ☐ Se siente solo casi todo el tiempo
¿Te sientes solo?
☐ No ☐ Sí
A veces los niños/adolescentes sienten que no tienen a nadie que les ayude. ¿Te sientes así alguna vez?
☐ No ☐ Sí
¿Te sientes solo, aunque tengas algunos amigos?
☐ No ☐ Sí
¿Te sientes excluido por los demás?
☐ No ☐ Sí
¿Sientes que te dejan de lado en las actividades con otros niños?
☐ No ☐ Sí

¿Qué haces cuando te sientes solo?
¿Puedes dejar de sentirte solo, por ti mismo?
☐ No ☐ Sí
¿Siempre o sólo a veces?
☐ Sólo a veces ☐ Siempre
INICIO
149. ¿Cuándo empezaste a sentirte así de solo?
Información adicional
SENTIMIENTO DE FALTA DE AMOR 150. A veces los niños/adolescentes sienten que nadie los quiere, incluso cuando si lo hacen. ¿Te sientes así alguna vez?
151. Y tus padres, ¿crees que te quieren?
152. ¿Te sientes menos querido que otras personas?
153. ¿Siempre te has sentido así?
SENTIMIENTO DE FALTA DE AMOR Un sentimiento generalizado de no ser amado/querido ni cuidado, independientemente de la justificación de ese sentimiento.
SE DIFERENCIA DE LA SOLEDAD.
SENTIRSE NO AMADO ☐ Ausente ☐ El encuestado siente que hay otros que lo quieren o cuidan, pero menos que a otras personas ☐ El encuestado siente que casi nadie lo quiere, o casi nunca lo hacen
A veces los niños/adolescentes sienten que nadie los quiere, incluso cuando si lo hacen. ¿Te sientes así alguna vez?
☐ No ☐ Sí
Y tus padres, ¿crees que te quieren?
☐ No ☐ Sí
¿Te sientes menos querido que otras personas?
☐ No ☐ Sí

¿Siempre te has sentido así? ☐ No ☐ Sí
INICIO 154. ¿Cuándo empezaste a sentirte así? _____ Información adicional _____
DESPRECIO Y ODIIO A UNO MISMO 155. ¿Cómo te sientes con respecto a ti mismo? _____ 156. ¿Te gusta quién eres? _____ 157. Si tuvieras que elegir, ¿dirías que eres guapo, promedio/normal o feo? _____ 158. Como persona, ¿te sientes tan bien como se sienten las demás personas? _____ 159. ¿Alguna vez has dicho que eres un "tonto"? _____ 160. ¿O una "mala" persona? _____ 161. ¿Sientes que eres bueno en ciertas cosas? _____ 162. ¿Qué cosas haces de las que te sientes orgulloso? _____ 163. ¿Hay algo en lo que crees que eres bueno? _____ 164. ¿Crees que tienes algo de bueno? _____ 165. ¿Crees que todo el mundo es mejor que tú? _____ AUTODESPRECIO Un sentimiento injustificado de inferioridad respecto a los demás (incluyendo sentimientos injustificados de fealdad). El odio a sí mismo implica una hostilidad severa dirigida por el encuestado contra sí mismo, acompañada de una aversión o una crítica expresa. No califique aquí los fenómenos delirantes. _____ AUTODESPRECIO ☐ Ausente ☐ El encuestado se califica a sí mismo más bajo de lo que parece justificado, pero no se ve completamente sin valor, ya que en algunas actividades no se siente inferior. ☐ El encuestado se siente casi totalmente inútil o sin nada que sea rescatable en casi todas las actividades, o inferior a todo el mundo. El odio a sí mismo también se clasifica aquí

¿Cómo te sientes con respecto a ti mismo? _____ ¿Te gusta quién eres? ☐ No ☐ Sí
Si tuvieras que elegir, ¿dirías que eres guapo, promedio/normal o feo? ☐ Guapo ☐ Promedio/normal ☐ Feo
Como persona, ¿te sientes tan bien como se sienten las demás personas? ☐ No ☐ Sí
¿Alguna vez has dicho que eres un "tonto"? ☐ No ☐ Sí
¿O una "mala" persona? ☐ No ☐ Sí
¿Sientes que eres bueno en ciertas cosas? ☐ No ☐ Sí
¿Qué cosas haces de las que te sientes orgulloso? _____
¿Hay algo en lo que crees que eres bueno? ☐ No ☐ Sí
¿Crees que tienes algo de bueno? ☐ No ☐ Sí
¿Crees que todo el mundo es mejor que tú? ☐ No ☐ Sí
INICIO 166. ¿Cuándo empezaste a sentirte así? _____ Información adicional _____
SENTIMIENTO DE LÁSTIMA POR UNO MISMO 167. ¿Sientes lástima por ti mismo? _____

168. ¿Crees que tienes mala suerte?
169. ¿Sientes que mereces una mejor vida?
170. ¿En qué sentido?
171. ¿Te sientes así todo el tiempo o sólo algunas veces?
172. ¿Crees que todo es injusto o sólo algunas cosas?
173. ¿Sientes que siempre será así?
SENTIMIENTO DE LÁSTIMA POR UNO MISMO Sentimiento de que la vida o las personas han sido injustamente desagradables o problemáticas y que el encuestado se merece algo mejor. El encuestado se siente desafortunado, víctima de la "mala suerte". Codifique independientemente de la justificación.
SENTIMIENTO DE LÁSTIMA POR UNO MISMO
☐ Ausente ☐ El encuestado siente lástima por sí mismo, pero piensa que algunos aspectos de la vida no han sido injustos, problemáticos o desagradables. ☐ El encuestado piensa que nada le ha ocurrido de forma justa, y siente lástima de sí mismo en casi todas las situaciones.
¿Sientes lástima por ti mismo?
☐ No ☐ Sí
¿Crees que tienes mala suerte?
☐ No ☐ Sí
¿Sientes que mereces una mejor vida?
☐ No ☐ Sí
¿En qué sentido?
¿Te sientes así todo el tiempo o sólo algunas veces?
☐ Sólo a veces ☐ Siempre
¿Crees que todo es injusto o sólo algunas cosas?
☐ Sólo algunas cosas ☐ Todo
¿Sientes que siempre será así?
☐ No ☐ Sí

INICIO
174. ¿Cuándo empezaste a sentirte así?
Información adicional
CULPA PATOLÓGICA
175. ¿Te sientes mal o culpable por algo que has hecho?
176. ¿Qué has hecho?
177. ¿Alguna vez has dicho que tú eres una "mala" persona?
178. ¿Te culpas por cosas que no son tu culpa?
179. ¿Crees que mereces que te ocurran cosas malas?
180. ¿Crees que mereces ser castigado, incluso cuando no has hecho nada malo?
181. ¿Alguna vez te sientes culpable por cosas que sabes que no son realmente tu culpa?
182. ¿Sientes que muchas de las cosas que van mal son culpa tuya?
CULPA PATOLÓGICA El niño/adolescente se culpa a sí mismo excesivamente por malas acciones menores o inexistentes. El encuestado se da cuenta de que la culpa es exagerada.
CULPA PATOLÓGICA
☐ Ausente ☐ La auto-culpa excesiva es al menos una parte inmodificable, pero no se generaliza a todos los acontecimientos negativos ☐ El niño generaliza el sentimiento de autculpa a casi todo lo que va mal en su entorno.
¿Te sientes mal o culpable por algo que has hecho?
☐ No ☐ Sí
¿Qué has hecho?
¿Alguna vez has dicho que tú eres una "mala" persona?
☐ No ☐ Sí
¿Te culpas por cosas que no son tu culpa?
☐ No ☐ Sí

¿Crees que mereces que te ocurran cosas malas?	☐ No ☐ Sí
¿Crees que mereces ser castigado, incluso cuando no has hecho nada malo?	☐ No ☐ Sí
¿Alguna vez te sientes culpable por cosas que sabes que no son realmente tu culpa?	☐ No ☐ Sí
¿Sientes que muchas de las cosas que van mal son culpa tuya?	☐ No ☐ Sí
INICIO	
183. ¿Cuándo empezaste a sentirte así de "culpable"?	_____
Información adicional	_____
DELIRIOS DE CULPA	
184. ¿Crees que has cometido un delito?	_____
185. ¿Crees que has pecado gravemente?	_____
186. ¿Crees que mereces ser castigado?	_____
187. ¿Crees que podrías dañar o arruinar a otras personas?	_____
188. ¿Estás convencido de que estas cosas son culpa tuya?	_____
189. ¿De qué manera o por qué?	_____
DELIRIOS DE CULPABILIDAD El niño/adolescente se culpa a sí mismo excesivamente por malas acciones menores o inexistentes. El niño NO se da cuenta de que la culpa es exagerada. El niño puede creer que ha traído la ruina a su familia por estar en su condición actual o que sus síntomas son un castigo por no hacer mejor las cosas. Diferenciar de la sección "Culpa Patológica" en la que el encuestado es consciente de que la culpa que se origina en él mismo es exagerada.	
DELIRIOS DE CULPABILIDAD	
☐ Ausente ☐ El encuestado tiene una convicción delirante de haber hecho algo malo, pero por momentos llega a darse cuenta de que sus sentimientos son una exageración de la culpa normal. ☐ El encuestado tiene una firme convicción delirante de que ha cometido un gran delito, pecado, o que merece ser castigado.	

¿Crees que has cometido un delito?	☐ No ☐ Sí
¿Crees que has pecado gravemente?	☐ No ☐ Sí
¿Crees que mereces ser castigado?	☐ No ☐ Sí
¿Crees que podrías dañar o arruinar a otras personas?	☐ No ☐ Sí
¿Estás convencido de que estas cosas son culpa tuya?	☐ No ☐ Sí
¿De qué manera o por qué?	_____
INICIO	
190. ¿Cuándo fue la primera vez que sentiste esto?	_____
Información adicional	_____
IDEAS DE REFERENCIA	
191. A veces las personas tienen la sensación de que los demás los miran, aunque sepan que en realidad no es así. ¿Te sucede a ti?	_____
192. ¿Alguna vez has sentido que las personas hablan de ti a tus espaldas?	_____
193. ¿Alguna vez has sentido que se ríen de ti o que dicen cosas ofensivas sobre ti?	_____
194. ¿Las personas te siguen o te observan?	_____
195. ¿Las personas te culpan por algo?	_____
196. ¿Las personas te acusan de algo?	_____
197. ¿Qué crees que piensan o dicen las personas cuando sientes que te observan o se fijan en ti?	_____
198. ¿Crees que realmente lo hacen o que sólo lo estás pensando?	_____

199. ¿Cómo sabes que lo hacen?

200. ¿Te lo imaginas?

IDEAS DE REFERENCIA

El menor siente que otras personas le observan o comentan sobre él, en entornos públicos. Los comentarios parecen ser burlones, críticos o culpabilizadores. Esta sensación no está justificada por la realidad, es decir, el encuestado no puede mencionar pruebas o no existe evidencia de que en verdad lo estén observando o que otras personas hablen sobre él mismo. Tomar en cuenta:

Ideas simples de referencia: El encuestado no puede evitar pensar/sentir que lo están observando o hablan de él, a pesar de que es consciente de que estos pensamientos se originan en él y no son reales.

Ideas de referencia de culpa: Similar a las ideas simples de referencia, con la diferencia de que existe culpa asociada a la sensación.

IDEAS DE REFERENCIA

☐ Ausente

☐ Ideas simples de referencia

☐ Ideas de referencia culpables

A veces las personas tienen la sensación de que los demás los miran, aunque sepan que en realidad no es así. ¿Te sucede a ti?

☐ No

☐ Sí

¿Alguna vez has sentido que las personas hablan de ti a tus espaldas?

☐ No

☐ Sí

¿Alguna vez has sentido que se ríen de ti o que dicen cosas ofensivas sobre ti?

☐ No

☐ Sí

¿Las personas te siguen o te observan?

☐ No

☐ Sí

¿Las personas te culpan por algo?

☐ No

☐ Sí

¿Las personas te acusan de algo?

☐ No

☐ Sí

¿Qué crees que piensan o dicen las personas cuando sientes que te observan o se fijan en ti?

¿Crees que realmente lo hacen o que sólo lo estás pensando?

¿Cómo sabes que lo hacen?

¿Te lo imaginas?

☐ No

☐ Sí

FRECUENCIA

201. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto?

UNIDAD DE TIEMPO

UNIDAD DE TIEMPO

☐ Por día

☐ Por semana

☐ Por mes

☐ Total (3 meses)

☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto?

(FRECUENCIA)

Información adicional

DURACIÓN

202. ¿Cuánto tiempo dura esta sensación? (de ser observado o que hablen del encuestado)

(HORAS: MINUTOS)

Información adicional

INICIO

203. ¿Cuándo empezó esto?

Información adicional

IMPOTENCIA

204. ¿Hay algo sobre tu vida o la forma en la que eres, que te gustaría cambiar?

205. ¿Qué cosas quisieras cambiar?

206. ¿Te sientes impotente ante tu situación?

207. ¿Hay algo que puedas hacer para mejorar las cosas?

208. ¿O para sentirte mejor?
209. ¿Qué harías?
210. ¿Crees que funcionaría?
IMPOTENCIA El encuestado siente que hay poco o nada que pueda hacer para mejorar su situación o estado psicológico, aunque ese cambio sería bienvenido. Se trata de un sentimiento generalizado.
IMPOTENCIA ☐ Ausente ☐ El encuestado se siente impotente y casi nunca puede dejar de sentirse así. Sin embargo, puede indicar aún tener expectativas de cambiar su situación o ayudarse a sí mismo. ☐ El encuestado no expresa casi ninguna esperanza de poder ayudarse a sí mismo.
¿Hay algo sobre tu vida o la forma en la que eres, que te gustaría cambiar?
☐ No ☐ Sí
¿Qué cosas quisieras cambiar?
¿Te sientes impotente ante tu situación?
☐ No ☐ Sí
¿Hay algo que puedas hacer para mejorar las cosas?
☐ No ☐ Sí
¿O para sentirte mejor?
☐ No ☐ Sí
¿Qué harías?
¿Crees que funcionaría?
☐ No ☐ Sí
INICIO 211. ¿Cuándo empezaste a sentirte así? Información adicional

DESESPERANZA 212. ¿Te sientes sin esperanza sobre el futuro? 213. ¿Crees que las cosas te irán mejor o peor cuando seas adulto? 214. ¿Crees que alguien puede ayudarte? 215. ¿Crees que las cosas mejorarán? 216. ¿Puedes hacer algo al respecto? 217. ¿Con qué frecuencia te sientes así?
DESESPERANZA El encuestado tiene una visión sombría, negativa y pesimista del futuro, y poca esperanza de que su situación mejore. Se trata de un sentimiento generalizado.
DESESPERANZA ☐ Ausente ☐ El encuestado se siente sin esperanza y no siempre le es posible dejar de sentirse así. Sin embargo, puede señalar algunas expectativas positivas sobre el futuro ☐ El encuestado no expresa casi ninguna esperanza en el futuro
¿Te sientes sin esperanza sobre el futuro?
☐ No ☐ Sí
¿Crees que las cosas te irán mejor o peor cuando seas adulto?
☐ Peor ☐ Mejor
¿Crees que alguien puede ayudarte?
☐ No ☐ Sí
¿Crees que las cosas mejorarán?
☐ No ☐ Sí
¿Puedes hacer algo al respecto?
☐ No ☐ Sí
¿Con qué frecuencia te sientes así?
INICIO 218. ¿Cuándo empezaste a sentirte así?

Información adicional
SUICIDIO Objetivos de la sección Esta sección tiene una función principal: Evaluar las ideaciones, intenciones y acciones de autolesión o suicidio del encuestado COMPORTAMIENTO SUICIDA Y AUTOLESIVO: ALGUNA VEZ
219. ¿Alguna vez has pensado en la muerte o en morir?
220. ¿Alguna vez has dicho que querías morir?
221. ¿Alguna vez has dicho que no valía la pena vivir?
222. ¿Alguna vez has hecho algo que hiciera pensar a las personas que querías morir?
223. ¿Alguna vez has intentado hacerte daño o suicidarte?
DETECCIÓN DE SUICIDIO: ALGUNA VEZ Esta sección es la parte más sensible y difícil de conversar tanto para el encuestador como para el encuestado. Dar la siguiente indicación: "Vamos a entrar a una sección que puede ser un poco incómoda para ti, no tienes que responder todo si es que no lo deseas, pero realmente apreciaríamos que puedas hacerlo." NOTA: SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA A ALGUNA PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.
DETECCIÓN DE SUICIDIO: ALGUNA VEZ ☐ Ausente ☐ Presente
¿Alguna vez has pensado en la muerte o en morir?
☐ No ☐ Sí
¿Alguna vez has dicho que querías morir?
☐ No ☐ Sí
¿Alguna vez has dicho que no valía la pena vivir?
☐ No ☐ Sí
¿Alguna vez has hecho algo que hiciera pensar a las personas que querías morir?
☐ No ☐ Sí
¿Alguna vez has intentado hacerte daño o suicidarte?
☐ No ☐ Sí

224. ¿Has pensado en la muerte o en morir en los últimos 3 meses?
DETECCIÓN DE SUICIDIO: 3 MESES DETECCIÓN DE SUICIDIO: 3 MESES ☐ No ☐ Sí
¿Has pensado en la muerte o en morir en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Sí
PENSAR SOBRE LA MUERTE 225. ¿Piensas mucho en la muerte o en morir?
226. ¿Piensas mucho en otras personas que han muerto?
¿Cómo los abuelos u otros familiares? (Incluya la discusión sobre "¿Van al cielo?" o "¿Qué pasara cuando me muera?")
227. ¿A veces desearías estar muerto?
228. ¿Deseas morir?
229. ¿En qué piensas?
230. ¿Qué estás haciendo cuando piensas en la muerte o en morir? (explorar actividades)
231. ¿Puedes dejar de pensar en la muerte o en morir?
232. ¿Siempre o sólo a veces?
PENSANDO SOBRE LA MUERTE Pensamientos sobre la muerte y el morir, ya sea que se refieran a sí mismo o a los demás. Incluir pensamientos sobre no poder seguir adelante y que la vida no merece la pena. Para codificar, los pensamientos deben ser intrusivos en al menos dos actividades. CODIFIQUE LOS PENSAMIENTOS SOBRE QUITARSE LA VIDA EN EL APARTADO DE PENSAMIENTOS SUICIDAS (PÁGINA SIGUIENTE).
PENSANDO SOBRE LA MUERTE ☐ Ausente ☐ Presente, pero sin incluir pensamientos de que el encuestado quiera morir. Los pensamientos deben ser intrusivos en al menos 2 actividades y a veces incontrolables ☐ Incluye pensamientos sobre el desear morir del encuestado. Los pensamientos deben ser intrusivos en al menos 2 actividades y a veces incontrolables
¿Piensas mucho en la muerte o en morir?
☐ No ☐ Sí

¿Pienas mucho en otras personas que han muerto? ¿Cómo los abuelos u otros familiares? (Incluya la discusión sobre "¿Van al cielo?" o "¿Qué Pasara cuando me muera?") ☐ No ☐ Sí
¿A veces desearías estar muerto? ☐ No ☐ Sí
¿Deseas morir? ☐ No ☐ Sí
¿En qué piensas?
¿Qué estás haciendo cuando piensas en la muerte o en morir? (explorar actividades)
¿Puedes dejar de pensar en la muerte o en morir? ☐ No ☐ Sí
¿Siempre o sólo a veces? ☐ Solo a veces ☐ Siempre
FRECUENCIA 233. ¿Con qué frecuencia piensas en la muerte o en morir? UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia piensas en la muerte o en morir? (FRECUENCIA)
Información adicional
INICIO 234. ¿Cuánto tiempo llevas pensando así?

Información adicional
PENSAMIENTOS SUICIDAS 235. En los últimos 3 meses, ¿has pensado en suicidarte? 236. ¿Piensas en acabar con todo? 237. ¿Qué piensas sobre eso? 238. ¿Piensas que realmente lo vas a hacer? 239. ¿Qué estás haciendo cuando empiezas a pensar? 240. Cuando piensas en acabar con todo ¿Puedes parar de pensar así por ti mismo? 241. ¿Siempre o sólo a veces? PENSAMIENTOS SUICIDAS Pensamientos específicamente sobre suicidarse, por cualquier medio y con alguna intención de llevarlo a cabo. Esto puede acompañar a los pensamientos sobre la muerte en general, o puede estar presente si el encuestado ha informado de un plan suicida o de un intento anterior. No incluya planes suicidas.
PENSAMIENTOS SUICIDAS ☐ Ausente ☐ A veces hay pensamientos suicidas incontrolables y recurrentes en al menos 2 actividades. ☐ Usualmente hay pensamientos suicidas incontrolables que se entrometen en la mayoría de las actividades En los últimos 3 meses, ¿has pensado en suicidarte? ☐ No ☐ Sí ¿Piensas en acabar con todo? ☐ No ☐ Sí ¿Qué piensas sobre eso?
¿Piensas que realmente lo vas a hacer? ☐ No ☐ Sí ¿Qué estás haciendo cuando empiezas a pensar?

Quando piensas en acabar con todo ¿Puedes parar de pensar así por ti mismo?

☐ No
☐ Sí

¿Siempre o sólo a veces?

☐ Solo a veces
☐ Siempre

FRECUENCIA
242. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto?

UNIDAD DE TIEMPO

UNIDAD DE TIEMPO

☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA
En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha ocurrido esto?

(FRECUENCIA)

Información adicional

INICIO
243. ¿Cuándo fue la primera vez que pensaste en suicidarte?

Información adicional

PLANES SUICIDAS
244. En los últimos 3 meses, ¿has pensado en suicidarte?

245. ¿Has pensado en un plan para hacerlo?

246. ¿En qué consiste?

247. Recientemente, ¿Has hecho algo para prepararte para suicidarte?

248. ¿Cómo almacenar pastillas para tomar?

249. ¿Has pensado en correr hacia el tráfico? (tirarte a las llantas del carro)

250. ¿Crees que realmente podrías hacer alguna de estas cosas?

PLANES SUICIDAS
Pensamientos suicidas que contienen planes de un acto suicida y alguna intención de llevarlos a cabo. Si se ha producido un intento de suicidio, determinar si había un plan antes del intento

PLANES SUICIDAS

☐ Ausente
☐ Un plan específico considerado en más de 1 ocasión, sobre el cual no se ejecutó ninguna acción.
☐ Un plan específico considerado en más de 1 ocasión, con una acción preparatoria ejecutada, por ejemplo, el almacenamiento de pastillas.

En los últimos 3 meses, ¿has pensado en suicidarte?

☐ No
☐ Sí

¿Has pensado en un plan para hacerlo?

☐ No
☐ Sí

¿En qué consiste?

Recientemente, ¿Has hecho algo para prepararte para suicidarte?

☐ No
☐ Sí

¿Cómo almacenar pastillas para tomar?

☐ No
☐ Sí

¿Has pensado en correr hacia el tráfico? (tirarte a las llantas del carro)

☐ No
☐ Sí

¿Crees que realmente podrías hacer alguna de estas cosas?

☐ No
☐ Sí

FRECUENCIA
251. ¿Cuántas veces ha sucedido esto?

UNIDAD DE TIEMPO

UNIDAD DE TIEMPO

☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA ¿Cuántas veces ha sucedido esto?	
(FRECUENCIA) Información adicional	
INICIO 252. ¿Cuándo fue la primera vez que se te ocurrió un plan?	
Información adicional	
INTENTOS DE SUICIDIO: ALGUNA VEZ 253. ¿Alguna vez has intentado realmente suicidarte?	
254. ¿Realmente querías morir?	
255. ¿Qué ocurrió?	
256. ¿Dónde lo hiciste?	
257. ¿Había gente alrededor en ese momento?	
258. ¿Quién te encontró?	
259. ¿Fuieste al hospital?	
INTENTO SUICIDA ALGUNA VEZ Episodios de comportamientos deliberadamente autolesivos que implican alguna intención de morir en el momento del intento. Codifica aquí, sin importar lo improbable que fuera el intento de causar la muerte, siempre que la intención del encuestado fuera morir.	
INTENTO SUICIDA ALGUNA VEZ ☐ No ☐ Sí	
¿Alguna vez has intentado realmente suicidarte?	
☐ No ☐ Sí	
¿Realmente querías morir?	
☐ No ☐ Sí	
¿Qué ocurrió?	

¿Dónde lo hiciste?	
¿Había gente alrededor en ese momento?	
☐ No ☐ Sí	
¿Quién te encontró?	
¿Fuieste al hospital?	
☐ No ☐ Sí	
FECHA DE PRIMER INTENTO 260. ¿Cuándo intentaste suicidarte por primera vez?	
Información adicional	
FECHA DE ÚLTIMO INTENTO 261. ¿Cuándo fue la última vez que intentaste suicidarte?	
Información adicional	
FRECUENCIA 262. ¿Cuántas veces lo has intentado?	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
UNIDAD DE TIEMPO	
FRECUENCIA ¿Cuántas veces lo has intentado?	
(FRECUENCIA) Información adicional	
263. ¿Has intentado suicidarte en los últimos 3 meses?	

_____ INTENTO SUICIDA EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
_____ INTENTO SUICIDA EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES ☐ No ☐ Sí
_____ ¿Has intentado suicidarte en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Sí
_____ 264. ¿Cuántas veces lo has intentado en los últimos 3 meses?
_____ 265. ¿Aún sientes deseos de morir?
_____ 266. ¿Lo volverías a hacer si tuvieras la oportunidad?
_____ 267. ¿Hay algo que puedas hacer para cambiar cómo te sientes?
_____ NÚMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
_____ NÚMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
_____ ¿Cuántas veces lo has intentado en los últimos 3 meses?
_____ ¿Aún sientes deseos de morir? ☐ No ☐ Sí
_____ ¿Lo volverías a hacer si tuvieras la oportunidad? ☐ No ☐ Sí
_____ ¿Hay algo que puedas hacer para cambiar cómo te sientes?

CAPA 10 - TRANSTORNO OPOSICIONISTA/CONDUCTA	
R�cord ID	
ROMPIMIENTO DE REGLAS	
1. �Qu� tan bueno(a) eres para obedecer las reglas?	
2. �Rompes las reglas en casa?	
3. Como, �llevar comida a tu cuarto?	
4. Como, �ver televisi�n antes que termines tu tarea?	
5. �Rompes las reglas en el colegio?	
6. �C�mo hablar en clase?	
7. �O vestirse sin respetar las reglas del colegio?	
8. �Los profesores dicen que eres un alborotador?	
9. �Rompes las reglas en alg�n otro lugar, como la casa de la abuela o la tienda?	
10. �Qu� tipo de reglas rompes?	
11. �Te metes en problemas?	
12. �Qu� sucede cuando se te pide que te detengas?	
13. �Simplemente los ignoras? �O discutes o los desaf�as?	
ROMPIMIENTO DE REGLAS Violaci�n de las reglas vigentes. No incluya infringir las leyes o violar la libertad condicional. Nota: Recuerde obtener ejemplos y descripciones de comportamiento	
ROMPIMIENTO DE REGLAS ☐ Ausente ☐ El/La ni�o(a) rompe las reglas relacionadas con al menos 2 actividades y al menos algunas veces responde a las advertencias por incumplimiento en p�blico. ☐ Se rompen las reglas en la mayor�a de las actividades y el/la ni�o(a) a veces responde a la amonestaci�n Disputando o desafiando la autoridad de la persona que le amonesta.	
�Qu� tan bueno(a) eres para obedecer las reglas?	

�Rompes las reglas en casa?	☐ No ☐ Si
Como, �llevar comida a tu cuarto?	☐ No ☐ Si
Como, �ver televisi�n antes que termines tu tarea?	☐ No ☐ Si
�Rompes las reglas en el colegio?	☐ No ☐ Si
�C�mo hablar en clase?	☐ No ☐ Si
�O vestirse sin respetar las reglas del colegio?	☐ No ☐ Si
�Los profesores dicen que eres un alborotador?	☐ No ☐ Si
�Rompes las reglas en alg�n otro lugar, como la casa de la abuela o la tienda?	☐ No ☐ Si
�Qu� tipo de reglas rompes?	
�Te metes en problemas?	☐ No ☐ Si
�Qu� sucede cuando se te pide que te detengas?	
�Simplemente los ignoras? �O discutes o los desaf�as?	
FRECUENCIA: CASA 14. �Con qu� frecuencia rompes las reglas en casa? UNIDAD DE TIEMPO 	

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia rompes las reglas en casa? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
FRECUENCIA: COLEGIO 15. ¿Con qué frecuencia rompes las reglas en el colegio? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia rompes las reglas en el colegio? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
FRECUENCIA: OTRO LUGAR 16. ¿Con qué frecuencia rompes las reglas en otros lugares, como la casa de la abuela o la tienda? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	

FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia rompes las reglas en otros lugares, como la casa de la abuela o la tienda? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
INICIO 17. ¿Cuándo empezaste a romper las reglas? _____ Información adicional _____	
18. ¿Lo haces solo o con otras personas? _____ 19. ¿Cuántas de estas veces estás con otras personas? SOLO(A)/ ACOMPañADO(A) _____ SOLO(A)/ ACOMPañADO(A) ☐ Solo. ☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo). ☐ Acompañado el 50% o más del tiempo. ¿Lo haces solo o con otras personas? ☐ Solo ☐ Con otras personas ¿Cuántas de estas veces estás con otras personas? _____	
DESOBEDIENCIA 20. ¿Qué sucede cuando tus padres te dicen que hagas cosas y tú no quieres hacerlas? _____ 21. ¿Eres desobediente con tus padres? _____ 22. ¿Eres desobediente con los maestros del colegio? _____ 23. ¿Eres desobediente en otros lugares, como el supermercado o el centro comercial? _____ 25. ¿Los ignoras cuando te dan instrucciones? ¿O discutes o los desafías? _____ 26. ¿Qué pasa? _____ 27. ¿Terminas cumpliendo las instrucciones al final? _____ DESOBEDIENCIA Incumplimiento de instrucciones específicas cuando se dan directamente. _____	

DESOBEDIENCIA ☐ Ausente ☐ La desobediencia ocurre en al menos 2 actividades y el/la niño(a) al menos algunas veces no responde a la amonestación. ☐ La desobediencia ocurre en la mayoría de las actividades, y el/la niño(a) a veces responde a la amonestación disputando o desafiando la autoridad de la persona que le amonesta.	
¿Qué sucede cuando tus padres te dicen que hagas cosas y tú no quieres hacerlas?	_____
¿Eres desobediente con tus padres?	_____
☐ No ☐ Si	_____
¿Eres desobediente con los maestros del colegio?	_____
☐ No ☐ Si	_____
¿Eres desobediente en otros lugares, como el supermercado o el centro comercial?	_____
☐ No ☐ Si	_____
¿Los ignoras cuando te dan instrucciones? ¿O discutes o los desafías?	_____
¿Qué pasa?	_____
¿Terminas cumpliendo las instrucciones al final?	_____
☐ No ☐ Si	_____
FRECUENCIA: CASA 28. ¿Con qué frecuencia has sido desobediente en casa en los últimos 3 meses? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia has sido desobediente en casa en los últimos 3 meses? _____ _____ _____	

Información adicional _____ FRECUENCIA: COLEGIO 29. ¿Con qué frecuencia eres desobediente en el colegio? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia eres desobediente en el colegio? _____ _____ _____	
(FRECUENCIA) Información adicional _____ FRECUENCIA: OTRO LUGAR 30. ¿Con qué frecuencia eres desobediente en otros lugares? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia eres desobediente en otros lugares? _____ _____ _____	
(FRECUENCIA) Información adicional _____ INICIO 31. ¿Cuándo fue la primera vez que fuiste desobediente? _____	

¿Llegas más tarde de lo que deberías?	☐ No ☐ Si
¿Rompes estas reglas a propósito?	☐ No ☐ Si
¿Qué pasa entonces?	_____
¿Te metes en problemas por eso?	☐ No ☐ Si
FRECUENCIA 40. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha sucedido esto?	UNIDAD DE TIEMPO _____ _____
UNIDAD DE TIEMPO	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha sucedido esto?	_____ (FRECUENCIA) Información adicional _____
INICIO 41. ¿Cuándo empezaste a incumplir tu hora de llegada?	_____ Información adicional _____
COMPORTAMIENTO MOLESTOSO	
42. ¿Crees que otras personas se molestan por las cosas que haces?	_____
43. ¿Haces cosas deliberadamente para molestar a otras personas?	_____
44. ¿Cómo qué?	_____

Información adicional	_____
32. ¿Lo haces solo o con otras personas?	33. ¿Cuántas de estas veces estás con otras personas?
SOLO(A)/ ACOMPAÑADO(A)	_____
SOLO(A)/ ACOMPAÑADO(A)	_____
☐ Solo. ☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo). ☐ Acompañado el 50% o más del tiempo.	
¿Lo haces solo o con otras personas?	☐ Solo ☐ Con otras personas
¿Cuántas de estas veces estás con otras personas?	_____
LLEGAR MÁS TARDE DE LO ESTABLECIDO	
34. ¿Tienes reglas sobre la hora de llegada?	_____
35. ¿Qué tan bueno eres para cumplirlas?	_____
36. ¿Llegas más tarde de lo que deberías?	_____
37. ¿Rompes estas reglas a propósito?	_____
38. ¿Qué pasa entonces?	_____
39. ¿Te metes en problemas por eso?	_____
LLEGAR MÁS TARDE DE LO ESTABLECIDO Salir hasta tarde a pesar de las prohibiciones de los padres. No incluya retrasos accidentales causados por circunstancias sobre las cuales el/la encuestado(a) tenía poco o ningún control. No incluya incumplir con permisos de hora de llegada impuestos por periodo de prueba/libertad condicional, que se codifica como Violación de periodo de prueba/libertad condicional.	
LLEGAR MÁS TARDE DE LO ESTABLECIDO	☐ No ☐ Si
¿Tienes reglas sobre la hora de llegada?	☐ No ☐ Si
¿Qué tan bueno eres para cumplirlas?	_____

45. ¿Crees que otras personas se molestan por las cosas que haces para divertirte?	
46. ¿Puedes hablarme de la última vez?	
47. ¿Te detienes cuando te piden que te detengas? ¿Los ignoras, o discutes o los desafías?	
48. ¿Siempre o solo a veces?	
COMPORTAMIENTO MOLESTOSO Facilidad de hacer conductas activas que molestan o enojan a sus compañeros, hermanos y/o adultos. Los comportamientos molestosos ocurren con al menos una persona que NO es un hermano. No es necesario que la intención del niño/de la niña sea molestar, pero los comportamientos obviamente molestarían a su destinatario. No incluya comportamientos molestosos que sean el resultado de actos no intencionales, por ejemplo, la molestia causada por la torpeza o la falta de comprensión de las reglas de los juegos. No incluya comportamientos que se ajusten a las definiciones de incumplimiento de reglas y desobediencia.	
COMPORTAMIENTO MOLESTOSO ☐ Ausente ☐ Los comportamientos molestosos ocurren en al menos 2 actividades y el encuestado al menos algunas veces no responde a la amonestación. ☐ Los comportamientos molestosos ocurren en la mayoría de las actividades y el encuestado a veces responde a la amonestación disputando o desafiando la autoridad de la persona que lo amonesta.	
¿Crees que otras personas se molestan por las cosas que haces?	☐ No ☐ Si
¿Haces cosas deliberadamente para molestar a otras personas?	☐ No ☐ Si
¿Cómo qué?	
¿Crees que otras personas se molestan por las cosas que haces para divertirte?	☐ No ☐ Si
¿Puedes hablarme de la última vez?	
¿Te detienes cuando te piden que te detengas? ¿Los ignoras, o discutes o los desafías?	
¿Siempre o solo a veces?	☐ Sólo a veces ☐ Siempre

FRECUENCIA: CASA 49. ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa? UNIDAD DE TIEMPO 	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa? (FRECUENCIA) Información adicional	
FRECUENCIA: COLEGIO 50. ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? UNIDAD DE TIEMPO 	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? (FRECUENCIA) Información adicional	
FRECUENCIA: OTRO LUGAR 51. ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? UNIDAD DE TIEMPO 	

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? ____ (FRECUENCIA) Información adicional ____
INICIO 52. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? ____ Información adicional ____
53. ¿Sucede esto con tus hermanos? OCURRE CON HERMANOS ____ OCURRE CON HERMANOS ☐ No ☐ Si
¿Sucede esto con tus hermanos? ____ 54. ¿Sucede esto con tus compañeros? OCURRE CON PARES ____ OCURRE CON PARES ☐ No ☐ Si
¿Sucede esto con tus compañeros? ____ 55. ¿Sucede esto con adultos? OCURRE CON ADULTOS ☐ No ☐ Si

¿Sucede esto con adultos? ____ 56. ¿Lo haces solo o con otras personas? ____ 57. ¿Cuántas de estas veces estás con otras personas? ____ SOLO(A)/ ACOMPAÑADO(A) ____ SOLO(A)/ ACOMPAÑADO(A) ☐ Solo. ☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo). ☐ Acompañado el 50% o más del tiempo.
¿Lo haces solo o con otras personas? ☐ Solo ☐ Con otras personas ¿Cuántas de estas veces estás con otras personas? ____
RENCOROSO O VENGATIVO 58. ¿Haces cosas para molestar a otras personas a propósito? ____ 59. ¿O tratar de lastimarlos a propósito? ____ 60. ¿Tratas de meter a otras personas en problemas a propósito? ____ 61. ¿Tratas de "vengarte" o "quedar a mano" con los demás? ____ 62. ¿Qué haces? ____ RENCOROSO O VENGATIVO Rencoroso: El/la niño(a) se involucra en acciones deliberadas destinadas a causar angustia a otra persona. Vengativo: El/la niño(a) ante el fracaso en salirse con la suya, la decepción o los desacuerdos interpersonales con adultos o compañeros responde con intentos deliberados de lastimar al otro o vengarse. Por ejemplo, pellizcar, empujar o intentar meter a la otra persona en problemas. El comportamiento ocurre con al menos una persona que NO es un hermano. No incluya comportamientos codificados como Agresión, Crueldad, Intimidación o Mentira. ____ RENCOROSO O VENGATIVO ☐ Ausente ☐ Presente

¿Haces cosas para molestar a otras personas a propósito? ☐ No ☐ Si
¿O tratar de lastimarlos a propósito? ☐ No ☐ Si
¿Tratas de meter a otras personas en problemas a propósito? ☐ No ☐ Si
¿Tratas de "vengarte" o "quedar a mano" con los demás? ☐ No ☐ Si
¿Qué haces? _____
FRECUENCIA: CASA 63. ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa? _____ _____
(FRECUENCIA) Información adicional _____
FRECUENCIA: COLEGIO 64. ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? _____ _____
(FRECUENCIA) Información adicional _____
FRECUENCIA: OTRO LUGAR 65. ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? _____ _____
(FRECUENCIA) Información adicional _____
INICIO 66. ¿Cuándo empezaste a hacer este tipo de cosas? _____ _____
Información adicional _____
67. ¿Sucede esto con tus hermanos? _____ _____
OCURRE CON HERMANOS _____ _____
OCURRE CON HERMANOS ☐ No ☐ Si
¿Sucede esto con tus hermanos? _____ _____
68. ¿Sucede esto con tus compañeros? _____ _____
OCURRE CON PARES _____ _____

OCURRE CON PARES ☐ No ☐ Si ¿Sucedte esto con tus compañeros?	
69. ¿Sucedte esto con adultos?	
OCURRE CON ADULTOS ☐ No ☐ Si ¿Sucedte esto con adultos?	
DECIR MALAS PALABRAS 70. ¿Dices malas palabras cuando hay adultos cerca?	
71. ¿Te detienes cuando te piden que te detengas?	
72. ¿Siempre o solo a veces?	
DECIR MALAS PALABRAS El uso de malas palabras o lenguaje obsceno no aprobado o apoyado por adultos en cuya presencia se pronuncian. No incluya lisuras o groserías entre compañeros cuando los adultos no estén presentes, o con adultos que sean tolerantes con las palabrotas (es decir, no se opongan a las palabrotas de su hijo).	
DECIR MALAS PALABRAS ☐ Ausente ☐ Dice malas palabras en presencia de adultos, pero por lo general (>50% del tiempo) se detiene cuando se le advierte. ☐ Decir malas palabras en presencia de adultos que no está controlado por amonestación. ¿Dices malas palabras cuando hay adultos cerca? ☐ No ☐ Si	
¿Te detienes cuando te piden que te detengas? ☐ No ☐ Si	
¿Siempre o solo a veces? ☐ Sólo a veces ☐ Siempre	

FRECUENCIA: CASA 73. ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa? (CODIFIQUE EL NÚMERO DE EPISODIOS Y NO EL NÚMERO DE MALAS PALABRAS). UNIDAD DE TIEMPO _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa? (CODIFIQUE EL NÚMERO DE EPISODIOS Y NO EL NÚMERO DE MALAS PALABRAS). (FRECUENCIA) _____ Información adicional _____	
FRECUENCIA: COLEGIO 74. ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? (CODIFIQUE EL NÚMERO DE EPISODIOS Y NO EL NÚMERO DE MALAS PALABRAS). UNIDAD DE TIEMPO _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? (CODIFIQUE EL NÚMERO DE EPISODIOS Y NO EL NÚMERO DE MALAS PALABRAS). (FRECUENCIA) _____ Información adicional _____	
FRECUENCIA: OTRO LUGAR 75. ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? (CODIFIQUE EL NÚMERO DE EPISODIOS Y NO EL NÚMERO DE MALAS PALABRAS). UNIDAD DE TIEMPO _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? (CODIFIQUE EL NÚMERO DE EPISODIOS Y NO EL NÚMERO DE MALAS PALABRAS). (FRECUENCIA) _____ Información adicional _____	
FRECUENCIA: OTRO LUGAR 75. ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? (CODIFIQUE EL NÚMERO DE EPISODIOS Y NO EL NÚMERO DE MALAS PALABRAS). UNIDAD DE TIEMPO _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? (CODIFIQUE EL NÚMERO DE EPISODIOS Y NO EL NÚMERO DE MALAS PALABRAS). _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ INICIO 76. ¿Cuándo empezaste a usar malas palabras delante de los adultos? _____ Información adicional _____
ROBAR: ALGUNA VEZ 77. ¿Alguna vez has robado algo? _____ 78. ¿Cuánto es lo máximo que has robado alguna vez? _____ 79. ¿Cuánto valía eso? _____ VALOR MÁS ALTO DE ARTÍCULOS ROBADOS EN UN SOLO EPISODIO Tomar algo que pertenece a otro con la intención de privar al dueño de su uso. No incluya artículos destinados eventualmente a la distribución general, donde incluirán al encuestado, como comida general del refrigerador o materiales para la escuela. _____ VALOR MÁS ALTO DE ARTÍCULOS ROBADOS EN UN SOLO EPISODIO ☐ No ha robado nada. ☐ Menos de \$/. 5. ☐ \$/. 5 - \$/. 99. ☐ Igual o mayor a \$/. 100. ¿Alguna vez has robado algo? ☐ No ☐ Si ¿Cuánto es lo máximo que has robado alguna vez? _____ ¿Cuánto valía eso? _____

FRECUENCIA 80. ¿Cuántas veces has robado algo? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Cuántas veces has robado algo? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____
ROBAR EN CASA O A FAMILIARES ROBAR EN CASA O A FAMILIARES 81. En los últimos 3 meses, ¿ha robado algo en su casa o a familiares? _____ ROBAR EN CASA O A FAMILIARES Tomar algo que pertenece a otro con la intención de privar al dueño de su uso. No incluya artículos destinados eventualmente a la distribución general, donde incluirán al encuestado, como comida general del refrigerador. _____ ROBAR EN CASA O A FAMILIARES ☐ No ☐ Si En los últimos 3 meses, ¿ha robado algo en su casa o a familiares? ☐ No ☐ Si 82. ¿Qué robaste? (NO INCLUYA COSAS DE USO GENERAL COMO ALIMENTOS DEL REFRIGERADOR). _____ ROBO DE COSAS NO DISPONIBLES PARA USO GENERAL PERO NO DIRIGIDO CONTRA UNA PERSONA EN PARTICULAR _____ ROBO DE COSAS NO DISPONIBLES PARA USO GENERAL PERO NO DIRIGIDO CONTRA UNA PERSONA EN PARTICULAR ☐ No ☐ Si

¿Qué robaste? (NO INCLUYA COSAS DE USO GENERAL COMO ALIMENTOS DEL REFRIGERADOR).	
83. ¿A quién le robaste?	
84. ¿"Elegiste" a alguien en particular para robarle?	
ROBO DIRIGIDO ESPECÍFICAMENTE CONTRA UNA PERSONA O PERSONAS EN PARTICULAR	
ROBO DIRIGIDO ESPECÍFICAMENTE CONTRA UNA PERSONA O PERSONAS EN PARTICULAR	
☐ No ☐ Si	
¿A quién le robaste?	
¿"Elegiste" a alguien en particular para robarle?	
FRECUENCIA	
85. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has robado algo de tu hogar o familia?	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has robado algo de tu hogar o familia?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
INICIO	
86. ¿Cuándo fue la primera vez que robaste algo de casa o de tu familia?	
Información adicional	

ROBAR EN EL COLEGIO	
87. ¿Has robado algo en el colegio en los últimos 3 meses?	
ROBAR EN EL COLEGIO	
Tomar algo que pertenece a otro con la intención de privar al dueño de su uso. No incluye elementos destinados eventualmente a la distribución general, donde incluirán al encuestado, como lápices o borradores.	
ROBAR EN EL COLEGIO	
☐ No ☐ Si	
¿Has robado algo en el colegio en los últimos 3 meses?	
☐ No ☐ Si	
88. ¿Qué robaste? (NO INCLUYA COSAS DE USO GENERAL COMO BORRADORES O LÁPICES DE LA ESCUELA)	
ROBO DE COSAS NO DISPONIBLES PARA USO GENERAL PERO NO DIRIGIDO CONTRA UNA PERSONA EN PARTICULAR	
ROBO DE COSAS NO DISPONIBLES PARA USO GENERAL PERO NO DIRIGIDO CONTRA UNA PERSONA EN PARTICULAR	
☐ No ☐ Si	
¿Qué robaste? (NO INCLUYA COSAS DE USO GENERAL COMO BORRADORES O LÁPICES DE LA ESCUELA).	
89. ¿A quién se lo robaste?	
90. ¿"Elegiste" a alguien en particular para robarle?	
ROBO DIRIGIDO ESPECÍFICAMENTE CONTRA UNA PERSONA O PERSONAS EN PARTICULAR	
ROBO DIRIGIDO ESPECÍFICAMENTE CONTRA UNA PERSONA O PERSONAS EN PARTICULAR	
☐ No ☐ Si	
¿A quién se lo robaste?	
¿"Elegiste" a alguien en particular para robarle?	

FRECUENCIA 91. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has robado algo en el colegio? UNIDAD DE TIEMPO 	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has robado algo en el colegio? (FRECUENCIA) Información adicional 	
INICIO 92. ¿Cuándo fue la primera vez que robaste algo en el colegio? Información adicional 	
ROBAR EN OTRO LUGAR 93. ¿Has robado algo de algún otro lugar en los últimos 3 meses? 94. ¿Como en la tienda, la casa de un amigo o el trabajo? ROBAR EN OTRO LUGAR Tomar algo que pertenece a otro con la intención de privar al dueño de su uso. No incluya elementos destinados eventualmente a la distribución general, donde incluirán al encuestado, como lápices o borradores. 	
ROBAR EN OTRO LUGAR ☐ No ☐ Si	
¿Has robado algo de algún otro lugar en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si ¿Como en la tienda, la casa de un amigo o el trabajo? ☐ No ☐ Si	

95. ¿Qué robaste? (NO INCLUYA COSAS DE USO GENERAL COMO COMIDA DEL REFRIGERADOR). ROBO DE COSAS NO DISPONIBLES PARA USO GENERAL PERO NO DIRIGIDO CONTRA UNA PERSONA EN PARTICULAR 	
ROBO DE COSAS NO DISPONIBLES PARA USO GENERAL PERO NO DIRIGIDO CONTRA UNA PERSONA EN PARTICULAR ☐ No ☐ Si	
¿Qué robaste? (NO INCLUYA COSAS DE USO GENERAL COMO COMIDA DEL REFRIGERADOR). 96. ¿A quién le robaste? 97. ¿"Elegiste" a alguien en particular para robarle? ROBO DIRIGIDO ESPECÍFICAMENTE CONTRA UNA PERSONA O PERSONAS EN PARTICULAR ROBO DIRIGIDO ESPECÍFICAMENTE CONTRA UNA PERSONA O PERSONAS EN PARTICULAR ☐ No ☐ Si ¿A quién le robaste? ¿"Elegiste" a alguien en particular para robarle? 	
FRECUENCIA 98. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has robado algo de otro lugar (como una tienda, casa de amigo o trabajo)? UNIDAD DE TIEMPO 	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	

FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has robado algo de otro lugar (como una tienda, casa de amigo o trabajo)?
(FRECUENCIA) Información adicional
INICIO 99. ¿Cuándo fue la primera vez que robaste algo en otro lugar?
Información adicional
PATRONES DE ROBO ROBO ALGO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES Codifique uno o más de los siguientes escenarios: Robar solo; robar con otra persona; robar en grupo. Hurto en tiendas- Robar, solo o en compañía, de una tienda que está abierta al público. El acto es encubierto y no implica confrontación con el personal de la tienda o miembros del público. El descubrimiento puede provocar un enfrentamiento, pero la intención es evitarlo. CODIFICAR COMO PRESENTE SI SEÑALÓ HABER ROBADO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES Y CONTINUAR.
☐ Ausente ☐ Presente.
100. ¿Estabas solo cuando robaste?
ROBAR SOLO
ROBAR SOLO ☐ Ausente ☐ Presente
¿Estabas solo cuando robaste?
☐ No ☐ Si
101. ¿Estabas con otra persona cuando robaste?
102. ¿Cuántos más estaban contigo cuando robaste?
ROBAR CON OTRO
ROBAR CON OTRO ☐ Ausente ☐ Presente

¿Estabas con otra persona cuando robaste?
☐ No ☐ Si
¿Cuántos más estaban contigo cuando robaste?
103. ¿Estabas con un grupo de personas cuando robaste?
104. ¿Qué porcentaje de tiempo dirías que robas con un grupo de personas?
ROBAR EN GRUPO
ROBAR EN GRUPO ☐ Ausente ☐ Menos del 50% del tiempo. ☐ Más del 50% del tiempo.
¿Estabas con un grupo de personas cuando robaste?
☐ No ☐ Si
¿Qué porcentaje de tiempo dirías que robas con un grupo de personas?
105. ¿Has robado algo de una tienda en los últimos 3 meses?
HURTO
HURTO ☐ Ausente ☐ Presente
¿Has robado algo de una tienda en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
ALLANAMIENTO DE MORADA: ALGUNA VEZ
106. ¿ALGUNA VEZ has entrado a la fuerza o sin permiso a algún lugar?
ALLANAMIENTO DE MORADA: ALGUNA VEZ Entrar a la fuerza a una morada: Incluye una casa, edificio o tienda para robar. Codificar entrar a la fuerza en un carro por separado.
ALLANAMIENTO DE MORADA: ALGUNA VEZ ☐ Ausente ☐ Presente

¿ALGUNA VEZ has entrado a la fuerza o sin permiso a algún lugar?
☐ No ☐ Si
FRECUENCIA
107. ¿Cuántas veces has entrado a la fuerza o sin permiso a algún lugar?
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Cuántas veces has entrado a la fuerza o sin permiso a algún lugar?
(FRECUENCIA)
Información adicional
INICIO
108. ¿Cuándo fue la primera vez que entraste a la fuerza o sin permiso en algún lugar?
Información adicional
109. En los últimos 3 meses, ¿has entrado a la fuerza o sin permiso en algún lugar?
ALLANAMIENTO DE MORADA: 3 MESES
ENTRAR A LA FUERZA: 3 MESES
☐ Ausente ☐ Presente
En los últimos 3 meses, ¿has entrado a la fuerza o sin permiso en algún lugar?
☐ No ☐ Si
ENTRAR A LA FUERZA A UN CARRO: ALGUNA VEZ
110. ¿ALGUNA VEZ has entrado a la fuerza o sin permiso a un carro para robar algo?
ENTRAR A LA FUERZA A UN CARRO: ALGUNA VEZ
Forzar la entrada a un carro para robar algo.

ENTRAR A LA FUERZA A UN CARRO: ALGUNA VEZ
☐ Ausente ☐ Presente
¿ALGUNA VEZ has entrado a la fuerza o sin permiso a un carro para robar algo?
☐ No ☐ Si
FRECUENCIA
111. ¿Cuántas veces has forzado la entrada a un carro para robar algo?
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Cuántas veces has forzado la entrada a un carro para robar algo?
(FRECUENCIA)
Información adicional
INICIO
112. ¿Cuándo fue la primera vez que forzaste la entrada a un carro para robar algo?
Información adicional
113. En los últimos 3 meses, ¿has forzado la entrada a un carro para robar algo?
ENTRAR A LA FUERZA A UN CARRO: 3 MESES
ENTRAR A LA FUERZA A UN CARRO: 3 MESES
☐ Ausente ☐ Presente
En los últimos 3 meses, ¿has forzado la entrada a un carro para robar algo?
☐ No ☐ Si

ROBAR UN VEHÍCULO MOTORIZADO O TOMARLO Y LLEVÁRSELO: ALGUNA VEZ 114. ¿Alguna vez has robado un carro o una moto? 115. ¿ALGUNA VEZ has tomado un carro o una motocicleta para usarla sin permiso? ROBAR UN VEHÍCULO MOTORIZADO O TOMARLO Y LLEVÁRSELO: ALGUNA VEZ Incluye intentos de robo de un vehículo motorizado; también ocasiones en las que el/la encuestado(a) toma y se lleva un carro/motocicleta, incluso si no tiene la intención de robarlo sino de usarlo para sus propios fines de una manera no autorizada (p. ej. Para pasear). ROBAR UN VEHÍCULO MOTORIZADO O TOMARLO Y LLEVÁRSELO: ALGUNA VEZ ☐ Ausente ☐ Presente ¿Alguna vez has robado un carro o una moto? ☐ No ☐ Si ¿ALGUNA VEZ has tomado un carro o una motocicleta para usarla sin permiso? ☐ No ☐ Si FRECUENCIA 116. ¿Cuántas veces has robado un vehículo motorizado o lo has tomado y conducido sin permiso? UNIDAD DE TIEMPO UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Cuántas veces has robado un vehículo motorizado o lo has tomado y conducido sin permiso? (FRECUENCIA) Información adicional INICIO 117. ¿Cuándo fue la primera vez que robaste un carro o lo tomaste y condujiste sin permiso?	
---	--

Información adicional 118. En los últimos 3 meses, ¿has robado un carro o una moto? 119. ¿Has tomado un carro o una moto para usar sin permiso? ROBAR UN VEHÍCULO MOTORIZADO O TOMARLO Y LLEVÁRSELO: 3 MESES ROBAR UN VEHÍCULO MOTORIZADO O TOMARLO Y LLEVÁRSELO: 3 MESES ☐ Ausente ☐ Presente En los últimos 3 meses, ¿has robado un carro o una moto? ☐ No ☐ Si ¿Has tomado un carro o una moto para usar sin permiso? ☐ No ☐ Si ROBO CON CONFRONTACIÓN DE LA VÍCTIMA, PERO SIN VIOLENCIA REAL: ALGUNA VEZ 120. ¿ALGUNA VEZ has amenazado a alguien para que te dé algo? 121. ¿Qué sucedió? ROBO CON CONFRONTACIÓN DE LA VÍCTIMA, PERO SIN VIOLENCIA REAL: ALGUNA VEZ Se confronta directamente a la víctima y se exige dinero o bienes, las amenazas pueden hacerse directa o implícitamente (por ejemplo, mediante la presencia de un arma), pero no se ejerce violencia real. ROBO CON CONFRONTACIÓN DE LA VÍCTIMA, PERO SIN VIOLENCIA REAL: ALGUNA VEZ ☐ Ausente ☐ Presente ¿ALGUNA VEZ has amenazado a alguien para que te dé algo? ☐ No ☐ Si ¿Qué sucedió? FRECUENCIA 122. ¿Cuántas veces has amenazado a alguien para que te dé algo? UNIDAD DE TIEMPO	
--	--

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Cuántas veces has amenazado a alguien para que te dé algo? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____
123. En los últimos 3 meses, ¿has amenazado a alguien para que te diera algo? _____
ROBO CON ENFRENTAMIENTO A LA VÍCTIMA, PERO SIN VIOLENCIA REAL: 3 MESES _____
ROBO CON ENFRENTAMIENTO A LA VÍCTIMA, PERO SIN VIOLENCIA REAL: 3 MESES ☐ Ausente ☐ Presente En los últimos 3 meses, ¿has amenazado a alguien para que te diera algo? ☐ No ☐ Si
ROBO QUE IMPLICA VIOLENCIA REAL: ALGUNA VEZ
124. ¿ALGUNA VEZ asaltaste a alguien? _____
125. ¿Lo lastimaste? _____
126. ¿Qué sucedió? _____
ROBO QUE IMPLICA VIOLENCIA REAL: ALGUNA VEZ La víctima es confrontada directamente o atacada de alguna manera y en realidad tiene lugar alguna acción violenta. Por ejemplo, la víctima puede recibir patadas o puñetazos. _____
ROBO QUE IMPLICA VIOLENCIA REAL: ALGUNA VEZ ☐ Ausente. ☐ Sin daño físico a la víctima. ☐ Alguna lesión física (por ejemplo, ojo morado, cortes).
¿ALGUNA VEZ asaltaste a alguien? ☐ No ☐ Si

¿Lo lastimaste? ☐ No ☐ Si
¿Qué sucedió? _____
FRECUENCIA 127. ¿Cuántas veces has asaltado alguna vez a alguien? UNIDAD DE TIEMPO _____
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Cuántas veces has asaltado alguna vez a alguien? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____
INICIO 128. ¿Cuándo fue la primera vez? _____ Información adicional _____
129. En los últimos 3 meses, ¿has asaltado a alguien? _____
130. ¿Los lastimaste? _____
ROBO CON VIOLENCIA REAL: 3 MESES _____
ROBO CON VIOLENCIA REAL: 3 MESES ☐ Ausente ☐ Sin daño físico a la víctima ☐ Alguna lesión física (por ejemplo, ojo morado, cortes)
En los últimos 3 meses, ¿has asaltado a alguien? ☐ No ☐ Si

¿Los lastimaste? ☐ No ☐ Si
ROBO QUE INVOLUCRE VIOLENCIA CON RESULTADO EN LESIONES GRAVES: ALGUNA VEZ
131. ¿ALGUNA VEZ asaltaste a alguien y le causaste lesiones graves?
ROBO QUE INVOLUCRE VIOLENCIA CON RESULTADO EN LESIONES GRAVES: ALGUNA VEZ Como resultado de la violencia cometida durante el robo, la víctima sufrió fracturas en las extremidades, requirió hospitalización o estuvo inconsciente durante algún periodo.
ROBO QUE INVOLUCRE VIOLENCIA CON RESULTADO EN LESIONES GRAVES: ALGUNA VEZ ☐ Ausente ☐ Presente
¿ALGUNA VEZ asaltaste a alguien y le causaste lesiones graves? ☐ No ☐ Si
FRECUENCIA
132. ¿Cuántas veces has asaltado a alguien y causado lesiones graves?
UNIDAD DE TIEMPO
_____ ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Cuántas veces has asaltado a alguien y causado lesiones graves?
(FRECUENCIA)
Información adicional
_____ INICIO
133. ¿Cuándo fue la primera vez que heriste gravemente a alguien en una situación de asalto?
Información adicional
_____ 134. En los últimos 3 meses, ¿has asaltado a alguien y causado lesiones graves?

ROBO CON VIOLENCIA REAL: 3 MESES
ROBO CON VIOLENCIA REAL: 3 MESES ☐ Ausente ☐ Presente
En los últimos 3 meses, ¿has asaltado a alguien y causado lesiones graves? ☐ No ☐ Si
USO DE ARMA: ALGUNA VEZ
135. ¿Alguna vez has llevado un arma cuando robaste algo?
136. ¿Cuál?
137. ¿La usaste?
USO DE ARMA: ALGUNA VEZ Uso de cualquier artículo que pueda usarse para amenazar o intimidar a una víctima. Incluye portar un arma, incluso si está oculta y no se usa.
USO DE ARMA: ALGUNA VEZ ☐ Ausente ☐ Portó un arma mientras robaba ☐ Arma usada para amenazar a la víctima
¿Alguna vez has llevado un arma cuando robaste algo? ☐ No ☐ Si
¿Cuál?
_____ ¿La usaste? ☐ No ☐ Si
FRECUENCIA
138. ¿Cuántas veces has llevado un arma cuando robaste algo?
UNIDAD DE TIEMPO
_____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total ☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA ¿Cuántas veces has llevado un arma cuando robaste algo? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ _____	
INICIO 139. ¿Cuándo fue la primera vez que llevaste un arma para robar? _____ Información adicional _____ _____	
140. En los últimos 3 meses, ¿has llevado un arma cuando robaste algo? 141. ¿Cuál? _____ 142. ¿La usaste? _____ USO DE ARMA: 3 MESES _____ USO DE ARMA: 3 MESES ☐ Ausente. ☐ Portó un arma mientras robaba. ☐ Arma usada para amenazar a la víctima. En los últimos 3 meses, ¿has llevado un arma cuando robaste algo? ☐ No ☐ Si ¿Cuál? _____ ¿La usaste? ☐ No ☐ Si	
RESULTADO DEL ROBO 143. ¿Te atraparon en los últimos 3 meses? 144. ¿Qué sucedió? _____ 145. ¿Te castigaron? _____ 146. ¿Estuvo involucrada la policía? _____ 147. ¿Qué sucedió? _____	

RESULTADO DEL ROBO SI ES SUSPENDIDO O EXPULSADO DEL COLEGIO POR ROBO, CODIFIQUELO AQUÍ Y EN SUSPENSIÓN ESCOLAR O EXPULSIÓN DEL COLEGIO. SI HAY PARTICIPACIÓN POLICIAL CODIFIQUELA EN CONTACTO CON LA POLICÍA. _____ RESULTADO DEL ROBO ☐ Ausente ☐ Presente ¿Te atraparon en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si ¿Qué sucedió? _____ ¿Te castigaron? ☐ No ☐ Si ¿Estuvo involucrada la policía? ☐ No ☐ Si ¿Qué sucedió? _____ 148. ¿Te han restringido las actividades con tus compañeros? 149. ¿Te han castigado? _____ ACTIVIDADES CON COMPAÑEROS RESTRINGIDAS _____ ACTIVIDADES CON COMPAÑEROS RESTRINGIDAS ☐ Ausente ☐ Presente ¿Te han restringido las actividades con tus compañeros? ☐ No ☐ Si ¿Te han castigado? ☐ No ☐ Si 150. ¿Te han sido restringidas las actividades con los adultos? _____ ACTIVIDADES CON ADULTOS RESTRINGIDAS _____	
--	--

ACTIVIDADES CON ADULTOS RESTRINGIDAS ☐ Ausente ☐ Presente ¿Te han sido restringidas las actividades con los adultos? ☐ No ☐ Si 151. ¿Has sido castigado por tu familia u otras personas? OTROS CASTIGOS DE FAMILIA U OTROS ☐ Ausente ☐ Presente ¿Has sido castigado por tu familia u otras personas? ☐ No ☐ Si 152. ¿Te han prohibido el ingreso a las instalaciones de alguna tienda? ☐ Ausente ☐ Presente 153. ¿Te han suspendido del colegio? 154. ¿Te han expulsado del colegio? 155. ¿Estuvo involucrada la policía? PROHIBIDO DE ENTRAR A INSTALACIONES U ORGANIZACIONES/ SUSPENDIDO O EXPULSADO DEL COLEGIO ☐ Ausente ☐ Presente ¿Te han prohibido el ingreso a las instalaciones de alguna tienda? ☐ No ☐ Si ¿Te han suspendido del colegio? ☐ No ☐ Si ¿Te han expulsado del colegio? ☐ No ☐ Si

¿Estuvo involucrada la policía? ☐ No ☐ Si ENGAÑO - MENTIR 156. ¿Has dicho alguna mentira en los últimos 3 meses? 157. ¿Como cuáles? 158. ¿Dices mentiras para salir de cosas que no quieres hacer? 159. ¿Mientes cuando te atrapan haciendo algo malo? 160. ¿Mientes para salir de problemas? 161. Cuando algo sale mal, por tu culpa, ¿lo admites? 162. ¿Me puedes dar algunos ejemplos? MENTIR Distorsión de la verdad con la intención de engañar a otros. MENTIR ☐ Ausente ☐ Mentiras dichas para ganar o para no asistir al colegio, etc., o para escapar del castigo escolar en al menos 2 actividades que no causen problemas a otros. ¿Has dicho alguna mentira en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si ¿Como cuáles? ¿Dices mentiras para salir de cosas que no quieres hacer? ☐ No ☐ Si ¿Mientes cuando te atrapan haciendo algo malo? ☐ No ☐ Si ¿Mientes para salir de problemas? ☐ No ☐ Si
--

Cuando algo sale mal, por tu culpa, ¿lo admites? ☐ No ☐ Si ¿Me puedes dar algunos ejemplos? _____
FRECUENCIA: CASA 163. ¿Con qué frecuencia mientes en casa? UNIDAD DE TIEMPO _____
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia mientes en casa? (FRECUENCIA) Información adicional _____
FRECUENCIA: COLEGIO 164. ¿Con qué frecuencia mientes en el colegio? UNIDAD DE TIEMPO _____
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia mientes en el colegio? (FRECUENCIA) Información adicional _____
FRECUENCIA: OTRO LUGAR 165. ¿Con qué frecuencia mientes en otro lugar? UNIDAD DE TIEMPO _____

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia mientes en otro lugar? (FRECUENCIA) Información adicional _____
INICIO 166. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? _____ Información adicional _____
167. ¿Mientes cuando estás solo o cuando estás con otras personas? _____ 168. ¿Cuántas de las veces en las que mientes estás con otras personas? SOLO(A)/ ACOMPAÑADO(A) _____
SOLO(A)/ ACOMPAÑADO(A) ☐ Solo ☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo) ☐ Acompañado el 50% o más del tiempo
¿Mientes cuando estás solo o cuando estás con otras personas? ☐ Cuando está solo ☐ Cuando está con otra persona
¿Cuántas de las veces en las que mientes estás con otras personas? _____
CULPAR 169. ¿Mientes si crees que puedes salir del apuro culpando a alguien más? _____ 170. ¿Tus mentiras meten a otros en problemas? _____ 171. ¿Culpas a los demás por las cosas que has hecho mal? _____ 172. ¿Me puedes dar algunos ejemplos? _____ 173. ¿Qué hiciste? _____

CULPAR Atribuir falsamente faltas a otro para evitar reproches o castigos. El comportamiento ocurre con al menos una persona que NO es un hermano. _____ CULPAR ☐ Ausente ☐ Miente en al menos 2 actividades, que dan como resultado que otros sean culpados por los delitos menores del encuestado/ de la encuestada o que se metan en problemas o mentiras que, si se creyeran, tendrían el mismo resultado. ¿Mientes si crees que puedes salir del apuro culpando a alguien más? ☐ No ☐ Si ¿Tus mentiras meten a otros en problemas? ☐ No ☐ Si ¿Culpas a los demás por las cosas que has hecho mal? ☐ No ☐ Si ¿Me puedes dar algunos ejemplos? _____ ¿Qué hiciste? _____ FRECUENCIA: CASA 174. ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ FRECUENCIA: COLEGIO 175. ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ FRECUENCIA: OTRO LUGAR 176. ¿Con qué frecuencia sucede esto en otro lugar? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en otro lugar? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ INICIO 177. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? _____ Información adicional _____ 178. ¿Sucede esto con tus hermanos? _____ OCURRE CON HERMANOS _____ OCURRE CON HERMANOS ☐ No ☐ Si
--

¿Sucediste esto con tus hermanos?
179. ¿Sucediste esto con tus compañeros?
OCURRE CON PARES
OCURRE CON PARES
☐ No
☐ Si
¿Sucediste esto con tus compañeros?
180. ¿Sucediste esto con adultos?
OCURRE CON ADULTOS
OCURRE CON ADULTOS
☐ No
☐ Si
¿Sucediste esto con adultos?
181. ¿Echas la culpa a los demás cuando estás solo o con otras personas?
182. ¿Cuántas de las veces estás con otras personas?
SOLO(A)/ACOMPANADO(A)
SOLO(A)/ACOMPANADO(A)
☐ Solo
☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo)
☐ Acompañado el 50% o más del tiempo
¿Echas la culpa a los demás cuando estás solo o con otras personas?
☐ Solo
☐ Con otras personas
¿Cuántas de las veces estás con otras personas?
ESTAFEA
183. ¿Has intentado estafar a alguien para que te dé algo?
184. ¿Mientes para obtener dinero de alguien?
185. ¿Mientes para que los demás te hagan un favor?

186. Cuéntame sobre eso. ¿Qué pasó?
ESTAFEA
Mentir para obtener bienes o favores con un valor monetario.
ESTAFEA
☐ Ausente
☐ Mentiras simples.
☐ "Estafa" que involucra al menos alguna planificación para desarrollar e implementar un esquema.
¿Has intentado estafar a alguien para que te dé algo?
☐ No
☐ Si
¿Mientes para obtener dinero de alguien?
☐ No
☐ Si
¿Mientes para que los demás te hagan un favor?
☐ No
☐ Si
Cuéntame sobre eso. ¿Qué pasó?
FRECUENCIA
187. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha sucedido esto?
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha sucedido esto?
(FRECUENCIA)
Información adicional
INICIO
188. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?

Información adicional
189. ¿Lo haces solo o con otras personas?
190. ¿Cuántas de esas veces estás con otras personas?
SOLO(A)/ACOMPANADO(A)
SOLO(A)/ACOMPANADO(A)
☐ Solo
☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo)
☐ Acompañado el 50% o más del tiempo
¿Lo haces solo o con otras personas?
☐ Solo
☐ Con otras personas
¿Cuántas de esas veces estás con otras personas?
TRAMPA
191. En los últimos 3 meses, ¿has hecho trampa en pruebas o exámenes?
192. ¿Qué tal en los juegos?
193. ¿Qué hay de copiar la tarea?
194. ¿Has sido atrapado en los últimos 3 meses?
TRAMPA
Intentos de obtener mejores calificaciones en el colegio o mayor éxito en otros entornos por medios injustos.
TRAMPA
☐ Ausente
☐ Hacer trampa en al menos 2 actividades y al menos a veces no responde a las advertencias si lo atrapan.
☐ Hacer trampa puede ocurrir en muchas o en la mayoría de las actividades y casi nunca responde a las advertencias si se detecta.
En los últimos 3 meses, ¿has hecho trampa en pruebas o exámenes?
☐ No
☐ Si
¿Qué tal en los juegos?
☐ No
☐ Si

¿Qué hay de copiar la tarea?
☐ No
☐ Si
¿Has sido atrapado en los últimos 3 meses?
☐ No
☐ Si
FRECUENCIA: CASA
195. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en casa?
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en casa?
(FRECUENCIA)
Información adicional
FRECUENCIA: COLEGIO
196. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en el colegio?
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en el colegio?
(FRECUENCIA)
Información adicional
FRECUENCIA: OTRO LUGAR
197. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en otro lugar?
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en otro lugar? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ INICIO 198. ¿Cuándo empezaste a hacer trampa? _____ Información adicional _____
FALSIFICACIÓN MENOR: ALGUNA VEZ 199. ¿Alguna vez has falsificado la firma de tus padres en algún permiso por enfermedad para el colegio? _____ 200. ¿O has falsificado la firma de tus padres en la agenda/libreta de notas? _____ FALSIFICACIÓN MENOR: ALGUNA VEZ. Imitación deliberada no ilícita de documentos, cartas o firmas para fines propios del encuestado/de la encuestada. Incluye hacer que otros falsifiquen documentos para los propósitos del encuestado/de la encuestada, pero no incluye actos ilegales. _____ FALSIFICACIÓN MENOR: ALGUNA VEZ ☐ Ausente. ☐ Comportamientos que no son ilegales ni que probablemente resulten en una acción policial, como falsificar informes escolares o permisos por enfermedad. ¿Alguna vez has falsificado la firma de tus padres en algún permiso por enfermedad para el colegio? ☐ No ☐ Si ¿O has falsificado la firma de tus padres en la agenda/libreta de notas? ☐ No ☐ Si

FRECUENCIA 201. ¿Cuántas veces has hecho eso? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Cuántas veces has hecho eso? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ INICIO 202. ¿Cuándo fue la primera vez que hiciste esto? _____ Información adicional _____ 203. En los últimos 3 meses, ¿has falsificado la firma de tus padres en algún permiso por enfermedad para el colegio? _____ 204. ¿O has falsificado la firma de tus padres en la agenda/libreta de notas? _____ FALSIFICACIÓN MENOR: 3 MESES _____ FALSIFICACIÓN MENOR: 3 MESES ☐ Ausente ☐ Presente En los últimos 3 meses, ¿has falsificado la firma de tus padres en algún permiso por enfermedad para el colegio? ☐ No ☐ Si ¿O has falsificado la firma de tus padres en la agenda/libreta de notas? ☐ No ☐ Si

FRECUENCIA: CASA 205. ¿Con qué frecuencia has hecho esto en casa? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia has hecho esto en casa? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
FRECUENCIA: COLEGIO 206. ¿Con qué frecuencia has hecho esto en el colegio? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia has hecho esto en el colegio? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
FRECUENCIA: OTRO LUGAR 207. ¿Con qué frecuencia has hecho esto en otro lugar? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	

FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia has hecho esto en otro lugar? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
208. ¿Lo haces solo o con otras personas? _____ 209. ¿Cuántas de esas veces estás con otras personas? _____ SOLO(A)/ ACOMPAÑADO(A) _____ SOLO(A)/ ACOMPAÑADO(A) ☐ Solo ☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo) ☐ Acompañado el 50% o más del tiempo	
¿Lo haces solo o con otras personas? ☐ Solo ☐ Con otras personas ¿Cuántas de esas veces estás con otras personas? _____	
FALSIFICACIÓN MAYOR: ALGUNA VEZ 210. ¿ALGUNA VEZ has falsificado un documento de identidad? _____ 211. ¿O alguna otra cosa? _____ 212. ¿ALGUNA VEZ has conseguido que alguien falsifique algo para ti? _____ 213. ¿De qué se trató? _____ FALSIFICACIÓN MAYOR: ALGUNA VEZ Imitación ilegal deliberada de documentos, cartas o firmas para fines propios del encuestado/de la encuestada. Incluye hacer que otros falsifiquen documentos para los propósitos del encuestado/de la encuestada. Incluir sólo actos ilegales. _____ FALSIFICACIÓN MAYOR: ALGUNA VEZ ☐ Ausente ☐ Presente	

¿ALGUNA VEZ has falsificado un documento de identidad?
☐ No ☐ Si
¿O alguna otra cosa?
☐ No ☐ Si
¿ALGUNA VEZ has conseguido que alguien falsifique algo para ti?
☐ No ☐ Si
¿De qué se trató?
FRECUENCIA 214. ¿Cuántas veces has hecho eso? UNIDAD DE TIEMPO
_____ _____ UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Cuántas veces has hecho eso?
(FRECUENCIA) Información adicional
INICIO 215. ¿Cuándo fue la primera vez?
Información adicional
216. En los últimos 3 meses, ¿has falsificado un documento de identidad?
217. ¿O alguna otra cosa?
218. ¿Has conseguido que alguien más falsifique algo para ti?
219. ¿Qué era?
FALSIFICACIÓN MAYOR: 3 MESES

FALSIFICACIÓN MAYOR: 3 MESES ☐ Ausente ☐ Presente
En los últimos 3 meses, ¿has falsificado un documento de identidad ☐ No ☐ Si
¿O alguna otra cosa? ☐ No ☐ Si
¿Has conseguido que alguien más falsifique algo para ti? ☐ No ☐ Si
¿Qué era? FRECUENCIA: CASA 220. ¿Con qué frecuencia has hecho esto en casa? UNIDAD DE TIEMPO
_____ _____ UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia has hecho esto en casa?
(FRECUENCIA) Información adicional
FRECUENCIA: COLEGIO 221. ¿Con qué frecuencia has hecho esto en el colegio? UNIDAD DE TIEMPO
_____ _____ UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia has hecho esto en el colegio? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____
FRECUENCIA: OTRO LUGAR 222. ¿Con qué frecuencia has hecho esto en otro lugar? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia has hecho esto en otro lugar? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____
223. ¿Lo haces solo o con otras personas? _____ 224. ¿Cuántas de esas veces estás con otras personas? _____ SOLO(A)/ACOMPANADO(A) _____ SOLO(A)/ACOMPANADO(A) ☐ Solo ☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo) ☐ Acompañado el 50% o más del tiempo
¿Lo haces solo o con otras personas? ☐ Solo ☐ Con otras personas
¿Cuántas de esas veces estás con otras personas? _____ _____ ESCAPARSE DE CASA: 3 MESES 225. En los últimos 3 meses, ¿te has escapado de casa? _____ _____

226. ¿Empacaste algo cuando te fuiste? _____ 227. ¿Te has escapado de casa, pasando por lo menos una noche fuera, en los últimos 3 meses? _____ 228. ¿Por qué te escapaste? _____ 229. ¿Llamaron a la policía? _____ 230. ¿Qué sucedió? _____ ESCAPARSE DE CASA: 3 MESES Abandonar el hogar con la intención deliberada de permanecer ausente temporal o permanentemente.
ESCAPARSE DE CASA: 3 MESES ☐ Ausente. ☐ Con la intención de irse temporal o permanentemente de casa, pero regresando antes de pasar la noche fuera. Deberían haber ocurrido algunos preparativos para permitir que el/la encuestado(a) se mantuviera alejado(a), como empacar una maleta, tomar algunas posesiones preciadas o comprar un boleto de ida. ☐ Similar a la anterior alternativa, pero pasa fuera al menos una noche.
En los últimos 3 meses, ¿te has escapado de casa? ☐ No ☐ Si
¿Empacaste algo cuando te fuiste? ☐ No ☐ Si
¿Te has escapado de casa, pasando por lo menos una noche fuera, en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si
¿Por qué te escapaste? _____ ¿Llamaron a la policía? ☐ No ☐ Si
¿Qué sucedió? _____ FRECUENCIA 231. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha sucedido esto? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____

UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha sucedido esto?
(FRECUENCIA)
Información adicional
DURACION
232. ¿Cuánto tiempo te quedaste fuera?
Información adicional
INICIO
233. ¿Cuándo fue la primera vez que te escapaste?
Información adicional
234. ¿Lo haces solo o con otras personas?
235. ¿Cuántas de esas veces estás con otras personas?
SOLO(A) / ACOMPAÑADO(A)
SOLO(A) / ACOMPAÑADO(A)
☐ Solo ☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo) ☐ Acompañado el 50% o más del tiempo
¿Lo haces solo o con otras personas?
☐ Solo ☐ Con otras personas
¿Cuántas de esas veces estás con otras personas?
ESCAPARSE DE CASA Y PASAR FUERA LA NOCHE: ALGUNA VEZ 236. ¿ALGUNA VEZ te has escapado de casa y pasado por lo menos una noche fuera?

237. ¿Dónde te quedaste?
ESCAPAR DE CASA Y PASAR FUERA LA NOCHE Abandonar la vivienda con la intención deliberada de permanecer fuera de forma temporal o permanente durante al menos 1 noche.
ESCAPAR DE CASA Y PASAR FUERA LA NOCHE ☐ Ausente. ☐ Escaparse de casa, pasando una noche fuera.
¿ALGUNA VEZ te has escapado de casa y pasado por lo menos una noche fuera?
☐ No ☐ Si
¿Dónde te quedaste?
FRECUENCIA 238. ¿Cuántas veces te has escapado y pasado la noche fuera de casa? UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Cuántas veces te has escapado y pasado la noche fuera de casa?
(FRECUENCIA) Información adicional
239. ¿Cuánto tiempo te quedaste fuera?
DURACIÓN NÚMERO DE DÍAS
NÚMERO DE DÍAS
¿Cuánto tiempo te quedaste fuera?
INICIO 240. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?

247. ¿Es una pistola?	PISTOLA
	PISTOLA
	☐ Ausente ☐ Presente
¿Es una pistola?	
	☐ No ☐ Si
248. ¿Una escopeta o rifle?	ESCOPEA O RIFLE
	ESCOPEA O RIFLE
	☐ Ausente ☐ Presente
¿Una escopeta o rifle?	
	☐ No ☐ Si
249. ¿Algún otro tipo?	
	OTRAS ARMAS (SEMIAUTOMÁTICAS, AMETRALLADORA, ETCÉTERA)
	OTRAS ARMAS (SEMIAUTOMÁTICAS, AMETRALLADORA, ETCÉTERA)
	☐ Ausente ☐ Presente
¿Algún otro tipo?	
	☐ No ☐ Si
ACTUALMENTE LLEVA UN ARMA	
250. ¿Llevas un arma cuando sales?	
251. ¿Por qué?	
252. ¿Adónde vas con ella?	
253. ¿Usualmente o solo a veces llevas un arma cuando sales?	
	ACTUALMENTE LLEVA UN ARMA

Información adicional
ACCESO A ARMAS
241. ¿Alguien en tu hogar tiene un arma en la casa o en el carro?
242. ¿Tienes tu propia arma?
243. ¿Tienes algún otro acceso a un arma?
244. ¿Está el arma bajo llave?
245. ¿A quién le pertenece?
246. ¿Qué tipo de arma es?
ACCESO A ARMAS
Acceso a armas como pistolas, escopetas, armas semiautomáticas, o ametralladoras.
ACCESO A ARMAS
☐ Ausente ☐ Un miembro de la familia tiene un arma, pero el/la encuestado(a) no tiene acceso porque el arma está bajo llave. ☐ El/La encuestado(a) tiene acceso a un arma que pertenece a un familiar o amigos (barrio o colegio), pero no tiene un arma propia. ☐ El/La encuestado(a) tiene un(as) arma(s) y puede tener acceso a otras armas también.
¿Alguien en tu hogar tiene un arma en la casa o en el carro?
☐ No ☐ Si
¿Tienes tu propia arma?
☐ No ☐ Si
¿Tienes algún otro acceso a un arma?
☐ No ☐ Si
¿Está el arma bajo llave?
☐ No ☐ Si
¿A quién le pertenece?
¿Qué tipo de arma es?

ACTUALMENTE LLEVA UN ARMA ☐ Ausente ☐ A veces lleva un arma.
¿Llevas un arma cuando sales? ☐ No ☐ Si
¿Por qué? _____
¿Adónde vas con ella? _____
¿Usualmente o solo a veces llevas un arma cuando sales? ☐ A veces ☐ Usualmente
LLEVAR UN ARMA AL COLEGIO LLEVAR UN ARMA AL COLEGIO
254. ¿Has llevado un arma contigo al colegio en los últimos 3 meses? _____
255. ¿Usualmente o solo a veces llevas un arma al colegio? _____
LLEVAR UN ARMA AL COLEGIO _____
LLEVAR UN ARMA AL COLEGIO ☐ Ausente ☐ A veces ☐ Usualmente
¿Has llevado un arma contigo al colegio en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si
¿Usualmente o solo a veces llevas un arma al colegio? ☐ A veces ☐ Usualmente
ARMAS - CÓMPlice DE DISPARO: ALGUNA VEZ
256. ¿Alguna vez has estado presente cuando alguien le disparó a alguien? _____
257. ¿Qué sucedió? _____
CÓMPlice DE DISPARO: ALGUNA VEZ _____
CÓMPlice DE DISPARO: ALGUNA VEZ ☐ No ☐ Si

¿Alguna vez has estado presente cuando alguien le disparó a alguien? ☐ No ☐ Si
¿Qué sucedió? _____
258. ¿Has estado presente cuando alguien le disparó a otra persona en los últimos 3 meses? _____
CÓMPlice DE TIRO: 3 MESES _____
CÓMPlice DE TIRO: 3 MESES ☐ No ☐ Si
¿Has estado presente cuando alguien le disparó a otra persona en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si
DISPARAR A OTRA PERSONA: ALGUNA VEZ
259. ¿Alguna vez le has disparado a alguien? _____
260. ¿Realmente le disparaste a otra persona? _____
DISPARAR A OTRA PERSONA: ALGUNA VEZ _____
DISPARAR A OTRA PERSONA: ALGUNA VEZ ☐ No ☐ Si
¿Alguna vez le has disparado a alguien? ☐ No ☐ Si
¿Realmente le disparaste a otra persona? ☐ No ☐ Si
HERIR A OTRO CON UN ARMA: ALGUNA VEZ
261. Cuando le disparaste, ¿le diste? _____
262. ¿Resultó herido? _____
263. ¿Qué le pasó? _____
264. ¿Qué te pasó a ti? _____
HERIR A OTRO CON UN ARMA: ALGUNA VEZ _____

HERIR A OTRO CON UN ARMA: ALGUNA VEZ
☐ No ☐ Si
Cuando le disparaste, ¿le diste?
☐ No ☐ Si
¿Resultó herido?
☐ No ☐ Si
¿Qué le pasó?
¿Qué te pasó a ti?
CUCHILLOS
265. En los últimos 3 meses, ¿has llevado contigo un cuchillo como arma o para protección?
266. ¿Usualmente o a veces llevas un cuchillo para protegerte?
267. ¿Dónde lo llevas?
ACTUALMENTE LLEVA CUCHILLO
☐ No ☐ A veces lleva un cuchillo ☐ Usualmente lleva un cuchillo
En los últimos 3 meses, ¿has llevado contigo un cuchillo como arma o para protección?
☐ No ☐ Si
¿Usualmente o a veces llevas un cuchillo para protegerte?
☐ A veces ☐ Usualmente
¿Dónde lo llevas?
268. ¿Lo has llevado al colegio?
269. ¿Usualmente o a veces llevas un cuchillo al colegio?
LLEVAR EL CUCHILLO AL COLEGIO

LLEVAR EL CUCHILLO AL COLEGIO
☐ No ☐ A veces ☐ Usualmente
¿Lo has llevado al colegio?
☐ No ☐ Si
¿Usualmente o a veces llevas un cuchillo al colegio?
☐ A veces ☐ Usualmente
CUCHILLO USADO EN PELEA O PARA AMENAZAR: ALGUNA VEZ
270. ¿Alguna vez has usado un cuchillo en una pelea o para amenazar a alguien?
271. ¿Qué pasó?
CUCHILLO USADO EN PELEA O PARA AMENAZAR: ALGUNA VEZ
CUCHILLO USADO EN PELEA O PARA AMENAZAR: ALGUNA VEZ
☐ No ☐ Si
¿Alguna vez has usado un cuchillo en una pelea o para amenazar a alguien?
☐ No ☐ Si
¿Qué pasó?
HERIR A OTRO CON UN CUCHILLO: ALGUNA VEZ
272. ¿Alguna vez has herido a alguien con un cuchillo?
273. ¿Qué sucedió?
HERIR A OTRO CON UN CUCHILLO: ALGUNA VEZ
HERIR A OTRO CON UN CUCHILLO: ALGUNA VEZ
☐ No ☐ Si
¿Alguna vez has herido a alguien con un cuchillo?
☐ No ☐ Si
¿Qué sucedió?

OTRAS ARMAS	
274. ¿Has llevado algo más a modo de arma o para protección?	
275. ¿Como un objeto de acero para poner en las manos/nudillos?	
276. ¿O cadenas?	
277. ¿O una pistola de perdigones?	
278. ¿O un palo, pedazo de madera, piedras o ladrillos?	
279. ¿Usualmente o algunas veces has llevado algún otro tipo de arma en los últimos 3 meses?	
280. ¿Dónde la llevas?	
ACTUALMENTE LLEVA OTRA ARMA	
ACTUALMENTE LLEVA OTRA ARMA	
☐ No ☐ A veces lleva otra arma ☐ Usualmente lleva otra arma	
¿Has llevado algo más a modo de arma o para protección?	
☐ No ☐ Si	
¿Como un objeto de acero para poner en las manos/nudillos?	
☐ No ☐ Si	
¿O cadenas?	
☐ No ☐ Si	
¿O una pistola de perdigones?	
☐ No ☐ Si	
¿O un palo, pedazo de madera, piedras o ladrillos?	
☐ No ☐ Si	
¿Usualmente o algunas veces has llevado algún otro tipo de arma en los últimos 3 meses?	
☐ A veces ☐ Usualmente	
¿Dónde la llevas?	

281. ¿La has llevado al colegio?	
282. ¿Usualmente o a veces llevas algún otro tipo de arma a el colegio?	
LLEVAR OTRA ARMA AL COLEGIO	
LLEVAR OTRA ARMA AL COLEGIO	
☐ No ☐ A veces ☐ Usualmente	
¿La has llevado al colegio?	
☐ No ☐ Si	
¿Usualmente o a veces llevas algún otro tipo de arma al colegio?	
☐ A veces ☐ Usualmente	
OTROS EQUIPOS DE DEFENSA PERSONAL	
284. ¿Has llevado contigo algo que te permita defenderte en los últimos 3 meses? Como por ejemplo, gas pimienta, palo de madera o acero o incluso piedras.	
285. ¿Qué era?	
286. ¿Usualmente o algunas veces has llevado contigo algún objeto para tu defensa personal en los últimos 3 meses?	
ACTUALMENTE LLEVA EQUIPOS DE AUTODEFENSA	
ACTUALMENTE LLEVA EQUIPOS DE AUTODEFENSA	
☐ No ☐ A veces lleva otro equipo de defensa personal ☐ Usualmente lleva otro equipo de defensa personal	
¿Has llevado contigo algo que te permita defenderte en los últimos 3 meses? Como por ejemplo, gas pimienta, palo de madera o acero o incluso piedras.	
☐ No ☐ Si	
¿Qué era?	
¿Usualmente o algunas veces has llevado contigo algún objeto para tu defensa personal en los últimos 3 meses?	
☐ A veces ☐ Usualmente	

287. ¿Lo has llevado al colegio?
 288. ¿Siempre o solo a veces?
 LLEVA EQUIPO DE DEFENSA PERSONAL AL COLEGIO
 LLEVA EQUIPO DE DEFENSA PERSONAL AL COLEGIO
☐ No
☐ A veces
☐ Usualmente
 ¿Lo has llevado al colegio?
☐ No
☐ Si
 ¿Siempre o solo a veces?
☐ Sólo a veces
☐ Siempre
PROBLEMAS DE CONDUCTA RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA
PERDER EL CONTROL
 289. ¿Qué tipo de carácter tienes?
 290. ¿Dirías que tu carácter es fuerte, medio o suave?
 291. ¿Qué pasa cuando pierdes el control?
 PERDER EL CONTROL
 Episodios específicos de temperamento que se manifiestan mediante gritos o insultos, pero sin violencia y sin cumplir los criterios de una rabieta. El comportamiento ocurre con al menos una persona que NO es un hermano.
 PERDER EL CONTROL
☐ Ausente
☐ Presente
 ¿Qué tipo de carácter tienes?
 ¿Dirías que tu carácter es fuerte, medio o suave?
 ¿Qué pasa cuando pierdes el control?
 FRECUENCIA: CASA
 292. ¿Con qué frecuencia pierdes el control en casa?
 UNIDAD DE TIEMPO

UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo
 FRECUENCIA
 ¿Con qué frecuencia pierdes el control en casa?
 (FRECUENCIA)
 Información adicional
 FRECUENCIA: COLEGIO
 293. ¿Con qué frecuencia pierdes el control en el colegio?
 UNIDAD DE TIEMPO
 UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo
 FRECUENCIA
 ¿Con qué frecuencia pierdes el control en el colegio?
 (FRECUENCIA)
 Información adicional
 FRECUENCIA: OTRO LUGAR
 294. ¿Con qué frecuencia pierdes el control en otros lugares, como la casa de la abuela o la tienda?
 UNIDAD DE TIEMPO
 UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo
 FRECUENCIA
 ¿Con qué frecuencia pierdes el control en otros lugares, como la casa de la abuela o la tienda?
 (FRECUENCIA)

Información adicional
INICIO
295. ¿Cuándo fue la primera vez que perdiste el control?
Información adicional
296. ¿Sucedte esto con tus hermanos?
OCURRE CON HERMANOS
OCURRE CON HERMANOS
☐ No
☐ Si
¿Sucedte esto con tus hermanos?
297. ¿Sucedte esto con tus compañeros?
OCURRE CON COMPAÑEROS
OCURRE CON COMPAÑEROS
☐ No
☐ Si
¿Sucedte esto con tus compañeros?
298. ¿Sucedte esto con adultos?
OCURRE CON ADULTOS
OCURRE CON ADULTOS
☐ No
☐ Si
¿Sucedte esto con adultos?
BERRINCHES NO DESTRUCTIVOS
299. ¿Qué pasa cuando no consigues lo que quieres o algo te molesta?
300. ¿Haces berrinche?
(SI ES SI, PREGUNTE:)

301. ¿Qué haces?
302. ¿Lloras o gritas?
303. ¿Pataleas con los pies?
304. ¿O das portazos?
305. ¿Pateas o tiras cosas?
306. ¿Te tiras al suelo y luego pataleas?
307. ¿Golpeas o pateas cosas como la mesa o la pared?
BERRINCHES NO DESTRUCTIVOS
Episodios específicos de mal genio, frustración o malestar excesivos, manifestados por gritos, llantos, pisotones o violencia no destructiva dirigida contra la propiedad. El comportamiento ocurre con al menos una persona que NO es un hermano.
BERRINCHES NO DESTRUCTIVOS
☐ Ausente.
☐ Mal genio, malestar, gritos, llanto excesivo o violencia no destructiva dirigida solo contra la propiedad (por ejemplo, pisotear, patear o arrojar objetos, golpear paredes, etc.).
¿Qué pasa cuando no consigues lo que quieres o algo te molesta?
¿Haces berrinche? (SI ES SI, PREGUNTE:)
☐ No
☐ Si
¿Qué haces?
¿Lloras o gritas?
☐ No
☐ Si
¿Pataleas con los pies?
☐ No
☐ Si
¿O das portazos?
☐ No
☐ Si
¿Pateas o tiras cosas?
☐ No
☐ Si

¿Te tiras al suelo y luego patealeas?
☐ No ☐ Si
¿Golpeas o pateas cosas como la mesa o la pared?
☐ No ☐ Si
FRECUENCIA: CASA
308. ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa?
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
UNIDAD DE TIEMPO
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia sucede esto en casa?
(FRECUENCIA)
Información adicional
FRECUENCIA: COLEGIO
309. ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio?
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
UNIDAD DE TIEMPO
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio?
(FRECUENCIA)
Información adicional

FRECUENCIA: OTRO LUGAR
310. ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares, como la casa de la abuela o la tienda?
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
UNIDAD DE TIEMPO
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares, como la casa de la abuela o la tienda?
(FRECUENCIA)
Información adicional
DURACIÓN
311. ¿Cuánto dura?
(HORAS: MINUTOS)
Información adicional
INICIO
312. ¿Cuándo empezó esto?
Información adicional
313. ¿Sucede esto con tus hermanos?
OCURRE CON HERMANOS
OCURRE CON HERMANOS
☐ No ☐ Si
¿Sucede esto con tus hermanos?
314. ¿Sucede esto con tus compañeros?

OCURRE CON COMPAÑEROS	
OCURRE CON COMPAÑEROS	
☐ No	
☐ Si	
¿Sucede esto con tus compañeros?	
315. ¿Sucede esto con adultos?	
OCURRE CON ADULTOS	
OCURRE CON ADULTOS	
☐ No	
☐ Si	
¿Sucede esto con adultos?	
BERRINCHES DESTRUCTIVOS	
316. ¿Has tenido algún berrinche destructivo en el último AÑO (12 meses)?	
317. ¿"Rompes cosas" cuando te enfadas?	
318. ¿Golpeas o pateas a otras personas cuando estás enojado?	
(SI ES SÍ, PREGUNTE:)	
319. ¿Qué has hecho?	
320. ¿Has roto juguetes u otras cosas?	
321. ¿Das puñetazos o patadas que causan agujeros en la pared /puerta?	
322. ¿Pateas o golpeas a los animales cuando estás enojado?	
323. ¿O muerdes a otros?	
324. ¿Te golpeas o te muerdes?	
325. ¿Te golpeas la cabeza?	

BERRINCHES DESTRUCTIVOS	
Episodios específicos de temperamento excesivo, frustración o arrebatos de comportamiento que se manifiestan con gritos, llantos o patadas que terminen en violencia destructiva hacia la propiedad (p. ej., romper juguetes, perforar o patear agujeros en la pared/puerta) o violencia contra los animales, uno mismo u otras personas (ej., golpear, morder, patear, golpear la cabeza). El comportamiento ocurre con al menos una persona que NO es un hermano.	
El daño o la violencia que ocurren durante los berrinches destructivos realizados aquí NO constituyen vandalismo, crueldad hacia los animales ni agresión.	
BERRINCHES DESTRUCTIVOS	
☐ Ausente	
☐ Mal genio excesivo con violencia destructiva hacia la propiedad (p. ej., romper juguetes, perforar con puñetazos o patadas la pared, etc.)	
☐ Mal genio excesivo con violencia contra los animales, contra uno mismo u otros (p. ej., golpear, morder, patear, golpear la cabeza)	
¿Has tenido algún berrinche destructivo en el último AÑO (12 meses)?	
☐ No	
☐ Si	
¿"Rompes cosas" cuando te enfadas?	
☐ No	
☐ Si	
¿Golpeas o pateas a otras personas cuando estás enojado? (SI ES SÍ, PREGUNTE:)	
☐ No	
☐ Si	
¿Qué has hecho?	
¿Has roto juguetes u otras cosas?	
☐ No	
☐ Si	
¿Das puñetazos o patadas que causan agujeros en la pared /puerta?	
☐ No	
☐ Si	
¿Pateas o golpeas a los animales cuando estás enojado?	
☐ No	
☐ Si	
¿O muerdes a otros?	
☐ No	
☐ Si	
¿Te golpeas o te muerdes?	
☐ No	
☐ Si	

¿Te golpeas la cabeza?	☐ No ☐ Si
FRECUENCIA: CASA 326. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en casa?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en casa?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
FRECUENCIA: COLEGIO 327. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en el colegio?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en el colegio?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
FRECUENCIA: OTRO LUGAR 328. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en otros lugares?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en otros lugares?	
(FRECUENCIA)	

UNIDAD DE TIEMPO	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
Información adicional	
DURACIÓN 329. ¿Cuánto dura?	
(HORAS: MINUTOS)	
Información adicional	
INICIO 330. ¿Cuándo empezó esto por primera vez?	
Información adicional	
331. ¿Sucediste esto con tus hermanos?	
OCURRE CON HERMANOS	
OCURRE CON HERMANOS	
☐ No ☐ Si	
¿Sucediste esto con tus hermanos?	
332. ¿Sucediste esto con tus compañeros?	
OCURRE CON COMPAÑEROS	
OCURRE CON COMPAÑEROS	
☐ No ☐ Si	
¿Sucediste esto con tus compañeros?	
333. ¿Sucediste esto con adultos?	
OCURRE CON ADULTOS	

OCURRE CON ADULTOS	
☐ No	
☐ Si	
¿Sucedo esto con adultos?	
VANDALISMO	
334. ¿Has dañado, roto o destrozado algo?	
335. ¿Como propiedad pública?	
336. ¿Has dañado libros escolares o propiedad escolar?	
337. ¿Has escrito o pintado con aerosol en las paredes?	
338. ¿Qué hiciste?	
339. ¿Llegó a involucrarse la policía?	
VANDALISMO	
Daño o destrucción de bienes sin ánimo de lucro. No incluya escritura en los pupitres escolares. Los daños o la violencia que ocurran durante los berrinches destructivos NO constituyen vandalismo.	
VANDALISMO	
☐ Ausente.	
☐ Hacer grafiti, tallar árboles o acciones similares que en realidad no destruyan las funciones de ese objeto.	
☐ Otros actos que impliquen daño o destrucción de bienes.	
¿Has dañado, roto o destrozado algo?	
☐ No	
☐ Si	
¿Como propiedad pública?	
☐ No	
☐ Si	
¿Has dañado libros escolares o propiedad escolar?	
☐ No	
☐ Si	
¿Has escrito o pintado con aerosol en las paredes?	
☐ No	
☐ Si	
¿Qué hiciste?	

¿Llegó a involucrarse la policía?	
☐ No	
☐ Si	
FRECUENCIA: CASA	
340. ¿Con qué frecuencia has hecho esto en casa?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día	
☐ Por semana	
☐ Por mes	
☐ Total (3 meses)	
☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia has hecho esto en casa?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
FRECUENCIA: COLEGIO	
341. ¿Con qué frecuencia has hecho esto en el colegio?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día	
☐ Por semana	
☐ Por mes	
☐ Total (3 meses)	
☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia has hecho esto en el colegio?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
FRECUENCIA: OTRO LUGAR	
342. ¿Con qué frecuencia has hecho esto en otro lugar?	
UNIDAD DE TIEMPO	

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia has hecho esto en otro lugar? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____
343. ¿Destrozaste propiedad pública, como teléfonos, farolas o paredes? _____ DIRIGIDO CONTRA LA PROPIEDAD COMUNITARIA (POR EJEMPLO, TELÉFONOS PÚBLICOS) _____ DIRIGIDO CONTRA LA PROPIEDAD COMUNITARIA (POR EJEMPLO, TELÉFONOS PÚBLICOS) ☐ Ausente. ☐ Presente.
¿Destrozaste propiedad pública, como teléfonos, farolas o paredes? ☐ No ☐ Si
344. ¿Destrozaste o dañaste cosas de personas que NO conocías? _____ DIRIGIDA CONTRA BIENES DE PERSONAS DESCONOCIDAS _____ DIRIGIDA CONTRA BIENES DE PERSONAS DESCONOCIDAS ☐ Ausente. ☐ Presente.
¿Destrozaste o dañaste cosas de personas que NO conocías? ☐ No ☐ Si
345. ¿Destrozaste o dañaste cosas de personas que SI conocías? _____ DIRIGIDA CONTRA BIENES DE PERSONAS CONOCIDAS _____ DIRIGIDA CONTRA BIENES DE PERSONAS CONOCIDAS ☐ Ausente ☐ Presente

¿Destrozaste o dañaste cosas de personas que SI conocías? ☐ No ☐ Si
346. ¿Lo haces solo o con otras personas? _____ 347. ¿Cuántas de esas veces estás con otras personas? _____ SOLO(A)/ACOMPANADO(A) _____ SOLO(A)/ACOMPANADO(A) ☐ Solo ☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo) ☐ Acompañado el 50% o más del tiempo
¿Lo haces solo o con otras personas? ☐ Solo ☐ Con otras personas
¿Cuántas de esas veces estás con otras personas? _____ INICIO 348. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? _____ Información adicional _____
PRENDER FUEGO: ALGUNA VEZ 349. ¿Te gusta jugar con fuego? _____ 350. ¿O quemar cosas? _____ 351. ¿Alguna vez has iniciado un incendio en un lugar sin permiso? _____ 352. ¿Qué pasó? _____ 353. ¿Hubo algún daño por el fuego? _____ 354. ¿Se llamó a la policía o a los bomberos? _____ PRENDER FUEGO: ALGUNA VEZ Provocación de incendios no autorizados. No incluya fósforos individuales encendidos o pedazos de papel. _____

PRENDER FUEGO: ALGUNA VEZ	
☐ Ausente	
☐ Provocación deliberada de incendios no autorizados, pero sin intención de causar daños	
☐ Provocación deliberada de incendios no autorizados con la intención deliberada de causar daños	
¿Te gusta jugar con fuego?	
☐ No	
☐ Si	
¿O quemar cosas?	
☐ No	
☐ Si	
¿Alguna vez has iniciado un incendio en un lugar sin permiso?	
☐ No	
☐ Si	
¿Qué pasó?	
¿Hubo algún daño por el fuego?	
☐ No	
☐ Si	
¿Se llamó a la policía o a los bomberos?	
☐ No	
☐ Si	
FRECUENCIA	
355. ¿Cuántos incendios has iniciado EN TU VIDA?	
Información adicional	
INICIO	
356. ¿Cuándo fue la primera vez que iniciaste un incendio?	
Información adicional	
PRENDER FUEGO: 3 MESES	
357. En los últimos 3 meses, ¿has iniciado algún incendio sin permiso?	
358. ¿Hubo algún daño por el fuego?	
359. ¿Por qué lo hiciste?	
360. ¿El(los) incendio(s) estaba(n) dirigido(s) hacia alguien o algo?	
PRENDER FUEGO: 3 MESES	
Provocación de incendios no autorizados.	
No incluya fósforos individuales encendidos o pedazos de papel.	

PRENDER FUEGO: 3 MESES	
☐ Ausente	
☐ Provocación deliberada de incendios no autorizados, pero sin intención de causar daños	
☐ Provocación deliberada de incendios no autorizados con la intención deliberada de causar daños	
En los últimos 3 meses, ¿has iniciado algún incendio sin permiso?	
☐ No	
☐ Si	
¿Hubo algún daño por el fuego?	
☐ No	
☐ Si	
¿Por qué lo hiciste?	
¿El(los) incendio(s) estaba(n) dirigido(s) hacia alguien o algo?	
FRECUENCIA: CASA	
361. ¿Con qué frecuencia has hecho esto en casa?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día	
☐ Por semana	
☐ Por mes	
☐ Total (3 meses)	
☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia has hecho esto en casa?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
FRECUENCIA: COLEGIO	
362. ¿Con qué frecuencia has hecho esto en el colegio?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día	
☐ Por semana	
☐ Por mes	
☐ Total (3 meses)	
☐ Todo el tiempo	

FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia has hecho esto en el colegio? _____ (FRECUENCIA) Información adicional	
FRECUENCIA: OTRO LUGAR 363. ¿Con qué frecuencia has hecho esto en otro lugar? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia has hecho esto en otro lugar? _____ (FRECUENCIA) Información adicional	
364. ¿Fue(ron) el/los incendio(s) dirigido(s) hacia la propiedad pública, como los bosques o edificios públicos? _____ DIRIGIDO CONTRA LA PROPIEDAD COMUNITARIA (POR EJEMPLO, TELÉFONOS PÚBLICOS) _____ DIRIGIDO CONTRA LA PROPIEDAD COMUNITARIA (POR EJEMPLO, TELÉFONOS PÚBLICOS) ☐ No ☐ Si	
¿Fue(ron) el/los incendio(s) dirigido(s) hacia la propiedad pública, como los bosques o edificios públicos? ☐ No ☐ Si	
365. ¿El(los) incendio(s) estaba(n) dirigido(s) hacia alguien que NO conocías? _____ DIRIGIDA CONTRA BIENES DE PERSONAS DESCONOCIDAS _____ DIRIGIDA CONTRA BIENES DE PERSONAS DESCONOCIDAS ☐ No ☐ Si	

¿El(los) incendio(s) estaba(n) dirigido(s) hacia alguien que NO conocías? ☐ No ☐ Si	
366. ¿El(los) incendio(s) estaba(n) dirigido(s) hacia alguien que SI conocías? _____ DIRIGIDA CONTRA BIENES DE PERSONAS CONOCIDAS _____ DIRIGIDA CONTRA BIENES DE PERSONAS CONOCIDAS ☐ No ☐ Si	
¿El(los) incendio(s) estaba(n) dirigido(s) hacia alguien que SI conocías? ☐ No ☐ Si	
367. ¿Empiezas incendios con otras personas o por tu cuenta? _____ 368. ¿Cuántas de esas veces estabas con otras personas? _____ SOLO(A)/ ACOMPAÑADO(A) _____ SOLO(A)/ ACOMPAÑADO(A) ☐ Solo. ☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo). ☐ Acompañado el 50% o más del tiempo.	
¿Empiezas incendios con otras personas o por tu cuenta? ☐ Solo ☐ Con otras personas	
¿Cuántas de esas veces estabas con otras personas? _____ INICIO 369. ¿En los últimos 3 meses, ¿cuándo empezaste a causar incendios? _____ Información adicional	
VIOLENCIA CONTRA LAS PERSONAS PELEAS: 3 MESES 370. ¿Te has metido en alguna pelea en los últimos 3 meses? _____ 371. ¿Con quién fue? _____ 372. ¿Fue una pelea amistosa? _____	

373. ¿Alguien resultó herido?
374. ¿Qué es lo peor que ha pasado en una pelea en la que hayas estado?
375. ¿Llegó a involucrarse la policía?
PELEAS: 3 MESES Pelears físicas que ambos (o todos los) participantes inician activamente. De lo contrario codifique como Agresión. Si el/la encuestado(a) es víctima de un ataque y contraataca solo para protegerse, no califique aquí ni bajo Agresión.
PELEAS ☐ Peleas Ausentes. ☐ Las peleas no resultan en lesiones físicas para ninguna de las partes. ☐ Cualquiera de los participantes ha sufrido alguna lesión física como resultado (por ejemplo, ojo morado o cortes).
¿Te has metido en alguna pelea en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si
¿Con quién fue?
¿Fue una pelea amistosa? ☐ No ☐ Si
¿Alguien resultó herido? ☐ No ☐ Si
¿Qué es lo peor que ha pasado en una pelea en la que hayas estado?
¿Llegó a involucrarse la policía? ☐ No ☐ Si
FRECUENCIA: CASA 376. ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa? UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa? (FRECUENCIA) Información adicional
FRECUENCIA: COLEGIO 377. ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? (FRECUENCIA) Información adicional
FRECUENCIA: OTRO LUGAR 378. ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? (FRECUENCIA) Información adicional
INICIO 379. ¿Cuándo fue la primera vez que te peleaste?

Información adicional
380. ¿Te metes en peleas solo o acompañado?
381. ¿Cuántas de esas veces has estado con otras personas?
SOLO(A)/ACOMPANADO(A)
SOLO(A)/ACOMPANADO(A)
☐ Solo ☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo) ☐ Acompañado el 50% o más del tiempo
¿Te metes en peleas solo o acompañado?
☐ Solo ☐ Con otras personas
¿Cuántas de esas veces has estado con otras personas?
PELEAS CON RESULTADO EN LESIONES GRAVES: ALGUNA VEZ
382. ¿Alguna vez has estado en una pelea en la que alguien resultó GRAVEMENTE herido?
383. ¿Qué es lo peor que ha pasado en una pelea en la que estuviste?
384. ¿Llegó a involucrarse la policía?
PELEAS CON RESULTADO EN LESIONES GRAVES: ALGUNA VEZ
☐ Ausente ☐ Presente
¿Alguna vez has estado en una pelea en la que alguien resultó GRAVEMENTE herido?
☐ No ☐ Si
¿Qué es lo peor que ha pasado en una pelea en la que estuviste?
¿Llegó a involucrarse la policía?
☐ No ☐ Si
FRECUENCIA
385. ¿En cuántas peleas has estado EN TU VIDA en las que alguien resultó GRAVEMENTE herido?

Información adicional
INICIO
386. ¿Cuándo fue la primera vez que estuviste en una pelea y alguien resultó GRAVEMENTE herido?
Información adicional
387. ¿Has estado en una pelea en la que alguien resultó GRAVEMENTE herido en los últimos 3 meses?
388. ¿Qué es lo peor que ha pasado en alguna pelea en la que hayas estado en los últimos 3 meses?
389. ¿Llegó a involucrarse la policía?
PELEAS CON RESULTADO EN LESIONES GRAVES: 3 MESES
PELEAS CON RESULTADO EN LESIONES GRAVES: 3 MESES
☐ Ausente. ☐ Como resultado de una pelea, el participante sufrió fracturas en las extremidades, requirió hospitalización o estuvo inconsciente durante algún periodo.
¿Has estado en una pelea en la que alguien resultó GRAVEMENTE herido en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
¿Qué es lo peor que ha pasado en alguna pelea en la que hayas estado en los últimos 3 meses?
¿Llegó a involucrarse la policía?
☐ No ☐ Si
PELEAS: USO DE ARMA ALGUNA VEZ
390. ¿Alguna vez has usado un arma durante una pelea?
391. ¿Como un palo, ladrillo, una botella, un cuchillo, una piedra o cualquier otra cosa?
392. ¿Alguien resultó herido?
393. ¿Llegó a involucrarse la policía?
USO DE ARMA DURANTE UNA PELEA ALGUNA VEZ
Peleas físicas en las que ambos (o todos) los participantes utilizan un arma (palo, ladrillo, botella, piedra, cuchillo, pistola, etc.)

USO DE ARMA DURANTE UNA PELEA ALGUNA VEZ	
☐ No	
☐ Si	
¿Alguna vez has usado un arma durante una pelea?	
☐ No	
☐ Si	
¿Como un palo, ladrillo, una botella, un cuchillo, una piedra o cualquier otra cosa?	
☐ No	
☐ Si	
¿Alguien resultó herido?	
☐ No	
☐ Si	
¿Llegó a involucrarse la policía?	
☐ No	
☐ Si	
FRECUENCIA	
394. ¿Cuántas veces has usado un arma en una pelea EN TU VIDA?	
Información adicional	
INICIO	
395. ¿Cuándo fue la primera vez que usaste un arma en una pelea?	
Información adicional	
AGRESIÓN: 3 MESES	
396. En los últimos 3 meses, ¿has lastimado o atacado a alguien que no quería pelear contigo?	
397. ¿Lo lastimaste? Describa	
398. ¿Por qué lo atacaste?	
399. ¿Llegó a involucrarse la policía?	
AGRESIÓN	
Atacar o intentar herir a otro sin la participación deliberada del otro en el contacto. Si el/la encuestado(a) es víctima de un ataque y contraataca solo para protegerse, no califique aquí ni en Pelea. El daño o la violencia que ocurre durante los berrinches destructivos NO constituye una agresión. Nota: Codifique "Alguna vez" si la agresión no ocurrió en los últimos 3 meses.	

AGRESIÓN	
☐ Sin agresión.	
☐ Alguna vez	
☐ Las agresiones no provocaron lesiones físicas a ninguna de las partes.	
☐ La víctima sufrió alguna lesión física como resultado (por ejemplo, ojo morado o cortes)	
En los últimos 3 meses, ¿has lastimado o atacado a alguien que no quería pelear contigo?	
☐ No	
☐ Si	
¿Lo lastimaste? Describa	
¿Por qué lo atacaste?	
¿Llegó a involucrarse la policía?	
☐ No	
☐ Si	
FRECUENCIA: CASA	
400. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en casa?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día	
☐ Por semana	
☐ Por mes	
☐ Total (3 meses)	
☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en casa?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
FRECUENCIA: COLEGIO	
401. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en el colegio?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día	
☐ Por semana	
☐ Por mes	
☐ Total (3 meses)	
☐ Todo el tiempo	

FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en el colegio? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
FRECUENCIA: OTRO LUGAR 402. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en otro lugar? UNIDAD DE TIEMPO _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en otro lugar? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
INICIO 403. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? _____ Información adicional _____	
404. ¿Hiciste esto solo o con otras personas? _____ 405. ¿Cuántas de esas veces has estado con otras personas? _____ SOLO(A) / ACOMPAÑADO(A) _____ SOLO(A) / ACOMPAÑADO(A) ☐ Solo ☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo) ☐ Acompañado el 50% o más del tiempo ¿Hiciste esto solo o con otras personas? ☐ Solo ☐ Con otras personas ¿Cuántas de esas veces has estado con otras personas? _____	

AGRESIÓN CON RESULTADO EN LESIONES GRAVES: ALGUNA VEZ 406. ¿Alguna vez has herido gravemente a alguien que no quería pelear contigo? _____ 407. ¿Cuál fue la lesión? _____ 408. ¿Llegó a involucrarse la policía? _____ AGRESIÓN CON RESULTADO EN LESIONES GRAVES: ALGUNA VEZ Como resultado de una pelea, el participante sufrió fracturas en las extremidades, requirió hospitalización o estuvo inconsciente por algún periodo. El daño o la violencia que ocurren durante los berrinches destructivos NO constituyen una agresión. Tenga en cuenta si las autoridades tomaron alguna medida adicional. _____ AGRESIÓN CON RESULTADO EN LESIONES GRAVES: ALGUNA VEZ ☐ Ausente. ☐ Presente.	
¿Alguna vez has herido gravemente a alguien que no quería pelear contigo? ☐ No ☐ Si ¿Cuál fue la lesión? _____ ¿Llegó a involucrarse la policía? ☐ No ☐ Si FRECUENCIA 409. ¿Cuántas veces has estado involucrado(a) en una agresión en la que alguien resultó gravemente herido? UNIDAD DE TIEMPO _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Cuántas veces has estado involucrado(a) en una agresión en la que alguien resultó gravemente herido? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	

INICIO
410. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?
Información adicional
411. En los últimos 3 meses, ¿has estado involucrado en una agresión en la que alguien resultó GRAVEMENTE herido?
412. ¿Cuál fue la lesión?
AGRESIONES CON RESULTADO EN LESIONES GRAVES: 3 MESES
AGRESIONES CON RESULTADO EN LESIONES GRAVES: 3 MESES
☐ Ninguno. ☐ Como resultado, el participante sufrió fracturas en las extremidades, requirió hospitalización o estuvo inconsciente durante algún período.
En los últimos 3 meses, ¿has estado involucrado en una agresión en la que alguien resultó GRAVEMENTE herido?
☐ No ☐ Si
¿Cuál fue la lesión?
AGRESIÓN: USO DE ARMA ALGUNA VEZ
413. ¿Alguna vez has agredido con un arma a alguien sin que este se defendiera?
414. ¿Como un cuchillo o una piedra?
415. ¿Llegó a involucrarse la policía?
USO DE ARMA: ALGUNA VEZ
Agresión física, ataque o intento de lastimar a otro sin la participación deliberada (intencional) del otro en el contacto usando un arma (bate, botella, piedra, cuchillo, pistola, etc.).
El daño o la violencia que ocurran durante las rabietas destructivas NO constituyen una agresión.
Tenga en cuenta si las autoridades tomaron alguna medida adicional.
USO DE ARMA: ALGUNA VEZ
☐ No ☐ Si
¿Alguna vez has agredido con un arma a alguien sin que este se defendiera?
☐ No ☐ Si

¿Como un cuchillo o una piedra?
☐ No ☐ Si
¿Llegó a involucrarse la policía?
☐ No ☐ Si
FRECUENCIA
416. ¿Cuántas veces has usado un arma para atacar a alguien?
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Cuántas veces has usado un arma para atacar a alguien?
(FRECUENCIA)
Información adicional
INICIO
417. ¿Cuándo fue la primera vez que usaste un arma en un ataque?
Información adicional
CRUELDAD HACIA PERSONAS: 3 MESES
418. ¿Has tratado de lastimar o asustar mucho a alguien?
419. ¿Como a un bebé?
420. ¿Has intentado ahogar a alguien?
421. ¿O cortar o quemar a alguien?
422. ¿Cuál fue la lesión?
CRUELDAD HACIA PERSONAS: 3 MESES
Un ataque que implica infligir deliberadamente dolor o miedo a la víctima más allá del "calor del momento". Incluye golpear, cortar o quemar a una persona inmovilizada, infligir dolor ritualizado y violencia o terror sádico.
Codifique aquí agresiones que impliquen crueldad, y no en la sección de Agresión. Si no está seguro de cuál codificar, codifique en Agresión.

CRUELDAD HACIA PERSONAS: 3 MESES	
☐ Ninguno. ☐ La crueldad no resultó en ningún daño físico a ninguna de las partes. ☐ La víctima sufrió alguna lesión física como resultado (por ejemplo, ojo morado o cortes)	
¿Has tratado de lastimar o asustar mucho a alguien?	☐ No ☐ Si
¿Como a un bebé?	☐ No ☐ Si
¿Has intentado ahogar a alguien?	☐ No ☐ Si
¿O cortar o quemar a alguien?	☐ No ☐ Si
¿Cuál fue la lesión?	
FRECUENCIA: CASA	
423. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en casa?	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en casa?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
FRECUENCIA: COLEGIO	
424. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en el colegio?	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en casa?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	

UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en el colegio?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
FRECUENCIA: OTRO LUGAR	
425. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en otro lugar?	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en otro lugar?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
INICIO	
426. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?	
Información adicional	
427. ¿Haces esto solo o con otras personas?	
428. ¿Cuántas de esas veces has estado con otras personas?	
SOLO(A)/ACOMP AÑADO(A)	
SOLO(A)/ACOMP AÑADO(A)	
☐ Solo. ☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo). ☐ Acompañado el 50% o más del tiempo.	

¿Haces esto solo o con otras personas? ☐ Solo ☐ Con otras personas ¿Cuántas de esas veces has estado con otras personas?
CRUELDAD QUE RESULTA EN LESIONES GRAVES: ALGUNA VEZ 429. ¿Alguna vez has herido gravemente a alguien de esa manera? 430. ¿Qué sucedió? CRUELDAD QUE RESULTA EN LESIONES GRAVES: ALGUNA VEZ Una agresión que implica infligir deliberadamente dolor o miedo a la víctima más allá del "calor del momento". Incluye golpear, cortar o quemar a una persona inmovilizada, infligir dolor como un ritual y violencia o terror sádico. Codifique agresiones que impliquen crueldad aquí, no bajo Agresión. Si no está seguro de cuál codificar, codifique en Agresión.
CRUELDAD QUE RESULTA EN LESIONES GRAVES: ALGUNA VEZ ☐ Ausente ☐ Presente ¿Alguna vez has herido gravemente a alguien de esa manera? ☐ No ☐ Si ¿Qué sucedió? FRECUENCIA 431. ¿Cuántas veces has hecho eso EN TU VIDA? Información adicional INICIO 432. ¿Cuándo fue la primera vez que hiciste eso? Información adicional 433. ¿Has herido gravemente a alguien así en los últimos 3 meses? 434. ¿Qué sucedió? CRUELDAD QUE RESULTA EN LESIONES GRAVES

CRUELDAD QUE RESULTA EN LESIONES GRAVES ☐ Ninguno ☐ Como resultado, el participante sufrió fracturas en las extremidades, requirió hospitalización o estuvo inconsciente durante algún período ¿Has herido gravemente a alguien así en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si ¿Qué sucedió? CRUELDAD: USO DE ARMA ALGUNA VEZ 435. ¿Alguna vez has usado un arma para lastimar intencionalmente a alguien? 436. ¿Qué sucedió? USO DE ARMA: ALGUNA VEZ Usar un arma durante un ataque que implique infligir deliberadamente dolor o miedo a la víctima más allá del "calor del momento". Incluye golpear, cortar o quemar a una persona inmovilizada, infligir dolor como ritual y violencia o terror sádico. Codifique agresiones que impliquen crueldad aquí, no bajo Agresión. Si no está seguro de cuál codificar, codifique en Agresión. USO DE ARMA: ALGUNA VEZ ☐ No ☐ Si ¿Alguna vez has usado un arma para lastimar intencionalmente a alguien? ☐ No ☐ Si ¿Qué sucedió? FRECUENCIA 437. ¿Cuántas veces has hecho eso EN TU VIDA? INICIO 438. ¿Cuándo fue la primera vez que hiciste eso? Información adicional INTIMIDACIÓN: 3 MESES 439. En los últimos 3 meses, ¿has intentado intimidar a alguien amenazándolo? 440. ¿Has obligado a alguien a hacer algo que no quería hacer amenazándolo o lastimándolo?
--

441. ¿Alguna vez te has metido con alguien para fastidiarlo?

442. ¿A quién intimidaste?

443. ¿Qué sucedió?

444. ¿Llego a intervenir la policía?

INTIMIDACIÓN
Intentos de obligar a otro a hacer algo en contra de su voluntad mediante amenazas, violencia o intimidación.
No incluya episodios que cumplan con los criterios de robo que involucren confrontación.
Diferencie de Rencoroso o vengativo, en donde no se incluyen intentos de obligar a alguien a hacer algo en contra de sus deseos.

—

INTIMIDACIÓN
☐ Ausente
☐ Solo usando amenazas
☐ Con violencia real

En los últimos 3 meses, ¿has intentado intimidar a alguien amenazándolo?

☐ No
☐ Si

¿Has obligado a alguien a hacer algo que no quería hacer amenazándolo o lastimándolo?

☐ No
☐ Si

¿Alguna vez te has metido con alguien para fastidiarlo?

☐ No
☐ Si

¿A quién intimidaste?

—

¿Qué sucedió?

—

¿Llego a intervenir la policía?

☐ No
☐ Si

FRECUENCIA: CASA
445. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en casa?

UNIDAD DE TIEMPO
—
—
—

UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en casa?

—

(FRECUENCIA)
Información adicional

—

FRECUENCIA: COLEGIO
446. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en el colegio?

UNIDAD DE TIEMPO
—
—
—

UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en el colegio?

—

(FRECUENCIA)
Información adicional

—

FRECUENCIA: OTRO LUGAR
447. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en otro lugar?

UNIDAD DE TIEMPO
—
—
—

UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo

FRECUCENCIA	
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en otro lugar?	
(FRECUCENCIA)	
Información adicional	
INICIO	
448. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?	
Información adicional	
449. ¿Haces esto solo o con otras personas?	
450. ¿Cuántas de esas veces has estado con otras personas?	
SOLO(A)/ACOMPANADO(A)	
SOLO(A)/ACOMPANADO(A)	
☐ Solo ☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo) ☐ Acompañado el 50% o más del tiempo	
¿Haces esto solo o con otras personas?	
☐ Solo ☐ Con otras personas	
¿Cuántas de esas veces has estado con otras personas?	
INTIMIDACIÓN: USO DE ARMA ALGUNA VEZ	
451. ¿Alguna vez has usado un arma para intimidar a alguien?	
452. ¿Qué sucedió?	
INTIMIDACIÓN: USO DE ARMA ALGUNA VEZ	
☐ No ☐ Si	
¿Alguna vez has usado un arma para intimidar a alguien?	
☐ No ☐ Si	
¿Qué sucedió?	

FRECUCENCIA	
453. ¿Con qué frecuencia has usado un arma para intimidar a alguien EN TU VIDA?	
Información adicional	
INICIO	
454. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?	
Información adicional	
ACTIVIDAD SEXUAL FORZADA: ALGUNA VEZ	
455. ¿Alguna vez has besado o acariciado a alguien que no quería que lo hicieras?	
456. ¿ALGUNA VEZ has hecho que alguien tenga sexo contigo cuando no quería?	
457. ¿Qué sucedió?	
458. ¿Utilizaste algún tipo de violencia contra la persona?	
ACTIVIDAD SEXUAL FORZADA: ALGUNA VEZ	
Participar en actividad sexual sin el consentimiento voluntario de la persona	
ACTIVIDAD SEXUAL FORZADA: ALGUNA VEZ	
☐ Ausente ☐ Solo usando amenazas ☐ Con violencia real	
¿Alguna vez has besado o acariciado a alguien que no quería que lo hicieras?	
☐ No ☐ Si	
¿ALGUNA VEZ has hecho que alguien tenga sexo contigo cuando no quería?	
☐ No ☐ Si	
¿Qué sucedió?	
458. ¿Utilizaste algún tipo de violencia contra la persona?	
☐ No ☐ Si	
FRECUCENCIA	
459. ¿Cuántas veces ha sucedido eso EN TU VIDA?	
Información adicional	

INICIO 460. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió? Información adicional	
ACTIVIDAD SEXUAL POR GANANCIA: ALGUNA VEZ 461. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales con alguien para conseguir algo que querías? 462. ¿Cómo dinero o drogas? ACTIVIDAD SEXUAL POR GANANCIA: ALGUNA VEZ Participar en actividades sexuales para obtener dinero, bienes o drogas	
ALGUNA SEXUAL POR GANANCIA: ALGUNA VEZ ☐ Ausente ☐ Presente ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales con alguien para conseguir algo que querías? ☐ No ☐ Si 462. ¿Cómo dinero o drogas? FRECUENCIA 463. ¿Cuántas veces ha sucedido eso EN TU VIDA? Información adicional	
INICIO 460. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió? Información adicional	
CRUELDAD HACIA LOS ANIMALES: 3 MESES 465. ¿En los últimos 3 meses, ¿has lastimado a algún animal a propósito? 466. ¿Qué sucedió? (Determinar la forma en que lastimó) 467. ¿Has matado a un animal a propósito? 468. ¿Llegó a intervenir la policía)	

CRUELDAD HACIA ANIMALES: 3 MESES Actividades deliberadas que involucren lastimar a los animales. No incluya la caza. El daño o la violencia que ocurren durante los berrinches destructivos NO constituyen crueldad hacia los animales. Codifique en "ALGUNA VEZ" si la agresión no ocurrió en los últimos 3 meses.	
CRUELDAD HACIA ANIMALES: 3 MESES ☐ Ausente ☐ Crueldad definitiva que no resulta en lesiones obvias o permanentes al animal ☐ Actos que resultan en lesiones obvias o permanentes ¿En los últimos 3 meses, ¿has lastimado a algún animal a propósito? ☐ No ☐ Si ¿Qué sucedió? (Determinar la forma en que lastimó) ☐ No ☐ Si ¿Has matado a un animal a propósito? ☐ No ☐ Si ¿Llegó a intervenir la policía) ☐ No ☐ Si FRECUENCIA 469. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en casa? UNIDAD DE TIEMPO UNIDAD DE TIEMPO UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en casa? (FRECUENCIA) Información adicional FRECUENCIA: COLEGIO 470. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en el colegio? UNIDAD DE TIEMPO	

UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día	
☐ Por semana	
☐ Por mes	
☐ Total (3 meses)	
☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en el colegio?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
FRECUENCIA: OTRO LUGAR	
471. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en otro lugar?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día	
☐ Por semana	
☐ Por mes	
☐ Total (3 meses)	
☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en otro lugar?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
INICIO	
472. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?	
Información adicional	
473. ¿Haces esto solo o con otras personas?	
474. ¿Cuántas de esas veces has estado con otras personas?	
SOLO(A) / ACOMPAÑADO(A)	
SOLO(A) / ACOMPAÑADO(A)	
☐ Solo	
☐ A menudo acompañado (25-49% del tiempo)	
☐ Acompañado el 50% o más del tiempo	

¿Haces esto solo o con otras personas?	
☐ Solo	
☐ Con otras personas	
¿Cuántas de esas veces has estado con otras personas?	
CRUELDAD HACIA LOS ANIMALES: ALGUNA VEZ	
475. ¿ALGUNA VEZ lastimaste gravemente a un animal a propósito?	
476. ¿Alguna vez has matado a un animal a propósito?	
477. ¿Qué sucedió?	
CRUELDAD HACIA ANIMALES: ALGUNA VEZ	
Actividades deliberadas que involucren lastimar a los animales y que resulten en lesiones graves o la muerte. No incluya la caza. El daño o la violencia que ocurren durante los berrinches destructivos NO constituyen crueldad hacia los animales.	
CRUELDAD HACIA ANIMALES: ALGUNA VEZ	
☐ Ausente.	
☐ Actos que resultan en lesiones obvias o permanentes.	
¿ALGUNA VEZ lastimaste gravemente a un animal a propósito?	
☐ No	
☐ Si	
¿Alguna vez has matado a un animal a propósito?	
☐ No	
☐ Si	
¿Qué sucedió?	
FRECUENCIA	
478. ¿Cuántas veces has hecho eso EN TU VIDA?	
Información adicional	
INICIO	
479. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?	
Información adicional	
CONTACTO CON LA POLICÍA: ALGUNA VEZ	
480. ¿ALGUNA VEZ has estado involucrado con la policía?	

481. ¿ALGUNA VEZ has tenido problemas con la policía?
482. ¿Qué sucedió?
CONTACTO CON LA POLICÍA: ALGUNA VEZ Cualquier participación de la policía que resulte de elementos registrados en la sección de Trastorno de conducta o cualquier otro comportamiento sospechoso por el cual se podría haber presentado una denuncia. No incluya preguntas simples, como ser interrogado sobre algo que vio el encuestado. No incluya multas por exceso de velocidad, a menos que estén asociadas con la conducción bajo la influencia de alguna sustancia o la conducción imprudente.
CONTACTO CON LA POLICÍA: ALGUNA VEZ ☐ Ausente ☐ Presente
¿ALGUNA VEZ has estado involucrado con la policía?
☐ No ☐ Si
¿ALGUNA VEZ has tenido problemas con la policía?
☐ No ☐ Si
¿Qué sucedió?
INICIO
483. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?
Información adicional
484. En los últimos 3 meses, ¿has tenido algún contacto con la policía?
CONTACTO CON LA POLICÍA: 3 MESES
CONTACTO CON LA POLICÍA: 3 MESES ☐ Ausente ☐ Presente
En los últimos 3 meses, ¿has tenido algún contacto con la policía?
☐ No ☐ Si
DELINCUENCIA
MEDIDAS TOMADAS POR LA POLICÍA: ALGUNA VEZ
485. ¿Cuál fue el resultado del contacto policial?

486. ¿Fuiste interrogado por la policía y luego liberado?
487. ¿Te remitieron a algún lugar para tu supervisión legal o seguimiento?
488. ¿Te acusaron de algún delito?
MEDIDAS TOMADAS POR LA POLICÍA: ALGUNA VEZ Codifique el nivel más grave de contacto con la policía ALGUNA VEZ.
MEDIDAS TOMADAS POR LA POLICÍA: ALGUNA VEZ ☐ Ninguna acción adicional. ☐ Intervención por la policía. ☐ Derivación para supervisión legal o seguimiento. ☐ Acusado.
¿Cuál fue el resultado del contacto policial?
¿Fuiste interrogado por la policía y luego liberado?
¿Te remitieron a algún lugar para tu supervisión legal o seguimiento?
☐ No ☐ Si
¿Te acusaron de algún delito?
☐ No ☐ Si
489. ¿Cuál fue el número total de cargos en tu contra?
NÚMERO TOTAL DE CARGOS
NÚMERO TOTAL DE CARGOS
¿Cuál fue el número total de cargos en tu contra?
INICIO
490. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?
Información adicional
CONducir en estado de INTOXICACIÓN/CONDUCIR BAJO EFECTOS: ALGUNA VEZ
491. ¿Alguna vez has sido acusado de conducir en estado efílico o bajo la influencia de drogas?

CONducir en estado de intoxicación/CONducir bajo influencia de alguna sustancia: ALGUNA VEZ Acusado de conducir en estado de ebriedad o conducir bajo la influencia, ya sea por alcohol o drogas.
CONducir en estado de intoxicación/CONducir bajo influencia de alguna sustancia: ALGUNA VEZ ☐ Ausente ☐ Presente
¿Alguna vez has sido acusado de conducir en estado étílico o bajo la influencia de drogas? ☐ No ☐ Si
492. ¿Cuántas veces te han acusado EN TU VIDA de conducir en estado étílico o bajo la influencia de drogas?
NÚMERO TOTAL DE CARGOS
NÚMERO TOTAL DE CARGOS
¿Cuántas veces te han acusado EN TU VIDA de conducir en estado étílico o bajo la influencia de drogas?
RESULTADO DEL/DE LOS PROCESO(S): ALGUNA VEZ
493. ¿Cuál fue el resultado de tu(s) proceso(s) legal(es)?
RESULTADO DEL PROCESO Si el/la encuestado(a) ha sido acusado alguna vez, codifique el resultado más grave del cargo imputado.
RESULTADO DEL PROCESO ☐ Cargos retirados ☐ No culpable ☐ Libertad condicional/restitución sin supervisión ☐ Servicio comunitario ☐ Orden de intervención sin libertad condicional (privación de libertad en Maranguita u otros centros juveniles) ☐ Detención/Retención ☐ Internamiento en prisión por tribunal superior ☐ Otros (Especificar)
¿Cuál fue el resultado de tu(s) proceso(s) legal(es)?

Otro, especificar
LIBERTAD CONDICIONAL/PRISIÓN SUSPENDIDA: ALGUNA VEZ
494. ¿ALGUNA VEZ te han puesto en prisión suspendida?
495. ¿Por cuánto tiempo fue?
496. ¿Tenías un tutor de orientación asignado por el estado?
497. ¿Tenías que asistir al Servicio de Orientación al Adolescente?
LIBERTAD CONDICIONAL/PRISIÓN SUSPENDIDA: ALGUNA VEZ El niño ha sido puesto en libertad condicional o en prisión suspendida (libertad asistida o restringida). La libertad condicional se obtiene luego de haber ingresado a prisión/centro juvenil, mientras que la prisión restringida es un dictamen inicial que puede ser asistida (máximo 8 meses y con tutor) o restringida (máximo 12 meses y asistencia al Servicio de Orientación al Adolescente).
LIBERTAD CONDICIONAL/PRISIÓN SUSPENDIDA: ALGUNA VEZ ☐ No ☐ Libertad Asistida (prisión suspendida 8 meses). ☐ Libertad Restringida (prisión suspendida 12 meses). ☐ Libertad condicional
¿ALGUNA VEZ te han puesto en prisión suspendida? ☐ No ☐ Si
¿Por cuánto tiempo fue?
¿Tenías un tutor de orientación asignado por el estado? ☐ No ☐ Si
¿Tenías que asistir al Servicio de Orientación al Adolescente? ☐ No ☐ Si
498. ¿ALGUNA VEZ has sido puesto en libertad condicional?
499. ¿Estás actualmente en libertad condicional o prisión suspendida?
500. ¿Tienes actualmente un tutor de orientación asignado por el estado?

501. ¿Tienes actualmente que asistir al Servicio de Orientación al Adolescente?
LIBERTAD CONDICIONAL / PRISIÓN SUSPENDIDA: 3 MESES
LIBERTAD CONDICIONAL / PRISIÓN SUSPENDIDA: 3 MESES
☐ No ☐ Libertad Asistida (prisión suspendida 8 meses). ☐ Libertad Restringida (prisión suspendida 12 meses). ☐ Libertad condicional
¿ALGUNA VEZ has sido puesto en libertad condicional?
☐ No ☐ Si
¿Estás actualmente en libertad condicional o prisión suspendida?
¿Tienes actualmente un tutor de orientación asignado por el estado?
¿Tienes actualmente que asistir al Servicio de Orientación al Adolescente?
VIOLACIONES DE LA LIBERTAD CONDICIONAL/PRISIÓN SUSPENDIDA: ALGUNA VEZ
502. ¿ALGUNA VEZ violó los términos de su libertad condicional/prisión suspendida?
503. ¿Cuál fue la violación?
VIOLACIONES DE LA LIBERTAD CONDICIONAL/PRISIÓN SUSPENDIDA: ALGUNA VEZ
Violación de los términos de la libertad condicional o prisión suspendida. Incluye el abuso de sustancias
VIOLACIONES DE LA LIBERTAD CONDICIONAL/PRISIÓN SUSPENDIDA: ALGUNA VEZ
☐ Ausente ☐ Presente

CAPA 11 - ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES Y RELACIONES	
Récord ID _____	
ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES Y RELACIONES CON LOS COMPAÑEROS OBTENGA UNA MIRADA GENERAL DE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑO. OBTENGA EJEMPLOS DE SENTIMIENTOS Y COMPORTAMIENTO. ANOTE NOMBRES, OBTENGA EL PATRÓN Y LA FRECUENCIA DE LAS RELACIONES CON LOS COMPAÑEROS Y LA DURACIÓN DE LAS AMISTADES. RECUERDE QUE ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER IMPORTANTE PARA EL MÓDULO DE INCAPACIDAD. NO SE ENFOQUE EN LA PATOLOGÍA EN ESTA ETAPA, PERO ASEGÚRESE DE QUE LOS TEMAS EN LAS PREGUNTAS SE CUBRAN SISTEMÁTICAMENTE. SEGURIDAD DEL VECINDARIO	
1. ¿Qué tipo de cosas te gusta hacer en tu tiempo libre?	_____
2. ¿Qué es lo que más te gusta hacer cuando no estás en el colegio?	_____
3. ¿Cómo te llevas con otros chicos/as (niños y adolescentes) en tu barrio?	_____
4. ¿Cómo te llevas con otros adultos en tu barrio?	_____
5. ¿Te sientes seguro en tu barrio?	_____
6. ¿Tienes que restringir tus actividades porque tu barrio no es seguro?	_____
7. Cuéntame cómo es tu barrio.	_____
SEGURIDAD DEL VECINDARIO ☐ El encuestado siente que el vecindario es seguro. ☐ El encuestado siente que el vecindario no es seguro. ☐ Las actividades del encuestado en el vecindario están restringidas debido a la falta de seguridad percibida.	
¿Qué tipo de cosas te gusta hacer en tu tiempo libre?	_____
¿Qué es lo que más te gusta hacer cuando no estás en el colegio?	_____
¿Cómo te llevas con otros chicos/as (niños y adolescentes) en tu barrio?	_____
¿Cómo te llevas con otros adultos en tu barrio?	_____
Te sientes seguro en tu barrio?	☐ No ☐ Si

¿Tienes que restringir tus actividades porque tu barrio no es seguro?	☐ No ☐ Si
Cuéntame cómo es tu barrio	_____
IDONEIDAD DE LA EDAD DE LOS AMIGOS	
8. ¿La mayoría de tus amigos son de tu edad?	_____
9. ¿Son en su mayoría más jóvenes que tú?	_____
10. ¿Por cuántos años más jóvenes?	_____
11. ¿O mayores?	_____
12. ¿Por cuántos años ellos son mayores que tú?	_____
IDONEIDAD DE LA EDAD DE LOS AMIGOS El grado en que los amigos del niño están dentro de los dos años de su propia edad. Los amigos, en este contexto, se refieren a aquellos con quienes el niño pasa el tiempo libre y que no son miembros de la familia.	
IDONEIDAD DE LA EDAD DE LOS AMIGOS ☐ Mayoría de amigos dentro de los 2 años de edad del encuestado. ☐ Mayoría de amigos son 2 o más años mayores que el encuestado. ☐ Mayoría de amigos son 2 o más años menores que el encuestado.	
¿La mayoría de tus amigos son de tu edad?	☐ No ☐ Si
¿Son en su mayoría más jóvenes que tú?	☐ No ☐ Si
¿Por cuántos años más jóvenes?	_____
¿O mayores?	☐ No ☐ Si
¿Por cuántos años ellos son mayores que tú?	_____
FRECUENCIA DE CONTACTO CON LOS COMPAÑEROS	
13. ¿Pasas el rato con algún amigo de tu barrio?	_____
14. ¿Cuántas veces a la semana ves a amigos fuera del colegio?	_____

FRECUENCIA DE CONTACTO CON LOS COMPAÑEROS La frecuencia con la que el niño se reúne con otras personas (presencial o virtual), que no son miembros de la familia, durante su tiempo libre. Los compañeros pueden ser amigos del niño, conocidos o amigos del barrio.	
FRECUENCIA DE CONTACTO CON LOS COMPAÑEROS ☐ Ve al menos a 1 compañero fuera del colegio más de una vez por semana. ☐ Ve al menos a 1 compañero fuera del colegio entre una vez por semana y una vez cada dos semanas. ☐ Ve menos de 1 compañero fuera del colegio en 2 semanas.	
¿Pasas el rato con algún amigo de tu barrio? ☐ No ☐ Si	
¿Cuántas veces a la semana ves a amigos fuera del colegio? _____	
MEJOR AMIGO/A	
15. ¿Tienes un mejor amigo?	
16. ¿Le dices a tu "mejor amigo" cosas que no le dirías a otras personas?	
17. ¿Viene alguna vez a tu casa?	
18. ¿O vas a su casa?	
19. ¿Cuánto tiempo ha sido tu mejor amigo?	
20. ¿Has tenido un mejor amigo en el último año?	
MEJOR AMIGO/A Amistad fuerte, selectiva y exclusiva o semiexclusiva con otra persona, en la que se espera que los mejores amigos hagan cosas juntos, y en la que hay un intercambio preferencial de confidencias. Puede haber 1 o 2 "mejores amigos" en cualquier momento, pero si la amistad involucra a 3 o más compañeros, normalmente no se incluiría como una relación de "mejor amigo".	
MEJOR AMIGO/A ☐ Tiene un mejor amigo en el último año. ☐ Es incierto si tiene un mejor amigo (incluidas 3 o más amistades cercanas descritas como "mejores"). ☐ No ha tenido mejor amigo en el último año.	
¿Tienes un mejor amigo? ☐ No ☐ Si	
¿Le dices a tu "mejor amigo" cosas que no le dirías a otras personas? ☐ No ☐ Si	

¿Viene alguna vez a tu casa? ☐ No ☐ Si	
¿O vas a su casa? ☐ No ☐ Si	
¿Cuánto tiempo ha sido tu mejor amigo? _____	
¿Has tenido un mejor amigo en el último año? ☐ No ☐ Si	
DIFICULTAD PARA HACER O MANTENER AMIGOS	
21. ¿Tienes alguna dificultad para hacer amigos?	
22. ¿Tienes problemas para mantener amigos?	
23. ¿Encuentras que otros chicos/as (niños o adolescentes) no quieren jugar/salir contigo o no te eligen para jugar/salir?	
DIFICULTAD PARA HACER O MANTENER AMIGOS El encuestado tiene dificultad para formar o mantener amistades, lo cual se evidencia al no tener amigos o tener pocos amigos. La dificultad puede deberse al hecho de no poder acercarse a otros niños o adolescentes (retraining) o a relacionarse de manera agresiva con estos (discordia) o ambos. No incluya la preocupación o la ansiedad por las amistades a menos que genere dificultades para hacer o mantener amistades.	
DIFICULTAD PARA HACER O MANTENER AMIGOS ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Tienes alguna dificultad para hacer amigos? ☐ No ☐ Si	
¿Tienes problemas para mantener amigos? ☐ No ☐ Si	
¿Encuentras que otros chicos/as (niños o adolescentes) no quieren jugar/salir contigo o no te eligen para jugar/salir? ☐ No ☐ Si	
24. ¿Crees que eres más tímido que otros chicos/as (niños o adolescentes) de tu edad?	
25. ¿Te acercas a otros chicos/as (niños o adolescentes) para tratar de hacer amigos?	

26. De acuerdo a lo mencionado sobre tu acercamiento a otros chicos/as, ¿has podido mantener amistades por lo menos 3 meses? RETRAIMIENTO _____ RETRAIMIENTO ☐ Ausente ☐ Dificultad para hacer o mantener amigos, pero ha logrado mantener la amistad durante al menos 3 meses desde el inicio. ☐ Como arriba, pero no ha tenido ninguna amistad que dure más de 3 meses desde el inicio. ¿Crees que eres más tímido que otros chicos/as (niños o adolescentes) de tu edad? ☐ No ☐ Si ¿Te acercas a otros chicos/as (niños o adolescentes) para tratar de hacer amigos? ☐ No ☐ Si De acuerdo a lo mencionado sobre tu acercamiento a otros chicos/as, ¿has podido mantener amistades por lo menos 3 meses? ☐ No ☐ Si 27. ¿Tienes discusiones o peleas con amigos u otros chicos/as (niños o adolescentes) que podrían convertirse en amigos? 28. De acuerdo a lo mencionado sobre discusiones o peleas, ¿has podido mantener amistades por lo menos 3 meses? DISCORDIA _____ DISCORDIA ☐ Ausente ☐ Dificultad para hacer o mantener amigos, pero ha logrado mantener la amistad durante al menos 3 meses desde el inicio. ☐ Como arriba, pero no ha tenido ninguna amistad que dure más de 3 meses desde el inicio. ¿Tienes discusiones o peleas con amigos u otros chicos/as (niños o adolescentes) que podrían convertirse en amigos? ☐ No ☐ Si De acuerdo a lo mencionado sobre discusiones o peleas, ¿has podido mantener amistades por lo menos 3 meses? ☐ No ☐ Si	INICIO 29. ¿Cuándo empezaste a tener dificultades para hacer o mantener amigos? _____ Información adicional _____ DISCUSIONES CON LOS COMPAÑEROS 30. ¿Tienes discusiones con otros chicos/as (niños o adolescentes) cuando no estás en el colegio? 31. ¿Con quién discutes? 32. ¿Cuánto tiempo duran estas discusiones? 33. ¿Alguno de ustedes levanta la voz durante la discusión? DISCUSIONES CON LOS COMPAÑEROS Una discusión se define como un desacuerdo, que dura al menos 5 minutos, que resulta en una disputa que involucra voces elevadas, gritos, abuso verbal o agresión física o peleas. _____ DISCUSIONES CON LOS COMPAÑEROS ☐ Ausente ☐ Presente ¿Tienes discusiones con otros chicos/as (niños o adolescentes) cuando no estás en el colegio? ☐ No ☐ Si ¿Con quién discutes? _____ ¿Cuánto tiempo duran estas discusiones? _____ ¿Alguno de ustedes levanta la voz durante la discusión? ☐ No ☐ Si FRECUENCIA 34. En los últimos 3 meses, ¿cuántas discusiones has tenido con otros/as chicos/as (niños o adolescentes) fuera del colegio? UNIDAD DE TIEMPO _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
---	--

FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿cuántas discusiones has tenido con otros/as chicos/as (niños o adolescentes) fuera del colegio? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
INICIO 35. ¿Cuándo fue la primera vez que discutiste con otros/as chicos/as (niños o adolescentes) fuera del colegio? _____ Información adicional _____	
EL ENCUESTADO ES OBJETO DE BURLAS/BULLYING 36. ¿Tus hermanos o amigos se burlan de ti o te hacen bullying (te intimidan)? _____ 37. ¿Otros/as chicos/as (niños o adolescentes) son malos contigo? _____ 38. ¿Te agarran de punto o se la agarran contigo? _____ 39. ¿Se la agarran contigo más que con otros chicos/as? _____ 40. ¿Quién o quiénes lo hacen? _____ 41. ¿Por qué crees que te molestan? _____	
NIÑO ACOSADO O VÍCTIMA DE BULLYING El encuestado es un objeto particular de burla, ataques físicos o amenazas por parte de compañeros o hermanos. _____ NIÑO ACOSADO O VÍCTIMA DE BULLYING ☐ Ausente ☐ El niño es un objeto particular y preferido para intimidación o burlas. Él/ella, al menos en cierta medida, recibe de modo particular este tipo de atención ¿Tus hermanos o amigos se burlan de ti o te hacen bullying (te intimidan)? ☐ No ☐ Si ¿Otros/as chicos/as (niños o adolescentes) son malos contigo? ☐ No ☐ Si ¿Te agarran de punto o se la agarran contigo? ☐ No ☐ Si	

¿Se la agarran contigo más que con otros chicos/as? ☐ No ☐ Si ¿Quién o quiénes lo hacen? _____ ¿Por qué crees que te molestan? _____ FRECUENCIA: CASA 42. ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa? _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ FRECUENCIA: COLEGIO 43. ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ FRECUENCIA: OTRO LUGAR 44. ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? UNIDAD DE TIEMPO _____	
---	--

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? (FRECUENCIA) Información adicional
INICIO 45. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto? Información adicional
EL ENCUESTADO ES OBJETO DE BURLAS/BULLYING A TRAVÉS DE LAS REDES SOCIALES 46. ¿Has sido objeto de burlas o bullying en línea? 47. ¿Alguien te ha enviado correos electrónicos, mensajes de texto o mensajes acosadores o amenazantes por WhatsApp o Messenger? 48. ¿La gente ha estado difundiendo rumores o mentiras sobre ti en Facebook, Instagram, TikTok o Twitter? 49. ¿O a través de mensajes de texto? 50. ¿Alguien ha publicado fotos vergonzosas o editadas de ti en línea? 51. ¿Cuál era el contenido? 52. ¿Cuántos correos electrónicos o mensajes de WhatsApp burlones o intimidatorios has recibido? EL ENCUESTADO ES OBJETO DE BURLAS/BULLYING A TRAVÉS DE LAS REDES SOCIALES El encuestado es objeto de burlas o bullying mediante el uso de "redes sociales": mensajería instantánea (WhatsApp o Messenger), mensajes de texto, Facebook, Instagram, TikTok u otras formas de redes sociales. EL ENCUESTADO ES OBJETO DE BURLAS/BULLYING A TRAVÉS DE LAS REDES SOCIALES ☐ Ausente ☐ El encuestado informa que recibió correos electrónicos o mensajes acosadores o amenazantes. ☐ El encuestado informa que es objeto de burlas por medio de mensajes o imágenes degradantes, escenas, crueles o desagradables que circulan a través de las redes sociales.

¿Has sido objeto de burlas o bullying en línea? ☐ No ☐ Si ¿Alguien te ha enviado correos electrónicos, mensajes de texto o mensajes acosadores o amenazantes por WhatsApp o Messenger? ☐ No ☐ Si ¿La gente ha estado difundiendo rumores o mentiras sobre ti en Facebook, Instagram, TikTok o Twitter? ☐ No ☐ Si ¿O a través de mensajes de texto? ☐ No ☐ Si ¿Alguien ha publicado fotos vergonzosas o editadas de ti en línea? ☐ No ☐ Si ¿Cuál era el contenido? ¿Cuántos correos electrónicos o mensajes de WhatsApp burlones o intimidatorios has recibido? FRECUENCIA 53. ¿Con qué frecuencia la gente ha dicho cosas malas sobre ti en Facebook, Instagram, Twitter, TikTok u otras redes sociales? UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia la gente ha dicho cosas malas sobre ti en Facebook, Instagram, Twitter, TikTok u otras redes sociales? (FRECUENCIA) Información adicional INICIO 54. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió? Información adicional

Información adicional
FALTA DE INTERÉS EN LAS PERSONAS
55. ¿Prefieres hacer las cosas solo o con otras personas?
56. ¿Disfrutas estar con la gente?
57. ¿Qué tan bien encajas con otros chicos/as (niños o adolescentes)?
58. ¿Sueles ser uno más del grupo?
59. ¿Hay alguien con quien te sientas realmente cercano?
60. ¿Tienes una amistad que consideres especial?
61. ¿Te gustaría tener más amigos?
62. ¿Por qué no tienes más amigos?
FALTA DE INTERÉS EN LAS PERSONAS El encuestado tiene una falta generalizada de interés en sus compañeros que no es consecuencia de la ansiedad; no busca un mayor contacto con ellos; y carece de un sentido de cercanía o participación con otras personas.
FALTA DE INTERÉS EN LAS PERSONAS
☐ Ausente ☐ Presente
¿Prefieres hacer las cosas solo o con otras personas?
☐ Solo ☐ Con otras personas
¿Disfrutas estar con la gente?
☐ No ☐ Si
¿Qué tan bien encajas con otros chicos/as (niños o adolescentes)?
¿Sueles ser uno más del grupo?
☐ No ☐ Si
¿Hay alguien con quien te sientas realmente cercano?
☐ No ☐ Si
¿Tienes una amistad que consideres especial?
☐ No ☐ Si

¿Te gustaría tener más amigos?
☐ No ☐ Si
¿Por qué no tienes más amigos?
FALTA DE EMPATÍA/SENSIBILIDAD EMOCIONAL
63. ¿Normalmente puedes darte cuenta cuando otras personas están molestas?
64. ¿Puedes darte cuenta cuándo otras personas están felices?
65. ¿Qué tan bueno eres para entender los sentimientos de otras personas?
66. ¿Puedes entender los sentimientos de tu familia?
67. ¿Tus amigos hablan contigo sobre sus preocupaciones o problemas?
FALTA DE EMPATÍA/SENSIBILIDAD EMOCIONAL Falta de conciencia y sensibilidad hacia los sentimientos de otras personas. Falta de capacidad para detectar los sentimientos de los demás, pero no de disposición o interés en responder a estos. Esta carencia es generalizada y no es específica de ninguna relación en particular.
FALTA DE EMPATÍA/SENSIBILIDAD EMOCIONAL
☐ Ausente ☐ Presente
¿Normalmente puedes darte cuenta cuando otras personas están molestas?
☐ No ☐ Si
¿Puedes darte cuenta cuándo otras personas están felices?
☐ No ☐ Si
¿Qué tan bueno eres para entender los sentimientos de otras personas?
¿Puedes entender los sentimientos de tu familia?
☐ No ☐ Si
¿Tus amigos hablan contigo sobre sus preocupaciones o problemas?
☐ No ☐ Si
ORIENTACIÓN SEXUAL
68. ¿Cuál es tu orientación sexual?

ORIENTACIÓN SEXUAL Atracción sexual y emocional que un individuo siente hacia otro, la cual puede estar basada en su identidad de género y/o sexo.	
ORIENTACIÓN SEXUAL ☐ Heterosexual ☐ Homosexual (gay, lesbiana) ☐ Bisexual ☐ Otros (pansexual, asexual, queer, etc.) ¿Cuál es tu orientación sexual?	
PAREJA 69. ¿Has tenido enamorado/a en los últimos 3 meses? 70. ¿Cuánto tiempo has estado saliendo con él/ella?	
PAREJA Una relación selectiva con una persona que implica actividades conjuntas. La relación no necesita incluir ninguna actividad sexual.	
PAREJA ☐ No ☐ Si ¿Has tenido enamorado/a en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si ¿Cuánto tiempo has estado saliendo con él/ella?	
RELACIONES SEXUALES: ALGUNA VEZ 71. ¿ALGUNA VEZ ha tenido relaciones sexuales? RELACIONES SEXUALES: ALGUNA VEZ	
RELACIONES SEXUALES: ALGUNA VEZ ☐ No ☐ Si ¿ALGUNA VEZ ha tenido relaciones sexuales? ☐ No ☐ Si	
FRECUENCIA 72. ¿Con cuántas personas has tenido sexo ALGUNA VEZ en toda tu vida?	

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con cuántas personas has tenido sexo ALGUNA VEZ en toda tu vida? (FRECUENCIA) Información adicional	
INICIO 73. ¿Cuándo fue la primera vez? Información adicional	
HE ESTADO EMBARAZADA / HE DEJADO EMBARAZADA A UNA CHICA: ALGUNA VEZ 74. ¿ALGUNA VEZ has estado embarazada/dejó embarazada a una chica? HE ESTADO EMBARAZADA / HE DEJADO EMBARAZADA A UNA CHICA: ALGUNA VEZ HE ESTADO EMBARAZADA / HE DEJADO EMBARAZADA A UNA CHICA: ALGUNA VEZ ☐ Ausente ☐ Presente ¿ALGUNA VEZ has estado embarazada/dejó embarazada a una chica? ☐ No ☐ Si FRECUENCIA 75. ¿Cuántas veces ha estado embarazada/dejó embarazada a una chica? Información adicional	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	

FRECUENCIA ¿Cuántas veces ha estado embarazada/dejó embarazada a una chica? _____ (FRECUENCIA)	
Información adicional _____	
INICIO 76. ¿Cuándo fue la primera vez que quedó embarazada/dejó embarazada a una chica? _____	
Información adicional _____	
77. ¿Tienes hijos? _____	
78. ¿Cuántos? _____	
NÚMERO DE HIJOS: CODIFIQUE EL NÚMERO REAL DE HIJOS VIVOS _____	
NÚMERO DE HIJOS: CODIFIQUE EL NÚMERO REAL DE HIJOS VIVOS _____	
¿Tienes hijos? ☐ No ☐ Si	
¿Cuántos? _____	

CAPA 12 - RUMIACIONES OBSESIONES Y COMPULSIONES

Récord ID

RUMIACIONES, OBSESIONES Y COMPULSIONES PENSAMIENTOS OBSESIVOS

1. ¿Tienes pensamientos que se quedan en tu mente de los que no puedes deshacerte?
2. ¿Tienes pensamientos horribles o absurdos que siguen volviendo a tu mente a pesar de que no quieres seguir teniéndolos?
3. ¿Qué tipo de pensamientos son?
4. Estos pensamientos interfieren con otras cosas en las que quieres pensar? ¿En cuántas actividades y cuáles son?
5. ¿Intentas hacer que los pensamientos desaparezcan?
6. ¿Tratas de no pensar en ellos?
7. ¿Puedes evitar que estos pensamientos vuelvan?
8. ¿Siempre o sólo a veces?

PENSAMIENTOS OBSESIVOS

Ideas, pensamientos o imágenes dolorosas, recurrentes y repetitivas que el encuestado experimenta como intrusivas y no deseadas. El encuestado los considera incompatibles con la imagen que tiene de sí mismo como persona, pero no los considera ideas externas.

PENSAMIENTOS OBSESIVOS

- ☐ Ausente
- ☐ Los pensamientos obsesivos son intrusivos en al menos 2 actividades y son incontrolables algunas veces.
- ☐ Los pensamientos obsesivos son intrusivos en la mayoría de las actividades y casi siempre son incontrolables.

¿Tienes pensamientos que se quedan en tu mente de los que no puedes deshacerte?

- ☐ No
- ☐ Si

¿Tienes pensamientos horribles o absurdos que siguen volviendo a tu mente a pesar de que no quieres seguir teniéndolos?

- ☐ No
- ☐ Si

¿Qué tipo de pensamientos son?

Estos pensamientos interfieren con otras cosas en las que quieres pensar? ¿En cuántas actividades y cuáles son?

¿Intentas hacer que los pensamientos desaparezcan?

- ☐ No
- ☐ Si

¿Tratas de no pensar en ellos?

- ☐ No
- ☐ Si

¿Puedes evitar que estos pensamientos vuelvan?

- ☐ No
- ☐ Si

¿Siempre o sólo a veces?

- ☐ Sólo a veces
- ☐ Siempre

FRECUENCIA: CASA

9. ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa?

UNIDAD DE TIEMPO

- ☐ Por día
- ☐ Por semana
- ☐ Por mes
- ☐ Total (3 meses)
- ☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA

¿Con qué frecuencia sucede esto en casa?

(FRECUENCIA)

Información adicional

FRECUENCIA: COLEGIO

10. ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio?

UNIDAD DE TIEMPO

- ☐ Por día
- ☐ Por semana
- ☐ Por mes
- ☐ Total (3 meses)
- ☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
FRECUENCIA: OTRO LUGAR 11. ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
DURACION 12. ¿Cuánto duran estos pensamientos? _____ (HORAS: MINUTOS) Información adicional _____	
INICIO 13. ¿Cuándo comenzaron? _____ Información adicional _____	
14. ¿Intentas hacer que los pensamientos desaparezcan? _____ 15. ¿Tratas de resistirte a tener estos pensamientos? _____ ¿Siempre o solo a veces? _____ 16. ¿Funciona? _____	
LA RESISTENCIA NO CUMPLE LOS CRITERIOS PARA LOS RITUALES OBSESIVOS _____	

LA RESISTENCIA NO CUMPLE LOS CRITERIOS PARA LOS RITUALES OBSESIVOS ☐ Ausente ☐ El encuestado trata de resistirse a pensar el pensamiento obsesivo algunas veces. ☐ El encuestado usualmente intenta resistirse a pensamientos obsesivos. ¿Intentas hacer que los pensamientos desaparezcan? ☐ No ☐ Si ¿Tratas de resistirte a tener estos pensamientos? ☐ No ☐ Si ¿Siempre o solo a veces? ☐ Sólo a veces ☐ Siempre ¿Funciona? ☐ No ☐ Si	
RITUALES OBSESIVOS 17. ¿Tienes algo específico en lo que piensas para deshacerte de los pensamientos feos en tu mente? _____ 18. ¿Tienes que enumerar las cosas una y otra vez? _____ 19. ¿Te sientes obligado a pensar de una manera diferente? _____ 20. ¿Te sientes incómodo si no puedes pensar estos pensamientos correctamente? _____ 21. ¿Puedes hacer que los pensamientos desaparezcan? _____ 22. ¿Interfieren con otras cosas en las que quieres pensar? ¿En cuántas actividades y cuáles son? _____ 23. ¿Qué te hace tener que pensar así? _____ 24. ¿Tratas de no pensar así? _____ 25. ¿Funciona? _____ 26. ¿Siempre o sólo a veces? _____	
RITUALES OBSESIVOS Ideas, pensamientos, imágenes o rituales mentales recurrentes y repetitivos que se llevan a cabo para reducir o extinguir el malestar mental generado por los pensamientos obsesivos. El ritual es realizado a pesar de ser considerado excesivo, irracional, sin sentido o absurdo. Ocasionalmente, se pueden realizar rituales mentales, pero el encuestado no puede o no quiere describir pensamientos obsesivos claros. Dichos rituales mentales pueden codificarse como Rituales Obsesivos siempre que cumplan con los otros criterios para un Ritual Obsesivo (párrafo anterior). _____	

RITUALES OBSESIVOS ☐ Ausente ☐ Los rituales obsesivos son intrusivos e incontrolables, en al menos 2 actividades, al menos algunas veces. ☐ Los rituales obsesivos son intrusivos en la mayoría de las actividades y casi siempre son incontrolables.	
¿Tienes algo específico en lo que piensas para deshacerte de los pensamientos feos en tu mente? ☐ No ☐ Si	
¿Tienes que enumerar las cosas una y otra vez? ☐ No ☐ Si	
¿Tienes pensamientos sobre tener que pensar de otra manera? ☐ No ☐ Si	
¿Te sientes incómodo si no puedes pensar estos pensamientos correctamente? ☐ No ☐ Si	
¿Puedes hacer que los pensamientos desaparezcan? ☐ No ☐ Si	
¿Interfieren con otras cosas en las que quieres pensar? ¿En cuántas actividades y cuáles son? _____ _____	
¿Qué te hace tener que pensar así? _____ _____	
¿Tratas de no pensar así? ☐ No ☐ Si	
¿Funciona? ☐ No ☐ Si	
¿Siempre o sólo a veces? ☐ Sólo a veces ☐ Siempre	
FRECUENCIA 27. ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa? _____ _____	

UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
FRECUENCIA 28. ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____	
FRECUENCIA 29. ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares? _____ (FRECUENCIA)	

Información adicional 	
DURACION 30. ¿Cuánto duran estos pensamientos? (HORAS: MINUTOS) Información adicional 	
INICIO 31. ¿Cuándo comenzaron? Información adicional 	
COMPULSIONES	
32. ¿Tienes que comprobar las cosas más que otras personas? 33. ¿Hay algunas cosas que sientes que tienes que hacer? 34. ¿Como tocar las cosas de cierta manera? 35. ¿O lavar una y otra vez? 36. ¿Pasas mucho tiempo en la limpieza personal incluso cuando estás limpio? 37. ¿Pasas mucho tiempo poniendo las cosas en un orden especial? 38. ¿O arreglando las cosas para que estén bien? 39. ¿Tienes alguna rutina o ritual que tienes que hacer? 40. ¿Te preocupa la suciedad o los gérmenes? 41. ¿Qué haces al respecto? 42. ¿Te sientes incómodo si no haces "el acto" correctamente? 43. ¿Qué temes que pase? 44. ¿Interfiere en tus actividades? ¿En cuántas y cuáles? 	
COMPULSIONES Actos repetitivos e intencionales asociados con una sensación de compulsión que surge dentro del encuestado y no forzado por ningún poder o agencia externa, realizados a pesar de que se consideraran excesivos, poco razonables, sin sentido o absurdos.	

COMPULSIONES ☐ Ausente ☐ Las compulsiones son intrusivas en al menos 2 actividades y al menos a veces son incontrolables. ☐ Las compulsiones son intrusivas en la mayoría de las actividades y casi siempre son incontrolables.	
¿Tienes que comprobar las cosas más que otras personas? ☐ No ☐ Si	
¿Hay algunas cosas que sientes que tienes que hacer? ☐ No ☐ Si	
¿Como tocar las cosas de cierta manera? ☐ No ☐ Si	
¿O lavar una y otra vez? ☐ No ☐ Si	
¿Pasas mucho tiempo en la limpieza personal incluso cuando estás limpio? ☐ No ☐ Si	
¿Pasas mucho tiempo poniendo las cosas en un orden especial? ☐ No ☐ Si	
¿O arreglando las cosas para que estén bien? ☐ No ☐ Si	
¿Tienes alguna rutina o ritual que tienes que hacer? ☐ No ☐ Si	
¿Te preocupa la suciedad o los gérmenes? ☐ No ☐ Si	
¿Qué haces al respecto? 	
¿Te sientes incómodo si no haces "el acto" correctamente? ☐ No ☐ Si	
¿Qué temes que pase? 	

¿Interfiere en tus actividades? ¿En cuántas y cuáles?
FRECUENCIA: CASA
45. ¿Con qué frecuencia sucede esto en casa?
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia sucede esto en casa?
(FRECUENCIA)
Información adicional
FRECUENCIA: COLEGIO
46. ¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio?
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia sucede esto en el colegio?
(FRECUENCIA)
Información adicional
FRECUENCIA: OTRO LUGAR
47. ¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares?
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia sucede esto en otros lugares?
(FRECUENCIA)
Información adicional
DURACIÓN
48. ¿Por cuánto tiempo lo haces?
(HORAS: MINUTOS)
Información adicional
INICIO
49. ¿Cuándo empezó esto?
Información adicional
50. ¿Intentas no hacerlo?
51. ¿Qué pasa entonces?
52. ¿Siempre o solo a veces?
RESISTENCIA A COMPULSIONES
RESISTENCIA A COMPULSIONES
☐ Ausente ☐ El sujeto trata de resistirse a realizar el acto compulsivo al menos algunas veces. ☐ El sujeto usualmente intenta resistirse.
¿Intentas no hacerlo?
☐ No ☐ Si
¿Qué pasa entonces?
¿Siempre o solo a veces?
☐ Sólo a veces ☐ Siempre
TIPO DE COMPULSIÓN
53. ¿Tienes que verificar las cosas más veces que otras personas?

54. Por ejemplo, ¿repetidamente verificas si la puerta está cerrada con llave?

55. ¿O si la cocina está apagada?

COMPROBAR (AL MENOS 3 VECES)

COMPROBAR (AL MENOS 3 VECES)

☐ Ausente

☐ Presente

¿Tienes que verificar las cosas más veces que otras personas?

☐ No

☐ Si

Por ejemplo, ¿repetidamente verificas si la puerta está cerrada con llave?

☐ No

☐ Si

¿O si la cocina está apagada?

☐ No

☐ Si

56. ¿Evita situaciones para no realizar el acto compulsivo?

57. ¿Qué evitas?

EVITAR

EVITAR

☐ Ausente

☐ Presente

¿Evita situaciones para no realizar el acto compulsivo?

☐ No

☐ Si

¿Qué evitas?

58. ¿Tienes que tocar las cosas de cierta manera o en patrones específicos?

TOCAR

TOCAR

☐ Ausente

☐ Presente

¿Tienes que tocar las cosas de cierta manera o en patrones específicos?

☐ No

☐ Si

59. ¿Te lavas/limpias repetidamente las manos cuando ya están limpias?

60. ¿Cuántas veces al día te lavas las manos?

LAVAR

LAVAR

☐ Ausente

☐ Presente

¿Te lavas/limpias repetidamente las manos cuando ya están limpias?

☐ No

☐ Si

¿Cuántas veces al día te lavas las manos?

61. ¿Repites cosas o acciones una y otra vez?

62. Por ejemplo, ¿repites ciertas palabras una y otra vez?

63. ¿O enumeras cosas una y otra vez?

REPETIR

REPETIR

☐ Ausente

☐ Presente

¿Repites cosas o acciones una y otra vez?

☐ No

☐ Si

Por ejemplo, ¿repites ciertas palabras una y otra vez?

☐ No

☐ Si

¿O enumeras cosas una y otra vez?

☐ No

☐ Si

64. ¿Algo más que no haya mencionado?

OTRO

OTRO

☐ Ausente

☐ Presente

¿Algo más que no haya mencionado?

CAPA 13 - EVENTOS DE VIDA	
Récord ID _____	
EVENTOS DE VIDA Acontecimientos que ocurren en la vida y el entorno del niño, incluyendo los principales factores de estrés y los acontecimientos que ponen en peligro su vida. Los sucesos que amenazan la vida deben ser aquellos en los que las personas realmente murieron o resultaron gravemente heridas y/o la propiedad sufrió grandes daños, o aquellos sucesos que tenían el potencial de tener estos resultados. Un niño pequeño también puede experimentar o ser testigo de un suceso que implique una amenaza grave para su integridad física o psicológica o la de otra persona. Un ejemplo sería el abuso sexual o la pérdida de un padre/cuidador principal.	
SEPARACIÓN DE LOS PADRES	
1. ¿Tus "padres" se han separado en los últimos 3 meses?	
2. ¿Qué sucedió? _____	
3. ¿Están planeando volver a estar juntos? _____	
SEPARACIÓN DE LOS PADRES	
Las figuras parentales se han separado durante el período primario. Una figura parental se ha mudado de la casa, aparentemente de forma permanente. Cualquiera de los padres puede haber iniciado el proceso de divorcio.	
SEPARACIÓN DE LOS PADRES: 3 MESES	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Tus "padres" se han separado en los últimos 3 meses?	
☐ No ☐ Si	
¿Qué sucedió? _____	
¿Están planeando volver a estar juntos?	
☐ No ☐ Si	
INICIO	
4. ¿Cuándo se separaron? _____	
Información adicional _____	
5. ¿Cuál de los padres se ha mudado? _____	
PADRE/MADRE QUE SE MUDÓ _____	

PADRE/MADRE QUE SE MUDÓ	
☐ Figura parental masculina ☐ Figura parental femenina	
¿Cuál de los padres se ha mudado? _____	
SEPARACIÓN DE LOS PADRES - ATRIBUCIÓN	
6. En los últimos 3 meses, ¿este "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?	
7. ¿Cuáles? _____	
8. ¿De qué manera? _____	
ATRIBUCIÓN _____	
ATRIBUCIÓN	
☐ Ausente ☐ Presente	
En los últimos 3 meses, ¿este "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?	
☐ No ☐ Si	
¿Cuáles? _____	
¿De qué manera? _____	
9. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE: _____	
ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:	
☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedad ☐ Obsesiones/ Compulsiones ☐ Depresión ☐ Manía ☐ Síntomas físicos ☐ Conducta relacionada con la comida ☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención ☐ Trastorno de conducta ☐ Alcohol/Drogas ☐ Psicosis ☐ Relaciones con Madre/Padre #1 y/o Madre/Padre #2 ☐ Relaciones con Otra Madre/Padre #1 y/o Otra Madre/Padre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares	

SEPARACIÓN DE LOS PADRES - RECUERDO DOLOROSO	
10. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?	
11. ¿Incluso cuando no querías hacerlo?	
12. ¿Cómo fue experimentar eso?	
13. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?	
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO	
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO	
☐ Ausente	
☐ Presente	
En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?	
☐ No	
☐ Si	
¿Incluso cuando no querías hacerlo?	
☐ No	
☐ Si	
¿Cómo fue experimentar eso?	
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO	
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO	
¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?	
☐ No	
☐ Si	
SEPARACIÓN DE LOS PADRES - EVITACIÓN	
14. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?	
15. ¿Qué cosas?	
16. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?	
17. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?	
DESPISTAJE DE EVITACIÓN	
DESPISTAJE DE EVITACIÓN	
☐ Ausente	
☐ Presente	

¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?	☐ No ☐ Si
¿Qué cosas?	
¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?	
(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE)	☐ No ☐ Si
¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?	
(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE)	☐ No ☐ Si
SEPARACIÓN DE LOS PADRES - HIPERACTIVACIÓN	
18. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?	
19. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?	
20. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?	
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN	
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN	
Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?	
(EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)	☐ No ☐ Si
¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?	
(EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)	☐ No ☐ Si
¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?	
(EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)	☐ No ☐ Si
DIVORCIO DE LOS PADRES; ALGUNA VEZ	
21. ¿Se han divorciado ALGUNA VEZ tus "padres"?	

DIVORCIO DE LOS PADRES: ALGUNA VEZ Las figuras paternas han completado alguna vez un proceso de divorcio. Codifique las fechas de hasta otros tres divorcios entre figuras parentales con las que ha vivido el niño.	
DIVORCIO DE LOS PADRES: ALGUNA VEZ ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Se han divorciado ALGUNA VEZ tus "padres"? ☐ No ☐ Sí	
22. ¿Cuántas veces ha pasado? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
DIVORCIO DE LOS PADRES #1 23. ¿Cuándo fue el primer divorcio de los padres? Información adicional	
DIVORCIO DE LOS PADRES #2 24. ¿Cuándo fue el segundo divorcio de los padres? Información adicional	
DIVORCIO DE LOS PADRES #3 25. ¿Cuándo fue el tercer divorcio de los padres? Información adicional	
DIVORCIO DE LOS PADRES: 3 MESES 26. ¿Tus "padres" han finalizado su divorcio en los últimos 3 meses? DIVORCIO DE LOS PADRES: 3 MESES Las figuras parentales han completado los trámites de divorcio en los últimos 3 meses.	
DIVORCIO DE LOS PADRES: 3 MESES ☐ Ausente ☐ Divorcio finalizado en los últimos 3 meses. ¿Tus "padres" han finalizado su divorcio en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Sí	

INICIO DEL DIVORCIO: 3 MESES 27. ¿Cuándo se finalizó el divorcio? Información adicional	
DIVORCIO DE LOS PADRES - ATRIBUCIÓN 28. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?	
29. ¿Cuáles? 30. ¿De qué manera?	
ATRIBUCIÓN ATRIBUCIÓN ☐ Ausente ☐ Presente En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando? ☐ No ☐ Si ¿Cuáles? ¿De qué manera?	
31. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE: ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedad ☐ Obsesiones/ Compulsiones ☐ Depresión ☐ Manta ☐ Síntomas físicos ☐ Conducta relacionada con la comida ☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención ☐ Trastorno de conducta ☐ Alcohol/ Drogas ☐ Psicosis ☐ Relaciones con Madre/ Padre #1 y/ o Madre/ Padre #2 ☐ Relaciones con Otra Madre/ Padre #1 y/ o Otra Madre/ Padre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares	

DIVORCIO DE LOS PADRES - RECUERDO DOLOROSO	
32. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?	
33. ¿Incluso cuando no querías hacerlo?	
34. ¿Cómo fue experimentar eso?	
35. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?	
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO	
☐ Ausente ☐ Presente	
En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?	
☐ No ☐ Si	
¿Incluso cuando no querías hacerlo?	
☐ No ☐ Si	
¿Cómo fue experimentar eso?	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?	
☐ No ☐ Si	
DIVORCIO DE LOS PADRES - EVITACIÓN	
36. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?	
37. ¿Qué cosas?	
38. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?	
39. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?	
DESPISTAJE DE EVITACIÓN	
☐ Ausente ☐ Presente	

¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?	
☐ No ☐ Si	
¿Qué cosas?	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?	
☐ No ☐ Si	
¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?	
☐ Ausente ☐ Presente	
DIVORCIO DE LOS PADRES - HIPERACTIVACIÓN	
40. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?	
☐ No ☐ Si	
41. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?	
☐ No ☐ Si	
42. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?	
☐ No ☐ Si	
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN	
☐ Ausente ☐ Presente	
Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?	
☐ No ☐ Si	
¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?	
☐ No ☐ Si	
¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?	
☐ No ☐ Si	
MUDANZA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS	
43. ¿Te has mudado a una nueva casa en los últimos 5 años?	
☐ No ☐ Si	

MUDANZA El sujeto se mudó, con o sin cambio de estructura familiar. RECUERDE CODIFICAR LA SEPARACIÓN DE PADRES, CAMBIO DE COLEGIO, PÉRDIDA DE AMIGOS, ETC. EN LAS SECCIONES RELEVANTES.	
MUDANZA ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Te has mudado a una nueva casa en los últimos 5 años? ☐ No ☐ Si	
NÚMERO DE LUGARES EN LOS QUE SE HA VIVIDO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS 44. ¿En cuántos lugares has vivido en los últimos 5 años?	
Información adicional	
FECHA DE LA ÚLTIMA MUDANZA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS 45. ¿Cuándo fue la última vez que te mudaste?	
Información adicional	
MUDANZA: 3 MESES 46. ¿Te has mudado a una nueva casa en los últimos 3 meses?	
47. ¿En compañía de tu familia?	
48. ¿Está tu casa en el mismo barrio?	
MUDANZA: 3 MESES El sujeto se mudó, con o sin cambio de estructura familiar. RECUERDE CODIFICAR LA SEPARACIÓN PARENTAL, CAMBIO DE COLEGIO, PÉRDIDA DE AMIGOS, ETC. EN LAS SECCIONES RELEVANTES.	
MUDANZA: 3 MESES ☐ Ausente ☐ Presente, sin cambio de estructura familiar. ☐ Presente, con cambio de estructura familiar.	
¿Te has mudado a una nueva casa en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si	
¿En compañía de tu familia?	
¿Está tu casa en el mismo barrio? ☐ No ☐ Si	

INICIO 49. ¿Cuándo te mudaste durante los últimos 3 meses?	
Información adicional	
MUDANZA - ATRIBUCIÓN 50. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?	
51. ¿Cuáles?	
52. ¿De qué manera?	
ATRIBUCIÓN	
ATRIBUCIÓN ☐ Ausente ☐ Presente	
En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando? ☐ No ☐ Si	
¿Cuáles?	
¿De qué manera?	
53. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:	
ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE: ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/Ansiedad ☐ Obsesiones/Compulsiones ☐ Depresión ☐ Manía ☐ Síntomas físicos ☐ Conducta relacionada con la comida ☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención ☐ Trastorno de conducta ☐ Alcohol/Drogas ☐ Psicosis ☐ Relaciones con Madre/Padre #1 y/o Madre/Padre #2 ☐ Relaciones con Otra Madre/Padre #1 y/o Otra Madre/Padre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares	

¿Qué cosas?	
¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"? (SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE)	
☐ No ☐ Si	
¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"? (SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE)	
☐ No ☐ Si	
MUDANZA - HIPERACTIVACIÓN	
62. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?	
63. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?	
64. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?	
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN EN CASO DE "SI" A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.	
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN	
☐ Ausente ☐ Presente	
Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable? (EN CASO DE SI A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)	
☐ No ☐ Si	
¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"? (EN CASO DE SI A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)	
☐ No ☐ Si	
CAMBIO DE COLEGIO	
65. ¿Has cambiado de colegio en los últimos 3 meses?	
66. ¿Por qué fue eso?	
67. ¿Algún amigo de tu antigua escuela estará en el nuevo colegio?	
68. ¿Conoces a alguien en el nuevo colegio?	

MUDANZA - RECUERDO DOLOROSO	
54. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?	
55. ¿Incluso cuando no querías hacerlo?	
56. ¿Cómo fue experimentar eso?	
57. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?	
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO	
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO	
☐ Ausente ☐ Presente	
En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?	
☐ No ☐ Si	
¿Incluso cuando no querías hacerlo?	
☐ No ☐ Si	
¿Cómo fue experimentar eso?	
¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?	
☐ No ☐ Si	
MUDANZA - EVITACIÓN	
58. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?	
59. ¿Qué cosas?	
60. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?	
61. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?	
DESPISTAJE DE EVITACIÓN SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE.	
DESPISTAJE DE EVITACIÓN	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?	
☐ No ☐ Si	

CAMBIO DE COLEGIO El sujeto cambió de colegio. El cambio puede ser rutinario porque el sujeto fue promovido (por ejemplo, de primaria a secundaria) o no rutinario, ya sea por mudanza, elección familiar, necesidad o expulsión de la escuela anterior.	
CAMBIO DE COLEGIO ☐ No ☐ Cambio de rutina con otros compañeros de clase, incluyendo amigos. ☐ Cambio de rutina, pero no hay amigos del colegio anterior en el nuevo colegio. ☐ Cambio no rutinario.	
¿Has cambiado de colegio en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si	
¿Por qué fue eso?	
¿Algún amigo de tu antigua escuela estará en el nuevo colegio? ☐ No ☐ Si	
¿Conoces a alguien en el nuevo colegio? ☐ No ☐ Si	
INICIO 69. ¿Cuándo empezaste/empiezas en el nuevo colegio?	
Información adicional	
CAMBIO DE COLEGIO - ATRIBUCIÓN 70. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?	
71. ¿Cuáles?	
72. ¿De qué manera?	
ATRIBUCIÓN ATRIBUCIÓN ☐ Ausente ☐ Presente	
En los últimos 3 meses, ¿este "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando? ☐ No ☐ Si	

¿Cuáles?	
¿De qué manera?	
73. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE: ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/Ansiedad ☐ Obsesiones/Compulsiones ☐ Depresión ☐ Manía ☐ Síntomas físicos ☐ Conducta relacionada con la comida ☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención ☐ Trastorno de conducta ☐ Alcohol/Drogas ☐ Psicosis ☐ Relaciones con Madre/Padre #1 y/o Madre/Padre #2 ☐ Relaciones con Otra Madre/Padre #1 y/o Otra Madre/Padre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares	
CAMBIO DE COLEGIO - RECUERDO DOLOROSO 74. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?	
75. ¿Incluso cuando no querías hacerlo?	
76. ¿Cómo fue experimentar eso?	
77. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?	
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO ☐ Ausente ☐ Presente	
En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"? ☐ No ☐ Si	
¿Incluso cuando no querías hacerlo? ☐ No ☐ Si	

¿Cómo fue experimentar eso?

¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?

☐ No
☐ Si

CAMBIO DE COLEGIO - EVITACIÓN

78. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?

79. ¿Qué cosas?

80. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?

81. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?

DESPISTAJE DE EVITACIÓN
SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE.

DESPISTAJE DE EVITACIÓN

☐ Ausente
☐ Presente

¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?

☐ No
☐ Si

¿Qué cosas?

¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?

(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE)

☐ No
☐ Si

¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?

(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE)

☐ No
☐ Si

CAMBIO DE COLEGIO - HIPERACTIVACIÓN

82. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?

83. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?

84. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?

DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN
EN CASO DE "SI" A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.

DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN

☐ Ausente
☐ Presente

Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?

(EN CASO DE SI A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)

☐ No
☐ Si

¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?

(EN CASO DE SI A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)

☐ No
☐ Si

¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?

(EN CASO DE SI A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)

☐ No
☐ Si

PÉRDIDA DEL MEJOR AMIGO DEBIDO A LA MUDANZA

85. En los últimos 3 meses, ¿has perdido el contacto con alguien que te importaba por una mudanza?

86. ¿Quién se mudó?

87. ¿Todavía tienes algún contacto con él/ella?

PÉRDIDA DEL MEJOR AMIGO DEBIDO A LA MUDANZA

Mudanza del sujeto o de alguna otra persona que resultó en el final de una relación cercana con una figura significativa que ya no estaba disponible para compartir confidencias y hacer cosas juntos. No incluya amistades mantenidas después de la mudanza a través de llamadas telefónicas, cartas y/o visitas. CODIFIQUE ENAMORADO(A) POR SEPARADO

PÉRDIDA DEL MEJOR AMIGO DEBIDO A LA MUDANZA

☐ Ausente
☐ Presente

En los últimos 3 meses, ¿has perdido el contacto con alguien que te importaba por una mudanza?

☐ No
☐ Si

¿Quién se mudó?

¿Todavía tienes algún contacto con él/ella?

☐ No
☐ Si

INICIO

88. ¿Cuándo se mudó / te mudaste?

Información adicional
PÉRDIDA DEL MEJOR AMIGO DEBIDO A LA MUDANZA - ATRIBUCIÓN 93. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando? 90. ¿Cuáles? 91. ¿De qué manera? ATRIBUCIÓN ☐ Ausente ☐ Presente En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando? ☐ No ☐ Si ¿Cuáles? ¿De qué manera? 92. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE: ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE: ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/Ansiedad ☐ Obsesiones/Compulsiones ☐ Depresión ☐ Manía ☐ Síntomas físicos ☐ Conducta relacionada con la comida ☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención ☐ Trastorno de conducta ☐ Alcohol/Drogas ☐ Psicosis ☐ Relaciones con Madre/Padre #1 y/o Madre/Padre #2 ☐ Relaciones con Otra Madre/Padre #1 y/o Otra Madre/Padre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares

PÉRDIDA DEL MEJOR AMIGO DEBIDO A LA MUDANZA - RECUERDO DOLOROSO 93. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"? 94. ¿Incluso cuando no querías hacerlo? 95. ¿Cómo fue experimentar eso? 96. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento? DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO ☐ Ausente ☐ Presente En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"? ☐ No ☐ Si ¿Incluso cuando no querías hacerlo? ☐ No ☐ Si ¿Cómo fue experimentar eso? ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento? ☐ No ☐ Si PÉRDIDA DEL MEJOR AMIGO DEBIDO A LA MUDANZA - EVITACIÓN 97. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"? 98. ¿Qué cosas? 99. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"? 100. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"? DESPISTAJE DE EVITACIÓN, SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE. DESPISTAJE DE EVITACIÓN ☐ Ausente ☐ Presente
--

¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?

☐ No
☐ Sí

¿Qué cosas?

¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?

(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE)

☐ No
☐ Sí

¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?

(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE)

☐ No
☐ Sí

PÉRDIDA DEL MEJOR AMIGO DEBIDO A LA MUDANZA - HIPERACTIVACIÓN

101. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?

102. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?

103. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?

DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN

EN CASO DE "SÍ" A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.

DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN

☐ Ausente
☐ Presente

Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?

(EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)

☐ No
☐ Sí

¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?

(EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)

☐ No
☐ Sí

¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?

(EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)

☐ No
☐ Sí

RUPTURA CON UN MEJOR AMIGO

104. ¿Has terminado una relación con un mejor amigo en los últimos 3 meses?

105. ¿Quién era?

106. ¿Qué sucedió?

RUPTURA CON UN MEJOR AMIGO

Pérdida de un mejor amigo por conflicto o pelea. La pérdida debe parecer permanente. CODIFIQUE RUPTURA CON ENAMORADO(A) SEPARADAMENTE, SI HAY MÁS DE UNA RUPTURA, CODIFIQUE LA QUE SE REPORTE COMO QUE MÁS LE AFECTÓ.

RUPTURA CON UN MEJOR AMIGO

☐ Ausente
☐ Presente

¿Has terminado una relación con un mejor amigo en los últimos 3 meses?

☐ No
☐ Sí

¿Quién era?

¿Qué sucedió?

INICIO

107. ¿Cuándo sucedió eso?

Información adicional

RUPTURA CON UN MEJOR AMIGO - ATRIBUCIÓN

107. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?

108. ¿Cuáles?

109. ¿De qué manera?

ATRIBUCIÓN

ATRIBUCIÓN

☐ Ausente
☐ Presente

En los últimos 3 meses, ¿este "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?

☐ No
☐ Sí

¿Cuáles?

¿De qué manera?

110. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:
_____ ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE: ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedad ☐ Obsesiones/ Compulsiones ☐ Depresión ☐ Manía ☐ Síntomas físicos ☐ Conducta relacionada con la comida ☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención ☐ Trastorno de conducta ☐ Alcohol/ Drogas ☐ Psicosis ☐ Relaciones con Madre/ Padre #1 y/o Madre/ Padre #2 ☐ Relaciones con Otra Madre/ Padre #1 y/o Otra Madre/ Padre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares
RUPTURA CON UN MEJOR AMIGO - RECUERDO DOLOROSO
111. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?
112. ¿Incluso cuando no querías hacerlo?
113. ¿Cómo fue experimentar eso?
114. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO
_____ DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO ☐ Ausente ☐ Presente En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"? ☐ No ☐ Si ¿Incluso cuando no querías hacerlo? ☐ No ☐ Si ¿Cómo fue experimentar eso? _____

¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento? ☐ No ☐ Si
RUPTURA CON UN MEJOR AMIGO - EVITACIÓN
115. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?
116. ¿Qué cosas?
117. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?
118. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?
DESPISTAJE DE EVITACIÓN SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE.
DESPISTAJE DE EVITACIÓN
☐ Ausente ☐ Presente
¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
¿Qué cosas?
_____ ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"? (SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE) ☐ No ☐ Si
¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?
(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE) ☐ No ☐ Si
RUPTURA CON UN MEJOR AMIGO - HIPERACTIVACIÓN
119. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?
120. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?
121. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN EN CASO DE "SI" A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN
☐ Ausente ☐ Presente

Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable? (EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)	☐ No ☐ Si
¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"? (EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)	☐ No ☐ Si
¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas? (EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)	☐ No ☐ Si
RUPTURA CON UN ENAMORADO(A)	
122. ¿Has terminado con un enamorado(a) en los últimos 3 meses?	
123. ¿Qué sucedió?	
124. ¿Es una ruptura definitiva?	
125. ¿Siguen siendo amigos?	
RUPTURA CON UN ENAMORADO(A)	
Relaciones con el enamorado(a) terminan por conflicto, "desamor" o cambio geográfico. No incluya relaciones amorosas que se conviertan en amistades regulares sin conflicto, ni relaciones amorosas mantenidas por llamadas telefónicas, cartas y/o visitas. SI HAY MÁS DE UNA RUPTURA EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, CODIFIQUE LA MÁS IMPORTANTE PARA EL SUJETO.	
RUPTURA CON UN ENAMORADO(A)	
☐ No ☐ Si	
¿Has terminado con un enamorado(a) en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si
¿Qué sucedió?	
¿Es una ruptura definitiva?	☐ No ☐ Si
¿Siguen siendo amigos?	☐ No ☐ Si

INICIO	
126. ¿Cuándo sucedió eso?	
Información adicional	
RUPTURA CON UN ENAMORADO(A) - ATRIBUCIÓN	
127. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?	
128. ¿Cuáles?	
129. ¿De qué manera?	
ATRIBUCIÓN	
ATRIBUCIÓN	
☐ Ausente ☐ Presente	
En los últimos 3 meses, ¿este "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?	
☐ No ☐ Si	
¿Cuáles?	
¿De qué manera?	
130. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:	
ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:	
☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedad ☐ Obsesiones/ Compulsiones ☐ Depresión ☐ Manía ☐ Síntomas físicos ☐ Conducta relacionada con la comida ☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención ☐ Trastorno de conducta ☐ Alcohol/Drogas ☐ Psicosis ☐ Relaciones con Madre/Padre #1 y/o Madre/Padre #2 ☐ Relaciones con Otra Madre/Padre #1 y/o Otra Madre/Padre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares	

RUPTURA CON UN ENAMORADO(A) - RECUERDO DOLOROSO	
131. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?	
132. ¿Incluso cuando no querías hacerlo?	
133. ¿Cómo fue experimentar eso?	
134. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?	
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO	
☐ Ausente ☐ Presente	
En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?	
☐ No ☐ Si	
¿Incluso cuando no querías hacerlo?	
☐ No ☐ Si	
¿Cómo fue experimentar eso?	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?	
☐ No ☐ Si	
RUPTURA CON UN ENAMORADO(A) - EVITACIÓN	
135. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?	
136. ¿Qué cosas?	
137. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?	
138. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?	
DESPISTAJE DE EVITACIÓN, SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE.	
☐ Ausente ☐ Presente	

¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?	
☐ No ☐ Si	
¿Qué cosas?	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?	
☐ No ☐ Si	
¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?	
☐ No ☐ Si	
RUPTURA CON UN ENAMORADO(A) - HIPERACTIVACIÓN	
139. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?	
140. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?	
141. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?	
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN	
☐ Ausente ☐ Presente	
Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?	
☐ No ☐ Si	
¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?	
☐ No ☐ Si	
¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?	
☐ No ☐ Si	
ARRESTO DE LOS PADRES	
142. ¿Alguno de tus "padres" ha sido arrestado en los últimos 3 meses?	
☐ Ausente ☐ Presente	

143. ¿Qué sucedió?
 144. ¿Fue por algo grave?
 ARRESTO DE LOS PADRES
 Cualquiera de las figuras parentales del sujeto fue arrestada.
 ARRESTO DE LOS PADRES
☐ Ausente
☐ Padre/ Madre #1.
☐ Padre/ Madre #2
☐ Otro Padre/ Madre #1
☐ Otro Padre/ Madre #2
 ¿Alguno de tus "padres" ha sido arrestado en los últimos 3 meses?
☐ No
☐ Si
 ¿Qué sucedió?
 ¿Fue por algo grave?
☐ No
☐ Si
 INICIO
 145. ¿Cuándo sucedió esto en los últimos 3 meses?
 Información adicional
 ARRESTO DE LOS PADRES - ATRIBUCIÓN
 146. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?
 147. ¿Cuáles?
 148. ¿De qué manera?
 ATRIBUCIÓN
 ATRIBUCIÓN
☐ Ausente
☐ Presente
 En los últimos 3 meses, ¿este "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?
☐ No
☐ Si

¿Cuáles?
 ¿De qué manera?
 149. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:
 ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:
☐ Inasistencia al colegio
☐ Ansiedad de separación
☐ Preocupaciones/ Ansiedad
☐ Obsesiones/ Compulsiones
☐ Depresión
☐ Manía
☐ Síntomas físicos
☐ Conducta relacionada con la comida
☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención
☐ Trastorno de conducta
☐ Alcohol/ Drogas
☐ Psicosis
☐ Relaciones con Madre/ Padre #1 y/o Madre/ Padre #2
☐ Relaciones con Otra Madre/ Padre #1 y/o Otra Madre/ Padre #2
☐ Relaciones con Otros Adultos
☐ Relaciones con hermanos
☐ Relaciones con pares
 ARRESTO DE LOS PADRES - RECUERDO DOLOROSO
 150. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?
 151. ¿Incluso cuando no querías hacerlo?
 152. ¿Cómo fue experimentar eso?
 153. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?
 DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO
 DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO
☐ Ausente
☐ Presente
 En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?
☐ No
☐ Si

¿Incluso cuando no querías hacerlo?
☐ No ☐ Si
¿Cómo fue experimentar eso?
☐ Ausente ☐ Presente
¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?
☐ No ☐ Si
ARRESTO DE LOS PADRES - EVITACIÓN
154. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
155. ¿Qué cosas?
156. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?
157. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?
DESPISTAJE DE EVITACIÓN SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE.
DESPISTAJE DE EVITACIÓN
☐ Ausente ☐ Presente
¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
¿Qué cosas?
☐ Ausente ☐ Presente
¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
ARRESTO DE LOS PADRES - HIPERACTIVACIÓN
158. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?
☐ No ☐ Si
159. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
160. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?
☐ No ☐ Si

DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN EN CASO DE "SI" A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN
☐ Ausente ☐ Presente
Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?
☐ No ☐ Si
¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?
☐ No ☐ Si
DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES FÍSICAS
161. ¿ALGUNA VEZ te has puesto muy enfermo?
☐ No ☐ Si
162. ¿ALGUNA VEZ has estado en el hospital?
☐ No ☐ Si
163. ¿Qué enfermedad tenías/tenes?
☐ No ☐ Si
164. ¿Vas a mejorar?
☐ No ☐ Si
165. ¿Ha empeorado?
☐ No ☐ Si
DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES FÍSICAS
Diagnóstico de una enfermedad que conlleva un riesgo actual de muerte o discapacidad crónica (por ejemplo, cáncer, SIDA, diabetes, Esclerosis Múltiple). OBSERVE: Asma que requiere más de 24 horas de hospitalización.
☐ No ☐ Si
¿ALGUNA VEZ te has puesto muy enfermo?
☐ No ☐ Si
¿ALGUNA VEZ has estado en el hospital?
☐ No ☐ Si

¿Qué enfermedad tenías/tenes?

¿Vas a mejorar?

☐ No
☐ Si

¿Ha empeorado?

☐ No
☐ Si

INICIO

166. ¿Cuándo sucedió esto?

Información adicional

167. ¿Te has enfermado gravemente en los últimos 3 meses?

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES FÍSICAS: 3 MESES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES FÍSICAS: 3 MESES

☐ Ausente
☐ Diagnóstico de enfermedad, o recurrencia de enfermedad en remisión, en los últimos 3 meses.

¿Te has enfermado gravemente en los últimos 3 meses?

☐ No
☐ Si

INICIO

168. ¿Cuándo fue la última vez que te enfermaste gravemente en los últimos 3 meses?

Información adicional

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES FÍSICAS - ATRIBUCIÓN

169. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?

170. ¿Cuáles?

171. ¿De qué manera?

ATRIBUCIÓN

ATRIBUCIÓN

☐ Ausente
☐ Presente

En los últimos 3 meses, ¿este "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?

☐ No
☐ Si

¿Cuáles?

¿De qué manera?

172. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:

ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:

☐ Inasistencia al colegio
☐ Ansiedad de separación
☐ Preocupaciones/Ansiedad
☐ Obsesiones/Compulsiones
☐ Depresión
☐ Manía
☐ Síntomas físicos
☐ Conducta relacionada con la comida
☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención
☐ Trastorno de conducta
☐ Alcohol/Drogas
☐ Psicosis
☐ Relaciones con Madre/Padre #1 y/o Madre/Padre #2
☐ Relaciones con Otra Madre/Padre #1 y/o Otra Madre/Padre #2
☐ Relaciones con Otros Adultos
☐ Relaciones con hermanos
☐ Relaciones con pares

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES FÍSICAS - RECUERDO DOLOROSO

173. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?

174. ¿Incluso cuando no querías hacerlo?

175. ¿Cómo fue experimentar eso?

176. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?

DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO

DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO

☐ Ausente
☐ Presente

En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
¿Incluso cuando no querías hacerlo?
☐ No ☐ Si
¿Cómo fue experimentar eso?
☐ Ausente ☐ Presente
¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?
☐ No ☐ Si
DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES FÍSICAS - EVITACIÓN
177. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
178. ¿Qué cosas?
☐ Ausente ☐ Presente
179. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
180. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
DESPISTAJE DE EVITACIÓN
☐ Ausente ☐ Presente
¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
¿Qué cosas?
☐ Ausente ☐ Presente
¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES FÍSICAS - HIPERACTIVACIÓN
181. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?
☐ Ausente ☐ Presente

182. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
183. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?
☐ Ausente ☐ Presente
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN
☐ Ausente ☐ Presente
Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?
☐ No ☐ Si
¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?
☐ No ☐ Si
MUERTE DE UN SER QUERIDO
184. ¿EN TODA TU VIDA, alguien cercano a ti ha muerto?
☐ No ☐ Si
185. ¿Quién era?
☐ Ausente ☐ Padre biológico. ☐ Padrastro/ padre adoptivo/ padre de acogida. ☐ Otra figura paterna. ☐ Abuelo/a ☐ Tía o tío. ☐ Adulto cercano no relacionado. ☐ Mascota ☐ Otro adulto cercano.
MUERTE DE UN SER QUERIDO #1: RELACIÓN CON EL/LA NIÑO(A)
☐ Ausente ☐ Padre biológico. ☐ Padrastro/ padre adoptivo/ padre de acogida. ☐ Otra figura paterna. ☐ Abuelo/a ☐ Tía o tío. ☐ Adulto cercano no relacionado. ☐ Mascota ☐ Otro adulto cercano.

¿EN TODA TU VIDA, alguien cercano a ti ha muerto? (NO CODIFICAR LAS MUERTES QUE OCURRIERON ANTES DEL NACIMIENTO DEL NIÑO.) ☐ No ☐ Si ¿Quién era?	¿EN TODA TU VIDA, alguien más que era cercano a ti ha muerto? 186. ¿Cuándo pasó esto? Información adicional 187. ¿De qué murió? CAUSA DE MUERTE: SER QUERIDO #1 CAUSA DE MUERTE #1 ☐ Enfermedad física. ☐ Accidente. ☐ Suicidio. ☐ Desastre natural (inundación, terremoto). ☐ Incendio ☐ Guerra o terrorismo. ☐ Disturbio o violencia urbana. ☐ Agente nocivo. ☐ Violencia física. ☐ Abuso físico. ☐ Cautiverio. ☐ Pandemia ☐ Muerte Natural ☐ No sé ¿De qué murió? 188. ¿EN TODA TU VIDA, alguien más que era cercano a ti ha muerto? 189. ¿Quién era? MUERTE DE UN SER QUERIDO #2: RELACIÓN CON EL/LA NIÑO (A)
---	---

MUERTE DE UN SER QUERIDO #2: RELACIÓN CON EL/LA NIÑO (A) ☐ Ausente ☐ Padre biológico. ☐ Padrastro/adoptivo/ padre de acogida. ☐ Otra figura paterna. ☐ Abuelo/a ☐ Tía o tío. ☐ Adulto cercano no relacionado. ☐ Mascota ☐ Otro adulto cercano. ¿EN TODA TU VIDA, alguien más que era cercano a ti ha muerto? ☐ No ☐ Si ¿Quién era? FECHA DE LA MUERTE DEL SER QUERIDO #2 190. ¿Cuándo pasó esto? Información adicional 191. ¿De qué murió? CAUSA DE MUERTE: SER QUERIDO #2 CAUSA DE MUERTE #2 ☐ Enfermedad física. ☐ Accidente. ☐ Suicidio. ☐ Desastre natural (inundación, terremoto). ☐ Incendio ☐ Guerra o terrorismo. ☐ Disturbio o violencia urbana. ☐ Agente nocivo. ☐ Violencia física. ☐ Abuso físico. ☐ Cautiverio. ☐ Pandemia ☐ Muerte Natural ☐ No sé ¿De qué murió? MUERTE DE UN SER QUERIDO - ATRIBUCIÓN 192. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?
--

193. ¿Cuáles?

194. ¿De qué manera?

ATRIBUCIÓN

ATRIBUCIÓN

☐ Ausente

☐ Presente

En los últimos 3 meses, ¿este "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?

☐ No

☐ Si

¿Cuáles?

¿De qué manera?

195. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:

ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:

☐ Inasistencia al colegio

☐ Ansiedad de separación

☐ Preocupaciones/ Ansiedad

☐ Obsesiones/ Compulsiones

☐ Depresión

☐ Manía

☐ Síntomas físicos

☐ Conducta relacionada con la comida

☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención

☐ Trastorno de conducta

☐ Alcohol/ Drogas

☐ Psicosis

☐ Relaciones con Madre/ Padre #1 y/o Madre/ Padre #2

☐ Relaciones con Otra Madre/ Padre #1 y/o Otra Madre/ Padre #2

☐ Relaciones con Otros Adultos

☐ Relaciones con hermanos

☐ Relaciones con pares

MUERTE DE UN SER QUERIDO - RECUERDO DOLOROSO

196. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?

197. ¿Incluso cuando no querías hacerlo?

198. ¿Cómo fue experimentar eso?

199. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?

DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO

DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO

☐ Ausente

☐ Presente

En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?

☐ No

☐ Si

¿Incluso cuando no querías hacerlo?

☐ No

☐ Si

¿Cómo fue experimentar eso?

¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?

☐ No

☐ Si

MUERTE DE UN SER QUERIDO - EVITACIÓN

200. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?

201. ¿Qué cosas?

202. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?

203. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?

DESPISTAJE DE EVITACIÓN

SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE.

DESPISTAJE DE EVITACIÓN

☐ Ausente

☐ Presente

¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?

☐ No

☐ Si

¿Qué cosas?

¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"? (SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE.) ☐ No ☐ Si ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"? (SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE.) ☐ No ☐ Si
MUERTE DE UN SER QUERIDO - HIPERACTIVACIÓN 204. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable? 205. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"? 206. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas? DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN EN CASO DE "SÍ" A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE. _____ ☐ Ausente ☐ Presente Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable? (EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.) ☐ No ☐ Si ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"? (EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.) ☐ No ☐ Si ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas? (EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.) ☐ No ☐ Si
MUERTE DE UN HERMANO O UN COMPAÑERO 207. ¿Ha muerto algún amigo tuyo? 208. ¿O uno de tus hermanos o primos? 209. ¿Conoces a alguien de tu edad que se haya suicidado? 210. ¿Quién era?

MUERTE DE UN HERMANO O UN COMPAÑERO #1: RELACIÓN CON EL/LA NIÑO(A) Muerte de un hermano, amigo cercano u otro compañero del sujeto. SI HUBO MÁS DE 2 MUERTES, CODIFICAR AQUELLAS QUE EL SUJETO REPORTA COMO LAS QUE MÁS LE AFECTARON. _____ MUERTE DE UN HERMANO O UN COMPAÑERO #1: RELACIÓN CON EL/LA NIÑO(A) ☐ Ausente ☐ Hermano biológico ☐ Hermano adoptivo ☐ Hermano político (p.ej. cuñado) ☐ Primo o amigo cercano ☐ Pariente no biológico que vivía en casa ☐ Amigo de infancia de la escuela ¿Ha muerto algún amigo tuyo? (NO CODIFIQUE LAS MUERTES QUE OCURRIERON ANTES DE QUE NACIERA EL/LA NIÑO(A).) ☐ No ☐ Si ¿O uno de tus hermanos o primos? (NO CODIFIQUE LAS MUERTES QUE OCURRIERON ANTES DE QUE NACIERA EL/LA NIÑO(A).) ☐ No ☐ Si ¿Conoces a alguien de tu edad que se haya suicidado? (NO CODIFIQUE LAS MUERTES QUE OCURRIERON ANTES DE QUE NACIERA EL/LA NIÑO(A).) ☐ No ☐ Si ¿Quién era? _____ INICIO 211. ¿Cuándo pasó esto? _____ Información adicional _____ 212. ¿De qué murió? _____ MUERTE DE UN HERMANO O UN COMPAÑERO: CAUSA DE MUERTE _____
--

MUERTE DE UN HERMANO O UN COMPAÑERO: CAUSA DE MUERTE ☐ Enfermedad física. ☐ Accidente. ☐ Suicidio. ☐ Desastre natural (inundación, terremoto). ☐ Incendio ☐ Guerra o terrorismo. ☐ Disturbio o violencia urbana. ☐ Agente nocivo. ☐ Violencia física. ☐ Abuso físico. ☐ Cautiverio. ☐ Pandemia ☐ Muerte Natural ☐ No sé ¿De qué murió?
213. ¿Algún otro amigo cercano murió?
214. ¿O un hermano o primo?
MUERTE DE UN HERMANO O UN COMPAÑERO #2: RELACIÓN CON EL/LA NIÑO(A) ☐ Ausente ☐ Hermano biológico ☐ Hermano adoptivo ☐ Hermano político (p.ej. cuñado) ☐ Primo o amigo cercano ☐ Pariente no biológico que vivía en casa ☐ Amigo de infancia de la escuela ¿Algún otro amigo cercano murió? ☐ No ☐ Si ¿O un hermano o primo? ☐ No ☐ Si INICIO: MUERTE DE UN HERMANO O UN COMPAÑERO #2 215. ¿Cuándo pasó esto?

Información adicional
216. ¿De qué murió?
MUERTE DE UN HERMANO O UN COMPAÑERO #2: CAUSA DE MUERTE ☐ Enfermedad física. ☐ Accidente. ☐ Suicidio. ☐ Desastre natural (inundación, terremoto). ☐ Incendio ☐ Guerra o terrorismo. ☐ Disturbio o violencia urbana. ☐ Agente nocivo. ☐ Violencia física. ☐ Abuso físico. ☐ Cautiverio. ☐ Pandemia ☐ Muerte Natural ☐ No sé ¿De qué murió?
MUERTE DE UN HERMANO O COMPAÑERO - ATRIBUCIÓN 217. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando? 218. ¿Cuáles? 219. ¿De qué manera? ATRIBUCIÓN ATRIBUCIÓN ☐ Ausente ☐ Presente En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando? ☐ No ☐ Si ¿Cuáles?

¿De qué manera? ☐ No ☐ Si
220. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:
ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE: ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones / Ansiedad ☐ Obsesiones / Compulsiones ☐ Depresión ☐ Manía ☐ Síntomas físicos ☐ Conducta relacionada con la comida ☐ Hiperactividad / Trastorno por Déficit de Atención ☐ Trastorno de conducta ☐ Alcohol / Drogas ☐ Psicosis ☐ Relaciones con Madre / Padre #1 y/o Madre / Padre #2 ☐ Relaciones con Otra Madre / Padre #1 y/o Otra Madre / Padre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares
MUERTE DE UN HERMANO O COMPAÑERO - RECUERDO DOLOROSO
221. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?
222. ¿Incluso cuando no querías hacerlo?
223. ¿Cómo fue experimentar eso?
224. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO ☐ Ausente ☐ Presente
En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"? ☐ No ☐ Si

¿Incluso cuando no querías hacerlo? ☐ No ☐ Si
¿Cómo fue experimentar eso?
¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento? ☐ No ☐ Si
MUERTE DE UN HERMANO O COMPAÑERO - EVITACIÓN
225. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?
226. ¿Qué cosas?
227. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?
228. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?
DESPISTAJE DE EVITACIÓN SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE.
DESPISTAJE DE EVITACIÓN ☐ Ausente ☐ Presente
¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"? ☐ No ☐ Si
¿Qué cosas?
¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"? ☐ No ☐ Si
¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"? ☐ No ☐ Si
MUERTE DE UN HERMANO O UN PAR - HIPERACTIVACIÓN
229. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?
230. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?
231. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?

DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN EN CASO DE "SI" A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.	
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN ☐ Ausente ☐ Presente	
Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable? ☐ No ☐ Si	
¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"? ☐ No ☐ Si	
¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas? ☐ No ☐ Si	
DESASTRE NATURAL	
232. ¿Alguna vez has estado en un desastre natural? 233. ¿Como un terremoto?	
234. ¿Huayco? 235. ¿Qué tal un deslizamiento? 236. ¿O una inundación? 237. ¿O una avalancha? 238. ¿O tsunami/maremoto?	
DESASTRE NATURAL: ALGUNA VEZ Eventos no causados por acciones humanas intencionales (por ejemplo, inundaciones, huracanes, tornados) en los que las personas realmente murieron o resultaron gravemente heridas, la propiedad sufrió daños importantes, o hubo un riesgo grave de estos resultados.	
☐ No ☐ Tormenta (lluvia y vientos fuertes con rayos) ☐ Tornado/Huracán ☐ Huaycos/deslizamiento de tierra ☐ Terremoto ☐ Inundación ☐ Avalancha/alud ☐ Tsunami/maremoto	

¿Alguna vez has estado en un desastre natural? ☐ No ☐ Si	
¿Como un terremoto? ☐ No ☐ Si	
¿Huayco? ☐ No ☐ Si	
¿Qué tal un deslizamiento? ☐ No ☐ Si	
¿O una inundación? ☐ No ☐ Si	
¿O una avalancha? ☐ No ☐ Si	
¿O tsunami/maremoto? FRECUENCIA 239. ¿Cuántas veces ha sucedido eso EN TU VIDA? Información adicional	
INICIO 240. ¿Cuándo sucedió eso por primera vez? Información adicional	
241. ¿Ha sucedido eso en los últimos 3 meses? DESASTRE NATURAL: 3 MESES	
DESASTRE NATURAL: 3 MESES ☐ No ☐ Tormenta (lluvia y vientos fuertes con rayos) ☐ Tornado/Huracán ☐ Huaycos/deslizamiento de tierra ☐ Terremoto ☐ Inundación ☐ Avalancha/alud ☐ Tsunami/maremoto	

¿Ha sucedido eso en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si
FRECUENCIA 242. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces ha sucedido esto? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces ha sucedido esto? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ INICIO 243. ¿Cuándo sucedió eso por primera vez en los últimos 3 meses? _____ Información adicional _____
DESASTRE NATURAL - ATRIBUCIÓN 244. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando? _____ 245. ¿Cuáles? _____ 246. ¿De qué manera? _____ ATRIBUCIÓN _____ ATRIBUCIÓN ☐ Ausente ☐ Presente En los últimos 3 meses, ¿este "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando? ☐ No ☐ Si

¿Cuáles? _____ ¿De qué manera? _____
247. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE: _____ ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE: ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedad ☐ Obsesiones/ Compulsiones ☐ Depresión ☐ Manía ☐ Síntomas físicos ☐ Conducta relacionada con la comida ☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención ☐ Trastorno de conducta ☐ Alcohol/ Drogas ☐ Psicosis ☐ Relaciones con Madre/ Padre #1 y/o Madre/ Padre #2 ☐ Relaciones con Otra Madre/ Padre #1 y/o Otra Madre/ Padre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares
DESASTRE NATURAL - RECUERDO DOLOROSO 248. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"? _____ 249. ¿Incluso cuando no querías hacerlo? _____ 250. ¿Cómo fue experimentar eso? _____ 251. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento? _____ DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO _____ DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO ☐ Ausente ☐ Presente En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"? ☐ No ☐ Si

¿Incluso cuando no querías hacerlo?	☐ No ☐ Si
¿Cómo fue experimentar eso?	
¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?	☐ No ☐ Si
DESASTRE NATURAL - EVITACIÓN	
252. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?	
253. ¿Qué cosas?	
254. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?	
255. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?	
DESPISTAJE DE EVITACIÓN SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE.	
DESPISTAJE DE EVITACIÓN	
	☐ Ausente ☐ Presente
¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?	☐ No ☐ Si
¿Qué cosas?	
¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?	
(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE)	☐ No ☐ Si
¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?	
(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE)	☐ No ☐ Si
DESASTRE NATURAL - HIPERACTIVACIÓN	
256. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?	
257. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?	
258. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?	

DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN EN CASO DE "SI" A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.	
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN	
	☐ Ausente ☐ Presente
Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?	
(EN CASO DE SI A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)	☐ No ☐ Si
¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?	
(EN CASO DE SI A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)	☐ No ☐ Si
¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?	
(EN CASO DE SI A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)	☐ No ☐ Si
VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA	
259. ¿ALGUNA VEZ alguien te ha golpeado o lastimado gravemente?	
260. ¿ALGUNA VEZ alguien te ha robado o asaltado?	
261. ¿O te golpeó severamente?	
262. ¿Qué sucedió?	
263. ¿Por qué lo hizo/hicieron?	
VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA: ALGUNA VEZ El sujeto ha sido víctima de violencia física, con una o más personas usando la fuerza contra el sujeto con el potencial de causarle la muerte o lesiones graves. Es posible que se haya utilizado la fuerza para obtener algo (p. ej., atraco, robo), o para intimidar o asustar al sujeto, o porque sí (agresión, pelea, tortura). La víctima pudo haber sido amenazada con un arma. Codifique el abuso físico por parte de un miembro de la familia por separado.	
VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA: ALGUNA VEZ	
	☐ Ausente ☐ Alguna lesión física (por ejemplo, ojo morado, cortes) o fuerza con potencial para tal. ☐ Lesión grave (p. ej., extremidad rota, pérdida del conocimiento, hospitalización) o fuerza con potencial para tal.
¿ALGUNA VEZ alguien te ha golpeado o lastimado gravemente?	☐ No ☐ Si

¿ALGUNA VEZ alguien te ha robado o asaltado?
☐ No ☐ Si
¿O te golpeó severamente?
☐ No ☐ Si
¿Qué sucedió?
¿Por qué lo hizo/hicieron?
FRECUENCIA
264. ¿Cuántas veces ha sucedido eso EN TU VIDA?
Información adicional
INICIO
265. ¿Cuándo sucedió eso por primera vez?
Información adicional
266. ¿Sabes quién lo hizo?
PERSONA QUE USA LA FUERZA
PERSONA QUE USA LA FUERZA
☐ Un conocido de su edad. ☐ Adulto no familiar conocido. ☐ Adulto desconocido. ☐ Un desconocido de su edad. ☐ Más de una persona.
¿Sabes quién lo hizo?
267. ¿Te amenazaron con un arma?
AMENAZADO CON ARMA
AMENAZADO CON ARMA
☐ Ausente ☐ Arma utilizada para amenazar, pero no para herir a la víctima. ☐ Arma utilizada para amenazar y herir a la víctima.
¿Te amenazaron con un arma?
☐ No ☐ Si

268. ¿Ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA: 3 MESES
VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA: 3 MESES
☐ Ausente ☐ Alguna lesión física (por ejemplo, ojo morado, cortes) o fuerza con potencial para tal. ☐ Lesión grave (p. ej., extremidad rota, pérdida del conocimiento, hospitalización) o fuerza con potencial para tal.
¿Ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
FRECUENCIA
269. ¿Cuántas veces ha sucedido eso en los últimos tres meses?
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Cuántas veces ha sucedido eso en los últimos tres meses?
(FRECUENCIA)
Información adicional
INICIO
270. ¿Cuándo sucedió eso por primera vez en los últimos tres meses?
Información adicional
271. ¿Sabes quién lo hizo?
PERSONA QUE USA LA FUERZA
PERSONA QUE USA LA FUERZA
☐ Un conocido de su edad. ☐ Adulto no familiar conocido. ☐ Adulto desconocido. ☐ Un desconocido de su edad. ☐ Más de una persona.

¿Sabes quién lo hizo?

272. ¿Te amenazaron con un arma?

AMENAZADO CON ARMA

AMENAZADO CON ARMA

☐ Ausente

☐ Arma utilizada para amenazar, pero no para herir a la víctima.

☐ Arma utilizada para amenazar y herir a la víctima.

¿Te amenazaron con un arma?

☐ No

☐ Si

VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA (NO ABUSO) - ATRIBUCIÓN

273. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?

274. ¿Cuáles?

275. ¿De qué manera?

ATRIBUCIÓN

ATRIBUCIÓN

☐ Ausente

☐ Presente

En los últimos 3 meses, ¿este "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?

☐ No

☐ Si

¿Cuáles?

¿De qué manera?

276. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:

ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:

☐ Inasistencia al colegio

☐ Ansiedad de separación

☐ Preocupaciones/Ansiedad

☐ Obsesiones/Compulsiones

☐ Depresión

☐ Manía

☐ Síntomas físicos

☐ Conducta relacionada con la comida

☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención

☐ Trastorno de conducta

☐ Alcohol/Drogas

☐ Psicosis

☐ Relaciones con Madre/Padre #1 y/o Madre/Padre #2

☐ Relaciones con Otra Madre/Padre #1 y/o Otra Madre/Padre #2

☐ Relaciones con Otros Adultos

☐ Relaciones con hermanos

☐ Relaciones con pares

VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA (NO ABUSO) - RECUERDO DOLOROSO

277. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?

278. ¿Incluso cuando no querías hacerlo?

279. ¿Cómo fue experimentar eso?

280. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?

DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO

DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO

☐ Ausente

☐ Presente

En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?

☐ No

☐ Si

¿Incluso cuando no querías hacerlo?

☐ No

☐ Si

¿Cómo fue experimentar eso?

¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?

☐ No

☐ Si

VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA (NO ABUSO) - EVITACIÓN

281. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?

282. ¿Qué cosas?

283. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?

284. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?

DESPISTAJE DE EVITACIÓN

☐ Ausente

☐ Presente

¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?

☐ No

☐ Si

¿Qué cosas?

¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?

(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE)

☐ No

☐ Si

¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?

(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE)

☐ No

☐ Si

VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA (NO ABUSO) - HIPERACTIVACIÓN

285. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?

286. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?

287. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?

DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN

☐ Ausente

☐ Presente

Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?

(EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)

☐ No

☐ Si

¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?

(EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)

☐ No

☐ Si

¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?

(EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)

☐ No

☐ Si

VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO (FAMILIA): ALGUNA VEZ

288. ¿Algún miembro de tu familia ALGUNA VEZ te pegó o lastimó gravemente?

289. ¿O te golpeó severamente?

290. ¿Qué sucedió?

291. ¿Por qué lo hicieron?

VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO (FAMILIA): ALGUNA VEZ

El/ La niño(a) ha sido víctima de abuso físico por parte de un miembro de la familia.

VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO (FAMILIA): ALGUNA VEZ

☐ Ausente

☐ Alguna lesión física (por ejemplo, ojo morado, cortes) o fuerza con potencial para tal.

☐ Lesión grave (p. ej., extremidad rota, pérdida del conocimiento, hospitalización) o fuerza con potencial para tal.

¿Algún miembro de tu familia ALGUNA VEZ te pegó o lastimó gravemente?

☐ No

☐ Si

¿O te golpeó severamente?

☐ No

☐ Si

¿Qué sucedió?

¿Por qué lo hizo/hicieron?

292. ¿Quién lo hizo?

PERSONA QUE USA LA FUERZA

PERSONA QUE USA LA FUERZA ☐ Padre en casa ☐ Otro padre que no está en casa ☐ Hermano en el hogar ☐ Hermano que no está en el hogar ☐ Otro familiar adulto ¿Quién lo hizo? _____ Otro, especificar _____	
FRECUENCIA 293. ¿Cuántas veces ha sucedido eso EN TU VIDA? _____ Información adicional _____	
INICIO 294. ¿Cuándo sucedió esto por primera vez? _____ Información adicional _____	
295. ¿Te amenazaron con un arma? _____ AMENAZADO(A) CON ARMA _____ AMENAZADO CON ARMA ☐ Ausente ☐ Arma utilizada para amenazar, pero no para herir a la víctima. ☐ Arma utilizada para amenazar y herir a la víctima. ¿Te amenazaron con un arma? ☐ No ☐ Si 296. ¿Ha sucedido esto en los últimos 3 meses? _____ VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO: 3 MESES _____ VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA: 3 MESES ☐ Ausente ☐ Alguna lesión física (por ejemplo, ojo morado, cortes) o fuerza con potencial para tal. ☐ Lesión grave (p. ej., extremidad rota, pérdida del conocimiento, hospitalización) o fuerza con potencial para tal.	

¿Ha sucedido esto en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si 297. ¿Quién lo hizo? _____ PERSONA QUE USA LA FUERZA _____ _____ _____ PERSONA QUE USA LA FUERZA ☐ Padre en casa ☐ Otro padre que no está en casa ☐ Hermano en el hogar ☐ Hermano que no está en el hogar ☐ Otro familiar adulto ¿Quién lo hizo? _____ Otro, especificar _____ FRECUENCIA 298. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en los últimos 3 meses? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en los últimos 3 meses? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ INICIO 299. ¿Cuándo sucedió por primera vez esto en los últimos 3 meses? _____ Información adicional _____	
---	--

300. ¿Te amenazaron con un arma?

AMENAZADO(A) CON ARMA

AMENAZADO CON ARMA

☐ Ausente

☐ Arma utilizada para amenazar, pero no para herir a la víctima.

☐ Arma utilizada para amenazar y herir a la víctima.

¿Te amenazaron con un arma?

☐ No

☐ Si

VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO - ATRIBUCIÓN

301. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?

302. ¿Cuáles?

303. ¿De qué manera?

ATRIBUCIÓN

ATRIBUCIÓN

☐ Ausente

☐ Presente

En los últimos 3 meses, ¿este "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?

☐ No

☐ Si

¿Cuáles?

¿De qué manera?

304. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:

ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:

☐ Inasistencia al colegio

☐ Ansiedad de separación

☐ Preocupaciones / Ansiedad

☐ Obsesiones / Compulsiones

☐ Depresión

☐ Manía

☐ Síntomas físicos

☐ Conducta relacionada con la comida

☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención

☐ Trastorno de conducta

☐ Alcohol/Drogas

☐ Psicosis

☐ Relaciones con Madre/Padre #1 y/o Madre/Padre #2

☐ Relaciones con Otra Madre/Padre #1 y/o Otra Madre/Padre #2

☐ Relaciones con Otros Adultos

☐ Relaciones con hermanos

☐ Relaciones con pares

VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO - RECUERDO DOLOROSO

305. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?

306. ¿Incluso cuando no querías hacerlo?

307. ¿Cómo fue experimentar eso?

308. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?

DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO

DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO

☐ Ausente

☐ Presente

En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?

☐ No

☐ Si

¿Incluso cuando no querías hacerlo?

☐ No

☐ Si

¿Cómo fue experimentar eso?

¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?

☐ No

☐ Si

VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO - EVITACIÓN

309. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?

310. ¿Qué cosas?

311. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?
312. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?
DESPISTAJE DE EVITACIÓN SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE.
DESPISTAJE DE EVITACIÓN ☐ Ausente ☐ Presente
¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
¿Qué cosas?
_____ ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?
(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE) ☐ No ☐ Si
¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?
(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE) ☐ No ☐ Si
VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO - HIPERACTIVACIÓN
313. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?
_____ 314. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?
_____ 315. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN EN CASO DE "SI" A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN ☐ Ausente ☐ Presente
Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?
(EN CASO DE SI A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.) ☐ No ☐ Si

¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?	(EN CASO DE SI A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.) ☐ No ☐ Si
¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?	(EN CASO DE SI A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.) ☐ No ☐ Si
ABUSO SEXUAL: ALGUNA VEZ	
316. ¿ALGUNA VEZ alguien te ha tocado en lugares donde no debería?	
317. ¿ALGUNA VEZ alguien te ha tocado de una manera que te hizo sentir raro?	
_____ 318. ¿O que te pareció equivocado?	
_____ 319. ¿ALGUNA VEZ alguien te ha hecho tocarlos de maneras que te hicieron sentir incómodo?	
_____ 320. ¿Qué sucedió?	
_____ 321. ¿Quién estaba involucrado?	
_____ 322. ¿Cómo te sentiste al respecto?	
_____ 323. ¿Te afectó?	
ABUSO SEXUAL: ALGUNA VEZ	
Episodio(s) de abuso sexual en el cual una persona, denominada perpetrador, involucra a un niño o adolescente en actividades con el propósito de obtener gratificación sexual. Estas actividades pueden incluir besos (que hacen que la persona se sienta incómoda), caricias genitales (por encima o por debajo de la ropa), contacto oral-genital u oral-anal, coito genital o anal, o uso de instrumentos). El abuso sexual no incluye exámenes médicos ni deseos mutuos de tener relaciones sexuales con un par.	
ABUSO SEXUAL: ALGUNA VEZ	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿ALGUNA VEZ alguien te ha tocado en lugares donde no debería?	
☐ No ☐ Si	
¿ALGUNA VEZ alguien te ha tocado de una manera que te hizo sentir raro?	
☐ No ☐ Si	
¿O que te pareció equivocado?	
☐ No ☐ Si	

¿ALGUNA VEZ alguien te ha hecho tocarlos de maneras que te hicieron sentir incómodo?
☐ No ☐ Si
¿Qué sucedió?
¿Quién estaba involucrado?
¿Cómo te sentiste al respecto?
¿Te afectó?
☐ No ☐ Si
FRECUENCIA
324. ¿Cuántas veces ha sucedido eso EN TU VIDA?
Información adicional
INICIO
325. ¿Cuándo sucedió esto por primera vez?
Información adicional
326. ¿Ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
ABUSO SEXUAL: 3 MESES
ABUSO SEXUAL: 3 MESES
☐ Ausente ☐ Presente
¿Ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
FRECUENCIA
327. ¿Cuántas veces ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo

FRECUENCIA
¿Cuántas veces ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
(FRECUENCIA)
Información adicional
INICIO
328. ¿Cuándo sucedió esto por primera vez en los últimos 3 meses?
Información adicional
VIOLACIÓN: ALGUNA VEZ
329. ¿ALGUNA VEZ te han violado?
330. ¿Sabías quién era?
331. ¿Quién hizo esto?
VIOLACIÓN: ALGUNA VEZ
La violación es un evento repentino e inesperado (generalmente aislado) que involucra una relación sexual.
VIOLACIÓN: ALGUNA VEZ
☐ Ausente ☐ El perpetrador es un extraño ☐ El perpetrador es un individuo conocido.
¿ALGUNA VEZ te han violado?
☐ No ☐ Si
¿Sabías quién era?
☐ No ☐ Si
¿Quién hizo esto?
FRECUENCIA
332. ¿Cuántas veces ha sucedido esto EN TU VIDA?
Información adicional
INICIO
333. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió esto?

Información adicional
334. ¿Ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
VIOLACIÓN: 3 MESES
VIOLACIÓN: 3 MESES
☐ Ausente ☐ El perpetrador es un extraño ☐ El perpetrador es un individuo conocido
¿Ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
FRECUENCIA
335. ¿Cuántas veces ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Cuántas veces ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
(FRECUENCIA)
Información adicional
INICIO
336. ¿Cuándo sucedió esto por primera vez en los últimos 3 meses?
Información adicional
COERCIÓN (ABUSO SEXUAL O VIOLACIÓN) 337. ¿ALGUNA VEZ la persona te amenazó con lastimarte o meterte en problemas si no hacías lo que él/ella quería?
338. ¿O si fueras a decirle a alguien?

339. ¿Él/ella/ellos llegaron a lastimarte?
340. ¿Recibiste cortes, moretones o marcas?
COERCIÓN: ABUSO SEXUAL O VIOLACIÓN Uso de amenazas de violencia para coaccionar a la víctima.
COERCIÓN: ABUSO SEXUAL O VIOLACIÓN
☐ Ausente ☐ Baja coerción: pequeña amenaza de lesiones graves o muerte, pero uso de críticas, recompensas, castigos o pérdida de privilegios para coaccionar a la víctima. ☐ Moderada coerción: amenazas (de muerte o lesiones físicas graves a la víctima o a otra persona), pero sin uso real de la fuerza. ☐ Alta coerción: uso de la fuerza que implica amenaza o muerte o lesiones físicas graves a la víctima o a otra persona.
¿ALGUNA VEZ la persona te amenazó con lastimarte o meterte en problemas si no hacías lo que él/ella quería?
☐ No ☐ Si
¿O si fueras a decirle a alguien?
☐ No ☐ Si
¿Él/ella/ellos llegaron a lastimarte?
☐ No ☐ Si
¿Recibiste cortes, moretones o marcas?
☐ No ☐ Si
341. ¿Ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
COERCIÓN: 3 MESES
COERCIÓN: 3 MESES
☐ Ausente ☐ Baja coerción: pequeña amenaza de lesiones graves o muerte, pero uso de críticas, recompensas, castigos o pérdida de privilegios para coaccionar a la víctima. ☐ Moderada coerción: amenazas (de muerte o lesiones físicas graves a la víctima o a otra persona), pero sin uso real de la fuerza. ☐ Alta coerción: uso de la fuerza que implica amenaza o muerte o lesiones físicas graves a la víctima o a otra persona.
¿Ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si

BUSCANDO AYUDA (ABUSO SEXUAL O VIOLACIÓN)	
342. ¿ALGUNA VEZ le dijiste a alguien sobre estas cosas?	
343. ¿A alguien de tu edad?	
344. ¿A un miembro de la familia?	
345. ¿A un adulto fuera de tu familia?	
BUSCANDO AYUDA (ABUSO SEXUAL): ALGUNA VEZ Se codifican tres formas de respuesta de apoyo a las solicitudes de ayuda: escucha, que podría proporcionar apoyo social y alivio emocional; intervención personal, que es tratar personalmente de evitar que la situación vuelva a ocurrir; o intervención que involucre a una agencia profesional, que podría ser llamar a la policía, comunicarse con los servicios apropiados, remitir al sujeto a dichos servicios o sacar al sujeto de lo que él/ella experimenta como un entorno inseguro. Las respuestas de falta de apoyo incluyen falta de voluntad para escuchar, renuencia a involucrarse, negación de la verdad de la historia y amenazas al niño si se lo cuenta a alguien más.	
BUSCANDO AYUDA (ABUSO SEXUAL): ALGUNA VEZ ☐ Ausente ☐ Presente	
¿ALGUNA VEZ le dijiste a alguien sobre estas cosas?	
☐ No ☐ Si	
¿A alguien de tu edad?	
☐ No ☐ Si	
¿A un miembro de la familia?	
☐ No ☐ Si	
¿A un adulto fuera de tu familia?	
☐ No ☐ Si	
346. ¿Un amigo/compañero trató de ayudarte?	
347. ¿Te escucharon?	
348. ¿Intervinieron personalmente?	
349. ¿Consiguieron que alguna institución o profesional se involucre?	
RESPUESTA DE APOYO: COMPAÑEROS ☐ Ausente ☐ Escucha ☐ Intervención personal ☐ Intervención que involucra a institución o profesional	

RESPUESTA DE APOYO: COMPAÑEROS ☐ Ausente ☐ Escucha ☐ Intervención personal ☐ Intervención que involucra a institución o profesional	
¿Un amigo/compañero trató de ayudarte?	
☐ No ☐ Si	
¿Te escucharon?	
☐ No ☐ Si	
¿Intervinieron personalmente?	
☐ No ☐ Si	
¿Consiguieron que alguna institución o profesional se involucre?	
☐ No ☐ Si	
350. ¿Un miembro de la familia trató de ayudarte?	
351. ¿Te escucharon?	
352. ¿Intervinieron personalmente?	
353. ¿Consiguieron que alguna institución o profesional se involucre?	
RESPUESTA DE APOYO: FAMILIARES ☐ Ausente ☐ Escucha ☐ Intervención personal ☐ Intervención que involucra a institución o profesional	
¿Un miembro de la familia trató de ayudarte?	
☐ No ☐ Si	
¿Te escucharon?	
☐ No ☐ Si	
¿Intervinieron personalmente?	
☐ No ☐ Si	

¿Consiguieron que alguna institución o profesional se involucre?	☐ No ☐ Si
354. ¿Algún otro adulto (fuera de la familia) trató de ayudarte?	
355. ¿Te escucharon?	
356. ¿Intervinieron personalmente?	
357. ¿Consiguieron que alguna institución o profesional se involucre?	
RESPUESTA DE APOYO: OTRO ADULTO	
RESPUESTA DE APOYO: OTRO ADULTO	☐ Ausente ☐ Escucha ☐ Intervención personal ☐ Intervención que involucra a institución o profesional
¿Algún otro adulto (fuera de la familia) trató de ayudarte?	☐ No ☐ Si
¿Te escucharon?	☐ No ☐ Si
¿Intervinieron personalmente?	☐ No ☐ Si
¿Consiguieron que alguna institución o profesional se involucre?	☐ No ☐ Si
SI SE INVOLUCRÓ A UN COMPAÑERO, PREGUNTE:	
358. ¿El amigo/compañero no estaba dispuesto a escuchar?	
359. ¿Estaba el amigo reacio a involucrarse?	
360. ¿Negó que pudo haber pasado?	
361. ¿Te amenazó para que no le contaras a alguien?	
RESPUESTA SIN APOYO: COMPAÑEROS	

RESPUESTA SIN APOYO: COMPAÑEROS	☐ Ausente ☐ Falta de voluntad para escuchar ☐ Renuencia a involucrarse ☐ Negación de la verdad de la historia ☐ Amenaza al niño(a) si alguna vez se lo cuenta a alguien ☐ Amenaza con dañar a otros si el niño(a) habla.
¿El amigo/compañero no estaba dispuesto a escuchar?	☐ No ☐ Si
¿Estaba el amigo reacio a involucrarse?	☐ No ☐ Si
¿Negó que pudo haber pasado?	☐ No ☐ Si
¿Te amenazó para que no le contaras a alguien?	☐ No ☐ Si
SI SE INVOLUCRÓ A UN FAMILIAR, PREGUNTE:	
362. ¿El miembro de tu familia no estaba dispuesto a escuchar?	
363. ¿El miembro de tu familia se mostró reacio a involucrarse?	
364. ¿Negó que pudo haber pasado?	
365. ¿Te amenazó para que no le contaras a alguien?	
RESPUESTA SIN APOYO: FAMILIARES	
RESPUESTA SIN APOYO: FAMILIARES	☐ Ausente ☐ Falta de voluntad para escuchar ☐ Renuencia a involucrarse ☐ Negación de la verdad de la historia ☐ Amenaza al niño(a) si alguna vez se lo cuenta a alguien ☐ Amenaza con dañar a otros si el niño(a) habla.
SI HAY UN MIEMBRO DE LA FAMILIA INVOLUCRADO, PREGUNTE: ¿El miembro de tu familia no estaba dispuesto a escuchar?	☐ No ☐ Si

¿El miembro de tu familia se mostró reactivo a involucrarse? ☐ No ☐ Si
¿Negó que pudo haber pasado? ☐ No ☐ Si
¿Te amenazó para que no le contaras a alguien? ☐ No ☐ Si
SI SE INVOLUCRÓ A OTRO ADULTO, PREGUNTE:
366. ¿No estaba dispuesto escuchar?
367. ¿Estuvo reactivo a involucrarse?
368. ¿Negó que pudo haber pasado?
369. ¿Te amenazó para que no le contaras a alguien?
RESPUESTA SIN APOYO: OTRO ADULTO
RESPUESTA SIN APOYO: OTRO ADULTO ☐ Ausente ☐ Falta de voluntad para escuchar ☐ Renuencia a involucrarse ☐ Negación de la verdad de la historia ☐ Amenaza al niño(a) si alguna vez se lo cuenta a alguien ☐ Amenaza con dañar a otros si el niño(a) habla.
SI HAY OTRO ADULTO INVOLUCRADO, PREGUNTE: ¿No estaba dispuesto escuchar? ☐ No ☐ Si
¿Estuvo reactivo a involucrarse? ☐ No ☐ Si
¿Negó que pudo haber pasado? ☐ No ☐ Si
¿Te amenazó para que no le contaras a alguien? ☐ No ☐ Si
ABUSO SEXUAL O VIOLACIÓN - ATRIBUCIÓN

370. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando? 371. ¿Cuáles? 372. ¿De qué manera? ATRIBUCIÓN ATRIBUCIÓN ☐ Ausente ☐ Presente En los últimos 3 meses, ¿este "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando? ☐ No ☐ Si ¿Cuáles? ¿De qué manera? 373. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE: ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE: ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedad ☐ Obsesiones/ Compulsiones ☐ Depresión ☐ Manía ☐ Síntomas físicos ☐ Conducta relacionada con la comida ☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención ☐ Trastorno de conducta ☐ Alcohol/Drogas ☐ Psicosis ☐ Relaciones con Madre/Padre #1 y/o Madre/Padre #2 ☐ Relaciones con Otra Madre/Padre #1 y/o Otra Madre/Padre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares ABUSO SEXUAL O VIOLACIÓN - RECUERDO DOLOROSO 374. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?
--

375. ¿Incluso cuando no querías hacerlo?
376. ¿Cómo fue experimentar eso?
377. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO
☐ Ausente
☐ Presente
En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?
☐ No
☐ Si
¿Incluso cuando no querías hacerlo?
☐ No
☐ Si
¿Cómo fue experimentar eso?
¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?
☐ No
☐ Si
ABUSO SEXUAL O VIOLACIÓN - EVITACIÓN
378. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?
379. ¿Qué cosas?
380. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?
381. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?
DESPISTAJE DE EVITACIÓN
☐ Ausente
☐ Presente
¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?
☐ No
☐ Si

¿Qué cosas?
¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?
(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE)
☐ No
☐ Si
¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?
(SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE)
☐ No
☐ Si
ABUSO SEXUAL O VIOLACIÓN - HIPERACTIVACIÓN
382. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?
383. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?
384. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN
EN CASO DE "SÍ" A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN
☐ Ausente
☐ Presente
Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable?
(EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)
☐ No
☐ Si
¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"?
(EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)
☐ No
☐ Si
¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas?
(EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.)
☐ No
☐ Si
OTRO EVENTO
385. ¿ALGUNA VEZ te ha pasado algo realmente malo?
386. ¿O que te haya hecho sentir realmente mal?

387. ¿O que realmente te afectara o asustara?
 388. ¿Qué sucedió?
 OTRO EVENTO: ALGUNA VEZ
 Otro evento que haya hecho que el sujeto se sienta realmente terrible, afectado, asustado o conmovido.
 OTRO EVENTO: ALGUNA VEZ
☐ Ausente
☐ Presente
 ¿ALGUNA VEZ te ha pasado algo realmente malo?
☐ No
☐ Si
 ¿O que te haya hecho sentir realmente mal?
☐ No
☐ Si
 ¿O que realmente te afectara o asustara?
☐ No
☐ Si
 ¿Qué sucedió?
 Otro, especificar
 FRECUENCIA
 389. ¿Cuántas veces te han sucedido cosas perturbadoras como esas EN TU VIDA?
 Información adicional
 INICIO
 390. ¿Cuándo fue la primera vez que sucedió algo así EN TU VIDA?
 Información adicional
 392. ¿Ha sucedido algo así en los últimos 3 meses?

393. ¿Qué sucedió?
 OTRO EVENTO: 3 MESES
 OTRO EVENTO: 3 MESES
☐ Ausente
☐ Presente
 ¿Ha sucedido algo así en los últimos 3 meses?
☐ No
☐ Si
 ¿Qué sucedió?
 Otro, especificar
 FRECUENCIA
 394. ¿Con qué frecuencia ha sucedido algo así en los últimos 3 meses?
 UNIDAD DE TIEMPO
 UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día
☐ Por semana
☐ Por mes
☐ Total (3 meses)
☐ Todo el tiempo
 FRECUENCIA
 ¿Con qué frecuencia ha sucedido algo así en los últimos 3 meses?
 (FRECUENCIA)
 Información adicional
 INICIO
 395. ¿Cuándo sucedió esto por primera vez en los últimos 3 meses?
 Información adicional

OTRO EVENTO - ATRIBUCIÓN	
396. En los últimos 3 meses, ¿el "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?	
397. ¿Cuáles?	
398. ¿De qué manera?	
ATRIBUCIÓN	
☐ Ausente ☐ Presente	
En los últimos 3 meses, ¿este "evento de vida" ha afectado alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?	☐ No ☐ Si
¿Cuáles?	
¿De qué manera?	
399. ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:	
ATRIBUCIÓN DE "EVENTO DE VIDA" COMO CONTRIBUYENTE AL PROBLEMA DE:	
☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedad ☐ Obsesiones/ Compulsiones ☐ Depresión ☐ Manía ☐ Síntomas físicos ☐ Conducta relacionada con la comida ☐ Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención ☐ Trastorno de conducta ☐ Alcohol/Drogas ☐ Psicosis ☐ Relaciones con Madre/Padre #1 y/o Madre/Padre #2 ☐ Relaciones con Otra Madre/Padre #1 y/o Otra Madre/Padre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares	

OTRO EVENTO - RECUERDO DOLOROSO	
401. En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?	
402. ¿Incluso cuando no querías hacerlo?	
403. ¿Cómo fue experimentar eso?	
404. ¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?	
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO	
DESPISTAJE DE RECUERDO DOLOROSO	
☐ Ausente ☐ Presente	
En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente pensamientos o imágenes del "evento de vida"?	☐ No ☐ Si
¿Incluso cuando no querías hacerlo?	☐ No ☐ Si
¿Cómo fue experimentar eso?	
¿Has tenido alguna pesadilla sobre el evento?	
☐ No ☐ Si	
OTRO EVENTO - EVITACIÓN	
405. ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"?	
406. ¿Qué cosas?	
407. ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"?	
408. ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"?	
DESPISTAJE DE EVITACIÓN	
SI HAY EVITACIÓN, CODIFIQUE COMO PRESENTE.	

DESPISTAJE DE EVITACIÓN ☐ Ausente ☐ Presente ¿Ciertas cosas o pensamientos te recuerdan el "evento de vida"? ☐ No ☐ Si ¿Qué cosas? _____ ¿Tratas de evitar las cosas que te recuerdan el "evento de vida"? ☐ No ☐ Si ¿Tratas de evitar pensar en el "evento de vida"? ☐ No ☐ Si
OTRO EVENTO - HIPERACTIVACIÓN 409. Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable? _____ 410. ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"? _____ 411. ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas? _____ DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN EN CASO DE "SÍ" A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.
DESPISTAJE DE HIPERACTIVACIÓN ☐ Ausente ☐ Presente Desde el "evento de vida", ¿has estado más nervioso(a) o irritable? (EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.) ☐ No ☐ Si ¿Has tenido algún problema para dormir desde el "evento de vida"? (EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.) ☐ No ☐ Si ¿Has estado "alerta" por si sucedían cosas malas? (EN CASO DE SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, CODIFIQUE COMO PRESENTE.) ☐ No ☐ Si

CAPA 14 - ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Récord ID

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO - GRUPO A

EVENTOS DE VIDA (GRUPO A): 3 MESES

1. ¿Cuál de estos eventos fue el más impactante para ti en los últimos 3 meses?

EVENTO DE VIDA: 3 MESES

Seleccione el evento de vida que ocurrió del Grupo A: 3 Meses

Si hay más de un evento de vida del Grupo A: 3 Meses, seleccione el más impactante para el encuestado.

A LO LARGO DE LA ENCUESTA SE PREGUNTARÁ EN TORNO AL "EVENTO DE VIDA", ESTE CONCEPTO HARÁ REFERENCIA AL SUCESO QUE MENCIONE AQUÍ EL ENCUESTADO.

EVENTO DE VIDA: 3 MESES

○ Separación de los padres

○ Divorcio de los padres

○ Mudanza

○ Cambio de colegio

○ Pérdida del mejor amigo por mudanza

○ Ruptura con el mejor amigo

○ Ruptura con enamorado/enamorada

○ Arresto de los padres

¿Cuál de estos eventos fue el más impactante para ti en los últimos 3 meses?

RESPUESTAS AGUDAS AL EVENTO TRAUMÁTICO

RESPUESTAS EMOCIONALES AGUDAS (TEPT-A)

Respuestas emocionales al evento cuando ocurrió

2. ¿Estabas sorprendido?

SORPRESA

Ahora me gustaría preguntarte acerca de los sentimientos que pudiste haber tenido cuando ocurrió el "evento de vida"

SORPRESA

○ Ausente

○ Presente

¿Estabas sorprendido?

○ No

○ Si

3. ¿Te sentiste impotente?

4. ¿Como si no pudieras hacer nada para mejorarlo?

IMPOTENCIA

IMPOTENCIA

○ Ausente

○ Presente

¿Te sentiste impotente?

○ No

○ Si

¿Como si no pudieras hacer nada para mejorarlo?

○ No

○ Si

5. ¿Sentiste que en realidad no estaba sucediendo?

6. ¿Como si fuera solo una historia y no estuviera pasando en realidad?

DESREALIZACIÓN

DESREALIZACIÓN

○ Ausente

○ Presente

¿Sentiste que en realidad no estaba sucediendo?

○ No

○ Si

¿Como si fuera solo una historia y no estuviera pasando en realidad?

○ No

○ Si

7. ¿Tuviste miedo?

MIEDO

MIEDO

○ Ausente

○ Presente

¿Tuviste miedo?

○ No

○ Si

291

8. ¿Te preocupaba que no estuvieras a salvo?
9. ¿O que podrías morir?
PREOCCUPACIÓN
PREOCCUPACIÓN
☐ Ausente
☐ Presente
¿Te preocupaba que no estuvieras a salvo?
☐ No
☐ Si
¿O que podrías morir?
☐ No
☐ Si
10. ¿Te enojaste?
ENOJO
ENOJO
☐ Ausente
☐ Presente
¿Te enojaste?
☐ No
☐ Si
11. ¿No sentiste nada en absoluto?
12. ¿Como si no pudieras sentir nada?
13. ¿O como si no quisieras sentir nada?
ENTUCIMIENTO EMOCIONAL
ENTUCIMIENTO EMOCIONAL
☐ Ausente
☐ Presente
¿No sentiste nada en absoluto?
☐ No
☐ Si
¿Como si no pudieras sentir nada?
☐ No
☐ Si

¿O como si no quisieras sentir nada?
☐ No
☐ Si
14. ¿Te sentiste asqueado o disgustado por lo que sucedió?
DISGUSTO/REPULSIÓN
DISGUSTO/REPULSIÓN
☐ Ausente
☐ Presente
¿Te sentiste asqueado o disgustado por lo que sucedió?
☐ No
☐ Si
15. ¿Te sentiste fuera de control?
16. ¿O que tal vez no podías controlar tus sentimientos?
FUERA DE CONTROL
FUERA DE CONTROL
☐ Ausente
☐ Presente
¿Te sentiste fuera de control?
☐ No
☐ Si
¿O que tal vez no podías controlar tus sentimientos?
☐ No
☐ Si
17. ¿Te sentiste triste?
TRISTEZA
TRISTEZA
☐ Ausente
☐ Presente
¿Te sentiste triste?
☐ No
☐ Si
18. ¿Te sentiste confundido?
19. ¿Como si no pudieras entender lo que estaba pasando?

20. ¿Como si no tuviera ningún sentido?
CONFUSIÓN
CONFUSIÓN
☐ Ausente
☐ Presente
¿Te sentiste confundido?
☐ No
☐ Si
¿Como si no pudieras entender lo que estaba pasando?
☐ No
☐ Si
¿Como si no tuviera ningún sentido?
☐ No
☐ Si
21. ¿Te sentiste distanciado de ti mismo?
22. ¿O desconectado de ti mismo?
23. ¿Te sentiste como si estuvieras en un sueño?
24. ¿O como si el "evento" no te estuviera pasando a ti?
DESPERSONALIZACIÓN
DESPERSONALIZACIÓN
☐ Ausente
☐ Presente
¿Te sentiste distanciado de ti mismo?
☐ No
☐ Si
¿O desconectado de ti mismo?
☐ No
☐ Si
¿Te sentiste como si estuvieras en un sueño?
☐ No
☐ Si
¿O como si el "evento" no te estuviera pasando a ti?
☐ No
☐ Si

25. ¿Te sentiste culpable?
26. ¿Como si fuera tu culpa?
CULPABLE
CULPABLE
☐ Ausente
☐ Presente
¿Te sentiste culpable?
☐ No
☐ Si
¿Como si fuera tu culpa?
☐ No
☐ Si
27. ¿Te sentiste traicionado?
28. ¿Sentiste que alguien en quien confiabas te había engañado?
TRAICIONADO
TRAICIONADO
☐ Ausente
☐ Presente
¿Te sentiste traicionado?
☐ No
☐ Si
¿Sentiste que alguien en quien confiabas te había engañado?
☐ No
☐ Si
29. ¿Te sentiste avergonzado por lo que estaba pasando?
AVERGONZADO
AVERGONZADO
☐ Ausente
☐ Presente
¿Te sentiste avergonzado por lo que estaba pasando?
☐ No
☐ Si

RESPUESTAS SOMÁTICAS AGUDAS (TEPT-A) Respuestas físicas al evento de vida cuando ocurrió.	
30. Cuando ocurrió el "evento de la vida", ¿te afectó físicamente?	
RESPUESTAS SOMÁTICAS AGUDAS: 3 MESES Cuando ocurrió el "evento de la vida", ¿te afectó físicamente? ☐ No ☐ Si	
31. ¿Te mareaste, sentiste vértigo o te desmayaste?	
MAREOS/DESMAYOS MAREOS/DESMAYOS ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Te mareaste, sentiste vértigo o te desmayaste?	
☐ No ☐ Si	
32. ¿Tuviste la boca seca?	
BOCA SECA BOCA SECA ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Tuviste la boca seca?	
☐ No ☐ Si	
33. ¿Sentiste como si te estuvieras ahogando o asfixiando?	
ASFIXIA/ ASFIXIA ASFIXIA/ ASFIXIA ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Sentiste como si te estuvieras ahogando o asfixiando?	
☐ No ☐ Si	

¿En qué manera?	
35. ¿Tuviste dificultad para respirar?	
36. ¿En qué manera?	
RESPIRACIÓN DIFÍCIL RESPIRACIÓN DIFÍCIL ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Tuviste dificultad para respirar?	
☐ No ☐ Si	
¿En qué manera?	
37. ¿Respiraste muy rápido?	
RESPIRACIÓN RÁPIDA RESPIRACIÓN RÁPIDA ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Respiraste muy rápido?	
☐ No ☐ Si	
38. ¿Afectó las palpitaciones de tu corazón?	
39. ¿Tu corazón latía muy rápido?	
40. ¿Tu corazón tenía latidos irregulares?	
PALPITACIONES PALPITACIONES ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Afectó las palpitaciones de tu corazón?	
☐ No ☐ Si	

¿Tu corazón latía muy rápido?
☐ No ☐ Si
¿Tu corazón tenía latidos irregulares?
☐ No ☐ Si
41. ¿Te dolió el pecho?
PRESIÓN O DOLOR EN EL PECHO
☐ Ausente ☐ Presente
¿Te dolió el pecho?
☐ No ☐ Si
42. ¿Te pusiste sudoroso?
TRANSPIRACIÓN
☐ Ausente ☐ Presente
¿Te pusiste sudoroso?
☐ No ☐ Si
43. ¿Sentiste náuseas?
44. ¿O ganas de vomitar?
NAUSEAS
☐ Ausente ☐ Presente
¿Sentiste náuseas?
☐ No ☐ Si
¿O ganas de vomitar?
☐ No ☐ Si

45. ¿Tenías muchas ganas de orinar?
ORINAR CON FRECUENCIA
☐ Ausente ☐ Presente
¿Tenías muchas ganas de orinar?
☐ No ☐ Si
46. ¿Sentiste como si tuvieras mariposas en el estómago?
AFECTÓ EL ESTÓMAGO
☐ Ausente ☐ Presente
¿Sentiste como si tuvieras mariposas en el estómago?
☐ No ☐ Si
47. ¿Tuviste diarrea?
DIARREA
☐ Ausente ☐ Presente
¿Tuviste diarrea?
☐ No ☐ Si
48. ¿Te pusiste tembloroso?
TEMBLOR/TEMBLOR
☐ Ausente ☐ Presente
¿Te pusiste tembloroso?
☐ No ☐ Si

RECUERDO DOLOROSO POR ESTÍMULOS EXTERNOS	
☐ Ausencia de recuerdos dolorosos con estímulos externos.	
☐ El recuerdo doloroso se entromete en al menos dos actividades y es incontrolable al menos parte del tiempo.	
☐ El recuerdo doloroso se entromete en la mayoría de las actividades y casi siempre es incontrolable.	
En los últimos 3 meses, ¿te han venido a la mente recuerdos o imágenes perturbadoras del "evento de vida" mencionado?	
☐ No	
☐ Si	
¿Hay cosas o lugares que te recuerden al "evento de vida"?	
☐ No	
☐ Si	
¿O sonidos o cosas que ves te lo recuerdan?	
☐ No	
☐ Si	
Cuando eso sucede, ¿te trae recuerdos desagradables del "evento de vida"?	
☐ No	
☐ Si	
¿Qué estás haciendo cuando esto sucede?	
¿Puedes dejar de pensar en ello?	
☐ No	
☐ Si	
¿Siempre o solo a veces?	
☐ Sólo a veces	
☐ Siempre	
FRECUENCIA	
63. ¿Con qué frecuencia ha sucedido eso en los últimos 3 meses?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día	
☐ Por semana	
☐ Por mes	
☐ Total (3 meses)	
☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia ha sucedido eso en los últimos 3 meses?	
(FRECUENCIA)	

Información adicional	
64. ¿Ha ocurrido más de una vez al día en los últimos 3 meses?	
☐ No	
☐ Si	
DURACIÓN	
65. Cuando tienes esos pensamientos, ¿cuánto dura?	
(HORAS: MINUTOS)	
Información adicional	
INICIO	
66. ¿Cuándo empezaste a tener esos pensamientos/imágenes angustiantes?	
Información adicional	
RECUERDO DOLOROSO DEL EVENTO DE VIDA: EVITACIÓN (TEPT-A)	
67. ¿Tratas de evitar cualquier cosa o lugar que pueda recordarte al "evento de vida"?	
68. Cuando recuerdas el "evento", ¿qué haces para sentirte mejor?	
69. ¿Tu evitación de estas cosas o lugares afecta en algo tu estilo de vida?	
70. ¿Restringe tus actividades para evitar cosas o lugares que te recuerdan al "evento de vida"?	
EVITACIÓN DEL RECUERDO DOLOROSO CON ESTÍMULOS EXTERNOS	
EVITACIÓN DEL RECUERDO DOLOROSO CON ESTÍMULOS EXTERNOS	
☐ Ausente	
☐ Evita situaciones que pueden provocar recuerdos dolorosos algunas veces, pero no en un grado que impida un estilo de vida normal.	
☐ La evitación conduce a la interrupción del estilo de vida y actividades normales y da como resultado un estilo de vida muy restringido.	
¿Tratas de evitar cualquier cosa o lugar que pueda recordarte al "evento de vida"?	
☐ No	
☐ Si	
Cuando recuerdas el "evento", ¿qué haces para sentirte mejor?	
¿Tu evitación de estas cosas o lugares afecta en algo tu estilo de vida?	
☐ No	
☐ Si	

¿Restringe tus actividades para evitar cosas o lugares que te recuerdan al "evento de vida"? ☐ No ☐ Si
INICIO 71. ¿Cuándo empezaste a evitar cosas o lugares? _____
Información adicional _____
72. Cuando recuerdas un evento, ¿qué haces para sentirte mejor? _____
73. ¿Tratas de pensar en otras cosas o haces cosas que te gustan para distraerte? _____
74. ¿Hablas con alguien y le pides que te ayude? _____
SUPRESIÓN NORMAL _____
SUPRESIÓN NORMAL ☐ Ausente ☐ Usa pensamientos normales o actividades normales en un intento de reducir el recuerdo doloroso.
Cuando recuerdas un evento, ¿qué haces para sentirte mejor? _____
¿Tratas de pensar en otras cosas o haces cosas que te gustan para distraerte? ☐ No ☐ Si
¿Hablas con alguien y le pides que te ayude? ☐ No ☐ Si
75. ¿TIENES que pensar ciertos PENSAMIENTOS para sentirte mejor? _____
76. ¿Tiene una rutina de cosas en las que puede pensar o hacer para sentirte mejor? _____
77. ¿Cómo qué? _____
SUPRESIÓN OBSESIVA _____
SUPRESIÓN OBSESIVA ☐ Ausente ☐ Usas pensamientos obsesivos o rituales obsesivos en un intento de reducir el recuerdo doloroso.
¿TIENES que pensar ciertos PENSAMIENTOS para sentirte mejor? ☐ No ☐ Si

¿Tiene una rutina de cosas en las que puede pensar o hacer para sentirte mejor? ☐ No ☐ Si
¿Cómo qué? _____
78. ¿TIENES que HACER ciertas cosas o rutinas para sentirte mejor? _____
79. ¿Te gusta lavarte las manos repetidamente? _____
80. ¿O repetir las cosas una y otra vez? _____
SUPRESIÓN COMPULSIVA _____
SUPRESIÓN COMPULSIVA ☐ Ausente ☐ Utiliza comportamientos compulsivos en un intento de reducir el recuerdo doloroso.
¿TIENES que HACER ciertas cosas o rutinas para sentirte mejor? ☐ No ☐ Si
¿Te gusta lavarte las manos repetidamente? ☐ No ☐ Si
¿O repetir las cosas una y otra vez? ☐ No ☐ Si
81. ¿Notas algún cambio físico cuando recuerdas el "evento de vida"? _____
82. ¿Como por ejemplo, se te acelera el corazón? _____
83. ¿Tienes dificultad para respirar? _____
84. ¿O te sientes tembloroso o mal del estómago? _____
85. ¿Sientes pánico? _____
EFFECTOS AUTONÓMICOS _____
EFFECTOS AUTONÓMICOS ☐ Ausente ☐ Nota cambios autonómicos en respuesta a recuerdos dolorosos, pero estos no equivalen a ataques de pánico ☐ Ataques de pánico en respuesta a un recuerdo doloroso.

¿Notas algún cambio físico cuando recuerdas el "evento de vida"? ☐ No ☐ Si
¿Como por ejemplo, se te acelera el corazón? ☐ No ☐ Si
¿O tienes dificultad para respirar? ☐ No ☐ Si
¿O te sientes tembloroso o mal del estómago? ☐ No ☐ Si
¿Sientes pánico? ☐ No ☐ Si
86. ¿Se dan cuenta otras personas cuando tú estás recordando el "evento"?
87. ¿Qué ven?
RECUERDO DOLOROSO PERCEPTIBLE PARA OTROS
RECUERDO DOLOROSO PERCEPTIBLE PARA OTROS ☐ No ☐ El encuestado informa que otros notan cambios (ansiedad, soñar despierto, etc.).
¿Se dan cuenta otras personas cuando tú estás recordando el "evento"? ☐ No ☐ Si
¿Qué ven?
RECUERDO ACTIVO (TEPT-A)
88. En los últimos 3 meses, ¿has pensado a propósito en el "evento de la vida"?
89. Cuando lo haces, ¿cómo te sientes?
90. ¿Estos sentimientos son dolorosos para ti?
RECUERDO ACTIVO Recuerdo intencional del evento.
RECUERDO ACTIVO ☐ Ausente ☐ Presente

En los últimos 3 meses, ¿has pensado a propósito en el "evento de la vida"? ☐ No ☐ Si
Cuando lo haces, ¿cómo te sientes?
¿Estos sentimientos son dolorosos para ti? ☐ No ☐ Si
91. Cuando piensas intencionalmente en el "evento de vida", ¿te preocupas?
PREOCUPACIÓN
PREOCUPACIÓN ☐ Ausente ☐ Presente
Cuando piensas intencionalmente en el "evento de vida", ¿te preocupas? ☐ No ☐ Si
92. ¿Te pones triste?
TRISTEZA
TRISTEZA ☐ Ausente ☐ Presente
¿Te pones triste? ☐ No ☐ Si
93. ¿Te enojas?
ENFADO
ENFADO ☐ Ausente ☐ Presente
¿Te enojas? ☐ No ☐ Si
94. ¿Te sientes culpable?
CULPA

CULPA ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Te sientes culpable? ☐ No ☐ Si	
95. ¿Te sientes más capaz de sobrellevar lo sucedido?	
HABILIDAD DE MANEJAR LO SUCEDIDO	
HABILIDAD DE MANEJAR LO SUCEDIDO ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Te sientes más capaz de sobrellevar lo sucedido? ☐ No ☐ Si	
FRECUENCIA 96. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has pensado intencionalmente en el "evento de vida"?	
UNIDAD DE TIEMPO	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has pensado intencionalmente en el "evento de vida"?	
(FRECUENCIA) Información adicional	
DURACIÓN 97. ¿Cuánto dura ese pensamiento?	
(HORAS: MINUTOS) Información adicional	

INICIO 98. ¿Cuándo empezaste a pensar intencionalmente en ello? Información adicional	
PROBLEMAS PARA RECORDAR (TEPT-A) 99. En los últimos 3 meses, ¿tiene dificultad para recordar algunas cosas sobre el "evento de vida"?	
100. ¿Qué cosas son difíciles de recordar?	
101. ¿Es porque no quieres recordarlos, o simplemente no puedes?	
102. ¿Cuánto puedes recordar?	
103. ¿Puedes recordarlos claramente?	
PROBLEMAS PARA RECORDAR Incapacidad para recordar aspectos importantes del "evento de vida", como los nombres y rostros de los participantes, o partes de la cronología del evento. No incluya intentos deliberados de no recordar el evento.	
PROBLEMAS PARA RECORDAR ☐ Ausente ☐ Cierta dificultad para recordar ciertos aspectos del evento que generalmente se pueden superar haciendo un esfuerzo por concentrarse en recordar. ☐ Algunos aspectos del evento no se pueden recordar, incluso con esfuerzo. ☐ No se pueden recordar la mayoría o todos los detalles del evento	
En los últimos 3 meses, ¿tiene dificultad para recordar algunas cosas sobre el "evento de vida"? ☐ No ☐ Si	
¿Qué cosas son difíciles de recordar?	
¿Es porque no quieres recordarlos, o simplemente no puedes?	
¿Cuánto puedes recordar?	
¿Puedes recordarlos claramente? ☐ No ☐ Si	

INICIO
104. ¿Cuándo empezó la dificultad para recordar?
Información adicional
REVIVIR EL "EVENTO DE VIDA" (TEPT-A)
105. En los últimos 3 meses, ¿has sentido que el "evento de vida" te estaba sucediendo nuevamente, incluso cuando no era así?
106. ¿Cómo fue eso?
107. ¿Qué tan real parecía?
108. ¿Sentiste que realmente estabas allí y que realmente estaba sucediendo de nuevo?
109. Cuando estaba sucediendo, ¿eras consciente de lo que realmente sucedía a tu alrededor y dónde estabas realmente?
110. ¿El recuerdo del "evento de vida" parecía más real que tu entorno real?
REVIVIR EL "EVENTO DE VIDA" Comportarse o sentirse como si el "evento de vida" fuera recurrente. La experiencia puede implicar una sensación de revivir el evento, fenómenos ilusorios o alucinaciones, o "flashbacks". Los flashbacks involucran alucinaciones de suficiente intensidad para afectar la percepción del mundo real en un grado sustancial. Incluya ataques de pánico donde el contenido mental del episodio de pánico esté relacionado con el "evento de vida". Incluya tales fenómenos incluso si ocurrieron en momentos de intoxicación con alcohol o drogas o durante el ciclo del sueño. CODIFIQUE PESADILLAS EN LOS ITEMS QUE SIGUEN.
REVIVIR EL "EVENTO DE VIDA"
☐ Ausente ☐ Capaz de reportar "flashbacks" asociados con el "evento de vida", pero aún consciente del entorno real hasta cierto punto. ☐ Ninguna o poca conciencia del entorno real.
En los últimos 3 meses, ¿has sentido que el "evento de vida" le estaba sucediendo nuevamente, incluso cuando no era así?
☐ No ☐ Si
¿Cómo fue eso?
¿Qué tan real parecía?

¿Sentiste que realmente estabas allí y que realmente estaba sucediendo de nuevo?
☐ No ☐ Si
Cuando estaba sucediendo, ¿eras consciente de lo que realmente sucedía a tu alrededor y dónde estabas realmente?
☐ No ☐ Si
¿El recuerdo del "evento de vida" parecía más real que tu entorno real?
☐ No ☐ Si
FRECUENCIA
111. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en los últimos 3 meses?
UNIDAD DE TIEMPO

UNIDAD DE TIEMPO
☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA
¿Con qué frecuencia ha sucedido esto en los últimos 3 meses?

(FRECUENCIA)
Información adicional

DURACIÓN
112. ¿Cuánto tiempo duraron estos recuerdos?

(HORAS; MINUTOS)
Información adicional

INICIO
113. ¿Cuándo empezaron estos recuerdos?

Información adicional

114. ¿Sientes pánico cuando esto sucede?

PÁNICO ASOCIADO

PÁNICO ASOCIADO	
☐ Sin ataques de pánico asociados.	
☐ Con ataques de pánico.	
¿Sientes pánico cuando esto sucede?	
☐ No	
☐ Si	
115. ¿Sucede esto cuando te estás quedando dormido?	
HIPNOGÓGICO (AL QUEDARSE DORMIDO)	
HIPNOGÓGICO (AL QUEDARSE DORMIDO)	
☐ Ausente	
☐ Presente	
¿Sucede esto cuando te estás quedando dormido?	
☐ No	
☐ Si	
116. ¿Sientes que estás reviviendo el "evento de vida" cuando te despiertas?	
117. ¿Te despiertas sintiéndote así?	
HIPNOPÓMPICO (AL DESPERTAR)	
HIPNOPÓMPICO (AL DESPERTAR)	
☐ Ausente	
☐ Presente	
¿Sientes que estás reviviendo el "evento de vida" cuando te despiertas?	
☐ No	
☐ Si	
¿Te despiertas sintiéndote así?	
☐ No	
☐ Si	
118. ¿Esto sucede en la noche?	
119. ¿Te despiertas en medio de la noche sintiéndote así?	
NOCTURNO	
NOCTURNO	
☐ Ausente	
☐ Presente	

¿Esto sucede en la noche?	
☐ No	
☐ Si	
¿Te despiertas en medio de la noche sintiéndote así?	
☐ No	
☐ Si	
120. ¿Sucede cuando estás despierto durante el día?	
DÍA (CUANDO ESTÁ DESPIERTO)	
DÍA (CUANDO ESTÁ DESPIERTO)	
☐ Ausente	
☐ Presente	
¿Sucede cuando estás despierto durante el día?	
☐ No	
☐ Si	
PESADILLAS (TEPT-A)	
121. En los últimos 3 meses, ¿has tenido pesadillas o malos sueños sobre "el evento de vida"?	
122. ¿O has tenido pesadillas o malos sueños que no se tratan de eso pero te lo recuerdan?	
123. ¿Estas pesadillas te despiertan?	
124. Cuéntame sobre ellas.	
125. ¿Con qué frecuencia suceden?	
PESADILLAS	
Sueños aterradores que despiertan al encuestado, con contenido relacionado con el "evento de vida" (ya sea sobre el "evento de vida" o sobre un tema que te lo recuerde). Sensación desagradable al despertar, que puede ser seguida rápidamente por sentimientos de alivio.	
PESADILLAS	
☐ Ausente	
☐ Presente	
En los últimos 3 meses, ¿has tenido pesadillas o malos sueños sobre "el evento de vida"?	
☐ No	
☐ Si	
¿O has tenido pesadillas o malos sueños que no se tratan de eso pero te lo recuerdan?	
☐ No	
☐ Si	

¿Estas pesadillas te despiertan?	☐ No ☐ Si
Cuéntame sobre ellas.	
¿Con qué frecuencia suceden?	
INICIO	
126. ¿Cuándo empezaste a tener sueños así?	
Información adicional	
127. Cuando te despiertas, ¿notas algún cambio físico?	
128. ¿Como por ejemplo, se te acelera el corazón?	
129. ¿O tienes dificultad para respirar?	
130. ¿O te sientes tembloroso o mal del estómago?	
131. Cuando te despiertas, ¿sientes pánico?	
EFFECTOS AUTONÓMICOS	
EFFECTOS AUTONÓMICOS	
☐ Ausente ☐ Nota cambios autonómicos en respuesta a pesadillas. ☐ Tiene ataques de pánico en respuesta a pesadillas.	
Cuando te despiertas, ¿notas algún cambio físico?	☐ No ☐ Si
¿Como por ejemplo, se te acelera el corazón?	☐ No ☐ Si
¿O tienes dificultad para respirar?	☐ No ☐ Si
¿O te sientes tembloroso o mal del estómago?	☐ No ☐ Si

Cuando te despiertas, ¿sientes pánico?	☐ No ☐ Si
132. Cuando te despiertas, ¿buscas el consuelo de alguien?	
133. ¿Eso ayuda?	
134. ¿Puedes volver a dormir?	
135. ¿Necesitas que alguien se quede contigo?	
136. ¿Discute con las personas que te ayudan si no se quedan contigo?	
137. ¿Qué sucede en estas ocasiones?	
BÚSQUEDA DE CONSUELO	
BÚSQUEDA DE CONSUELO	
☐ Ausente ☐ Al despertar de la pesadilla, busca consuelo o contacto por un tiempo limitado. ☐ Al despertar, busca consuelo o contacto por mayor tiempo (p. ej., no vuelve a la cama, surge un conflicto por la necesidad de que lo consuelen).	
Cuando te despiertas, ¿buscas el consuelo de alguien?	☐ No ☐ Si
¿Eso ayuda?	☐ No ☐ Si
¿Puedes volver a dormir?	☐ No ☐ Si
¿Necesitas que alguien se quede contigo?	☐ No ☐ Si
¿Discute con las personas que te ayudan si no se quedan contigo?	☐ No ☐ Si
¿Qué sucede en estas ocasiones?	
138. ¿El miedo a estas pesadillas te dificulta conciliar el sueño?	

139. ¿Tienes problemas para dormir solo?
140. ¿Buscas a alguien para poder quedarte dormido antes de irte a la cama?
141. ¿Qué sucede cuando buscas a alguien antes de irte a la cama?
BÚSQUEDA ANTICIPADA DE CONSUELO
BÚSQUEDA ANTICIPADA DE CONSUELO
☐ Ausente ☐ A la hora de acostarse, busca consuelo o contacto por un tiempo limitado (p. ej., ritual extendido a la hora de acostarse). ☐ Busca consuelo o contacto por mayor tiempo (p. ej., no se va a la cama, surge un conflicto por la necesidad de consuelo).
¿El miedo a estas pesadillas te dificulta conciliar el sueño?
☐ No ☐ Si
¿Tienes problemas para dormir solo?
☐ No ☐ Si
¿Buscas a alguien para poder quedarte dormido antes de irte a la cama?
☐ No ☐ Si
¿Qué sucede cuando buscas a alguien antes de irte a la cama?
☐ No ☐ Si
HIPEREXCITACIÓN (TEPT-A) SUEÑO NO REPARADOR (TEPT-A)
142. ¿Has tenido problemas para dormir bien en los últimos 3 meses?
143. ¿Te sientes descansado cuando te levantas por la mañana?
144. ¿Era distinto antes del "evento de vida"?
145. ¿Te sientes cansado durante el día por no dormir bien?
146. ¿Esto hace que sea más difícil para ti hacer tus actividades?
147. ¿Cuánto tiempo te sientes así?
SUEÑO NO REPARADOR Alteración del patrón del sueño habitual desde el "evento de vida", de modo que el encuestado no se siente descansado al despertar y se siente cansado durante el día. No incluya el insomnio; el sueño es normal pero el encuestado siente sueño durante el día. NO INCLUYE INSOMNIO.

SUEÑO NO REPARADOR ☐ Ausente ☐ Presente, pero no interfiere con las actividades diarias ☐ Presente e interfiere en las actividades diarias.
¿Has tenido problemas para dormir bien en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
¿Te sientes descansado cuando te levantas por la mañana?
☐ No ☐ Si
¿Era distinto antes del "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
¿Te sientes cansado durante el día por no dormir bien?
☐ No ☐ Si
¿Esto hace que sea más difícil para ti hacer tus actividades?
☐ No ☐ Si
¿Cuánto tiempo te sientes así?
FRECUENCIA 148. ¿Con qué frecuencia ocurre esto? UNIDAD DE TIEMPO
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ocurre esto?
(FRECUENCIA) Información adicional
INICIO 149. ¿Cuándo empezó esto? Información adicional

150. En una escala porcentual, ¿cuánto tiempo te sientes así?
EXCITACIÓN
EXCITACIÓN
☐ Ausente ☐ Síntoma presente 0-25% del tiempo. ☐ Síntoma presente 26-50% del tiempo. ☐ Síntoma presente 51-75% del tiempo. ☐ Síntoma presente 76-100% del tiempo.
En una escala porcentual, ¿cuánto tiempo te sientes así?
151. ¿La alteración de tu sueño es peor cuando has estado pensando en el "evento de vida"?
EXACERBACIÓN FÁSICA
EXACERBACIÓN FÁSICA
☐ Ausente ☐ El síntoma ocurre o aumenta en respuesta a los recuerdos de episodios en los que se revive el evento.
¿La alteración de tu sueño es peor cuando has estado pensando en el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
FALTA DE ATENCIÓN (TEPT-A)
152. En los últimos 3 meses, ¿has tenido más problemas para prestar atención que antes del "evento de vida"?
153. ¿Te cuesta más concentrarte?
154. ¿Tienes problemas para recordar cosas?
155. ¿Esto te ha causado algún problema?
FALTA DE ATENCIÓN: 3 MESES
Dificultad para mantenerse lo suficientemente involucrado en lo que hace como para permitir la realización de tareas apropiadas para la edad y el desarrollo de actividades que requieren concentración.
FALTA DE ATENCIÓN: 3 MESES
☐ La falta de atención está ausente en actividades interesantes. ☐ Falta de atención a veces incontrolable por el encuestado o por amonestación de algún otro, presente en al menos 2 actividades interesantes en cualquier situación. ☐ Falta de atención casi siempre incontrolable por el encuestado o por amonestación de algún otro, presente en la mayoría de las actividades interesantes.

En los últimos 3 meses, ¿has tenido más problemas para prestar atención que antes del "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
¿Te cuesta más concentrarte?
☐ No ☐ Si
¿Tienes problemas para recordar cosas?
☐ No ☐ Si
¿Esto te ha causado algún problema?
☐ No ☐ Si
INICIO
156. ¿Cuándo empezó eso?
Información adicional
157. ¿La falta de atención es peor cuando has estado pensando en el "evento de vida"?
EXCITACIÓN
EXCITACIÓN
☐ Ausente ☐ Síntoma presente 0-25% del tiempo. ☐ Síntoma presente 26-50% del tiempo. ☐ Síntoma presente 51-75% del tiempo. ☐ Síntoma presente 76-100% del tiempo.
En una escala porcentual, ¿cuánto tiempo te sientes así?
158. ¿Es peor la falta de atención cuando has estado pensando en el "evento de vida"?
EXACERBACIÓN FÁSICA
EXACERBACIÓN FÁSICA
☐ Ausente ☐ El síntoma ocurre o aumenta en respuesta a los recuerdos o a episodios en los que se revive el evento.
¿La falta de atención es peor cuando has estado pensando en el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si

IRA (TEPT-A)	
159. Desde el "evento de vida", ¿las cosas te han enojado más fácilmente?	
160. ¿Qué tipo de cosas te han enojado?	
161. ¿Has estado más irritable?	
162. ¿Más de lo habitual?	
163. ¿Ha afectado esto la forma en la que te llevas con la gente?	
164. Cuéntame sobre eso	
IRA Mayor facilidad para la precipitación de sentimientos de ira, mal genio, resentimiento o molestia dirigidos externamente.	
IRA	
☐ Ausente ☐ Presente, pero no interfiere con las actividades diarias o las relaciones. ☐ Presente e interfiere con las actividades diarias o las relaciones.	
Desde el "evento de vida", ¿las cosas te han enojado más fácilmente?	
☐ No ☐ Si	
¿Qué tipo de cosas te han enojado?	
¿Has estado más irritable?	
☐ No ☐ Si	
¿Más de lo habitual?	
☐ No ☐ Si	
¿Ha afectado esto la forma en la que te llevas con la gente?	
☐ No ☐ Si	
Cuéntame sobre eso	
INICIO	
165. ¿Cuándo empezó esto?	
Información adicional	

166. En una escala porcentual, ¿cuánto tiempo te sientes así?
EXCITACIÓN
EXCITACIÓN
☐ Ausente ☐ Síntoma presente 0-25% del tiempo. ☐ Síntoma presente 26-50% del tiempo. ☐ Síntoma presente 51-75% del tiempo. ☐ Síntoma presente 76-100% del tiempo.
En una escala porcentual, ¿cuánto tiempo te sientes así?
167. ¿Es peor tu ira cuando has estado pensando en el "evento de vida"?
EXACERBACIÓN FÁSICA
EXACERBACIÓN FÁSICA
☐ Ausente ☐ El síntoma ocurre o aumenta en respuesta a los recuerdos de episodios en los que se revive el evento.
¿Es peor tu ira cuando has estado pensando en el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
IRA DESCONTROLADA (TEPT-A)
168. En los últimos 3 meses, ¿te has enfadado con mucha frecuencia?
169. ¿Más que antes del "evento de vida"?
170. ¿Qué ha sucedido?
171. Cuando te enojas, ¿puedes controlar tu ira tanto como solías hacerlo?
172. ¿Qué haces ahora para controlar tu ira?
173. ¿Ha afectado cómo te llevas con otras personas?
174. Cuéntame sobre eso.

IRA DESCONTROLADA Desde el "evento de vida", el aumento de los estallidos de ira ha sido el resultado de la incapacidad para controlar la expresión de la ira como solía hacerlo.	
IRA DESCONTROLADA ☐ Ausente ☐ Presente, pero no interfiere con las actividades diarias o las relaciones. ☐ Presente e interfiere con las actividades diarias o las relaciones.	
En los últimos 3 meses, ¿te has enfadado con mucha frecuencia? ☐ No ☐ Si	
¿Más que antes del "evento de vida"? ☐ No ☐ Si	
¿Qué ha sucedido?	
Cuando te enojas, ¿puedes controlar tu ira tanto como solías hacerlo? ☐ No ☐ Si	
¿Qué haces ahora para controlar tu ira?	
¿Ha afectado cómo te llevas con otras personas? ☐ No ☐ Si	
Cuéntame sobre eso.	
INICIO 175. ¿Cuándo empezó esto?	
Información adicional	
176. En una escala porcentual, ¿cuánto tiempo te sientes así?	
EXCITACIÓN ☐ Ausente ☐ Síntoma presente 0-25% del tiempo. ☐ Síntoma presente 26-50% del tiempo. ☐ Síntoma presente 51-75% del tiempo. ☐ Síntoma presente 76-100% del tiempo.	

En una escala porcentual, ¿cuánto tiempo te sientes así? 177. ¿Es peor cuando has estado pensando en el "evento de vida"?	
EXACERBACIÓN FÁSICA	
EXACERBACIÓN FÁSICA ☐ Ausente ☐ El síntoma ocurre o aumenta en respuesta a los recuerdos de episodios en los que se revive el evento.	
¿Es peor cuando has estado pensando en el "evento de vida"? ☐ No ☐ Si	
HIPERVIGILANCIA (TEPT-A) 178. En los últimos 3 meses, ¿has estado más "alerta" por si sucedían cosas malas comparado a antes del "evento de vida"?	
179. ¿Qué haces cuando estás así de alerta?	
180. ¿Estás alerta incluso cuando no hay muchas posibilidades de que suceda algo malo?	
181. ¿Cuánto ha afectado eso a tu vida?	
182. ¿Has dejado de hacer alguna cosa porque no quieres correr riesgos?	
HIPERVIGILANCIA Mayor nivel general de conciencia y alerta hacia el entorno en ausencia de peligro inminente.	
HIPERVIGILANCIA ☐ Ausente ☐ Hipervigilancia subjetiva que no se manifiesta en ningún cambio de comportamiento. ☐ Manifestaciones en la conducta de hipervigilancia (p. ej., cuidar los asientos o escanear el entorno en busca de peligro), pero no limitan las actividades en gran medida. ☐ Manifestaciones en la conducta de hipervigilancia que impiden la realización de muchas o la mayoría de las actividades normales.	
En los últimos 3 meses, ¿has estado más "alerta" por si sucedían cosas malas comparado a antes del "evento de vida"? ☐ No ☐ Si	
¿Qué haces cuando estás así de alerta?	
¿Estás alerta incluso cuando no hay muchas posibilidades de que suceda algo malo? ☐ No ☐ Si	

¿Cuánto ha afectado eso a tu vida?
¿Has dejado de hacer alguna cosa porque no quieres correr riesgos?
☐ No ☐ Si
INICIO
184. ¿Cuándo empezó esto?
Información adicional
185. En una escala porcentual, ¿cuánto tiempo te sientes así?
EXCITACIÓN
EXCITACIÓN
☐ Ausente ☐ Síntoma presente 0-25% del tiempo. ☐ Síntoma presente 26-50% del tiempo. ☐ Síntoma presente 51-75% del tiempo. ☐ Síntoma presente 76-100% del tiempo.
En una escala porcentual, ¿cuánto tiempo te sientes así?
186. ¿Es peor cuando has estado pensando en el "evento de vida"?
EXACERBACIÓN FÁSICA
EXACERBACIÓN FÁSICA
☐ Ausente ☐ El síntoma ocurre o aumenta en respuesta a los recuerdos o a episodios en los que se revive el evento.
¿Es peor cuando has estado pensando en el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
RESPUESTA DE SOBRESALTO EXAGERADA (TEPT-A)
187. En los últimos 3 meses, ¿se ha sobresaltado con más facilidad que antes del "evento de vida"?
188. ¿Has estado más nervioso que de costumbre?
189. ¿Los ruidos inesperados te hacen saltar más fácilmente que antes?

190. ¿Cómo es cuando eso sucede?
191. ¿Con qué frecuencia sucede?
192. ¿Por cuánto tiempo te quedas así de nervioso?
RESPUESTA DE SOBRESALTO EXAGERADA
El sobresalto es un susto o sensación de miedo producido por estímulos. Aquí se explora el aumento de la susceptibilidad a sobresaltarse por estímulos menores inesperados desde el "evento de vida"
EL ENTREVISTADOR DEBE DEMOSTRAR UNA RESPUESTA DE SOBRESALTO (HACER EL GESTO O LA MÍMICA DE LO QUE ES UN SOBRESALTO).
RESPUESTA DE SOBRESALTO EXAGERADA
☐ Ausente ☐ Presente, pero no perceptible para los demás. ☐ Presente y perceptible para los demás.
En los últimos 3 meses, ¿se ha sobresaltado con más facilidad que antes del "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
¿Has estado más nervioso que de costumbre?
☐ No ☐ Si
¿Los ruidos inesperados te hacen saltar más fácilmente que antes?
☐ No ☐ Si
¿Cómo es cuando eso sucede?
¿Con qué frecuencia sucede?
¿Por cuánto tiempo te quedas así de nervioso?
INICIO
193. ¿Cuándo empezaron los sobresaltos?
Información adicional
194. En una escala porcentual, ¿cuánto tiempo te sientes así?
EXCITACIÓN

EXCITACIÓN ☐ Ausente ☐ Síntoma presente 0-25% del tiempo. ☐ Síntoma presente 26-50% del tiempo. ☐ Síntoma presente 51-75% del tiempo. ☐ Síntoma presente 76-100% del tiempo. En una escala porcentual, ¿cuánto tiempo te sientes así? _____
195. ¿Son peores los sobresaltos cuando has estado pensando en el "evento de vida"?
EXACERBACIÓN FÁSICA _____
EXACERBACIÓN FÁSICA ☐ Ausente ☐ El síntoma ocurre o aumenta en respuesta a los recuerdos o a episodios en los que se revive el evento.
¿Son peores los sobresaltos cuando has estado pensando en el "evento de vida"? ☐ No ☐ Si
ENTUMECIMIENTO/ADORMECIMIENTO (TEPT-A) ASLAMIENTO (TEPT-A)
196. Desde el "evento de vida", ¿te has sentido desconectado de otras personas?
197. ¿Has estado menos interesado en ver a tus amigos?
198. ¿Has visto menos a tus amigos?
199. ¿Por qué? _____
200. ¿Te gustaría verlos más?
201. ¿O has decidido no verlos más? _____
ASLAMIENTO PP Una sensación generalizada de estar emocionalmente aislado de otras personas que ha aparecido desde que ocurrió un "evento de vida". ☐ Ausente ☐ Siente que es más difícil relacionarse emocionalmente con las personas que antes del "evento de vida", pero no ha reducido los vínculos sociales. ☐ Ha reducido los vínculos sociales debido a la dificultad para relacionarse emocionalmente con las personas. Desde el "evento de vida", ¿te has sentido desconectado de otras personas? ☐ No ☐ Si

¿Has estado menos interesado en ver a tus amigos? ☐ No ☐ Si
¿Has visto menos a tus amigos? ☐ No ☐ Si
¿Por qué? _____
¿Te gustaría verlos más? ☐ No ☐ Si
¿O has decidido no verlos más? ☐ No ☐ Si
INICIO 202. ¿Cuándo empezaste a sentirte "desconectado o distanciado" de los demás? _____
Información adicional _____
PÉRDIDA DE AFECTO POSITIVO (TEPT-A)
203. ¿Desde el "evento de vida" te ha parecido que has perdido algunos de tus sentimientos?
204. ¿Piensas que aún puedes sentir ciertas emociones?
205. ¿Puedes sentirte feliz o con buenos sentimientos?
206. ¿Qué haces cuando sientes que no puedes sentir felicidad o buenos sentimientos?
207. ¿Puedes dejar de sentirte así?
208. ¿Siempre o solo a veces?
PÉRDIDA DE AFECTO POSITIVO Queja de pérdida de una capacidad previamente existente para sentir o experimentar emociones. Codifique la pérdida de afecto positivo y negativo por separado. _____
PÉRDIDA DE AFECTO POSITIVO ☐ Ausente ☐ Pérdida de afecto positivo en al menos 2 actividades e incontrolable algunas veces. ☐ Siente que el afecto positivo se pierde en casi todas las actividades.

¿Desde el "evento de vida" te ha parecido que has perdido algunos de tus sentimientos?	☐ No ☐ Si
¿Pienzas que aún puedes sentir ciertas emociones?	☐ No ☐ Si
¿Puedes sentirte feliz o con buenos sentimientos?	☐ No ☐ Si
¿Qué haces cuando sientes que no puedes sentir felicidad o buenos sentimientos?	_____
¿Puedes dejar de sentirte así?	☐ No ☐ Si
¿Siempre o solo a veces?	☐ Solo a veces ☐ Siempre
INICIO	
209. ¿Cuándo empezaste a sentir que no podías tener sentimientos buenos o felices?	_____
Información adicional	_____
PÉRDIDA DE AFECTO NEGATIVO (TEPT-A)	
210. Desde el "evento de vida", ¿te ha parecido que has perdido algunos de tus sentimientos negativos o de infelicidad?	_____
211. ¿Qué haces cuando te sientes así?	_____
212. ¿Puedes dejar de sentirte así?	_____
213. ¿Siempre o solo a veces?	_____
PÉRDIDA DEL AFECTO NEGATIVO PP	Queja de pérdida de una capacidad previamente existente para sentir o experimentar emociones. Codifique la pérdida de afecto positivo y negativo por separado.
PÉRDIDA DEL AFECTO NEGATIVO PP	☐ Ausente ☐ Pérdida de afecto negativo en al menos 2 actividades e incontrolable algunas veces. ☐ Siente que el afecto negativo se pierde en casi todas las actividades.

Desde el "evento de vida", ¿te ha parecido que has perdido algunos de tus sentimientos negativos o de infelicidad?	☐ No ☐ Si
¿Qué haces cuando te sientes así?	_____
¿Puedes dejar de sentirte así?	☐ No ☐ Si
¿Siempre o solo a veces?	☐ Solo a veces ☐ Siempre
INICIO	
214. ¿Cuándo empezó eso?	_____
Información adicional	_____
PÉRDIDA DE EXPRESIÓN EMOCIONAL POSITIVA (TEPT-A)	
215. ¿Te resulta más difícil mostrar sentimientos felices o buenos?	_____
216. ¿Siempre o solo a veces?	_____
PÉRDIDA DE EXPRESIÓN EMOCIONAL POSITIVA	Desde el "evento de vida", el encuestado es incapaz o no está dispuesto a expresar emociones como lo hacía antes del "evento de vida". No incluya la inexpressividad anterior al "evento de vida", a menos que haya habido claramente una exacerbación después del "evento de vida"
PÉRDIDA DE EXPRESIÓN EMOCIONAL POSITIVA	☐ Ausente ☐ Menos capaz o dispuesto a hablar o mostrar emociones positivas, o a discutir temas con contenido emocional o que estimulen emociones de felicidad. ☐ Casi siempre incapaz o poco dispuesto a hablar o mostrar emociones positivas o discutir temas con contenido emocional o que estimulen emociones de felicidad.
¿Te resulta más difícil mostrar sentimientos felices o buenos?	☐ No ☐ Si
¿Siempre o solo a veces?	☐ Solo a veces ☐ Siempre
INICIO	
217. ¿Cuándo empezó eso?	_____

Información adicional
PÉRDIDA DE LA EXPRESIÓN EMOCIONAL NEGATIVA (TEPT-A)
218. ¿Es más difícil para ti mostrar sentimientos malos o de infelicidad?
219. ¿Siempre o solo a veces?
PÉRDIDA DE EXPRESIÓN EMOCIONAL NEGATIVA PP
Desde el evento de vida, el encuestado es incapaz o no está dispuesto a expresar emociones como lo hacía antes del "evento de vida". No incluya la inexpressividad anterior al "evento de vida", a menos que haya habido claramente una exacerbación después del "evento de vida".
PÉRDIDA DE EXPRESIÓN EMOCIONAL NEGATIVA PP
☐ Ausente ☐ Menos capaz o dispuesto a hablar o mostrar emociones negativas, o a discutir temas con contenido emocional o que estimulen emociones de infelicidad. ☐ Casi siempre incapaz o poco dispuesto a hablar o mostrar emociones negativas o discutir temas con contenido emocional o que estimulen emociones de infelicidad.
¿Es más difícil para ti mostrar sentimientos malos o de infelicidad?
☐ No ☐ Si
¿Siempre o solo a veces?
☐ Solo a veces ☐ Siempre
INICIO
220. ¿Cuándo empezó eso?
Información adicional
OTROS COMPORTAMIENTOS (TEPT-A)
RECREAR O RECAPITULAR EL "EVENTO DE VIDA" (TEPT-A)
221. ¿Ha cambiado tu forma de jugar o de entretenerse desde el "evento de vida"?
222. ¿En qué manera?
223. ¿En los últimos 3 meses has hecho cosas parecidas o que son como el "evento de vida"?
224. ¿Has recreado o actuado lo que pasó?
225. ¿Qué es lo que haces?

RECREAR O RECAPITULAR EL "EVENTO DE VIDA"
Juego o forma de entretenimiento (ej.- videojuegos, películas, entre otros) que involucre actividades que recapitulen todos o algunos aspectos del "evento de vida" (p. ej., preocupación por chocar autos después de estar en un accidente automovilístico, o comportamientos que imitan el "evento de vida").
RECREAR O RECAPITULAR EL "EVENTO DE VIDA"
☐ Ausente ☐ Presente en mayor medida que antes del evento. ☐ Acciones que recapitulan el acontecimiento de vida se han convertido en el tema de juego o entretenimiento más frecuente o dominante.
¿Ha cambiado tu forma de jugar o de entretenerse desde el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
¿En qué manera?
¿En los últimos 3 meses has hecho cosas parecidas o que son como el "evento de vida"?
☐ No ☐ Si
¿Has recreado o actuado lo que pasó?
☐ No ☐ Si
¿Qué es lo que haces?
INICIO
226. ¿Cuándo empezaste a hacer cosas así?
Información adicional
ACTIVIDADES PELIGROSAS (TEPT-A)
227. Desde el "evento de vida", ¿has corrido riesgos y has hecho cosas arriesgadas?
228. ¿O cosas peligrosas?
229. ¿Qué actividades peligrosas o arriesgadas has hecho en los últimos 3 meses?
230. ¿Realizas más actividades peligrosas o arriesgadas que antes del "evento de vida"?
ACTIVIDADES PELIGROSAS PP
Aumento de actividades que ponen en peligro físicamente al encuestado o a otros desde el "evento de vida".

ACTIVIDADES PELIGROSAS PP ☐ No ☐ Si	
Desde el "evento de vida", ¿has corrido riesgos y has hecho cosas arriesgadas? ☐ No ☐ Si	
¿O cosas peligrosas? ☐ No ☐ Si	
¿Qué actividades peligrosas o arriesgadas has hecho en los últimos 3 meses? 	
¿Realizas más actividades peligrosas o arriesgadas que antes del "evento de vida"? ☐ No ☐ Si	
INICIO 231. ¿Cuándo empezó eso? Información adicional 	
FORMACIÓN DE SUPERSTICIONES (TEPT-A) 232. ¿Eres supersticioso acerca de las cosas? 233. ¿Hay señales que indican que sucederán cosas malas? 234. ¿O señales que te hacen pensar que estarás bien? 235. ¿Cuáles son? 236. ¿Crees que estos signos son realmente ciertos? 237. ¿Creeas en ellos antes del "evento de vida" o son nuevos? 	
FORMACIÓN DE SUPERSTICIONES Después del "evento de vida", el encuestado ha desarrollado creencias o prácticas supersticiosas para mitigar o prevenir las recurrencias del evento u otros "eventos de vida" posibles o imaginados. FORMACIÓN DE SUPERSTICIONES ☐ Ausente ☐ Creencias supersticiosas que no dan como resultado ninguna conducta concreta. ☐ Creencias supersticiosas que han resultado en una conducta concreta (p. ej., llevar amuletos o patas de conejo). ☐ Actividades que cumplen criterios de rituales obsesivos o conductas compulsivas.	

¿Eres supersticioso acerca de las cosas? ☐ No ☐ Si	
¿Hay señales que indican que sucederán cosas malas? ☐ No ☐ Si	
¿O señales que te hacen pensar que estarás bien? ☐ No ☐ Si	
¿Cuáles son? 	
¿Crees que estos signos son realmente ciertos? ☐ No ☐ Si	
¿Creeas en ellos antes del "evento de vida" o son nuevos? ☐ Anteriores al evento de vida ☐ Nuevos	
INICIO 238. ¿Cuándo tuviste estas creencias por primera vez? Información adicional 	
CULPA DEL SOBREVIVIENTE (TEPT-A) 239. ¿Te sentiste/ te sientes culpable por lo que sucedió durante el "evento de vida"? 240. ¿Alguna vez sentiste que era tu culpa, aunque no lo fuera? 241. ¿Sientes a veces que deberías haber evitado el "evento de vida" aunque no estaba en tus posibilidades hacerlo? 242. ¿Alguna vez deseaste que a ti te sucediera lo que le paso a otra persona durante el evento? 243. ¿Alguna vez te has sentido mal por lo que hiciste durante el "evento de vida"? 	
CULPA DEL SOBREVIVIENTE Una creencia o sentimiento de responsabilidad por el "evento de vida" o su prevención, o un sentimiento de que el encuestado debería haber sustituido (o haber sido sustituido) por otro que estaba más gravemente afectado. 	

CULPA DEL SOBREVIVIENTE ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Te sentiste/te sientes culpable por lo que sucedió durante el "evento de vida"? ☐ No ☐ Si	
¿Alguna vez sentiste que era tu culpa, aunque no lo fuera? ☐ No ☐ Si	
¿Sientes a veces que deberías haber evitado el "evento de vida" aunque no estaba en tus posibilidades hacerlo? ☐ No ☐ Si	
¿Alguna vez deseaste que a ti te sucediera lo que le pasó a otra persona durante el evento? ☐ No ☐ Si	
¿Alguna vez te has sentido mal por lo que hiciste durante el "evento de vida"? ☐ No ☐ Si	
INICIO 244. ¿Cuándo empezaste a sentirte así? _____ Información adicional _____	
FANTASÍAS DE VENGANZA DESPUÉS DEL EVENTO (TEPT-A) 245. ¿Deseas poder vengarte o castigar a "la causa del trauma"? _____ 246. ¿O que algo sucediera para poder vengarte de "la causa"? _____ 247. ¿Qué desearías que sucediera? _____ FANTASÍAS DE VENGANZA En los últimos 3 meses el encuestado se imaginó haciendo algo para vengarse o para castigar a la "causa" del trauma. _____ FANTASÍAS DE VENGANZA ☐ Ausente ☐ Presente	

¿Deseas poder vengarte o castigar a "la causa del trauma"? ☐ No ☐ Si	
¿O que algo sucediera para poder vengarte de "la causa"? ☐ No ☐ Si	
¿Qué desearías que sucediera? _____ INICIO 248. ¿Cuándo empezaste a sentirte así? _____ Información adicional _____	

CAPA 15 - SECCION DE INCAPACIDAD

Récord ID

SECCIÓN DE INCAPACIDAD

Repase brevemente con el/la entrevistado(a) las áreas donde se han señalado problemas o síntomas durante la entrevista. Tomando un área a la vez, revise las áreas de sintomatología para determinar si los síntomas en esa área han causado incapacidad. Utilice esto y la información recopilada a lo largo de la entrevista para completar las calificaciones de incapacidad. Recuerde, solo necesita hacer las preguntas específicas si aún no ha recopilado la información mientras cubría la sección de síntomas correspondientes. Si la incapacidad está presente, averigüe cuándo comenzó. Recuerde obtener tiempos separados para el inicio de incapacidades parciales y severas.

RESUMEN DE REGLAS PARA CALIFICAR LA INCAPACIDAD

DETERIORO/INCAPACIDAD

Se distinguen dos niveles de perturbación o alteración del funcionamiento:

Incapacidad parcial; se refiere a una notable reducción de la función en un área particular. Si una persona todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente, codifique como una Incapacidad parcial.

Incapacidad severa; se refiere a una incapacidad completa, o casi completa, para funcionar en un área en particular. Con la excepción de los síntomas de por vida que se mencionan a continuación, la mayoría de las incapacidades requieren una disminución o cambio en el funcionamiento. El decremento puede ser anterior al período primario (últimos 3 meses), pero aún debe estar presente durante el período primario.

SÍNTOMA DE DEPENDENCIA

Para que la incapacidad sea calificada, debe surgir de manera demostrable de la presencia de algunos síntomas particulares o comportamientos desordenados. Por ejemplo, un(a) niño(a)/adolescente que ha perdido amigos porque su madre no le permitía relacionarse con ellos, esa pérdida de amigos no calificaría como una incapacidad aquí. Aunque, por supuesto, podría haber tenido efectos paralizantes en su vida social, no contaría como una incapacidad porque no era secundaria a ninguna psicopatología del/la niño(a)/adolescente. De todos modos, eso contaría si el/la niño(a)/adolescente estaba demasiado asustado para salir de la casa y perdió a sus amigos por eso. Debe señalarse el área específica de la psicopatología responsable de la incapacidad secundaria. No es suficiente registrar que un(a) niño(a)/adolescente estaba incapacitado(a) de ciertas maneras y que el/la niño(a)/adolescente tenía ciertos problemas psicopatológicos. La incapacidad debe estar ligada a los problemas que parecen haberla generado. A menudo, esto es difícil cuando los niños tienen múltiples problemas e incapacidades, pero de todos modos se debe intentar. Sin embargo, esto no significa que una determinada incapacidad deba ser asignada a un solo problema. A veces se dará el caso de que varios síntomas de diferentes tipos contribuyan a una incapacidad particular. Cuando este sea el caso, se debe registrar cada área problemática contribuyente. De ello se deduce que, si una incapacidad debe ser vista como secundaria a otros síntomas, entonces esos otros síntomas deben haber estado presentes antes del inicio de esa incapacidad. También deben haber resultado en una caída de un nivel previo de logro o competencia si van a ser considerados como resultado de una incapacidad. Así, un(a) niño(a)/adolescente que previamente había sido capaz de funcionar lo suficientemente bien en clase podría mostrar una capacidad reducida para participar en actividades de grupo, porque se sentía demasiado miserable para hacerlo. Esto sería considerado como una incapacidad secundaria a los síntomas afectivos. Por otro lado, si un(a) niño(a)/adolescente siempre ha sido incapaz de participar en actividades grupales y luego se deprimió, se registraría una incapacidad, secundaria a la

depresión, sólo si su capacidad para participar en actividades grupales sufriera una nueva disminución desde su nivel ya bajo. Si no hubiera habido más disminución, no se registraría una incapacidad en relación con la depresión.

SÍNTOMAS/COMPORTAMIENTOS DE POR VIDA

En el caso de síntomas que han estado presentes a lo largo de la vida, será imposible mostrar una disminución secundaria a los síntomas, porque tanto los síntomas como la supuesta incapacidad habrán estado presentes simultáneamente. En esta situación, siempre que la incapacidad pueda estar directamente relacionada con los síntomas, es aceptable calificarla como tal. Un ejemplo podría ser las incapacidades sociales de un(a) niño(a)/adolescente hiperactivo(a) que siempre ha mostrado ese comportamiento desde sus primeros años y, por lo tanto, siempre ha perturbado las relaciones con sus pares.

SITUACIÓN NO EXPERIMENTADA ACTUALMENTE

Si el/la entrevistado(a) no ha entrado en una situación social particular (como el colegio) durante los tres meses anteriores, pero hay evidencia clara de la experiencia pasada de que la incapacidad se habría manifestado si él/ella hubiera estado en la situación (por ejemplo, las relaciones discordantes con los compañeros habrían estado presentes), entonces esa incapacidad se califica como presente, y se debe determinar su fecha de inicio. La clasificación de intensidad no debe ser más alta que la intensidad más alta que se produjo anteriormente. Muy a menudo, en tal situación, la incapacidad habrá contribuido a la imposibilidad de acceder a la situación social en cuestión.

Los efectos incapacitantes de la psicopatología no tienen porqué deberse directamente a la conducta del/la niño(a)/adolescente, sino que pueden estar mediados por otros. Por ejemplo, si un(a) niño(a)/adolescente fuera excluido del colegio por peleas y problemas constantes, eso se contaría como una incapacidad para el desempeño escolar tanto como si él/la niño(a)/adolescente no hubiera asistido debido a su propia ansiedad por irse de casa.

FECHAS DE INICIO

Las reglas para registrar la fecha del inicio de las incapacidades son esencialmente las mismas que para registrar la fecha del inicio de los síntomas. Es decir, primero se toma la decisión de si una incapacidad particular estuvo presente o no durante el período primario de 3 meses. Si lo fue, entonces su inicio se codifica como la fecha en la que apareció en un nivel de criterio mínimo requerido por la definición del glosario. Una vez más, existe la condición de que si la incapacidad ha estado presente solo de manera intermitente, el inicio se registra desde que la incapacidad comenzó nuevamente después del último período de un año (o más) sin incapacidad. También se registran las fechas de las agudizaciones desde la incapacidad parcial hasta la total.

Incluso si un(a) niño(a)/adolescente/adolescente no codificó ningún problema en la sección particular de CAPA, la sección de Incapacidad no se puede omitir. Si tiene suficiente información, no es necesario hacer todas las preguntas.

TRATAMIENTO

Referencias a agencias profesionales o profesionales que traten los síntomas o el comportamiento del/de la niño (a)/adolescente. Anote el nombre del sitio donde se recibió el tratamiento y los profesionales que lo/la atendieron.

El tratamiento se puede codificar incluso si los síntomas no se codificaron en el CAPA.

RELACIONES CON LOS PADRES - PADRE/MADRE #1

Un(a) niño(a) debe poder mantener relaciones con sus padres que sean relativamente armoniosas y capaces de contener una comunicación positiva y enriquecedora. El número de discusiones o peleas en las que está involucrado el/la niño(a) se califica por separado. Un cambio en las relaciones, asociado temporalmente con otra sintomatología, debería ser

esperado ordinariamente para calificar la incapacidad.

1. ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con tu "Padre/Madre #1"? ([cab5x00_2])
2. ¿Algo de lo que hemos estado hablando hace que se eviten el uno al otro?
3. ¿Se rehúsan a hablar entre ustedes?
AISLAMIENTO Incapacidad que involucra la negativa o la imposibilidad de involucrarse o hablar con los padres.
AISLAMIENTO ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.
¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con tu "Padre/Madre #1"? ([cab5x00_2])
☐ No ☐ Si
¿Algo de lo que hemos estado hablando hace que se eviten el uno al otro?
☐ No ☐ Si
¿Se rehúsan a hablar entre ustedes?
☐ No ☐ Si
4. ¿El "Padre/Madre #1" necesita castigarte más debido a esto(s) problema(s)? _____
5. ¿Estas dificultades causan discusiones? _____
6. ¿Alguna de las discusiones se han vuelto físicas? _____
7. ¿Alguien resultó herido? _____
DISCORDIA Incapacidad que involucra agresión, discusiones, peleas o comportamiento disruptivo. _____
DISCORDIA ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.
¿El "Padre/Madre #1" necesita castigarte más debido a esto(s) problema(s)?
☐ No ☐ Si

¿Estas dificultades causan discusiones?
☐ No ☐ Si
¿Alguna de las discusiones se han vuelto físicas?
☐ No ☐ Si
¿Alguien resultó herido?
☐ No ☐ Si
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD
8. ¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre el "Padre/Madre #1" y tú?
☐ No ☐ Si
¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre el "Padre/Madre #1" y tú?
☐ No ☐ Si
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/madre #1 y/o padre/madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/madre #1 y/o otro padre/madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL
9. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez?
Información adicional
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA
10. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema?
Información adicional
RELACIONES CON LOS PADRES - PADRE/Madre #2 Un(a) niño(a) debe poder mantener relaciones con sus padres que sean relativamente armoniosas y capaces de contener una comunicación positiva y enriquecedora. El número de discusiones o peleas en las que está involucrado el/la niño(a) se califica por separado. Un cambio en las relaciones, asociado temporalmente con otra sintomatología, debería ser esperado ordinariamente para calificar la incapacidad.

11. ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con tu "Padre/Madre #2"? ([cab6x00_2])	☐ No ☐ Si
12. ¿Algo de lo que hemos estado hablando hace que se eviten el uno al otro? _____	
13. ¿Se rehúsan a hablar entre ustedes? _____	
ASLAMIENTO Incapacidad que involucra la negativa o la imposibilidad de involucrarse o hablar con los padres.	
ASLAMIENTO	
☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.	
14. ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con tu "Padre/Madre #2"? ([cab6x00_2])	☐ No ☐ Si
15. ¿Algo de lo que hemos estado hablando hace que se eviten el uno al otro?	☐ No ☐ Si
16. ¿Se rehúsan a hablar entre ustedes?	☐ No ☐ Si
17. ¿El "Padre/Madre #2" necesita castigarte más debido a esto(s) problema(s)?	
18. ¿Estas dificultades causan discusiones?	
19. ¿Alguna de las discusiones se han vuelto físicas?	
20. ¿Alguien resultó herido?	
DISCORDIA Incapacidad que involucra agresión, discusiones, peleas o comportamiento disruptivo.	
DISCORDIA	
☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.	
21. ¿El "Padre/Madre #2" necesita castigarte más debido a esto(s) problema(s)?	☐ No ☐ Si

22. ¿Estas dificultades causan discusiones?	☐ No ☐ Si
23. ¿Alguna de las discusiones se han vuelto físicas?	☐ No ☐ Si
24. ¿Alguien resultó herido?	☐ No ☐ Si
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD	
25. ¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre el "Padre/Madre #2" y tú?	☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/madre #1 y/o padre/madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/madre #1 y/o otro padre/madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL	
26. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez?	
Información adicional	
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA	
27. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema?	
Información adicional	
RELACIONES CON LOS PADRES - OTRO PADRE/MADRE #1 Un(a) niño(a) debe poder mantener relaciones con sus padres que sean relativamente armoniosas y capaces de contener una comunicación positiva y enriquecedora. El número de discusiones o peleas en las que está involucrado el/la niño(a) se califica por separado. Un cambio en las relaciones, asociado temporalmente con otra sintomatología, debería ser esperado ordinariamente para calificar la incapacidad.	

21. ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con tu "Otro Padre/ Madre #1"? (cab7x00_21) 22. ¿Algo de lo que hemos estado hablando hace que se eviten el uno al otro? _____ 23. ¿Se rehúsan a hablar entre ustedes? _____ AISLAMIENTO Incapacidad que involucra la negativa o la imposibilidad de involucrarse o hablar con los padres.	 AISLAMIENTO ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.
¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con tu "Otro Padre/ Madre #1"? (cab7x00_21) ☐ No ☐ Si ¿Algo de lo que hemos estado hablando hace que se eviten el uno al otro? ☐ No ☐ Si ¿Se rehúsan a hablar entre ustedes? ☐ No ☐ Si	24. ¿El "Otro Padre/ Madre #1" necesita castigarte más debido a esto(s) problema(s)? 25. ¿Estas dificultades causan discusiones? 26. ¿Alguna de las discusiones se han vuelto físicas? 27. ¿Alguien resultó herido? DISCORDIA Incapacidad que involucra agresión, discusiones, peleas o comportamiento disruptivo. DISCORDIA ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.
¿El "Otro Padre/ Madre #1" necesita castigarte más debido a esto(s) problema(s)? ☐ No ☐ Si	

¿Estas dificultades causan discusiones? ☐ No ☐ Si ¿Alguna de las discusiones se han vuelto físicas? ☐ No ☐ Si ¿Alguien resultó herido? ☐ No ☐ Si ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD 28. ¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre el "Otro Padre/ Madre #1" y tú? _____ ¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre el "Otro Padre/ Madre #1" y tú? _____ ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/ madre #1 y/o padre/ madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/ madre #1 y/o otro padre/ madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL 29. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez? _____ Información adicional _____ FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA 30. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema? _____ Información adicional _____ RELACIONES CON LOS PADRES - OTRO PADRE/MADRE #2 Un(a) niño(a) debe poder mantener relaciones con sus padres que sean relativamente armoniosas y capaces de contener una comunicación positiva y enriquecedora. El número de discusiones o peleas en las que está involucrado el/la niño(a) se califica por separado. Un cambio en las relaciones, asociado temporalmente con otra sintomatología, debería ser esperado ordinariamente para calificar la incapacidad.

31. ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con tu "Otro Padre/ Madre #2"? ([cab8x00_2]) _____

32. ¿Algo de lo que hemos estado hablando hace que se eviten el uno al otro? _____

33. ¿Se rehúsan a hablar entre ustedes? _____

ASISLAMIENTO
Incapacidad que involucra la negativa o la imposibilidad de involucrarse o hablar con los padres.

ASISLAMIENTO
☐ Ausente
☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente.
☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.

¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con tu "Otro Padre/ Madre #2"? ([cab8x00_2]) _____

☐ No
☐ Si

¿Algo de lo que hemos estado hablando hace que se eviten el uno al otro?
☐ No
☐ Si

¿Se rehúsan a hablar entre ustedes?
☐ No
☐ Si

34. ¿El "Otro Padre/ Madre #2" necesita castigarte más debido a esto(s) problema(s)? _____

35. ¿Estas dificultades causan discusiones? _____

36. ¿Alguna de las discusiones se han vuelto físicas? _____

37. ¿Alguien resultó herido? _____

DISCORDIA
Incapacidad que involucra agresión, discusiones, peleas o comportamiento disruptivo.

DISCORDIA
☐ Ausente
☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente.
☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.

¿El "Otro Padre/ Madre #2" necesita castigarte más debido a esto(s) problema(s)?
☐ No
☐ Si

¿Estas dificultades causan discusiones?
☐ No
☐ Si

¿Alguna de las discusiones se han vuelto físicas?
☐ No
☐ Si

¿Alguien resultó herido?
☐ No
☐ Si

ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD
38. ¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre el "Otro Padre/ Madre #2" y tú?

¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre el "Otro Padre/ Madre #2" y tú?

ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD
☐ Inasistencia al colegio
☐ Ansiedad de separación
☐ Preocupaciones/ Ansiedades
☐ Depresión
☐ Comportamiento relacionado con la alimentación
☐ Desorden de conducta
☐ Relaciones con padre/ madre #1 y/o padre/ madre #2
☐ Relaciones con otro padre/ madre #1 y/o otro padre/ madre #2
☐ Relaciones con Otros Adultos
☐ Relaciones con hermanos
☐ Relaciones con pares

FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL
39. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez?

Información adicional

FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA
40. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema?

Información adicional

RELACIONES CON HERMANOS: EN CASA
Un(a) niño(a) debe poder vivir en armonía razonable con un hermano o hermanos. Se esperan algunas discusiones y peleas, pero deben predominar las conversaciones e interacciones armoniosas. No deben estar en constante competencia celosa por la atención o el tiempo de los padres. Un cambio en las relaciones, asociado temporalmente con otra sintomatología, normalmente debería esperarse para calificar la incapacidad.

41. ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con tu(s) hermano(s)?
42. ¿Se evitan el uno al otro debido a algún problema? _____
43. ¿Se rehúsan a hablar entre ustedes? _____
AISLAMIENTO Incapacidad que involucra la negativa o la imposibilidad de involucrarse o hablar con hermano(s). _____
AISLAMIENTO ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.
¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con tu(s) hermano(s)? ☐ No ☐ Si
¿Se evitan el uno al otro debido a algún problema? ☐ No ☐ Si
¿Se rehúsan a hablar entre ustedes? ☐ No ☐ Si
44. ¿Estas dificultades causan discusiones?
45. ¿Alguna de las discusiones se ha vuelto física?
46. ¿Alguien resultó herido?
DISCORDIA Incapacidad que involucra agresión, discusiones, peleas o comportamiento disruptivo. _____
DISCORDIA ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.
¿Estas dificultades causan discusiones? ☐ No ☐ Si

¿Alguna de las discusiones se ha vuelto física? ☐ No ☐ Si
¿Alguien resultó herido? ☐ No ☐ Si
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD 47. ¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre tu(s) hermano(s) y tú? _____
¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre tu(s) hermano(s) y tú? _____
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/madre #1 y/o padre/madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/madre #1 y/o otro padre/madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL. 48. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez? _____
Información adicional _____
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA 49. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema? _____
Información adicional _____
RELACIONES CON HERMANOS: FUERA DE CASA Un(a) niño(a) debe poder vivir en armonía razonable con un hermano o hermanos. Se esperan algunas discusiones y peleas, pero deben predominar las conversaciones e interacciones armoniosas. No deben estar en constante competencia celosa por la atención o el tiempo de los padres. Un cambio en las relaciones, asociado temporalmente con otra sintomatología, normalmente debería esperarse para calificar la incapacidad. 50. ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con tu(s) hermano(s) que no viven en casa? _____
51. ¿Se evitan el uno al otro debido a algún problema? _____

52. ¿Se rehúsan a hablar entre ustedes?
AISLAMIENTO Incapacidad que involucra la negativa o la imposibilidad de involucrarse o hablar con hermano(s).
AISLAMIENTO
☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.
¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con tu(s) hermano(s) que no viven en casa?
☐ No ☐ Sí
¿Se evitan el uno al otro debido a algún problema?
☐ No ☐ Sí
¿Se rehúsan a hablar entre ustedes?
☐ No ☐ Sí
53. ¿Estas dificultades causan discusiones?
54. ¿Alguna de las discusiones se ha vuelto física?
55. ¿Alguien resultó herido?
DISCORDIA Incapacidad que involucra agresión, discusiones, peleas o comportamiento disruptivo.
DISCORDIA
☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.
¿Estas dificultades causan discusiones?
☐ No ☐ Sí
¿Alguna de las discusiones se ha vuelto física?
☐ No ☐ Sí

¿Alguien resultó herido?
☐ No ☐ Sí
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD
56. ¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre tu(s) hermano(s) y tú?
☐ No ☐ Sí
¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre tu(s) hermano(s) y tú?
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD
☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/madre #1 y/o padre/madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/madre #1 y/o otro padre/madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL
57. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez?
Información adicional
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA
58. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema?
Información adicional
AUTOCUIDADO
59. ¿Algo de lo que hemos estado hablando ha hecho que te sea más difícil mantenerte limpio y ordenado?
60. ¿Has dejado de bañarte o ducharte o has reducido la frecuencia de aseos debido a alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?
61. ¿Has dejado de cepillarte los dientes por los problemas de los que hemos hablado?
AUTOCUIDADO Un(a) niño(a) debe ser capaz de mantenerse limpio y ordenado en un grado acorde con su edad. La reducción en el nivel de autocuidado debe ser lo suficientemente marcada como para haber provocado cambios visibles o que puedan notarse en el olor, o para requerir esfuerzos inusuales de los padres para mantener la apariencia.

AUTOCUIDADO ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.	
¿Algo de lo que hemos estado hablando ha hecho que te sea más difícil mantenerte limpio y ordenado? ☐ No ☐ Si	
¿Has dejado de bañarte o ducharte o has reducido la frecuencia de aseos debido a alguno de los problemas de los que hemos estado hablando? ☐ No ☐ Sí, ha reducido ☐ Sí, ha dejado	
¿Has dejado de cepillarte los dientes por los problemas de los que hemos hablado? ☐ No ☐ Si	
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD 62. ¿Qué problema(s) hace(n) que te sea más difícil mantenerte limpio y ordenado? _____ _____	
¿Qué problema(s) hace(n) que te sea más difícil mantenerte limpio y ordenado? _____ _____	
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/ madre #1 y/o padre/ madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/ madre #1 y/o otro padre/ madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares	
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL 63. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez? _____ Información adicional _____ _____	
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA 64. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema? _____ _____	

Información adicional _____	
TAREAS DEL HOGAR Un(a) niño(a) debe poder realizar tareas razonables que se esperan de él en casa, como mantener el dormitorio ordenado, ayudar en la casa y en el jardín. Recuerde que en la mayoría de los casos se requiere una disminución en la capacidad o disposición para realizar las tareas para que se codifique como una incapacidad. 65. ¿Ayudas con las tareas de la casa?	
66. ¿Como limpiar tu habitación?	
67. ¿O ayudar a lavar los platos?	
68. ¿Hay alguna cosa que no puedas hacer correctamente o que hayas dejado de hacer por la forma en que te has estado sintiendo?	
69. ¿Habría alguna diferencia si no tuvieras "estos problemas"?	
PROBLEMAS CON LA AYUDA COOPERATIVA _____	
PROBLEMAS CON LA AYUDA COOPERATIVA ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.	
¿Ayudas con las tareas de la casa? ☐ No ☐ Si	
¿Como limpiar tu habitación? ☐ No ☐ Si	
¿O ayudar a lavar los platos? ☐ No ☐ Si	
¿Hay alguna cosa que no puedas hacer correctamente o que hayas dejado de hacer por la forma en que te has estado sintiendo? ☐ No ☐ Si	
¿Habría alguna diferencia si no tuvieras "estos problemas"? ☐ No ☐ Si	

ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD 70. ¿Qué problema(s) está(n) causando estas dificultades para ayudar con las tareas del hogar? _____ _____ ¿Qué problema(s) está(n) causando estas dificultades para ayudar con las tareas del hogar? _____ ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/ madre #1 y/o padre/ madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/ madre #1 y/o otro padre/ madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL 71. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez? _____ Información adicional _____ FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA 72. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema? _____ Información adicional _____ TAREAS 73. ¿Tienes algún problema(s) para hacer tus tareas? _____ 74. ¿Hay alguna cosa que no puedas hacer correctamente o que hayas dejado de hacer por la forma en que te has estado sintiendo? _____ 75. ¿Habrá alguna diferencia si no tuvieras "estos problemas"? _____ TAREAS Un(a) niño(a) debe poder hacer las tareas asignadas en el colegio de forma razonable en casa. Recuerde que en la mayoría de los casos se requiere una disminución en la capacidad o disposición para realizar las tareas para que se codifique como una incapacidad. _____	TAREAS ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/ La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular. ¿Tienes algún problema(s) para hacer tus tareas? ☐ No ☐ Si ¿Hay alguna cosa que no puedas hacer correctamente o que hayas dejado de hacer por la forma en que te has estado sintiendo? ☐ No ☐ Si ¿Habrá alguna diferencia si no tuvieras "estos problemas"? ☐ No ☐ Si ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD 76. ¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades para hacer tu tarea? _____ ¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades para hacer tu tarea? _____ ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/ madre #1 y/o padre/ madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/ madre #1 y/o otro padre/ madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL 77. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez? _____ Información adicional _____ FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA 78. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema? _____ Información adicional _____
---	--

SALIR DE CASA	
79. ¿Hay algo de lo que hemos estado hablando que te dificulta salir de casa?	
80. ¿Hay algo que te dificulte salir a la calle?	
81. ¿O ir al colegio?	
SALIR DE CASA Un(a) niño(a) debe poder salir de su casa sin dificultad. Obviamente, la gama de actividades que pueden inducir a un(a) niño(a) a salir de casa varía mucho con la edad, y se debe usar el juicio para decidir qué está en consonancia con la etapa de desarrollo del/la niño(a).	
SALIR DE CASA	
☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.	
¿Hay algo de lo que hemos estado hablando que te dificulta salir de casa?	☐ No ☐ Si
¿Hay algo que te dificulte salir a la calle?	☐ No ☐ Si
¿O ir al colegio?	☐ No ☐ Si
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD	
82. ¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades para salir de casa?	
¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades para salir de casa?	
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD	
☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones / Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/madre #1 y/o padre/madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/madre #1 y/o otro padre/madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares	

FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL	
83. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez?	
Información adicional	
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA	
84. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema?	
Información adicional	
DESEMPEÑO EN LA VIDA ESCOLAR	
85. ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta lo bien que puedes hacer las actividades de clase en el colegio?	
86. ¿Cómo son tus notas en el colegio?	
87. ¿Tus notas han empeorado?	
DESEMPEÑO EN LA VIDA ESCOLAR	
El deterioro del trabajo en clase, el comportamiento o la capacidad para participar en el colegio se considera evidencia de una incapacidad. Se requiere que el/la niño(a) describa cosas que solía hacer, pero que ya no puede hacer para calificar aquí. No incluya a los niños cuyo nivel de inteligencia limita su capacidad para desempeñarse en el colegio y, por lo tanto, siempre han tenido malos resultados. Sin embargo, un(a) niño(a) que nunca ha podido desempeñarse debido a hiperactividad o problemas crónicos de conducta codificaría si está claro que estos problemas contribuyen a las dificultades con el rendimiento escolar.	
DESEMPEÑO EN LA VIDA ESCOLAR	
☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.	
¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta lo bien que puedes hacer las actividades de clase en el colegio?	☐ No ☐ Si
¿Cómo son tus notas en el colegio?	
¿Tus notas han empeorado?	☐ No ☐ Si

ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD 88. ¿Qué problema(s) está(n) causando la(s) dificultad(es) en el colegio? _____ _____ ¿Qué problema(s) está(n) causando la(s) dificultad(es) en el colegio? _____	
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/ madre #1 y/o padre/ madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/ madre #1 y/o otro padre/ madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL 89. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez? _____ Información adicional _____	
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA 90. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema? _____ Información adicional _____	
SUSPENSIÓN ESCOLAR ALGUNA VEZ 91. ¿ALGUNA VEZ te han suspendido del colegio? _____ SUSPENSIÓN ESCOLAR: ALGUNA VEZ Exclusión del colegio por cualquier período de tiempo. _____ SUSPENSIÓN ESCOLAR ALGUNA VEZ ☐ No ☐ Si ¿ALGUNA VEZ te han suspendido del colegio? ☐ No ☐ Si	

FRECUENCIA 92. ¿Cuántas veces te han suspendido del colegio? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo FRECUENCIA ¿Cuántas veces te han suspendido del colegio? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ INICIO 93. ¿Cuándo fue la primera vez que te suspendieron? _____ Información adicional _____ 94. ¿Has sido suspendido en los últimos 3 meses? SUSPENSIÓN: 3 MESES _____ SUSPENSIÓN: 3 MESES ☐ Ausente ☐ Presente ¿Has sido suspendido en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si DURACIÓN DE LA SUSPENSIÓN MÁS LARGA EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES (EN DÍAS) 95. ¿Por cuánto tiempo estuviste suspendido en los últimos 3 meses? _____ Información adicional _____ ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD 96. ¿Qué problema(s) está(n) causando que te suspendan? _____ _____ ¿Qué problema(s) está(n) causando que te suspendan? _____	
--	--

ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones / Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/madre #1 y/o padre/madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/madre #1 y/o otro padre/madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares
SUSPENSIÓN EN EL COLEGIO SIN DEJAR EL PROCESO ACADÉMICO: ALGUNA VEZ 97. ¿ALGUNA VEZ has sido suspendido de clases, pero sin dejar los ambientes del colegio? _____ SUSPENSIÓN EN EL COLEGIO: ALGUNA VEZ Suspensión del colegio cumplida en el colegio y/o sin dejar el proceso académico.
SUSPENSIÓN EN EL COLEGIO: ALGUNA VEZ ☐ No ☐ Si
¿ALGUNA VEZ has sido suspendido de clases, pero sin dejar los ambientes del colegio? ☐ No ☐ Si
FRECUENCIA 98. ¿Cuántas veces has sido suspendido de esa manera? _____ _____
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo
FRECUENCIA ¿Cuántas veces has sido suspendido de esa manera? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____

INICIO 99. ¿Cuándo fue la primera vez que estuviste suspendido de esta manera? _____ Información adicional _____
100. ¿Te han suspendido, pero sin hacerte salir de los ambientes del colegio en los últimos 3 meses? _____ SUSPENSIÓN EN EL COLEGIO: 3 MESES _____ SUSPENSIÓN EN EL COLEGIO: 3 MESES ☐ Ausente ☐ Presente
¿Te han suspendido, pero sin hacerte salir de los ambientes del colegio en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si
DURACIÓN DE LA MÁS LARGA SUSPENSIÓN EN EL COLEGIO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES (EN HORAS) 101. ¿Cuánto tiempo duró esta suspensión en los últimos 3 meses? _____ Información adicional _____
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD 102. ¿Qué problema(s) está(n) causando que te asignen este tipo de suspensión? _____ _____ ¿Qué problema(s) está(n) causando que te asignen este tipo de suspensión? _____ _____
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones / Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/madre #1 y/o padre/madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/madre #1 y/o otro padre/madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares

EXPULSIÓN: ALGUNA VEZ	
103. ¿ALGUNA VEZ te han expulsado del colegio?	
EXPULSIÓN: ALGUNA VEZ Expulsión del colegio.	
EXPULSIÓN: ALGUNA VEZ	
☐ No	
☐ Si	
¿ALGUNA VEZ te han expulsado del colegio?	
☐ No	
☐ Si	
FRECUENCIA	
104. ¿Cuántas veces te han expulsado?	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día	
☐ Por semana	
☐ Por mes	
☐ Total (3 meses)	
☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Cuántas veces te han expulsado?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
INICIO	
105. ¿Cuándo fue la primera vez que te expulsaron?	
Información adicional	
106. ¿Has sido expulsado en los últimos 3 meses?	
EXPULSIÓN: 3 MESES	
EXPULSIÓN: 3 MESES	
☐ Ausente	
☐ Presente	
¿Has sido expulsado en los últimos 3 meses?	
☐ No	
☐ Si	

ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD	
107. ¿Qué problema(s) causó/causaron que te expulsaran?	
¿Qué problema(s) causó/causaron que te expulsaran?	
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD	
☐ Inasistencia al colegio	
☐ Ansiedad de separación	
☐ Preocupaciones/Ansiedades	
☐ Depresión	
☐ Comportamiento relacionado con la alimentación	
☐ Desorden de conducta	
☐ Relaciones con padre/madre #1 y/o padre/madre #2	
☐ Relaciones con otro padre/madre #1 y/o otro padre/madre #2	
☐ Relaciones con Otros Adultos	
☐ Relaciones con hermanos	
☐ Relaciones con pares	
RELACIONES CON LOS PROFESORES	
El deterioro de las relaciones de un(a) niño(a) con sus profesores se considera una incapacidad. La necesidad de aumentar las medidas disciplinarias usadas, o que se retire el contacto con los profesores con los que el/la niño(a) ha tenido buenas relaciones anteriormente, es evidencia de perturbación en este caso.	
108. ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con los profesores?	
109. ¿Se evitan el uno al otro por algún problema?	
110. ¿Se rehúsan a hablar entre ustedes?	
AISLAMIENTO	
Incapacidad que implica negativa o imposibilidad de involucrarse o hablar con los maestros.	
AISLAMIENTO	
☐ Ausente	
☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente.	
☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.	
¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con los profesores?	
☐ No	
☐ Si	
¿Se evitan el uno al otro por algún problema?	
☐ No	
☐ Si	

¿Se rehúsan a hablar entre ustedes? ☐ No ☐ Si
111. ¿Los profesores necesitan castigarte más debido a este/estos problema(s)?
112. ¿Estas dificultades causan discusiones?
113. ¿Alguna de las discusiones se ha vuelto física?
DISCORDIA Incapacidad que involucra agresión, discusiones, peleas o comportamiento disruptivo.
DISCORDIA ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.
¿Los profesores necesitan castigarte más debido a este/estos problemas(s)? ☐ No ☐ Si
¿Estas dificultades causan discusiones? ☐ No ☐ Si
¿Alguna de las discusiones se ha vuelto física? ☐ No ☐ Si
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD
114. ¿Qué comportamiento(s) está(n) causando las dificultades entre tu(s) profesores(s) y tú? ¿Qué comportamiento(s) está(n) causando las dificultades entre tu(s) profesores(s) y tú?
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/madre #1 y/o padre/madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/madre #1 y/o otro padre/madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares

FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL 115. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez? Información adicional
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA 116. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema? Información adicional
RELACIONES CON PARES EN EL COLEGIO Los niños deben poder formar relaciones de interés mutuo y realizar actividades juntos (jugar, conversar constituyen actividades en este entorno). La pérdida de amigos o el aislamiento de las actividades con los compañeros indica una incapacidad en esta área. 117. ¿Algo de lo que hemos estado hablando ha hecho que veas menos a tus amigos que antes? 118. ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con otros niños en el colegio? 119. ¿Se evitan el uno al otro/los unos a los otros? 120. ¿Se rehúsan a hablar entre ustedes? AISLAMIENTO Incapacidad que implica rechazo o imposibilidad de involucrarse o hablar con los compañeros. AISLAMIENTO ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular. ¿Algo de lo que hemos estado hablando ha hecho que veas menos a tus amigos que antes? ☐ No ☐ Si ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con otros niños en el colegio? ☐ No ☐ Si ¿Se evitan el uno al otro/los unos a los otros? ☐ No ☐ Si ¿Se rehúsan a hablar entre ustedes? ☐ No ☐ Si

121. ¿Estas dificultades causan discusiones?
122. ¿Alguna de las discusiones se ha vuelto física?
123. ¿Alguien resultó herido?
DISCORDIA Incapacidad que involucra agresiones, discusiones, peleas o comportamiento disruptivo.
DISCORDIA ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.
¿Estas dificultades causan discusiones? ☐ No ☐ Si
¿Alguna de las discusiones se ha vuelto física? ☐ No ☐ Si
¿Alguien resultó herido? ☐ No ☐ Si
ÁREAS DE SINTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD 124. ¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre los niños que ves en el colegio y tú?
¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre los niños que ves en el colegio y tú? ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones / Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/madre #1 y/o padre/madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/madre #1 y/o otro padre/madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares

FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL 125. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez? Información adicional
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA 126. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema? Información adicional
ACTIVIDADES EN EL TIEMPO LIBRE 127. ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta lo que haces con tu tiempo libre? 128. ¿Hay algo que afecte tu capacidad para realizar actividades fuera del colegio? (Por ej, problemas con tus padres, sentimientos profundos de tristeza, etc.) 129. ¿Actividades que realizas por tu cuenta o con otros niños (jugar, conversar, etc.)? 130. En los últimos 3 meses, ¿has notado que estás haciendo menos cosas de las que solías disfrutar? 131. ¿Cuánto menos? ACTIVIDADES EN EL TIEMPO LIBRE Reducción de las actividades extraescolares espontáneas en al menos un tercio y en un grado fuera de su rango normal de variación. Se debe tener cuidado para asegurarse de que el/la entrevistado(a) no haya perdido interés en una actividad sin ninguna razón en particular. Es decir, la reducción de la afectación debe ser claramente una respuesta a alguna sintomatología.
ACTIVIDADES EN EL TIEMPO LIBRE ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.
¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta lo que haces con tu tiempo libre? ☐ No ☐ Si
¿Hay algo que afecte tu capacidad para realizar actividades fuera del colegio? (Por ej, problemas con tus padres, sentimientos profundos de tristeza, etc.) ☐ No ☐ Si
¿Actividades que realizas por tu cuenta o con otros niños (jugar, conversar, etc.)

En los últimos 3 meses, ¿has notado que estás haciendo menos cosas de las que solías disfrutar?	☐ No ☐ Si
¿Cuánto menos?	
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD	
132. ¿Qué problemas están afectando tus actividades de tiempo libre fuera del colegio?	
¿Qué problemas están afectando tus actividades de tiempo libre fuera del colegio?	
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD	
☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones / Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/madre #1 y/o padre/madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/madre #1 y/o otro padre/madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares	
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL	
133. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez?	
Información adicional	
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA	
134. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema?	
Información adicional	
RELACIONES CON ADULTOS EN ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE	
Tanto el aislamiento como las perturbaciones de la armonía de estas relaciones son evidencias que deben considerarse para la calificación aquí.	
135. ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con otros adultos fuera del hogar o el colegio?	
136. ¿Algo afecta cómo te llevas con tus vecinos?	
137. ¿O adultos en el supermercado o en los cines?	

138. ¿Y con tus abuelos?	
139. ¿Te niegas a hablar con algunos adultos?	
140. ¿Esta situación te ha hecho ver menos a otros adultos o evitarlos?	
 AISLAMIENTO Incapacidad que implica la negativa o la imposibilidad de involucrarse o hablar con adultos.	
 AISLAMIENTO	
☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.	
¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con otros adultos fuera del hogar o el colegio?	☐ No ☐ Si
¿Algo afecta cómo te llevas con tus vecinos?	☐ No ☐ Si
¿O adultos en el supermercado o en los cines?	
¿Y con tus abuelos?	☐ No ☐ Si
¿Te niegas a hablar con algunos adultos?	☐ No ☐ Si
¿Esta situación te ha hecho ver menos a otros adultos o evitarlos?	☐ No ☐ Si
141. ¿Estas dificultades causan discusiones?	
142. ¿Alguna de las discusiones se ha vuelto física?	
143. ¿Alguien resultó herido?	
 DISCORDIA Incapacidad que involucra agresión, discusiones, peleas o comportamiento disruptivo.	

DISCORDIA ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.
¿Estas dificultades causan discusiones? ☐ No ☐ Si
¿Alguna de las discusiones se ha vuelto física? ☐ No ☐ Si
¿Alguien resultó herido? ☐ No ☐ Si
ÁREAS DE SINTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD 144. ¿Qué comportamiento(s) está(n) causando las dificultades entre otros adultos y tú? _____ ¿Qué comportamiento(s) está(n) causando las dificultades entre otros adultos y tú? _____
ÁREAS DE SINTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/ madre #1 y/o padre/ madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/ madre #1 y/o otro padre/ madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL 145. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez? _____
Información adicional _____
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA 146. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema? _____
Información adicional _____

RELACIONES CON PARES Los niños deben poder formar relaciones de interés mutuo y realizar actividades juntos (la charla y el juego constituyen actividades en este entorno). La pérdida de amigos o el aislamiento de las actividades con los compañeros indica una incapacidad en esta área. 147. ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con otros niños fuera del colegio? _____ 148. ¿Algo afecta cómo te llevas con otros niños en tu vecindario? _____ 149. ¿Te niegas a hablar con otros niños? _____ 150. ¿Esta situación te ha hecho ver menos de lo normal a tu amigo(s)? _____ ASLAMIENTO Incapacidad que implica rechazo o imposibilidad de involucrarse o hablar con los compañeros. _____ ASLAMIENTO ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular. _____ ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta cómo te llevas con otros niños fuera del colegio? ☐ No ☐ Si _____ ¿Algo afecta cómo te llevas con otros niños en tu vecindario? ☐ No ☐ Si _____ ¿Te niegas a hablar con otros niños? ☐ No ☐ Si _____ ¿Esta situación te ha hecho ver menos de lo normal a tus amigos(s)? ☐ No ☐ Si _____ 151. ¿Estas dificultades causan discusiones? _____ 152. ¿Alguna de las discusiones se ha vuelto física? _____ 153. ¿Alguien resultó herido? _____
--

DISCORDIA Incapacidad que involucra agresión, discusiones, peleas o comportamiento disruptivo.	
DISCORDIA ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.	
¿Estas dificultades causan discusiones? ☐ No ☐ Si	
¿Alguna de las discusiones se ha vuelto física? ☐ No ☐ Si	
¿Alguien resultó herido? ☐ No ☐ Si	
AREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD 154. ¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre estos niños que ves fuera del colegio y tú? _____	
¿Qué problema(s) está(n) causando las dificultades entre estos niños que ves fuera del colegio y tú? _____	
AREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones / Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/madre #1 y/o padre/madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/madre #1 y/o otro padre/madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares	
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL 155. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez? _____	
Información adicional _____	
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA 156. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema? _____	

Información adicional _____	
EMPLEO Muchos adolescentes tienen trabajos y pueden resultar incapaces de desempeñarlos adecuadamente como resultado de una psicopatología, en cuyo caso se debe registrar una incapacidad como resultado de esa psicopatología. Su desempeño en el trabajo en realidad debe ser deficiente hasta cierto punto. No es suficiente que el/la entrevistado(a) simplemente lo describa como más difícil o agotador.	
157. ¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta que hagas bien tu trabajo? _____	
158. ¿Evitas interactuar con la gente en el trabajo? _____	
159. ¿Te rehúsas a hablar con los compañeros de trabajo? _____	
AISLAMIENTO – EMPLEO _____	
AISLAMIENTO - EMPLEO ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.	
¿Algo de lo que hemos estado hablando afecta que hagas bien tu trabajo? ☐ No ☐ Si	
¿Evitas interactuar con la gente en el trabajo? ☐ No ☐ Si	
¿Te rehúsas a hablar con los compañeros de trabajo? ☐ No ☐ Si	
160. ¿Estas dificultades causan discusiones? _____	
161. ¿Alguna de las discusiones se ha vuelto física? _____	
162. ¿Alguien resultó herido? _____	
DISCORDIA - EMPLEO _____	
DISCORDIA ☐ Ausente ☐ Incapacidad parcial: Una reducción notable para funcionar en un área particular. El/La niño(a) todavía es capaz de hacer cosas, pero las hace menos bien o más lentamente. ☐ Incapacidad severa: Una incapacidad completa o casi completa para funcionar en un área en particular.	

¿Estas dificultades causan discusiones? ☐ No ☐ Si
¿Alguna de las discusiones se ha vuelto física? ☐ No ☐ Si
¿Alguien resultó herido? ☐ No ☐ Si
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD
163. ¿Qué comportamiento(s) está(n) causando las dificultades entre las personas de tu trabajo y tú? _____ _____
¿Qué comportamiento(s) está(n) causando las dificultades entre las personas de tu trabajo y tú? _____ _____
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/madre #1 y/o padre/madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/madre #1 y/o otro padre/madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD PARCIAL 164. ¿Cuándo se convirtió esto en un problema por primera vez? _____
Información adicional _____
FECHA DE LA PRIMERA INCAPACIDAD SEVERA 165. ¿Cuándo se convirtió esto por primera vez en un gran problema? _____
Información adicional _____
TRATAMIENTO _____

166. ¿Has buscado ayuda de alguien sobre estos temas en los últimos 3 meses?
167. ¿Has recibido algún tratamiento para alguno de los problemas de los que hemos estado hablando en los últimos 3 meses?
168. ¿Por parte de un doctor o alguien en el colegio?
169. ¿Fuiste a una clínica?
170. ¿O a un hospital?
171. ¿Qué hicieron?
172. ¿Ayudó en algo?
TRATAMIENTO Aquí se codifican las derivaciones a instituciones y/o profesionales que se ocupan de la psicopatología infantil. _____
TRATAMIENTO ☐ No ☐ Si
¿Has buscado ayuda de alguien sobre estos temas en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si
¿Has recibido algún tratamiento para alguno de los problemas de los que hemos estado hablando en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si
¿Por parte de un doctor o alguien en el colegio? _____
¿Fuiste a una clínica? ☐ No ☐ Si
¿O a un hospital? ☐ No ☐ Si
¿Qué hicieron? _____
¿Ayudó en algo? ☐ No ☐ Si

ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD 173. ¿Qué problema(s) te llevaron a ti (o a tus padres) a buscar tratamiento? 	
¿Qué problema(s) te llevaron a ti (o a tus padres) a buscar tratamiento? 	
ÁREAS DE SÍNTOMAS QUE CAUSAN INCAPACIDAD ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones / Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/madre #1 y/o padre/madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/madre #1 y/o otro padre/madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares	
INICIO DEL PRIMER TRATAMIENTO 174. ¿Cuándo fue la primera vez que tú (o tus padres) buscaron ayuda? 	
Información adicional 	
MEDICACIÓN 175. ¿Toma algún medicamento para alguno de los problemas de los que hemos estado hablando? 	
176. ¿Como tabletas o pastillas? 	
177. ¿O algo recetado por tu médico? 	
178. ¿Cuáles? 	
179. ¿Por qué las estás tomando? 	
MEDICACIÓN Cualquier medicamento recetado por un médico (ya sea convencional o alternativo) o administrado por los padres o tutores. No incluya los analgésicos que se toman menos de una vez por semana para los dolores de cabeza esporádicos, etc. Sin embargo, tales medicamentos deben incluirse si se toman con más regularidad. Nota: Añote el tipo y dosis diaria, si se conoce, para cada uno de los medicamentos mencionados. 	
MEDICACIÓN ☐ No ☐ Si	

¿Toma algún medicamento para alguno de los problemas de los que hemos estado hablando? ☐ No ☐ Si	
¿Como tabletas o pastillas? ☐ No ☐ Si	
¿O algo recetado por tu médico? ☐ No ☐ Si	
¿Cuáles? 	
¿Por qué las estás tomando? 	
¿Recuerda el nombre y el tipo de los medicamentos? ☐ No ☐ Si	
SI ESTÁ PRESENTE, ESCRIBA EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y EL INICIO DE DICHO TRATAMIENTO. CODIFIQUE COMO PRESENTE INCLUSO SI LA RECETA NUNCA FUE OBTENIDA. TIPO DE MEDICAMENTO ¿Como se llama lo que estas tomando? ¿Cuándo empezó a tomarlo? 180. TRANQUILIZANTES MENORES / SEDANTES 181. ANTIPSICÓTICOS/TRANQUILIZANTES MAYORES 182. ESTIMULANTES 183. STRATTERA (ATOMOXETINA)/INTUNIV (GUANFACINA)/KAPVAY (CLONIDINA): NO ESTIMULANTE 	

INICIO DEL TRATAMIENTO CON ESTIMULANTES ¿Cuándo empezó a tomar este medicamento?	_____
Información adicional	_____
STRATTERA (ATOMOXETINA)/INTUNIV (GUANFACINA)/KAPVAY (CLONIDINA): NO ESTIMULANTE	_____
☐ Ausente ☐ Presente	_____
¿Cómo se llama el medicamento que estás tomando?	_____
INICIO DEL TRATAMIENTO STRATTERA (NO ESTIMULANTE) ¿Cuándo empezó a tomar este medicamento?	_____
Información adicional	_____
ANTIDEPRESIVOS	_____
☐ Ausente ☐ Presente	_____
¿Cómo se llama el medicamento que estás tomando?	_____
INICIO DE TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO ¿Cuándo empezó a tomar este medicamento?	_____
Información adicional	_____
LITIO	_____
☐ Ausente ☐ Presente	_____
¿Cómo se llama el medicamento que estás tomando?	_____
INICIO DEL TRATAMIENTO CON LITIO ¿Cuándo empezó a tomar este medicamento?	_____
Información adicional	_____
ANTICONVULSIVOS	_____
☐ Ausente ☐ Presente	_____

184. ANTIDEPRESIVOS	_____
_____	_____
185. LITIO	_____
_____	_____
186. ANTICONVULSIVOS	_____
_____	_____
187. OTRA MEDICACIÓN	_____
_____	_____
TRANQUILIZANTES MENORES / SEDANTES	_____
☐ Ausente ☐ Presente	_____
¿Cómo se llama el tranquilizante/ sedante que estás tomando?	_____
INICIO DE TRATAMIENTO CON TRANQUILIZANTES MENORES/SEDANTES ¿Cuándo empezó a tomar este medicamento?	_____
Información adicional	_____
ANTIPIPSICÓTICOS/TRANQUILIZANTES MAYORES	_____
☐ Ausente ☐ Presente	_____
¿Cómo se llama el medicamento que estás tomando?	_____
INICIO DE TRATAMIENTO ANTIPIPSICÓTICOS/TRANQUILIZANTES MAYORES ¿Cuándo empezó a tomar este medicamento?	_____
Información adicional	_____
ESTIMULANTES	_____
☐ Ausente ☐ Presente	_____
¿Cómo se llama el medicamento que estás tomando?	_____

¿Cómo se llama el medicamento que estás tomando?
INICIO DE TRATAMIENTO ANTICONVULSIVOS
¿Cuándo empezó a tomar este medicamento?
Información adicional
OTRA MEDICACIÓN
Especificar (si está presente)
☐ Ausente ☐ Presente
¿Cómo se llama el medicamento que estás tomando?
INICIO DEL TRATAMIENTO
¿Cuándo empezó a tomar este medicamento?
Información adicional
REUBICACIÓN
197. En los últimos 3 meses, ¿has sido colocado en un hogar de acogida/centro de rehabilitación o tratamiento ¿DEBIDO a alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?
198. ¿Ha cambiado o se ha mudado a un nuevo hogar de acogida/centro de rehabilitación o tratamiento DEBIDO a su comportamiento?
199. En los últimos 3 meses, ¿ha sido internado en algún centro de tratamiento DEBIDO a su comportamiento?
REUBICACIÓN
Si, debido a un trastorno psicológico o de comportamiento, se cambia la ubicación residencial de un(a) niño(a)/adolescente, entonces ese cambio se registra en esta sección. Las mismas reglas se aplican a estas calificaciones como se describió anteriormente.
REUBICACIÓN
☐ No ☐ Si
Con los niños que han experimentado cambios, pregunte:
En los últimos 3 meses, ¿has sido colocado en un hogar de acogida/centro de rehabilitación o tratamiento DEBIDO a alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?
☐ No ☐ Si

¿Ha cambiado o se ha mudado a un nuevo hogar de acogida/centro de rehabilitación o tratamiento DEBIDO a su comportamiento?
☐ No ☐ Si
En los últimos 3 meses, ¿has sido colocado en un hogar de acogida/centro de rehabilitación o tratamiento DEBIDO a alguno de los problemas de los que hemos estado hablando?
☐ No ☐ Si
ÁREAS SINTOMÁTICAS QUE CAUSAN LA REUBICACIÓN
200. ¿Cuál es la(s) razón(es) por la(s) que fuiste ubicado en este hogar/centro?
¿Cuál es la(s) razón(es) por la(s) que fuiste ubicado en este hogar/centro?
ÁREAS SINTOMÁTICAS QUE CAUSAN LA REUBICACIÓN
☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/ madre #1 y/o padre/ madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/ madre #1 y/o otro padre/ madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares
FECHA DE INICIO DE LA PRIMERA REUBICACIÓN
201. ¿Cuándo fue la primera vez que te enviaron a un hogar/centro?
Información adicional
PERCEPCIÓN DE PROBLEMA(S)
Hemos hablado de muchas cosas diferentes.
202. ¿Crees que alguna de las cosas de las que hemos estado hablando es un problema para ti?
PERCEPCIÓN DE PROBLEMA(S)
Percepción del/la niño(a)/adolescente de que tiene problemas o dificultades en alguna de las áreas de sintomatologías discutidas durante la entrevista.
PERCEPCIÓN DE PROBLEMA(S)
☐ No ☐ Si
¿Crees que alguna de las cosas de las que hemos estado hablando es un problema para ti?

PROBLEMAS CON: 203. ¿Qué tema(s) crees que son problemáticos para ti? 	
¿Qué tema(s) crees que son problemáticos para ti? 	
PROBLEMAS CON: ☐ Inasistencia al colegio ☐ Ansiedad de separación ☐ Preocupaciones/ Ansiedades ☐ Depresión ☐ Comportamiento relacionado con la alimentación ☐ Desorden de conducta ☐ Relaciones con padre/ madre #1 y/o padre/ madre #2 ☐ Relaciones con otro padre/ madre #1 y/o otro padre/ madre #2 ☐ Relaciones con Otros Adultos ☐ Relaciones con hermanos ☐ Relaciones con pares	
AYUDA NECESITADA	
204. ¿Hay alguna cosa en la que crees que necesitas ayuda? 	
205. ¿Qué tipo de ayuda necesitas? 	
AYUDA NECESITADA Percepción del/ de la niño(a)/ adolescente de que necesita ayuda en cualquiera de las áreas de sintomatología discutidas durante la entrevista. 	
☐ No ☐ Si ¿Hay alguna cosa en la que crees que necesitas ayuda? 	
¿Qué tipo de ayuda necesitas? 	
AYUDA NECESITADA CON: 206. ¿Con qué problema(s) crees que necesitas ayuda? 	
¿Con qué problema(s) crees que necesitas ayuda? 	

CAPA 16 - EVALUACIÓN DE SERVICIOS	
Récord ID _____	
EVALUACIÓN DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (CASA) DEBIDO A QUE ES FÁCIL DE OLVIDAR, VOY A REPASAR UNA LISTA DE LUGARES DONDE EL NIÑO/NIÑA PUDO HABER RECIBIDO AYUDA O TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL (ANTE CUALQUIER INQUIETUD O PROBLEMA QUE HAYA EXPERIMENTADO).	
1. ¿Alguna vez tú has sido atendido por alguno de estos lugares, servicios o personas, que se dedican a ver problemas de salud mental y/u ofrecen espacios de ayuda o soporte emocional? _____	
EVALUACIÓN DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (CASA) ☐ HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS (EJ.- LARCO HERRERA, VALDIZÁN, ENTRE OTROS) ☐ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI" ☐ CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ☐ SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN UN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA ☐ SERVICIO DE ADICCIONES EN UN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA ☐ CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN JUVENIL (EJ.- "MARANGUITA") (SI ES MAYOR A 14 AÑOS) ☐ HOGAR DE REFUGIO TEMPORAL (MIMP) / CASA DE ACOGIDA ☐ PUERICULTORIO / CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (INABIP) ☐ CENTRO DE SALUD O PUESTO DE SALUD ☐ CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO ☐ CENTRO DE EMERGENCIA O URGENCIA / CENTRO DE CRISIS (EJ.- CENTRO DE EMERGENCIA MUJER, SERVICIO DE ATENCIÓN URGENTE EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL) ☐ CONSEJERÍA EN EL HOGAR/SERVICIOS DE EMERGENCIA ☐ CONSULTORIO O ATENCIÓN PARTICULAR ☐ PSICÓLOGO ESCOLAR / CONSEJERO ESCOLAR ☐ ATENCIÓN INCLUSIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL, PERSONAS NEURODIVERSAS, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE ☐ PROFESOR/A DEL COLEGIO ☐ ENFERMERA ESCOLAR ☐ UNIDADES DE PROTECCIÓN ESPECIAL (UPE) Y COMISARÍA DE FAMILIA ☐ MÉDICO DE FAMILIA ☐ URGENCIA/ EMERGENCIA DE HOSPITAL O CLÍNICA ☐ CONSEJERO RELIGIOSO, SACERDOTE O PASTOR ☐ MÉDICO ALTERNATIVO, CHAMÁN, CURANDERO O EXPERTO EN SANACIÓN ☐ LÍNEA DE ATENCIÓN DIRECTA EN CRISIS (EJ.- LÍNEA 100 PARA CASOS DE VIOLENCIA, LÍNEA 113 PARA CASOS DE SALUD MENTAL O COVID-19)	

☐ GRUPO DE AUTOAYUDA O AYUDA MUTUA O COMUNIDAD EN REDES SOCIALES (EJ.- CASOS DE DUELO, ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, TCA, ENTRE OTROS) ☐ AYUDA DE FAMILIARES ADULTOS ☐ OTRA AYUDA DE ADULTOS NO PROFESIONALES (NO FAMILIARES) ☐ AYUDA DE AMIGOS ☐ NINGUNO
HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS (EJ.- LARCO HERRERA, VALDIZÁN, ENTRE OTROS): ALGUNA VEZ
2. ¿Has sido admitido ALGUNA VEZ en un hospital psiquiátrico como Larco Herrera, Valdizán u otros? _____
3. ¿Cuántas veces? _____
4. ¿En qué hospital(es)? _____
5. ¿Fue a consulta externa? ☐ No ☐ Si
6. ¿Estuviste en algún programa terapéutico (terapia individual/grupal)? ☐ No ☐ Si
7. ¿Estuviste internado? ☐ No ☐ Si
INICIO 8. ¿Cuándo fue la primera vez? _____
Información adicional _____
HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS (EJ.- LARCO HERRERA, VALDIZÁN, ENTRE OTROS): 3 MESES
9. ¿Has sido admitido en un Hospital Psiquiátrico en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si
10. ¿Cuántas veces? _____
11. ¿En qué hospital(es)? _____
12. ¿Fue a consulta externa? ☐ No ☐ Si

13. ¿Estuviste en algún programa terapéutico (terapia individual/grupal)?	☐ No ☐ Si
14. ¿Estuviste internado?	☐ No ☐ Si
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI": ALCUNA VEZ	
15. ¿Has acudido ALCUNA VEZ al Instituto Nacional De Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"?	_____
16. ¿Cuántas veces?	_____
17. ¿Fue a consulta externa?	☐ No ☐ Si
18. ¿Estuviste en algún programa terapéutico (terapia individual/grupal)?	☐ No ☐ Si
19. ¿Estuviste internado?	☐ No ☐ Si
INICIO	_____
20. ¿Cuándo fue la primera vez?	_____
Información adicional	_____
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI": 3 MESES	
21. ¿Has acudido al Instituto Nacional De Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si
22. ¿Cuántas veces?	_____
23. ¿Fue a consulta externa?	☐ No ☐ Si
24. ¿Estuviste en algún programa terapéutico (terapia individual/grupal)?	☐ No ☐ Si

25. ¿Estuviste internado?	☐ No ☐ Si
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA: ALCUNA VEZ	
26. ¿Has acudido ALCUNA VEZ a una clínica psiquiátrica?	_____
27. ¿Cuántas veces?	_____
28. ¿En qué clínica(s)?	_____
29. ¿Fue a consulta externa?	☐ No ☐ Si
30. ¿Estuviste en algún programa terapéutico (terapia individual/grupal)?	☐ No ☐ Si
31. ¿Estuviste internado?	☐ No ☐ Si
INICIO	_____
32. ¿Cuándo fue la primera vez?	_____
Información adicional	_____
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA: 3 MESES	
33. ¿Has acudido a una clínica psiquiátrica en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si
34. ¿Cuántas veces?	_____
35. ¿En qué clínica(s)?	_____
36. ¿Fue a consulta externa?	☐ No ☐ Si
37. ¿Estuviste en algún programa terapéutico (terapia individual/grupal)?	☐ No ☐ Si
38. ¿Estuvo internado?	☐ No ☐ Si

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN UN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA: ALGUNA VEZ	
39. ¿Has acudido ALGUNA VEZ a un servicio de psiquiatría en un hospital general o clínica?	_____
40. ¿Cuántas veces?	_____
41. ¿En qué hospital(es) o clínicas?	_____
42. ¿Fue a consulta externa?	_____
43. ¿Estuviste en algún programa terapéutico (terapia individual/grupal)?	_____
☐ No ☐ Si	
44. ¿Estuviste internado?	_____
☐ No ☐ Si	
INICIO	
45. ¿Cuándo fue la primera vez?	_____
Información adicional	

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN UN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA: 3 MESES	
46. ¿Has acudido a un servicio de psiquiatría en un hospital general o clínica en los últimos 3 meses?	_____
☐ No ☐ Si	
47. ¿Cuántas veces?	_____
48. ¿En qué hospital(es) o clínicas?	_____
49. ¿Fue a consulta externa?	_____
☐ No ☐ Si	
50. ¿Estuviste en algún programa terapéutico (terapia individual/grupal)?	_____
☐ No ☐ Si	
51. ¿Estuviste internado?	_____
☐ No ☐ Si	

SERVICIO DE ADICCIONES EN UN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA: ALGUNA VEZ	
52. ¿Has acudido ALGUNA VEZ a un servicio de adicciones en un hospital general o clínica?	_____
53. ¿Cuántas veces?	_____
54. ¿En qué hospital(es) o clínicas?	_____
55. ¿Fue a consulta externa?	_____
☐ No ☐ Si	
56. ¿Estuviste en algún programa terapéutico (terapia individual/grupal)?	_____
☐ No ☐ Si	
57. ¿Estuviste internado?	_____
☐ No ☐ Si	
INICIO	
58. ¿Cuándo fue la primera vez?	_____
Información adicional	

SERVICIO DE ADICCIONES EN UN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA: 3 MESES	
59. ¿Has acudido a un servicio de adicciones en un hospital general o clínica en los últimos 3 meses?	_____
☐ No ☐ Si	
60. ¿Cuántas veces?	_____
61. ¿En qué hospital(es) o clínicas?	_____
62. ¿Fue a consulta externa?	_____
☐ No ☐ Si	
63. ¿Estuviste en algún programa terapéutico (terapia individual/grupal)?	_____
☐ No ☐ Si	
64. ¿Estuviste internado?	_____
☐ No ☐ Si	

CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN JUVENIL (EJ.- "MARANGUITA"); ALGUNA VEZ - Solo si el encuestado es mayor a 14 años.	
65. ¿Has estado ALGUNA VEZ en un centro de diagnóstico y rehabilitación juvenil (ej.- Maranguita)?	_____
66. ¿Cuántas veces?	_____
INICIO	_____
67. ¿Cuándo fue la primera vez?	_____
Información adicional	_____
CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN JUVENIL (EJ.- "MARANGUITA"); 3 MESES Solo si el encuestado es mayor a 14 años.	
68. ¿Has estado en un centro de diagnóstico y rehabilitación juvenil en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si
HOGAR DE REFUGIO TEMPORAL (MIMP) / CASA DE ACOGIDA: ALGUNA VEZ	
69. ¿Has estado ALGUNA VEZ en un hogar de refugio temporal?	_____
70. ¿O una casa de acogida?	☐ No ☐ Si
71. ¿Dónde fue?	_____
INICIO	_____
72. ¿Cuándo fue la primera vez?	_____
Información adicional	_____
HOGAR DE REFUGIO TEMPORAL/ CASA DE ACOGIDA: 3 MESES	
73. ¿Has estado en un hogar de refugio temporal en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si
74. ¿O una casa de acogida?	☐ No ☐ Si
PUERICULTORIO/CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (INABIP): ALGUNA VEZ	
75. ¿Has ido ALGUNA VEZ a un puericultorio / casa hogar por el tipo de problemas de los que me hablaste?	_____

76. ¿Por qué motivos fuiste ahí?	_____
77. ¿Como influyó en ti?	_____
INICIO	_____
78. ¿Cuándo fuiste allí por primera vez?	_____
Información adicional	_____
PUERICULTORIO/CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (INABIP): 3 MESES	
79. En los últimos 3 meses, ¿has ido a un puericultorio/casa hogar no temporal por el tipo de problemas que me comentaste?	☐ No ☐ Si
80. ¿Fue de alguna ayuda para ti?	☐ No ☐ Si
CENTRO O PUESTO DE SALUD: ALGUNA VEZ	
81. ¿Has estado ALGUNA VEZ en un Centro o Puesto de Salud por algún problema de salud mental, emocional o de conducta?	_____
INICIO	_____
82. ¿Cuándo fue por primera vez?	_____
Información adicional	_____
CENTRO O PUESTO DE SALUD: 3 MESES	
83. ¿Has estado en un Centro o Puesto de Salud en los últimos 3 meses por algún problema de salud mental, emocional o de conducta?	☐ No ☐ Si
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: ALGUNA VEZ	
84. ¿Has acudido ALGUNA VEZ a un centro de salud mental comunitario?	_____
INICIO	_____
85. ¿Cuándo fuiste por primera vez?	_____
Información adicional	_____

CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: 3 MESES	
86. ¿Has estado en los últimos 3 meses en un centro de salud mental comunitario por algún problema de salud mental, emocional o de conducta?	☐ No ☐ Si
CENTRO DE EMERGENCIA O URGENCIA / CENTRO DE CRISIS (EJ.- CENTRO DE EMERGENCIA MUJER, SERVICIO DE ATENCIÓN URGENTE EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL) ALGUNA VEZ	
87. ¿Has ido alguna vez a un centro de emergencia o urgencia / centro de crisis, como por ejemplo centro de emergencia mujer, servicio de atención urgente en casos de violencia sexual?	_____
88. ¿Has estado en un centro de emergencia por alguna experiencia de violencia?	_____
INICIO	
89. ¿Cuándo fue la primera vez?	_____
Información adicional	
CENTRO DE EMERGENCIA O URGENCIA / CENTRO DE CRISIS (EJ.- CENTRO DE EMERGENCIA MUJER, SERVICIO DE ATENCIÓN URGENTE EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL): 3 MESES	
90. ¿Has ido a un Centro de Emergencia o Centro de Crisis para buscar ayuda en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si
91. ¿Has estado en un centro de emergencia por alguna experiencia de violencia en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si
CONSEJERÍA EN EL HOGAR/SERVICIOS DE EMERGENCIA: ALGUNA VEZ	
92. ¿Alguna vez has recibido asesoramiento/consejería en el hogar o servicios de emergencia?	_____
INICIO	
93. ¿Cuándo tuviste por primera vez consejería en el hogar?	_____
Información adicional	
CONSEJERÍA EN EL HOGAR/SERVICIOS DE EMERGENCIA: 3 MESES	
94. ¿Has recibido consejería en el hogar o servicios de emergencia en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si

CONSULTORIO O ATENCIÓN PARTICULAR: ALGUNA VEZ	
95. ¿Has acudido ALGUNA VEZ a un profesional particular para que te ayude por algún problema de salud mental, emocional o de conducta?	_____
96.1. ¿Con un psiquiatra?	☐ No ☐ Si
96.2. ¿Con un psicólogo?	☐ No ☐ Si
97. ¿O algún otro profesional particular?	☐ No ☐ Si
97.1. Especificar	_____
INICIO	
98. ¿Cuándo fue la primera vez?	_____
Información adicional	
CONSULTORIO O ATENCIÓN PARTICULAR: 3 MESES	
99. ¿Has acudido a algún consultorio o atención particular en los últimos 3 meses por algún problema de salud mental, emocional o de conducta?	☐ No ☐ Si
OTRA AYUDA PROFESIONAL PSICÓLOGO ESCOLAR /CONSEJERO ESCOLAR: ALGUNA VEZ	
100. ¿Has acudido ALGUNA VEZ a un psicólogo escolar/ consejero escolar para que te ayude por algún problema de salud mental, emocional o de conducta?	_____
101. ¿O recibiste algún otro tipo de ayuda en la escuela?	☐ No ☐ Si
INICIO	
102. ¿Cuándo fue la primera vez?	_____
Información adicional	
PSICÓLOGO ESCOLAR/ CONSEJERO ESCOLAR: 3 MESES	
103. ¿Has consultado a un psicólogo escolar/ consejero escolar para que te ayude por algún problema de salud mental, emocional o de conducta en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si

104. ¿O recibiste algún otro tipo de ayuda en la escuela en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
ATENCIÓN INCLUSIVA (PERSONAS CON DISCAPACIDAD, PERSONAS NEURODIVERSAS, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE): ALGUNA VEZ
105. ¿Has estado ALGUNA VEZ en atención inclusiva por algún tipo de discapacidad (visual, auditiva, motriz)?
☐ No ☐ Si
106. ¿O por algún problema de salud mental vinculado al trastorno del espectro autista, TDAH u otros?
☐ No ☐ Si
107. ¿O problemas de aprendizaje?
☐ No ☐ Si
108. ¿Fue por razones emocionales o de comportamiento?
☐ No ☐ Si
INICIO
109. ¿Cuándo empezaste a ir o atenderte?
Información adicional
ATENCIÓN INCLUSIVA (PERSONAS CON DISCAPACIDAD, PERSONAS NEURODIVERSAS, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE): 3 MESES
110. ¿Has recibido atención inclusiva por algún tipo de discapacidad (visual, auditiva, motriz) en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
111. ¿O por algún problema de salud mental vinculado al trastorno del espectro autista, TDAH u otros?
☐ No ☐ Si
112. ¿O problemas de aprendizaje?
☐ No ☐ Si
113. ¿Fue por razones emocionales o de comportamiento?
☐ No ☐ Si
PROFESOR/A DEL COLEGIO: ALGUNA VEZ
114. ¿Has acudido ALGUNA VEZ a un profesor/a del colegio para recibir ayuda sobre tus sentimientos o comportamientos?

INICIO
115. ¿Cuándo fue la primera vez?
Información adicional
PROFESOR/A DEL COLEGIO: 3 MESES
116. ¿Has acudido a un profesor/a del colegio para recibir ayuda sobre tus sentimientos o comportamientos en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
ENFERMERA ESCOLAR: ALGUNA VEZ
117. ¿Has ido ALGUNA VEZ a ver a una enfermera escolar?
☐ No ☐ Si
118. ¿Fue por un problema emocional o de comportamiento?
☐ No ☐ Si
INICIO
119. ¿Cuándo fue la primera vez?
Información adicional
ENFERMERA ESCOLAR: 3 MESES
120. ¿Has ido a ver a una enfermera escolar en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
121. ¿Fue por un problema emocional o de comportamiento?
☐ No ☐ Si
UNIDADES DE PROTECCIÓN ESPECIAL (MIMP) Y COMISARÍA DE FAMILIA: ALGUNA VEZ
Desde el MIMP, las UPE toman conocimiento de las denuncias sobre situaciones de riesgo o desprotección familiar, entre ellos, la situación de abandono, violencia, explotación de niñas, niños y adolescentes u otras vulneraciones de sus derechos, y determina el inicio de un procedimiento administrativo a su favor (como visitas al hogar, orientación al niño/niña o retiro del hogar). Por otro lado, la Comisaría de Familia puede recibir denuncias y tomar las medidas de protección en casos de violencia intrafamiliar. Incluye las visitas de los representantes del Estado al hogar e incluye las visitas de parte del niño/niña a una Comisaría de Familia. Incluye si estas visitas están relacionadas a problemas de conducta o de salud mental del niño/niña.
122. ¿Has visitado ALGUNA VEZ a una Comisaría de Familia por algún problema de salud mental, emocional o de conducta?

123. ¿O algún funcionario ha visitado el hogar del niño/niña para ver su estado?	☐ No ☐ Si
INICIO	
124. ¿Cuándo fue la primera vez?	
Información adicional	
UNIDADES DE PROTECCIÓN ESPECIAL Y COMISARÍA DE FAMILIA: 3 MESES Incluya las visitas de los representantes del Estado al hogar e incluya las visitas de parte del encuestado a estas entidades. Incluya si estas visitas están relacionadas a problemas de conducta o de salud mental del encuestado.	
125. ¿Has ido a una Comisaría de Familia por algún problema de salud mental, emocional o de conducta en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si
126. ¿O algún funcionario ha visitado tu casa para ver cómo te encontrabas?	☐ No ☐ Si
MEDICO DE FAMILIA: ALGUNA VEZ	
127. ¿Has visitado ALGUNA VEZ al médico de familia por alguno de los tipos de problemas de los que hemos hablado?	
128. ¿O cualquier otro médico?	☐ No ☐ Si
INICIO	
129. ¿Cuándo fue la primera vez que viste a un médico por algún problema de salud mental, emocional o de conducta?	
Información adicional	
MÉDICO DE FAMILIA: 3 MESES	
130. ¿Has sido atendido por el médico familiar por alguno de estos problemas en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si
URGENCIA/EMERGENCIA DE HOSPITAL O CLÍNICA: ALGUNA VEZ	
131. ¿Has estado ALGUNA VEZ en la sala de emergencias de un hospital o clínica por alguno de los tipos de problemas de los que hemos hablado?	
INICIO	
132. ¿Cuándo fue la primera vez?	

Información adicional	
URGENCIA/EMERGENCIA DE HOSPITAL O CLÍNICA: 3 MESES	
133. ¿Has estado en la sala de emergencias de un hospital o clínica por algún problema emocional o conductual en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si
CONSEJERO RELIGIOSO: ALGUNA VEZ Codifique aquí consejeros religiosos, espirituales, basados en la fe, es decir, sacerdote, pastor, rabino, etc.	
134. ¿Has visto ALGUNA VEZ a un consejero religioso (sacerdote o pastor) por alguno de los tipos de problemas de los que me has contado?	
INICIO	
135. ¿Cuándo fue la primera vez?	
Información adicional	
CONSEJERO RELIGIOSO, SACERDOTE O PASTOR: 3 MESES Codifique aquí consejeros religiosos, espirituales, basados en la fe, es decir, sacerdote, pastor, rabino, etc.	
136. ¿Has visto a un consejero religioso (sacerdote o pastor) en los últimos 3 meses por algún problema emocional o conductual?	☐ No ☐ Si
MÉDICO ALTERNATIVO, CHAMÁN, CURANDERO O EXPERTO EN SANACIÓN: ALGUNAVEZ	
137. ¿Has visto ALGUNA VEZ a médicos alternativos, chamanes u otros curanderos?	
138. ¿O un yerbero?	☐ No ☐ Si
139. ¿O un huesero?	☐ No ☐ Si
140. ¿O un masoterapeuta o masajista?	☐ No ☐ Si
141. ¿O un acupunturista?	☐ No ☐ Si

INICIO 142. ¿Cuándo fue la primera vez? _____ Información adicional _____	
MÉDICO ALTERNATIVO, CHAMÁN, CURANDERO O EXPERTO EN SANACIÓN: 3 MESES 143. ¿Has visto algún médico alternativo/chamán/curandero en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si	
144. ¿O un yerbero? ☐ No ☐ Si	
145. ¿O un huesero? ☐ No ☐ Si	
146. ¿O un masoterapeuta o masajista? ☐ No ☐ Si	
147. ¿O un acupunturista? ☐ No ☐ Si	
OTRA AYUDA "NO PROFESIONAL" Asistencia de otras personas que no están profesionalmente capacitadas, licenciadas y/o certificadas para brindar servicios de salud mental a cambio de honorarios. LÍNEA DE ATENCIÓN DIRECTA EN CRISIS (EJ.- LÍNEA 100 PARA CASOS DE VIOLENCIA, LÍNEA 113 PARA CASOS DE SALUD MENTAL O COVID-19); ALGUNA VEZ 148. ¿Has llamado ALGUNA VEZ a una "Línea de Atención directa en crisis" (ej.- Línea 100, Línea 113 u otros) para obtener ayuda por algún problema de salud mental, emocional o de conducta? _____ INICIO 149. ¿Cuándo fue la primera vez? _____ Información adicional _____	
LÍNEA DE ATENCIÓN DIRECTA EN CRISIS (EJ.- LÍNEA 100 PARA CASOS DE VIOLENCIA, LÍNEA 113 - PARA CASOS DE SALUD MENTAL O COVID-19); 3 MESES 150. ¿Has llamado a una línea de atención directa para momentos de crisis (Ej.-LÍNEA 100 PARA CASOS DE VIOLENCIA, LÍNEA 113 PARA CASOS DE SALUD MENTAL O COVID-19) en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si	

GRUPO DE AUTOAYUDA O AYUDA MUTUA O COMUNIDAD EN REDES SOCIALES; ALGUNA VEZ 151. ¿Has participado ALGUNA VEZ en un grupo de autoayuda o ayuda mutua o comunidad en redes sociales? _____ 152. ¿Como grupo para casos de duelo? ☐ No ☐ Si	
153. ¿O un grupo para casos de ansiedad y depresión? ☐ No ☐ Si	
154. ¿O Alcohólicos Anónimos? ☐ No ☐ Si	
155. ¿O un grupo de víctimas violencia? ☐ No ☐ Si	
156. ¿O un grupo de personas con TCA (trastornos de la conducta alimentaria)? ☐ No ☐ Si	
INICIO 157. ¿Cuándo fue la primera vez? _____ Información adicional _____	
GRUPO DE AUTOAYUDA O AYUDA MUTUA O COMUNIDAD EN REDES SOCIALES; 3 MESES 158. ¿Has estado en un grupo de autoayuda, ayuda mutua o comunidad en redes sociales en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si	
159. ¿Como grupo para casos de duelo? ☐ No ☐ Si	
160. ¿O un grupo para casos de ansiedad y depresión? ☐ No ☐ Si	
161. ¿O Alcohólicos Anónimos? ☐ No ☐ Si	

162. ¿O un grupo de víctimas violencia? ☐ No ☐ Si
163. ¿O un grupo de personas con TCA (trastornos de la conducta alimentaria)? ☐ No ☐ Si
AYUDA DE FAMILIARES ADULTOS: ALGUNA VEZ
164. ¿Has hablado ALGUNA VEZ con familiares adultos para obtener ayuda por algún problema de salud mental, emocional o de conducta? _____
165. ¿Como abuelos, tías, tíos, etc.? ☐ No ☐ Si
INICIO
166. ¿Cuándo fue la primera vez? _____
Información adicional _____
AYUDA DE FAMILIARES ADULTOS: 3 MESES
167. ¿Has hablado con familiares adultos para obtener ayuda por algún problema de salud mental, emocional o de conducta en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si
OTRA AYUDA DE ADULTOS NO PROFESIONALES (NO FAMILIARES): ALGUNA VEZ
168. ¿ALGUNA VEZ has recibido ayuda de otros adultos no familiares para por algún problema de salud mental, emocional o de conducta? _____
INICIO
169. ¿Cuándo fue la primera vez? _____
Información adicional _____
OTRA AYUDA DE ADULTOS NO PROFESIONALES (NO FAMILIARES): 3 MESES
170. ¿Has hablado algún adulto no profesional y no familiar por algún problema de salud mental, emocional o de conducta en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si

AYUDA DE AMIGOS: ALGUNA VEZ
171. ¿Has acudido ALGUNA VEZ a amigos en busca de ayuda por algún problema de salud mental, emocional o de conducta? _____
172. ¿Cómo sus compañeros del colegio o del barrio con los que te sientes cómodo hablando? ☐ No ☐ Si
INICIO
173. ¿Cuándo fue la primera vez? _____
Información adicional _____
AYUDA DE AMIGOS: 3 MESES
174. ¿Has hablado con amigos por algún problema de salud mental, emocional o de conducta en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si

CAPA 17 - SERVICIOS INFANTILES DETALLADOS	
Récord ID	
SERVICIOS INFANTILES DETALLADOS Complete el formulario en función al servicio recibido que el encuestado considere "más relevante" en función a la asistencia y/o sensación de ayuda durante los últimos 3 meses.	
PACIENTE HOSPITALIZADO, AMBULATORIO, MÉDICO DE FAMILIA, HOSPITAL/EMERGENCIA U OTRO ENTORNO DE TRATAMIENTO MÉDICO: 3 MESES	
1. ¿Cuál consideras que ha sido el más relevante (por sensación de ayuda, mejora, cantidad de veces que has ido, etc.)? DEBE ELEGIR SÓLO UNA OPCIÓN	
☐ HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS (EJ. LARCO HERRERA, VALDIZÁN, ENTRE OTROS) ☐ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI" ☐ CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ☐ SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA ☐ SERVICIO DE ADICCIÓNES EN UN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA ☐ CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN JUVENIL (EJ.- MARANGUITA) ☐ HOGAR DE REFUGIO TEMPORAL (MIMP) / CASA DE ACOGIDA ☐ PUERICULTORIO / CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (INABIF) ☐ CENTRO DE SALUD O PUESTO DE SALUD ☐ CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO ☐ CENTRO DE EMERGENCIA O URGENCIA / CENTRO DE CRISIS (EJ.- CENTRO DE EMERGENCIA MUJER, SERVICIO DE ATENCIÓN URGENTE EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL) ☐ CONSEJERÍA EN EL HOGAR/SERVICIOS DE EMERGENCIA ☐ CONSULTORIO O ATENCIÓN PARTICULAR ☐ MÉDICO DE FAMILIA ☐ URGENCIA/EMERGENCIA DE HOSPITAL O CLÍNICA	
TIENE MARCADO MÁS DE UNA OPCIÓN, RECUERDE QUE SÓLO DEBE SELECCIONAR UNA	
OTRO ENTORNO DE TRATAMIENTO PROFESIONAL O NO PROFESIONAL: 3 MESES	

OTRO ENTORNO DE TRATAMIENTO PROFESIONAL O NO PROFESIONAL 2. ¿Cuál consideras que ha sido el más relevante (por sensación de ayuda, mejora, cantidad de veces que has ido, etc.)? DEBE ELEGIR SÓLO UNA OPCIÓN	
☐ PSICÓLOGO ESCOLAR / CONSEJERO ESCOLAR ☐ ATENCIÓN INCLUSIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL, PERSONAS NEURODIVERSAS, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE ☐ PROFESOR/A DEL COLEGIO ☐ ENFERMERA ESCOLAR ☐ UNIDADES DE PROTECCIÓN ESPECIAL (UPE) Y COMISARÍA DE FAMILIA ☐ CONSEJERO RELIGIOSO, SACERDOTE O PASTOR ☐ MÉDICO ALTERNATIVO, CHAMÁN, CURANDERO O EXPERTO EN SANACIÓN ☐ LÍNEA DE ATENCIÓN DIRECTA EN CRISIS (EJ.- LÍNEA 100 PARA CASOS DE VIOLENCIA, LÍNEA 113 PARA CASOS DE SALUD MENTAL O COVID-19) ☐ GRUPO DE AUTOAYUDA O AYUDA MUTUA O COMUNIDAD EN REDES SOCIALES (EJ.- CASOS DE DUELO, ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, TCA, ENTRE OTROS) ☐ AYUDA DE FAMILIARES ADULTOS ☐ OTRA AYUDA DE ADULTOS NO PROFESIONALES (NO FAMILIARES) ☐ AYUDA DE AMIGOS	
TIENE MARCADO MÁS DE UNA OPCIÓN, RECUERDE QUE SÓLO DEBE SELECCIONAR UNA	
ENFOQUE DEL TRATAMIENTO Codifique aquí las áreas de psicopatología que fueron abordadas en el servicio que el encuestado considere más relevante, en orden de importancia. Para determinar este orden, tenga en cuenta el motivo de la mejora, las explicaciones sobre el objetivo del tratamiento recordado por el entrevistado y el tipo de tratamiento. ENFOQUE IDENTIFICADO	
3. ¿Cuáles fueron las principales razones por las que acudiste al servicio?	
4. ¿Hubo otras razones?	
5. ¿Cuáles eran?	
ENFOQUE DEL TRATAMIENTO A continuación, te realizaré algunas preguntas sobre la experiencia de servicio/tratamiento más relevante (en los últimos 3 meses) que tú consideres. Debe registrar el número de orden de importancia de todas las razones que considere. Escribir en los cuadros que aparecen a la derecha de la opción los números (1,2,3, etc.)	
DEFINICIONES DE RESPUESTAS EN CASO EL ENCUESTADO NO TENGA CLARO EL SIGNIFICADO, LEER AL ENCUESTADO.	

2 = Ansiedad de Separación: Preocupación o miedo poco realista y persistente por el posible daño que puedan sufrir las principales figuras de apego, o miedo a que se vayan y no vuelvan. Incluye miedo relacionado con la posibilidad de que ocurran cosas malas en casa mientras el niño está en el colegio o fuera de casa.

3 = Preocupaciones/Ansiedad: Una serie de pensamientos dolorosos, desagradables o incómodos que no se puede detener voluntariamente y que ocurre en más de una actividad, con una duración total diaria de al menos 1 hora. Ansiedad: Una sensación desagradable de "nerviosismo", "tensión nerviosa", "estar al límite", "tenso". La sensación es desagradable y debe tener una duración diaria total de al menos 1 hora.

4 = Obsesiones/Compulsiones: Obsesiones: pensamientos repetitivos, intrusivos no deseados que causan marcada ansiedad. Compulsiones: comportamientos ritualistas que sienten que deben hacer para reducir sus obsesiones relacionadas con la ansiedad.

5 = Depresión: Incluye sentirse infeliz, desdichado, triste, desanimado, desmotivado, bañoneado, deprimido o abatido; duración total diaria de al menos 1 hora.

6 = Manía: estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

9 = Hiperactividad/TDA: niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad.

10 = Trastorno de conducta: Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de conductas de agresión a personas y animales, destrucción de propiedades, engaño o robo, incumplimiento grave de normas, entre otros.

12 = Psicosis: delirios, alucinaciones, habla desorganizada, movimientos del cuerpo anormales, entre otros.

18 = Estrés Postraumático: escenas retrospectivas que tengan una cualidad alucinatoria e hipervigilancia que puede alcanzar proporciones paranoides. Se requiere la presencia de un suceso traumático y los síntomas característicos de revivir o reaccionar al suceso.

—

1

1

1

—

ENFOQUE DEL TRATAMIENTO

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | Inasistencia al colegio |
| ☐ | Ansiedad de separación |
| ☐ | Preocupaciones/Ansiedad |
| ☐ | Obsesiones/Compulsiones |
| ☐ | Depresión |
| ☐ | Manía |
| ☐ | Síntomas físicos |
| ☐ | Comportamiento relacionado con los alimentos |
| ☐ | Hiperactividad/ TDA |
| ☐ | Trastorno de conducta |
| ☐ | Alcohol/Drogas |
| ☐ | Psicosis |
| ☐ | Relaciones con el padre #1, #2 |
| ☐ | Relaciones con otro padre #1, #2 |
| ☐ | Relaciones con otros Adultos |
| ☐ | Relaciones entre hermanos |
| ☐ | Relaciones con los compañeros |
| ☐ | Estrés Postraumático |
| ☐ | Prueba/evaluación psicológica |
| ☐ | Seguimiento de tratamiento |
| ☐ | Otro |

Otro, especificar

Orden de importancia

Orden de importancia

Orden de importancia

Orden de importancia

Orden de importancia

Orden de importancia

Orden de importancia

Orden de importancia

Orden de importancia

Orden de importancia

Orden de importancia	
Orden de importancia	
Orden de importancia	
¿Cuáles fueron las principales razones por las que acudiste al servicio?	
¿Hubo otras razones?	
☐ No	
☐ Si	
¿Cuáles eran?	
NÚMERO DE VISITAS/DÍAS	
NÚMERO DE VISITAS: 3 MESES	
FRECUENCIA	
6. ¿Con qué frecuencia (tiempo) fuiste en los últimos 3 meses?	
UNIDAD DE TIEMPO	
☐ Por día	
☐ Por semana	
☐ Por mes	
☐ Total (3 meses)	
☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA	
¿Con qué frecuencia (tiempo) fuiste en los últimos 3 meses?	
(FRECUENCIA)	
Información adicional	
DURACIÓN	
7. ¿Cuánto duró cada visita/sesión?	
(HORAS; MINUTOS)	
Información adicional	
INICIO	
8. ¿Cuándo fuiste por primera vez allí para este tratamiento actual?	

Información adicional	
ASISTIENDO ACTUALMENTE	
9. ¿Sigues yendo al "tratamiento/servicio"?	
TODAVÍA ASISTIENDO	
TODAVÍA ASISTIENDO	
☐ No	
☐ Si	
¿Sigues yendo al "tratamiento/servicio"	
☐ No	
☐ Si	
MOTIVO POR LO QUE SE TERMINÓ EL TRATAMIENTO Y/O DEJÓ DE ASISTIR. EL ENCUESTADO HA DEJADO DE RECIBIR SERVICIOS	
10. ¿Cuáles fueron las razones por las que dejaste el tratamiento?	
RAZONES POR LAS QUE SE DETUVO	
RAZONES POR LAS QUE SE DETUVO	
☐ Se planeó con el proveedor de salud (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.) la finalización del tratamiento.	
☐ El padre no pensó que estuviere ayudando.	
☐ El encuestado mejoró así que dejó de ir.	
☐ El padre sintió que el "proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.) no entendía cuál era el problema.	
☐ El padre no estuvo de acuerdo con el "proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.) sobre lo que se debe hacer.	
☐ El padre y/o el encuestado tuvieron una mala experiencia con este "proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.).	
☐ El padre y/o el encuestado se sintieron discriminados.	
☐ El "proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.) ya no estaba disponible (se mudó o dejó el lugar).	
☐ El encuestado se negó a ir.	
☐ El seguro cubría de forma limitada el tratamiento.	
☐ Demasiado caro	
☐ Padre o el encuestado se mudaron.	
☐ Otro	
Otro, especificar	
¿Cuáles fueron las razones por las que dejaste el tratamiento?	

FECHA EN QUE DEJÓ DE IR A TRATAMIENTO: 3 MESES	
11. ¿Cuándo dejaste de ir?	
Información adicional	
CARACTERÍSTICA DEL SERVICIO TRATAMIENTOS UTILIZADOS Me mencionaste que has asistido a Hospitales psiquiátricos, al Noguchi, a una clínica psiquiátrica, a un servicio de psiquiatría o adicciones, a un puesto de salud o centro de salud mental comunitario, atención particular, en los últimos 3 meses. Piensa en tu experiencia más relevante para que puedas responder las siguientes preguntas. Te voy a preguntar sobre los diferentes tipos de tratamiento que puedes haber recibido en este entorno.	
12. ¿Recibiste una evaluación o prueba psicológica?	
EVALUACIÓN/PRUEBAS	
EVALUACIÓN/PRUEBAS	
☐ No ☐ Si	
¿Recibiste una evaluación o prueba psicológica?	
☐ No ☐ Si	
13. ¿Tuviste terapia Individual?	
TERAPIA INDIVIDUAL POR SUJETO	
TERAPIA INDIVIDUAL POR SUJETO	
☐ No ☐ Si	
¿Tuviste terapia Individual?	
☐ No ☐ Si	
14. ¿Tuviste terapia de grupo?	
TERAPIA DE GRUPO	
TERAPIA DE GRUPO	
☐ No ☐ Si	
¿Tuviste terapia de grupo?	
☐ No ☐ Si	

15. ¿Tú o tu familia recibieron Terapia Familiar, es decir, cuando el "Proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.) se reúne contigo y tus padres juntos?	
TERAPIA FAMILIAR	
TERAPIA FAMILIAR	
☐ No ☐ Si	
¿Tú o tu familia recibieron Terapia Familiar, es decir, cuando el "Proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.) se reúne contigo y tus padres juntos?	
☐ No ☐ Si	
16. ¿Tú(s) "padre(s)" recibieron asesoramiento por su cuenta para los problemas que hemos discutido?	
CONSEJERÍA PARA PADRES Y/O PAREJA	
CONSEJERÍA PARA PADRES Y/O PAREJA	
☐ No ☐ Si	
¿Tú(s) "padre(s)" recibieron asesoramiento por su cuenta para los problemas que hemos discutido?	
☐ No ☐ Si	
17. ¿Tú y tu familia recibieron apoyo familiar o asistieron a grupos educativos, como reuniones grupales con otras familias?	
GRUPO FAMILIAR	
GRUPO FAMILIAR	
☐ No ☐ Si	
¿Tú y tu familia recibieron apoyo familiar o asistieron a grupos educativos, como reuniones grupales con otras familias?	
☐ No ☐ Si	
18. ¿Tú o tu familia recibieron servicios de alguien que les ayude a coordinar los servicios que ustedes reciben?	
GESTIÓN DE CASOS	

GESTIÓN DE CASOS ☐ No ☐ Si ¿Tú o tu familia recibieron servicios de alguien que les ayude a coordinar los servicios que ustedes reciben? ☐ No ☐ Si	
19. ¿Tu "Proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.) se contactó o trabajó con tu colegio? ☐ No ☐ Si	
COLEGIO CONTACTADO _____ COLEGIO CONTACTADO ☐ No ☐ Si	
¿Tu "Proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.) se contactó o trabajó con tu colegio? ☐ No ☐ Si	
20. ¿Tu "Proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.) se puso en contacto o trabajó con otros servicios? ☐ No ☐ Si	
CONTACTADO CON OTROS SERVICIOS O AGENCIAS _____ CONTACTADO CON OTROS SERVICIOS O AGENCIAS ☐ No ☐ Si	
¿Tu "Proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.) se puso en contacto o trabajó con otros servicios? ☐ No ☐ Si	
PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES 21. ¿Participaron tus "padres" en alguna sesión contigo? ☐ No ☐ Si	
PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES _____ PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Participaron tus "padres" en alguna sesión contigo? ☐ No ☐ Si	

FRECUENCIA 22. ¿En cuántas sesiones participaron en los últimos 3 meses? UNIDAD DE TIEMPO _____ _____ _____	
UNIDAD DE TIEMPO ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Total (3 meses) ☐ Todo el tiempo	
FRECUENCIA ¿En cuántas sesiones participaron en los últimos 3 meses? _____ (FRECUENCIA) Información adicional _____ _____	
23. ¿Sientes que la participación de tus padres fue adecuada? _____	
24. ¿Sentiste que deberían haber estado MÁS involucrados? _____	
25. ¿Sentiste que deberían haber estado MENOS involucrados? _____	
GRADO DE PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES _____ GRADO DE PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES ☐ Participación adecuada ☐ El encuestado siente que la participación de los padres fue insuficiente. ☐ El encuestado siente que la participación de los padres fue demasiado extensa.	
¿Sientes que la participación de tus padres fue adecuada? ☐ No ☐ Si	
¿Sentiste que deberían haber estado MÁS involucrados? ☐ No ☐ Si	
¿Sentiste que deberían haber estado MENOS involucrados? ☐ No ☐ Si	

MEDICAMENTOS
26. ¿Te recetaron medicamentos?
27. ¿A tus padres les dieron una receta de tus medicamentos?
28. ¿Tomas la medicación?
MEDICAMENTO RECETADO
MEDICAMENTO RECETADO
☐ No
☐ Recetado, pero nunca dado o tomado
☐ Sí
¿Te recetaron medicamentos?
☐ No
☐ Sí
¿A tus padres les dieron una receta de tus medicamentos?
☐ No
☐ Sí
¿Tomas la medicación?
☐ No
☐ Sí
DEJÓ DE TOMAR MEDICAMENTOS
29. ¿Has dejado de tomar el medicamento?
DEJÓ DE TOMAR MEDICAMENTOS
DEJÓ DE TOMAR MEDICAMENTOS
☐ No
☐ Sí
¿Has dejado de tomar el medicamento?
☐ No
☐ Sí
FECHA EN QUE DEJÓ DE TOMAR EL MEDICAMENTO
30. ¿Cuándo dejaste de tomar la medicación?
Información adicional
MEDICAMENTO - RX 1
31. ¿Recuerdas el nombre del primer medicamento que has tomado en los últimos 3 meses?

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	
Nota: Asegúrese de que el medicamento esté anotado en la sección de incapacidad.	
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	
(asegúrese de que el medicamento esté anotado en la sección de incapacidad.)	
☐ No	
☐ Sí	
¿Recuerdas el nombre del primer medicamento que has tomado en los últimos 3 meses?	
☐ No	
☐ Sí	
32. ¿Cuál es el nombre?	
33. ¿Quién te recetó este medicamento?	
34. ¿En qué te ayuda este medicamento?	
INICIO	
35. ¿Cuándo empezaste a tomarlo?	
Información adicional	
36. ¿El médico te explicó en qué se suponía que iba a ayudar este medicamento?	
EXPLICACIÓN DEL MÉDICO	
EXPLICACIÓN DEL MÉDICO	
☐ No	
☐ Sí	
¿El médico te explicó en qué se suponía que iba a ayudar este medicamento?	
☐ No	
☐ Sí	
37. ¿El médico mencionó algún efecto secundario que debas tener en cuenta?	
38. ¿Cuáles son?	
EFFECTOS SECUNDARIOS	
EFFECTOS SECUNDARIOS	
☐ No	
☐ Sí	

¿El médico mencionó algún efecto secundario que debas tener en cuenta? ☐ No ☐ Si ¿Cuáles son?
NÚMERO DE EFECTOS SECUNDARIOS 39. ¿De cuántos efectos secundarios diferentes te habló el médico?
Información adicional
40. ¿Has experimentado algún efecto secundario de este medicamento?
EFECTOS SECUNDARIOS EXPERIMENTADOS ☐ No ☐ Si ¿Has experimentado algún efecto secundario de este medicamento? ☐ No ☐ Si
41. ¿Con qué frecuencia regresas al consultorio del médico para que te revisen la reacción al medicamento?
REVISIÓN DE MEDICAMENTOS REVISIÓN DE MEDICAMENTOS ☐ No señalado ☐ Semanal o más ☐ Mensual o más ☐ Cada 3 meses o más ☐ Cada 6 meses o más ☐ Una vez al año o más ¿Con qué frecuencia regresas al consultorio del médico para que te revisen la reacción al medicamento?
RESULTADOS 42. Debido al trato recibido con el "Proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.), ¿te sientes mejor?
COMPORTAMIENTO MEJORADO

COMPORTAMIENTO MEJORADO ☐ No ☐ Si Debido al trato recibido con el "Proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.), ¿te sientes mejor? ☐ No ☐ Si
RELACIONES MEJORADAS Beneficios percibidos del tratamiento. 43. ¿Han mejorado tus relaciones familiares debido al tratamiento? 44. Debido al tratamiento, ¿ha habido menos peleas o interacciones más positivas? RELACIONES MEJORADAS RELACIONES MEJORADAS ☐ No ☐ Si ¿Han mejorado tus relaciones familiares debido al tratamiento? ☐ No ☐ Si Debido al tratamiento, ¿ha habido menos peleas o interacciones más positivas? ☐ No ☐ Si
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE 45. Si necesitaras ayuda en el futuro, ¿volverías de nuevo al mismo "Proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.)? DEVOLUCIÓN AL MISMO PROVEEDOR (FORMULARIO N.º 1) DEVOLUCIÓN AL MISMO PROVEEDOR (FORMULARIO N.º 1) ☐ No ☐ Si Si necesitaras ayuda en el futuro, ¿volverías de nuevo al mismo "Proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.)? ☐ No ☐ Si 46. ¿Por qué no?

RECOMENDAR AL PROVEEDOR	
47. ¿Recomendarías este "Proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.) a un amigo?	
RECOMENDAR AL PROVEEDOR (FORMULARIO #1)	
RECOMENDAR AL PROVEEDOR (FORMULARIO #1)	
☐ No	
☐ Si	
¿Recomendarías este "Proveedor" (ej.- médico, psicólogo, consejero, etc.) a un amigo?	
☐ No	
☐ Si	
48. ¿Por qué no?	
PAGO	
49. ¿Sabes cómo se pagó tu tratamiento?	
50. ¿Tus "padres" pagaron algo?	
51. ¿Pagaste tú mismo parte del costo?	
PAGO (FORMULARIO #1)	
PAGO (FORMULARIO #1)	
☐ Los padres o el encuestado pagaron todo el costo de los servicios	
☐ Los padres o el encuestado pagaron parte del costo de los servicios	
☐ Los padres o el encuestado no pagaron el costo de los servicios	
☐ No sabe	
¿Sabes cómo se pagó tu tratamiento?	
☐ No	
☐ Si	
¿Tus "padres" pagaron algo?	
☐ No	
☐ Si	
¿Pagaste tú mismo parte del costo?	
☐ No	
☐ Si	
CANTIDAD QUE PAGARON LOS PADRES O EL HIJO	
52. ¿Cuánto han pagado tú o tus padres en los últimos 3 meses?	

CAPA 18 - ACTITUDES Y BARRERAS DE LOS SERVICIOS	
Récord ID _____	
ACTITUDES Y BARRERAS HACIA LOS SERVICIOS. RECEPTIVIDAD A LOS SERVICIOS RECEPTIVIDAD GENERAL	
1. Cuando las personas tienen un problema grave emocional o de comportamiento, ¿piensas que es una buena idea que traten de obtener ayuda o tratamiento?	
2. ¿Por qué crees que (No/Sí) es una buena idea?	
3. ¿Crees que los proveedores de salud (psicólogos, médicos, consejeros, etc.) pueden ayudar con problemas emocionales y de comportamiento que tiene la gente?	
4. ¿Por qué crees que (No/Sí) pueden ayudar?	
RECEPTIVIDAD GENERAL	
El grado en que una persona piensa que los servicios profesionales para problemas emocionales o conductuales son generalmente beneficiosos y hay una respuesta adecuada a problemas importantes.	
RECEPTIVIDAD GENERAL	
☐ Ve los servicios profesionales como una respuesta adecuada a los principales problemas emocionales o de comportamiento de las personas ☐ Ve los servicios profesionales como probablemente apropiados para los principales problemas de las personas. ☐ Considera que los servicios profesionales probablemente no sean apropiados para los principales problemas de las personas. ☐ Considera que los servicios profesionales definitivamente no son apropiados para los principales problemas emocionales o de comportamiento de las personas.	
Cuando las personas tienen un problema grave emocional o de comportamiento, ¿piensas que es una buena idea que traten de obtener ayuda o tratamiento?	
☐ No ☐ Sí	
¿Por qué crees que (No/Sí) es una buena idea?	
¿Crees que los proveedores de salud (psicólogos, médicos, consejeros, etc)?	
☐ No ☐ Sí	
¿Por qué crees que (No/Sí) pueden ayudar?	

RECEPTIVIDAD PERSONAL	
5. ¿Cree que obtener ayuda o tratamiento para un problema grave sería (o ha sido) una buena idea para ti?	
6. ¿Por qué crees que (No/Sí) fue una buena idea?	
7. ¿Te hubiera gustado ver a alguien por cualquier problema que hayas tenido en los últimos 3 meses?	
8. ¿Por qué (No/Sí) te hubiera gustado?	
9. En el futuro, si tuvieras un problema importante, ¿quisieras ver a alguien?	
10. ¿Por qué (No/Sí) te gustaría?	
RECEPTIVIDAD PERSONAL	
RECEPTIVIDAD PERSONAL	
☐ Ve los servicios profesionales como una respuesta adecuada a los principales problemas emocionales o de comportamiento de sí mismo. ☐ Ve los servicios profesionales como probablemente apropiados para sus problemas graves. ☐ Considera que los servicios profesionales probablemente no sean apropiados para sus problemas graves. ☐ Considera que los servicios profesionales definitivamente no son apropiados, ni siquiera para los problemas emocionales o de comportamiento importantes que tiene para sí mismo.	
¿Cree que obtener ayuda o tratamiento para un problema grave sería (o ha sido) una buena idea para ti?	
☐ No ☐ Sí	
¿Por qué crees que (No/Sí) fue una buena idea?	
¿Te hubiera gustado ver a alguien por cualquier problema que hayas tenido en los últimos 3 meses?	
☐ No ☐ Sí	
¿Por qué (No/Sí) te hubiera gustado?	
En el futuro, si tuvieras un problema importante, ¿quisieras que el ver a alguien?	
☐ No ☐ Sí	
¿Por qué (No/Sí) te gustaría?	

RECEPTIVIDAD PERSONAL DE LOS PADRES	
11. ¿Piensan tus padres que conseguir ayuda o tratamiento para un problema grave sería (o ha sido) una buena idea para ti?	
12. ¿Por qué cree él/ella que (No/Sí) es una buena idea?	
13. ¿A tus padres les hubiera gustado que tú vieras a alguien por algún problema que hayas tenido en los últimos 3 meses?	
14. ¿Por qué a él/ella (No/Sí) le hubiera gustado?	
15. En el futuro, si tuvieras un problema importante, ¿querrían tus padres que tú veas a alguien?	
16. ¿Por qué él/ella (No/Sí) quisiera que tú veas a alguien?	
RECEPTIVIDAD PERSONAL DE LOS PADRES	
RECEPTIVIDAD PERSONAL DE LOS PADRES	
☐ El padre ve los servicios profesionales como una respuesta adecuada a los principales problemas emocionales o de comportamiento del encuestado. ☐ El padre ve los servicios profesionales como PROBABLEMENTE apropiados para los principales problemas del encuestado. ☐ El padre ve los servicios profesionales como PROBABLEMENTE NO apropiados para los principales problemas del encuestado. ☐ El padre considera que los servicios profesionales DEFINITIVAMENTE NO son apropiados ni siquiera para problemas emocionales o de comportamiento importantes del encuestado.	
¿Piensan tus padres que conseguir ayuda o tratamiento para un problema grave sería (o ha sido) una buena idea para ti?	☐ No ☐ Sí
¿Por qué cree él/ella que (No/Sí) es una buena idea?	
¿A tus padres les hubiera gustado que tú vieras a alguien por cualquier problema que hayas tenido en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Sí
¿Por qué a él/ella (No/Sí) le hubiera gustado?	
En el futuro, si tuvieras un problema importante, ¿querrían tus padres que tú veas a alguien?	☐ No ☐ Sí
¿Por qué él/ella (No/Sí) quisiera que tú veas a alguien?	

BARRERAS AL SERVICIO	
Circunstancias o sentimientos que influyeron en la decisión de buscar tratamiento o influyen en la percepción de los servicios.	
MIEDO, O DESCONFIANZA HACIA LOS PROFESIONALES.	
17. ¿Cómo te sientes hablando con proveedores de salud (médicos, psicólogos, consejeros, etc.)?	
18. ¿Tienes miedo o te sientes incómodo hablando con proveedores de salud (médicos, psicólogos, consejeros, etc.)?	
19. ¿Has hablado con algún proveedor de salud (médicos, psicólogos, consejeros, etc.) sobre los problemas que me has contado?	
20. Cuéntame sobre la última vez.	
21. ¿Qué te hizo sentir incómodo?	
MIEDO O DESCONFIANZA HACIA LOS PROFESIONALES. Preocupación o incomodidad con el uso de los servicios causada por el miedo o desconfianza del encuestado de hablar con profesionales.	
MIEDO O DESCONFIANZA HACIA LOS PROFESIONALES.	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Cómo te sientes hablando con proveedores de salud (médicos, psicólogos, consejeros, etc.)?	
¿Tienes miedo o te sientes incómodo hablando con proveedores de salud (médicos, psicólogos, consejeros, etc.)?	☐ No ☐ Sí
¿Has hablado con algún proveedor de salud (médicos, psicólogos, consejeros, etc.)?	☐ No ☐ Sí
Cuéntame sobre la última vez.	
¿Qué te hizo sentir incómodo?	
SÍNTOMAS	
22. ¿Has tenido algún problema de salud mental, emocional o de conducta en los últimos 3 meses?	
SÍNTOMAS	
SÍNTOMAS	
☐ Ausente ☐ Presente	

¿Has tenido algún problema de salud mental, emocional o de conducta en los últimos 3 meses?	
☐ No ☐ Si	
SÍNTOMAS	
23. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda debido al miedo o desconfianza a los proveedores de salud (médicos, psicólogos, consejeros, etc.)?	
24. ¿Qué hizo que (No/Sí) recibas ayuda?	
SI HAY SÍNTOMAS	
SI LOS SÍNTOMAS	
☐ El miedo o desconfianza no le impidieron buscar ayuda. ☐ El miedo o desconfianza lo retrasaron al obtener ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses. ☐ El miedo o desconfianza le impidieron obtener ayuda en algunos servicios.	
¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda debido al miedo o desconfianza a los proveedores de salud (médicos, psicólogos, consejeros, etc.)?	
☐ No ☐ Si	
¿Qué hizo que (No/Sí) recibas ayuda?	
SERVICIOS	
25. ¿El miedo o desconfianza marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?	
26. ¿Qué diferencia hizo?	
SI FUE A SERVICIOS	
SI SERVICIOS	
☐ Hay miedo o desconfianza, pero esto no afectó el acceso a los servicios. ☐ Hay miedo o desconfianza y tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.) ☐ Hay miedo o desconfianza y esto hizo que dejara de acudir a los servicios.	
¿El miedo o desconfianza marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?	
☐ No ☐ Si	
¿Qué diferencia hizo?	

EXPERIENCIA NEGATIVA PREVIA DEL ENCUESTADO	
27. ¿Alguna vez has tenido una "mala experiencia/problema" con un "profesional/proveedor" (médicos, psicólogos, consejeros, etc.) que te impidió obtener ayuda nuevamente?	
28. Cuéntame sobre eso.	
EXPERIENCIA NEGATIVA PREVIA DEL ENCUESTADO	
Preocupación o incomodidad con el uso de los servicios causada por la experiencia negativa previa del encuestado con el(los) profesional(es).	
EXPERIENCIA NEGATIVA PREVIA DEL ENCUESTADO	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Alguna vez has tenido una "mala experiencia/problema" con un "profesional/proveedor" (médicos, psicólogos, consejeros, etc.)?	
☐ No ☐ Si	
Cuéntame sobre eso	
SÍNTOMAS	
29. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que tú no recibiste ayuda debido a "esta mala experiencia previa"?	
30. ¿Qué hizo que (No/Sí) recibas ayuda?	
SI HAY SÍNTOMAS	
SI HAY SÍNTOMAS	
☐ Hubo una experiencia negativa previa pero no impidió obtener ayuda ☐ Hubo una experiencia negativa previa y esto retrasó al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses ☐ Hubo una experiencia negativa previa y esto impidió al encuestado obtener ayuda en algunos servicios.	
¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda debido a "esta mala experiencia previa"?	
☐ No ☐ Si	
¿qué hizo que (No/Sí) recibas ayuda?	
SERVICIOS	
31. ¿"Esta mala experiencia previa" marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?	

32. ¿Qué diferencia hizo?
SI FUE A SERVICIOS
SI FUE A SERVICIOS
☐ Hubo una experiencia negativa previa, pero esto no afectó el acceso a los servicios. ☐ Hubo una experiencia negativa previa y tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.) ☐ Hubo una experiencia negativa previa y esto hizo que dejara de acudir a los servicios
¿"Esta mala experiencia previa" marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
¿Qué diferencia hizo?
AUTOCONCIENCIA DEL ENCUESTADO
33. ¿Te resulta difícil hablar con otras personas sobre tus problemas emocionales o de salud mental?
34. ¿O pedir ayuda a otros?
35. ¿Te sientes avergonzado o cohibido por tus problemas?
AUTOCONCIENCIA DEL ENCUESTADO Resistencia a utilizar los servicios causados por la timidez de admitir que tiene un problema o de buscar ayuda para solucionarlo. También incapacidad para hablar con alguien sobre temas tan delicados.
AUTOCONCIENCIA DEL ENCUESTADO
☐ Ausente ☐ Presente
¿Te resulta difícil hablar con otras personas sobre tus problemas emocionales o de salud mental?
☐ No ☐ Si
¿O pedir ayuda a otros?
☐ No ☐ Si
¿Te sientes avergonzado o cohibido por tus problemas?
☐ No ☐ Si

SÍNTOMAS
36. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque sentiste que sería "vergonzoso"?
37. ¿Por qué (No/Sí) sería vergonzoso?
SI HAY SÍNTOMAS
SI HAY SÍNTOMAS
☐ Hubo vergüenza o timidez, pero esto no impidió obtener ayuda. ☐ Hubo vergüenza o timidez y esto retrasó al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses. ☐ Hubo vergüenza o timidez y esto impidió al encuestado obtener ayuda en algunos servicios.
¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque sentiste que sería "vergonzoso"?
☐ No ☐ Si
¿Por qué (No/Sí) sería vergonzoso?
SERVICIOS
38. ¿Esta vergüenza o timidez marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?
39. ¿Qué diferencia hizo?
SI FUE A SERVICIOS
SI FUE A SERVICIOS
☐ Hubo vergüenza o timidez, pero esto no afectó el acceso a los servicios. ☐ Hubo vergüenza o timidez y tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.) ☐ Hubo vergüenza o timidez y esto hizo que dejara de acudir a los servicios.
¿Esta vergüenza o timidez marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
¿Qué diferencia hizo?
ENCUESTADO ANTICIPA UNA REACCIÓN NEGATIVA
40. ¿Te preocupa lo que pensará tu familia acerca de que recibas ayuda?

41. ¿O lo que pensarían tus amigos?

42. ¿O lo que otros pensarían?

43. ¿Qué crees que dirían?

ANTICIPACIÓN DE REACCIÓN NEGATIVA
Resistencia a usar los servicios causada por la anticipación de una reacción negativa de familiares, amigos u otras personas para buscar tratamiento por un problema emocional o mental.

ANTICIPACIÓN DE REACCIÓN NEGATIVA
☐ Ausente
☐ Presente

¿Te preocupa lo que pensará tu familia acerca de que recibas ayuda?
☐ No
☐ Si

¿O lo que pensarían tus amigos?
☐ No
☐ Si

¿O lo que otros pensarían?
☐ No
☐ Si

¿Qué crees que dirían?

SINTOMAS

44. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque estabas "preocupado por lo que pensarían los demás"?

45. ¿Qué era lo que te preocupaba?

46. ¿Por qué no te preocupaba?

SI HAY SÍNTOMAS

¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque estabas "preocupado por lo que pensarían los demás"?

☐ No
☐ Si

¿Qué era lo que te preocupaba?

¿Por qué no te preocupaba eso?

SI HAY SÍNTOMAS
☐ El encuestado estaba preocupado por lo que pensarían los demás, pero esto no impidió obtener ayuda.
☐ El encuestado estaba preocupado por lo que pensarían los demás, y esto retrasó la obtención de ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses.
☐ El encuestado estaba preocupado por lo que pensarían los demás, y esto impidió la obtención de ayuda en algunos servicios.

SERVICIOS

47. ¿"Esta preocupación sobre lo que piensen los demás" marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?

48. ¿Qué diferencia hizo?

SI FUE A SERVICIOS

SI FUE A SERVICIOS
☐ El encuestado estaba preocupado por lo que pensarían los demás, pero esto no afectó el acceso a los servicios
☐ El encuestado estaba preocupado por lo que pensarían los demás, y esto tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.)
☐ El encuestado estaba preocupado por lo que pensarían los demás y esto hizo que dejara de acudir a los servicios.

¿"Esta preocupación sobre lo que piensen los demás" marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?
☐ No
☐ Si

¿Qué diferencia hizo?

ENCUESTADO ANTICIPA QUE TENDRÁ QUE SALIR DE CASA (HOSPITALIZADO O INTERNADO) PARA SU TRATAMIENTO

49. ¿Te preocupaba el ser hospitalizado o internado para tu tratamiento?

50. ¿O que tal vez tengas que ir a vivir a otro lugar por tu tratamiento?

51. ¿Qué pensaste que podría pasar?

ENCUESTADO ANTICIPA QUE TENDRÁ QUE SALIR DE CASA (HOSPITALIZADO O INTERNADO) PARA SU TRATAMIENTO
Resistencia a utilizar los servicios causados por el temor de que el encuestado pueda ser hospitalizado o internado para su tratamiento.

ENCUESTADO ANTICIPA QUE TENDRÁ QUE SALIR DE CASA (HOSPITALIZADO O INTERNADO) PARA SU TRATAMIENTO
☐ Ausente ☐ Presente
¿Te preocupaba el ser hospitalizado o internado para tu tratamiento?
☐ No ☐ Si
¿O que tal vez tengas que ir a vivir a otro lugar por tu tratamiento?
☐ No ☐ Si
¿Qué pensaste que podría pasar?
SÍNTOMAS 52. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda debido a "esta preocupación"?
53. ¿Qué era lo que te preocupaba?
54. ¿Por qué no te preocupaba?
SI HAY SÍNTOMAS
¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda debido a "esta preocupación"?
☐ No ☐ Si
¿Qué era lo que te preocupaba?
¿Por qué no te preocupaba eso?
SI HAY SÍNTOMAS
☐ El encuestado estaba preocupado, pero esto no impidió obtener ayuda. ☐ El encuestado estaba preocupado y esto retrasó la obtención de ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses. ☐ El encuestado estaba preocupado y esto impidió la obtención de ayuda en algunos servicios.
SERVICIOS 55. ¿"Esta preocupación" marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?

56. ¿Qué diferencia hizo?
SI FUE A SERVICIOS
SI FUE A SERVICIOS ☐ El encuestado estaba preocupado, pero esto no afectó el acceso a los servicios. ☐ El encuestado estaba preocupado y tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.) ☐ El encuestado estaba preocupado y esto hizo que dejara de acudir a los servicios
¿"Esta preocupación" marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
¿Qué diferencia hizo?
PREOCUPACIÓN ANTICIPADA DEL ENCUESTADO ANTE LA PÉRDIDA DE LOS DERECHOS DE CUIDADO DE SUS PADRES. 57. ¿Te preocupaba que no se le permitiera a tus padres seguir cuidándote si tú recibías ayuda?
58. ¿Qué pensaste que podría pasar?
PREOCUPACIÓN ANTICIPADA DEL ENCUESTADO ANTE LA PÉRDIDA DE LOS DERECHOS DE CUIDADO DE SUS PADRES. Resistencia a utilizar los servicios causados por el temor de que el padre/madre pueda ser visto como un padre no apto y pierda los derechos de cuidado del encuestado.
PREOCUPACIÓN ANTICIPADA DEL ENCUESTADO ANTE LA PÉRDIDA DE LOS DERECHOS DE CUIDADO DE SUS PADRES ☐ Ausente ☐ Presente
¿Te preocupaba que no se le permitiera a tus padres seguir cuidándote si tú recibías ayuda?
☐ No ☐ Si
¿Qué pensaste que podría pasar?
SÍNTOMAS 59. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda debido a "esta preocupación"?
60. ¿Qué era lo que te preocupaba?
61. ¿Por qué no te preocupaba?

67. ¿A quién (le) preguntarías sobre cómo encontrar a la persona adecuada?
 68. ¿Tus padres sabrían (o sabían) cómo encontrar a la persona adecuada?

FALTA DE INFORMACIÓN
 Dificultad para obtener servicios causados por la falta de información sobre dónde obtener los servicios o cómo gestionarlos.

FALTA DE INFORMACIÓN
☐ Ausente
☐ Presente

¿La falta de información sobre a qué proveedor de salud acudir te dificultó recibir atención?
☐ No
☐ Si

¿Crees que necesitas más información acerca de a quién consultar sobre un problema de salud mental, emocional o de conducta?
☐ No
☐ Si

¿Cómo tratarías (trataste) de averiguar a qué proveedor de salud acudir?
 ¿A quién (le) preguntarías sobre cómo encontrar a la persona adecuada?
 ¿Tus padres sabrían (o sabían) cómo encontrar a la persona adecuada?
☐ No
☐ Si

SÍNTOMAS
 69. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque no sabías a quién consultar sobre el problema?
 70. ¿Por qué sucedió eso?
 71. ¿Cómo averiguaste a quién consultar?

SI HAY SÍNTOMAS
 ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque no sabías a quién consultar sobre el problema?
☐ No
☐ Si
 ¿Por qué sucedió eso?
 ¿Cómo averiguaste a quién consultar?

SI HAY SÍNTOMAS
 ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda debido a "esta preocupación"?
☐ No
☐ Si
 ¿Qué era lo que te preocupaba?
 ¿Por qué no te preocupaba eso?

SI HAY SÍNTOMAS
☐ El encuestado estaba preocupado, pero esto no impidió obtener ayuda.
☐ El encuestado estaba preocupado y esto retrasó la obtención de ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses.
☐ El encuestado estaba preocupado y esto impidió la obtención de ayuda en algunos servicios.

SERVICIOS
 62. ¿"Esta preocupación" marcó una diferencia recibiste ayuda en los últimos 3 meses?
 63. ¿Qué diferencia hizo?
SI FUE A SERVICIOS
SI FUE A SERVICIOS
☐ El encuestado estaba preocupado, pero esto no afectó el acceso a los servicios
☐ El encuestado estaba preocupado y tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.)
☐ El encuestado estaba preocupado y esto hizo que dejara de acudir a los servicios

¿"Esta preocupación" marcó una diferencia recibiste ayuda en los últimos 3 meses?
☐ No
☐ Si
 ¿Qué diferencia hizo?

FALTA DE INFORMACIÓN
 64. ¿La falta de información sobre a qué proveedor de salud acudir te dificultó recibir atención?
 65. ¿Crees que necesitas más información acerca de a quién consultar sobre un problema de salud mental, emocional o de conducta?
 66. ¿Cómo tratarías (trataste) de averiguar a qué proveedor de salud acudir?

SI HAY SÍNTOMAS ☐ Hay falta de información, pero esto no impidió obtener ayuda. ☐ Hay falta de información y esto retrasó al encuestado obtener ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses. ☐ Hay falta de información y esto impidió al encuestado obtener ayuda en algunos servicios.	
SERVICIOS	
72. Cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses, ¿tuviste problemas para saber a quién ver o a dónde ir?	
73. ¿Qué problema hubo?	
74. ¿Cómo averiguaste a quién consultar?	
SI FUE A SERVICIOS	
Cuándo recibiste ayuda en los últimos 3 meses, ¿tuviste problemas para saber a quién ver o a dónde ir?	
☐ No ☐ Si	
¿Qué problemas hubo?	
¿Cómo averiguaste a quién consultar?	
SI FUE A SERVICIOS	
☐ Hay falta de información, pero esto no afectó el acceso a los servicios. ☐ Hay falta de información y tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.) ☐ Hay falta de información y esto hizo que dejara de acudir a los servicios.	
FALTA DE TIEMPO	
75. ¿Te preocupa tener suficiente tiempo para obtener ayuda?	
76. ¿Tienes tiempo para ir a las citas?	
77. ¿O tiempo para hacer trámites respectivos?	
78. ¿Cuánto tiempo necesitarías?	
79. ¿Qué se te dificulta hacer?	
80. ¿Tendrás que faltar al colegio?	
81. ¿Tendrás que dejar un trabajo?	

82. ¿Te perderías las actividades sociales con amigos?	
83. ¿Tendrás que dejar de hacer las cosas que disfrutas?	
FALTA DE TIEMPO Resistencia a utilizar los servicios debido a la falta de tiempo para que el encuestado reciba tratamiento.	
FALTA DE TIEMPO	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Te preocupa tener suficiente tiempo para obtener ayuda?	
☐ No ☐ Si	
¿Tienes tiempo para ir a las citas?	
☐ No ☐ Si	
¿O tiempo para hacer trámites respectivos?	
☐ No ☐ Si	
¿Cuánto tiempo necesitarías?	
¿Qué se te dificulta hacer?	
¿Tendrás que faltar al colegio? ¿Cuánto tiempo?	
☐ No ☐ Si	
¿Tendrás que dejar un trabajo?	
☐ No ☐ Si	
¿Te perderías las actividades sociales con amigos?	
☐ No ☐ Si	
¿Tendrás que dejar de hacer las cosas que disfrutas?	
☐ No ☐ Si	
SÍNTOMAS	
84. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda debido a falta de tiempo?	
85. ¿Qué actividades impidieron eso?	

86. ¿Cómo organizaste tu tiempo?

SI HAY SÍNTOMAS

¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda debido a falta de tiempo?

☐ No
☐ Si

¿Qué actividades impidieron esto?

¿Cómo organizaste tu tiempo?

SI HAY SÍNTOMAS

☐ Había falta de tiempo, pero esto no impidió obtener ayuda.
☐ Había falta de tiempo y esto retrasó al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses.
☐ Había falta de tiempo y esto impidió al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios.

SERVICIOS

87. ¿La falta de tiempo marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?

88. ¿Qué diferencia hizo?

SI FUE A SERVICIOS

SI FUE A SERVICIOS

☐ Había falta de tiempo, pero esto no afectó el acceso a los servicios.
☐ Había falta de tiempo y tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.)
☐ Había falta de tiempo y esto hizo que dejara de acudir a los servicios.

¿La falta de tiempo marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?

☐ No
☐ Si

¿Qué diferencia hizo?

PREOCUPACIÓN POR EL COSTO

89. ¿Te preocupa el costo de los servicios para obtener ayuda?

90. ¿Cuánto crees que costaría?

91. ¿Cómo supiste cuánto costaría?

PREOCUPACIÓN POR EL COSTO

Incapacidad o dificultad para utilizar los servicios causados por la percepción de que los servicios no se pueden costear o pagar.

PREOCUPACIÓN POR EL COSTO

☐ Ausente
☐ Presente

¿Te preocupa el costo de los servicios para obtener ayuda?

☐ No
☐ Si

¿Cuánto crees que costaría?

¿Cómo supiste cuánto costaría?

SÍNTOMAS

92. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque costaba demasiado?

93. ¿Qué les impidió costear el servicio?

94. ¿Cómo lograron costear los servicios?

SI HAY SÍNTOMAS

¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque costaba demasiado?

☐ No
☐ Si

¿Qué les impidió costear el servicio?

¿Cómo lograron costear los servicios?

SI HAY SÍNTOMAS

☐ Hay preocupación por el costo, pero esto no impidió obtener ayuda.
☐ Hay preocupación por el costo y esto retrasó al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses.
☐ Hay preocupación por el costo y esto impidió al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios.

SERVICIOS	
95. ¿El costo del servicio marcó alguna diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?	
96. ¿Qué diferencia hizo?	
SI FUE A SERVICIOS	
SI FUE A SERVICIOS	
☐ Hay preocupación por el costo, pero esto no afectó el acceso a los servicios. ☐ Hay preocupación por el costo y tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses. (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.) ☐ Hay preocupación por el costo y esto hizo que dejara de acudir a los servicios.	
¿El costo del servicio marcó alguna diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si
¿Qué diferencia hizo?	
SEGURO	
97. ¿Cuentas con algún tipo de seguro?	
SEGURO	
SEGURO	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Cuentas con algún tipo de seguro?	☐ No ☐ Si
98. ¿Con qué seguro cuentas?	
TIPO DE SEGURO	
TIPO DE SEGURO	
☐ SIS ☐ Es salud ☐ Seguro Privado (EPS, Rimac, Pacífico) ☐ No sé	
¿Con qué seguro cuentas?	

99. ¿El seguro cubre el costo de atención en casos de problemas de salud mental, emocionales o de conducta?	
100. ¿El seguro cubre parte del pago de esta atención?	
101. ¿Podrían costear el resto del pago?	
SI TIENE SEGURO	
SI TIENE SEGURO	
☐ Costo cubierto por el seguro y/o padre/madre puede costear el copago. ☐ Sin seguro o cobertura de seguro insuficiente.	
¿El seguro cubre el costo de atención en casos de problemas de salud mental, emocionales o de conducta?	☐ No ☐ Si
¿El seguro cubre parte del pago de esta atención?	☐ No ☐ Si
¿Podrían costear el resto del pago?	☐ No ☐ Si
PROBLEMAS CON EL TRANSPORTE O DISTANCIA	
102. ¿Es difícil para ti llegar al lugar de "tratamiento"?	
103. ¿Qué tan lejos tendrías que ir?	
104. ¿Qué transporte necesitarías para llegar allí?	
105. ¿Está disponible ese transporte?	
PROBLEMA CON EL TRANSPORTE O DISTANCIA	
Resistencia a usar los servicios causada por la dificultad para llegar al sitio de tratamiento del encuestado.	
PROBLEMA CON EL TRANSPORTE O DISTANCIA	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Es difícil para ti llegar al lugar de "tratamiento"?	☐ No ☐ Si
¿Qué tan lejos tendrías que ir?	

¿Qué transporte necesitarías para llegar allí?
¿Está disponible ese transporte?
☐ No ☐ Si
SÍNTOMAS
106. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque tú "no podías acceder a un medio de transporte, o era muy lejos y no tenías cómo acudir al servicio"?
107. ¿Por qué se te hacía difícil transportarte?
108. ¿Cómo lograste transportarte?
SI HAY SÍNTOMAS
¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque tú "no podías acceder a un medio de transporte, o era muy lejos y no tenías cómo acudir al servicio"?
☐ No ☐ Si
¿Por qué se te hacía difícil transportarte?
¿Cómo lograste transportarte?
SI HAY SÍNTOMAS
☐ Había dificultades con el transporte o distancia, pero esto no impidió obtener ayuda. ☐ Había dificultades con el transporte o distancia y esto retrasó al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses. ☐ Había dificultades con el transporte o distancia y esto impidió al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios.
SERVICIOS
109. ¿El medio de transporte o la lejanía marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?
110. ¿Qué diferencia hizo?
SI FUE A SERVICIOS
SI FUE A SERVICIOS
☐ Había dificultades con el transporte o distancia, pero esto no afectó el acceso a los servicios. ☐ Había dificultades con el transporte o distancia y tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.) ☐ Había dificultades con el transporte o distancia y esto hizo que dejara de acudir a los servicios.

¿El medio de transporte o la lejanía marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
¿Qué diferencia hizo?
PROBLEMAS BUROCRÁTICOS
111. ¿Ha habido dificultades para obtener servicios debido a problemas burocráticos (exceso de trámites, dificultad para conseguir una cita a tiempo o estar en lista de espera)?
112. ¿Qué tipo de dificultades has tenido?
PROBLEMAS BUROCRÁTICOS
Esta sección incluye trabas burocráticas como exceso de trámites previos a la visita o autorizaciones, dificultad para conseguir una cita a tiempo o estar en lista de espera, u oficinas donde no se contesta el teléfono o no se devuelven las llamadas.
PROBLEMAS BUROCRÁTICOS
☐ Ausente ☐ Presente
¿Ha habido dificultades para obtener servicios debido a problemas burocráticos (exceso de trámites, dificultad para conseguir una cita a tiempo o estar en lista de espera)?
☐ No ☐ Si
¿Qué tipo de dificultades has tenido?
SÍNTOMAS
113. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que el encuestado no recibió ayuda debido a "problemas burocráticos o con trámites"?
114. ¿Qué problemas tuvieron tus padres o tú?
115. ¿Qué fue lo que te facilitó el acceso?
SI HAY SÍNTOMAS
¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que el encuestado no recibió ayuda debido a "problemas burocráticos o con trámites"?
☐ No ☐ Si
¿Qué problemas tuvieron tus padres o tú?

¿Qué fue lo que facilitó el acceso?
SÍ HAY SÍNTOMAS
☐ Hubo problemas burocráticos, pero esto no impidió obtener ayuda. ☐ Hubo problemas burocráticos y esto retrasó al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses. ☐ Hubo problemas burocráticos y esto impidió al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios.
SERVICIOS
117. ¿Los problemas burocráticos o con trámites hicieron una diferencia cuando el encuestado recibió ayuda en los últimos 3 meses?
118. ¿Qué diferencias hicieron?
SÍ FUE A SERVICIOS
SÍ FUE A SERVICIOS
☐ Hubo problemas burocráticos, pero esto no afectó el acceso a los servicios. ☐ Hubo problemas burocráticos y tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.) ☐ Hubo problemas burocráticos y esto hizo que dejara de acudir a los servicios
¿Los problemas burocráticos o con trámites hicieron una diferencia cuando el encuestado recibió ayuda en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
¿Qué diferencias hicieron?
PROBLEMAS CON LA DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO
119. ¿Hay servicios específicos que te gustaría usar para que recibas ayuda, pero no están disponibles donde vives?
120. ¿Qué tipo de servicio?
PROBLEMA CON LA DISPONIBILIDAD
PROBLEMA CON LA DISPONIBILIDAD
☐ Ausente ☐ Presente
¿Hay servicios específicos que te gustaría usar para que recibas ayuda, pero no están disponibles donde vives?
☐ No ☐ Si

¿Qué tipo de servicio?
121. ¿Algún servicio al que acudías o te sería de utilidad actualmente en tu zona cerró debido a la pandemia del COVID-19?
122. ¿Qué tipo de servicio cerró?
123. ¿Por cuánto tiempo cerró?
124. ¿Reabrió en la actualidad?
SERVICIO NO DISPONIBLE POR EL COVID-19
SERVICIO NO DISPONIBLE POR EL COVID-19
☐ Ausente ☐ Presente
¿Algún servicio al que acudías o te sería de utilidad actualmente en tu zona cerró debido a la pandemia del COVID-19?
☐ No ☐ Si
¿Qué tipo de servicio cerró?
¿Por cuánto tiempo cerró?
¿Reabrió en la actualidad?
☐ No ☐ Si
SÍNTOMAS
125. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque los servicios no estaban disponibles donde tú vives?
126. ¿Qué servicios no están disponibles en la zona?
127. ¿Cómo accediste al servicio que necesitabas?
SÍ HAY SÍNTOMAS
¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque los servicios no estaban disponibles donde tú vives?
☐ No ☐ Si

¿Qué servicios no están disponibles en la zona?
¿Cómo accediste al servicio que necesitabas?
SÍ HAY SÍNTOMAS
☐ El servicio no estaba disponible en la zona, pero esto no impidió obtener ayuda. ☐ El servicio no estaba disponible en la zona y esto retrasó al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses ☐ El servicio no estaba disponible en la zona y esto impidió al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios.
SERVICIOS
128. ¿La disponibilidad o existencia de servicios hizo una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?
129. ¿Qué diferencia hizo?
SÍ FUE A SERVICIOS
SÍ FUE A SERVICIOS
☐ El servicio no estaba disponible en la zona, pero se pudo acceder al servicio en otro lugar. ☐ El servicio no estaba disponible en la zona, pero se usó un servicio diferente o alternativo. ☐ El servicio no estaba disponible en la zona por lo que no se usó ningún servicio.
¿La disponibilidad o existencia de servicios hizo una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?
☐ No ☐ Si
¿Qué diferencia hizo?
NEGATIVA A TRATAR
130. ¿Algún servicio y/o proveedor de salud (ej. Médico, psicólogo, consejero) se negó a brindarte tratamiento?
131. ¿Qué motivo te dieron?
132. ¿Cuál crees tú que fue el motivo?
NEGATIVA A TRATAR
El encuestado no es atendido por el servicio por diversas razones: falta de espacio/camas, antecedentes problemáticos del encuestado, temor a brindar el tratamiento, etc.

NEGATIVA A TRATAR
☐ Ausente ☐ Presente
¿Algún servicio y/o proveedor de salud (ej. Médico, psicólogo, consejero) se negó a brindarte tratamiento?
☐ No ☐ Si
¿Qué motivo te dieron?
¿Cuál crees tú que fue el motivo?
SÍNTOMAS
133. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque se te negó el tratamiento?
134. ¿Por qué se negaron a tratarte?
135. ¿Qué fue lo que sucedió?
SÍ HAY SÍNTOMAS
¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque se te negó el tratamiento?
☐ No ☐ Si
¿Por qué se negaron a tratarte?
¿Qué fue lo que sucedió?
SÍ HAY SÍNTOMAS
☐ Se negaron a tratar al encuestado, pero esto no impidió obtener ayuda. ☐ Se negaron a tratar al encuestado, y esto lo retrasó de obtener ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses. ☐ Se negaron a tratar al encuestado, y esto le impidió obtener ayuda en algunos servicios.
SERVICIOS
136. ¿Esta negativa a recibir tratamiento marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?
137. ¿Qué diferencia hizo?
SÍ FUE A SERVICIOS

SÍ FUE A SERVICIOS ☐ Se negaron a tratar al encuestado, pero esto no afectó el acceso a los servicios. ☐ Se negaron a tratar al encuestado, y tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.) ☐ Se negaron a tratar al encuestado, y esto hizo que dejara de acudir a los servicios ¿Esta negativa a recibir tratamiento marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses? ☐ Ausente ☐ Presente ¿Qué diferencia hizo?
EL ENCUESTADO O SUS PADRES RECHAZAN EL TRATAMIENTO 138. ¿Tú te has negado a acudir a algún servicio de tratamiento? 139. ¿Tus padres se han negado que recibas tratamiento? 140. ¿Cuál fue la razón? EL ENCUESTADO O SUS PADRES RECHAZAN EL TRATAMIENTO El encuestado o el padre se negó a acudir al tratamiento; o bien, el cónyuge/ pareja se niega a permitir la participación del encuestado o del padre. EL ENCUESTADO O SUS PADRES RECHAZAN EL TRATAMIENTO ☐ Ausente ☐ Presente ¿Tú te has negado a acudir a algún servicio de tratamiento? ☐ No ☐ Si ¿Tus padres se han negado a que recibas tratamiento? ☐ No ☐ Si ¿Cuál fue la razón?
SINTOMAS 141. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque tú o tus padres se negaron a recibir el tratamiento? 142. ¿Por qué tú o tus padres se negaron al tratamiento? 143. ¿Por qué tú o tus padres aceptaron el tratamiento?

SÍ HAY SÍNTOMAS ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda porque tú o tus padres se negaron a recibir el tratamiento? ☐ No ☐ Si ¿Por qué tú o tus padres se negaron al tratamiento? ¿Por qué tú o tus padres aceptaron el tratamiento?
SÍ HAY SÍNTOMAS ☐ Hubo negativa al tratamiento, pero esto no impidió obtener ayuda. ☐ Hubo negativa al tratamiento, y esto retrasó al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses. ☐ Hubo negativa al tratamiento, y esto impidió al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios. SERVICIOS 144. ¿Tú negativa a ir al tratamiento marcó una diferencia en la obtención de ayuda en los últimos 3 meses? 145. ¿Qué diferencia hizo? 146. ¿La negativa de tus "padres" marcó una diferencia en obtener ayuda en los últimos 3 meses? 147. ¿Qué diferencia hizo? SÍ FUE A SERVICIOS ¿Tú negativa a ir al tratamiento marcó una diferencia en la obtención de ayuda en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si ¿Qué diferencia hizo? ¿La negativa de tus "padres" marcó una diferencia en obtener ayuda en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si ¿Qué diferencia hizo?

SÍ FUE A SERVICIOS ☐ Hubo negativa al tratamiento, pero esto no afectó el acceso a los servicios. ☐ Hubo negativa al tratamiento, y tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses. (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.) ☐ Hubo negativa al tratamiento, y esto hizo que dejara de acudir a los servicios.
BARRERA DEL IDIOMA 148. ¿Te resulta difícil hablar sobre tus problemas debido a la barrera del idioma? 149. ¿Necesitas que alguien te traduzca porque se te dificulta hablar español o castellano? 150. ¿Necesitas que alguien te ayude a poder explicar algún problema debido a que el español es difícil? 151. ¿A tus padres les resulta difícil hablar sobre tus problemas porque no hablan español o castellano? 152. ¿Hay servicios a los que has preferido no asistir debido a que no hay personal que hable tu idioma nativo?
BARRERA DEL IDIOMA Resistencia a utilizar los servicios por falta de profesionales que hablen la lengua materna. No incluya un problema del habla del encuestado o de los padres (tartamudez, problemas en la vocalización, etc.)
BARRERA DEL IDIOMA ☐ Ausente ☐ Presente ¿Te resulta difícil hablar sobre tus problemas debido a la barrera del idioma? ☐ No ☐ Sí ¿Necesitas que alguien te traduzca porque se te dificulta hablar español o castellano? ☐ No ☐ Sí ¿Necesitas que alguien te ayude a poder explicar algún problema debido a que el español es difícil? ☐ No ☐ Sí ¿A tus padres les resulta difícil hablar sobre tus problemas porque no hablan español o castellano? ☐ No ☐ Sí ¿Hay servicios a los que has preferido no asistir debido a que no hay personal que hable tu idioma nativo? ☐ No ☐ Sí

SÍNTOMAS 153. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda debido a la barrera del idioma? 154. ¿Qué fue lo que sucedió? 155. ¿Cómo lograron comunicarse? SÍ HAY SÍNTOMAS ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda debido a la barrera del idioma? ☐ No ☐ Sí ¿Qué fue lo que sucedió? ¿Cómo lograron comunicarse? SÍ HAY SÍNTOMAS ☐ Hubo barrera del idioma, pero esto no impidió obtener ayuda. ☐ Hubo barrera del idioma, y esto retrasó al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses. ☐ Hubo barrera del idioma, y esto impidió al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios algunos/ otros servicios particulares.
SERVICIOS 156. ¿La barrera del idioma hizo una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses? 157. ¿Qué diferencia hizo? SÍ FUE A SERVICIOS SÍ FUE A SERVICIOS ☐ Hubo barrera del idioma, pero esto no afectó el acceso a los servicios. ☐ Hubo barrera del idioma, y tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.) ☐ Hubo barrera del idioma, y esto hizo que dejara de acudir a los servicios. ¿La barrera del idioma hizo una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Sí ¿Qué diferencia hizo?

OTRAS BARRERAS	
158. ¿Hay otras cosas que te preocupan en relación con la obtención de ayuda para tus problemas?	
159. ¿Te preocupa no entender lo que dice o escribe el proveedor de salud (médico, psicólogo, consejero, etc.)?	
160. ¿Te preocupa que el tratamiento no se adapte a alguna discapacidad que tú o tu padre/madre puedan tener?	
161. ¿Te preocupa que tú o tu padre/madre sean discriminados (por su color de piel, identidad de género, orientación sexual, identidad étnica)?	
162. ¿Qué otras cosas te preocupan?	
163. Cuéntame sobre eso. Especifique la barrera mencionada.	
OTRA BARRERA Resistencia para utilizar los servicios causados por otros factores.	
OTRA BARRERA ☐ Ausente ☐ Presente	
¿Hay otras cosas que te preocupan en relación con la obtención de ayuda para tus problemas?	
☐ No ☐ Si	
¿Te preocupa no entender lo que dice o escribe el proveedor de salud (médico, psicólogo, consejero, etc.	
☐ No ☐ Si	
¿Te preocupa que el tratamiento no se adapte a alguna discapacidad que tú o tu padre/madre puedan tener?	
☐ No ☐ Si	
¿Te preocupa que tú o tu padre/madre sean discriminados (por su color de piel, identidad de género, orientación sexual, identidad étnica)?	
☐ No ☐ Si	
¿Qué otras cosas te preocupan?	
Cuéntame sobre eso	

SÍNTOMAS	
164. ¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda debido a (cpb3i01_preg6)?	
165. ¿Cómo (cpb3i01_preg6) evitó que obtuvieras ayuda?	
SÍ HAY SÍNTOMAS	
SÍ HAY SÍNTOMAS	
☐ Se mencionó una barrera, pero esto no impidió obtener ayuda. ☐ Se mencionó una barrera, y esto retrasó al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios en los últimos 3 meses. ☐ Se mencionó una barrera, y esto impidió al encuestado de obtener ayuda en algunos servicios.	
¿Hubo momentos en los últimos 3 meses en los que no recibiste ayuda debido a (cpb3i01_preg6)?	
☐ No ☐ Si	
¿Cómo (cpb3i01_preg6) evitó que obtuvieras ayuda?	
SERVICIOS	
166. ¿(cpb3i01_preg6) marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?	
167. ¿Qué diferencia hizo?	
SÍ FUE A SERVICIOS	
SÍ FUE A SERVICIOS	
☐ Se mencionó una barrera, pero esto no afectó el acceso a los servicios. ☐ Se mencionó una barrera, y tuvo algún impacto en la actitud frente a los servicios los últimos 3 meses (faltó a citas, no habla libremente, no sigue las recomendaciones, etc.) ☐ Se mencionó una barrera y esto hizo que dejara de acudir a los servicios.	
¿(cpb3i01_preg6) marcó una diferencia cuando recibiste ayuda en los últimos 3 meses?	
☐ No ☐ Si	
¿Qué diferencia hizo?	
IMPACTO DE LAS BARRERAS: BARRERA N.º 1	
168. ¿Cuál fue la razón #1 o la "barrera" más grande en el proceso de obtener ayuda para ti?	
IMPACTO DE LAS BARRERAS: BARRERA N.º 1 Me has dicho que las "barreras" marcaron una diferencia en la ayuda que recibiste.	

IMPACTO DE LAS BARRERAS: BARRERA N.º 1 ☐ Miedo o desconfianza hacia los profesionales ☐ Experiencia negativa previa del encuestado ☐ Autoconciencia del encuestado ☐ Encuestado anticipa una reacción negativa ☐ Encuestado anticipa que tendrá que salir de casa (hospitalizado o internado) para su tratamiento ☐ Preocupación anticipada ante la pérdida de los derechos de cuidado de sus padres ☐ Falta de información ☐ Falta de tiempo ☐ Preocupación por el costo ☐ Problema con el transporte o distancia ☐ Barrera del idioma ☐ Otra(s) barrera(s) ☐ Problemas burocráticos ☐ Problemas con la disponibilidad del servicio ☐ Negativa a tratar ☐ El encuestado o sus padres rechazan el tratamiento ¿Cuál fue la razón #1 o la "barrera" más grande en el proceso de obtener ayuda para ti?	IMPACTO DE LAS BARRERAS: BARRERA N.º 2 169. ¿Hay alguna otra "barrera" que consideres importante en el proceso de obtener servicios? . _____ IMPACTO DE LAS BARRERAS: BARRERA N.º 2 _____ IMPACTO DE LAS BARRERAS: BARRERA N.º 2 ☐ Miedo o desconfianza hacia los profesionales ☐ Experiencia negativa previa del encuestado ☐ Autoconciencia del encuestado ☐ Encuestado anticipa una reacción negativa ☐ Encuestado anticipa que tendrá que salir de casa (hospitalizado o internado) para su tratamiento ☐ Preocupación anticipada ante la pérdida de los derechos de cuidado de sus padres ☐ Falta de información ☐ Falta de tiempo ☐ Preocupación por el costo ☐ Problema con el transporte o distancia ☐ Barrera del idioma ☐ Otra(s) barrera(s) ☐ Problemas burocráticos ☐ Problemas con la disponibilidad del servicio ☐ Negativa a tratar ☐ El encuestado o sus padres rechazan el tratamiento
--	--

¿Hay alguna otra "barrera" que consideres importante en el proceso de obtener servicios? ☐ No ☐ Si Otro, especificar _____	SERVICIOS AFECTADOS 170. ¿Qué "servicios" se vieron más afectados? 181. ¿A quién no fuiste a ver por esta "barrera"? 182. ¿Hay alguien a quien a te hubiese gustado haber acudido? 183. ¿O un lugar al que tus padres le hubiese gustado ir para recibir servicios? ÁMBITOS DE TRATAMIENTO AFECTADOS Listado de los proveedores/lugares de tratamiento cuyos servicios se vieron más afectados por las barreras anteriores. _____ ÁMBITOS DE TRATAMIENTO AFECTADOS ☐ ÁMBITOS DE TRATAMIENTO AFECTADOS ☐ HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS (EJ. LARCO HERRERA, VALDIZÁN, ENTRE OTROS) ☐ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI" ☐ CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ☐ SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA ☐ SERVICIO DE ADICCIÓN EN UN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA. ☐ CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN JUVENIL (Ej.- MARANGUITA) ☐ HOGAR DE REFUGIO TEMPORAL (MIMP) / CASA DE ACOGIDA ☐ PUERICULTORIO / CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (INABIF) ☐ CENTRO DE SALUD O PUESTO DE SALUD ☐ CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO ☐ CENTRO DE EMERGENCIA O URGENCIA / CENTRO DE CRISIS (Ej.- CENTRO DE EMERGENCIA MUJER, SERVICIO DE ATENCIÓN URGENTE EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL) ☐ CONSEJERÍA EN EL HOGAR/SERVICIOS DE EMERGENCIA ☐ CONSULTORIO O ATENCIÓN PARTICULAR ☐ PSICÓLOGO ESCOLAR / CONSEJERO ESCOLAR ☐ ATENCIÓN INCLUSIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL, PERSONAS NEURODIVERSAS, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE ☐ PROFESOR/A DEL COLEGIO ☐ ENFERMERA ESCOLAR
--	---

☐ UNIDADES DE PROTECCIÓN ESPECIAL (UPE) Y COMISARÍA DE FAMILIA ☐ MÉDICO DE FAMILIA ☐ URGENCIA/EMERGENCIA DE HOSPITAL O CLÍNICA ☐ CONSEJERO RELIGIOSO, SACERDOTE O PASTOR ☐ MÉDICO ALTERNATIVO, CHAMÁN, CURANDERO O EXPERTO EN SANACIÓN ☐ LÍNEA DE ATENCIÓN DIRECTA EN CRISIS (Ej.- LÍNEA 100 PARA CASOS DE VIOLENCIA, LÍNEA 113 PARA CASOS DE SALUD MENTAL O COVID-19) ☐ GRUPO DE AUTOAYUDA O AYUDA MUTUA O COMUNIDAD EN REDES SOCIALES (Ej.- CASOS DE DUELO, ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, TCA, ENTRE OTROS) ☐ AYUDA DE FAMILIARES ADULTOS ☐ OTRA AYUDA DE ADULTOS NO PROFESIONALES (NO FAMILIARES) ☐ AYUDA DE AMIGOS ☐ NINGUNO
¿Qué "servicios" se vieron más afectados? _____
¿A quién no fuiste a ver por esta "barrera"? _____
¿Hay alguien a quien te hubiese gustado haber acudido? ☐ No ☐ Si
¿O un lugar al que tus padres le hubiesen gustado ir para recibir servicios? ☐ No ☐ Si

7. Encuestado vigilado	☐ Ausente ☐ Presente
8. Se niega a continuar	☐ Ausente ☐ Presente
9. Deterioro de la conciencia	☐ Ausente ☐ Presente
10. Intoxicado con alcohol o drogas	☐ Ausente ☐ Presente
11. Entorno de entrevista inadecuado	☐ Ausente ☐ Presente
12. Comentarios adicionales del entrevistador	_____

CAPA 19 - FIN DE ENTREVISTA	
Récord ID	_____
FINALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA	
Bueno, creo que eso es todo lo que quiero preguntar, gracias por tu ayuda.	
1. ¿Hay alguna otra cosa que te gustaría agregar?	
PREOCUPACIONES ADICIONALES:	
PREOCUPACIONES ADICIONALES:	
☐ Ausente ☐ Presente	
¿Hay alguna otra cosa que te gustaría agregar?	
☐ No ☐ Si	
2. HORA: FINALIZACIÓN	
ANOTE LA HORA EN QUE TERMINA LA ENTREVISTA.	
(HORAS: MINUTOS)	_____
Información adicional	
CALIDAD DE LA ENTREVISTA	
3. Calidad de la entrevista: Adecuación de la entrevista	
Codifique su impresión subjetiva sobre la calidad de la información recogida durante la entrevista. El sujeto puede haberse negado a proporcionar descripciones adecuadas de los síntomas o haber sido deliberadamente engañoso en alguna ocasión.	
☐ Adecuado ☐ La entrevista es inadecuada, en relación con el área especificada, sólo en algunas partes de la entrevista.	
Anote la sección en la que los datos son probablemente inadecuados.	
☐ Toda la entrevista es inadecuada.	
4. Especifique las secciones que le parecen inadecuadas	
5. Respuestas engañosas o mentiras	
☐ Ausente ☐ Presente	
6. No respondió verbalmente a muchas preguntas	
☐ Ausente ☐ Presente	

ANEXO 2
GLOSARIO DE TÉRMINOS
CAPA-CORE
VERSIÓN PERUANA

CAPA 1. DEMOGRÁFICOS CON ETNICIDAD

DATOS DE LA ENTREVISTA

Periodo Primario, centrado en los tres meses previos a la entrevista.

(Ej. Sintomatología/ Comportamiento/etc.)

ENCUESTADO

Persona a quien se realiza la entrevista.

FIGURAS PARENTALES

Las figuras parentales son adultos que han vivido en el hogar del niño durante al menos un mes y que asumen alguna responsabilidad de intentar controlar el comportamiento y la disciplina del niño.

Padre/madre #1 y/o padre/madre #2 serán aquellos que viven en el hogar del niño durante al menos un mes en los últimos 3 meses.

Mientras que Otro padre/madre #1 y/o Otro padre/madre #2 son personas que ahora viven en otro lugar y que actúan actualmente como figuras parentales o lo hicieron en el pasado, como un padre biológico que ahora está separado del niño.

Nota: El padre/madre será cualquier adulto que haya vivido en el hogar el niño/adolescente durante al menos un mes y que asuma alguna responsabilidad al tratar de controlar y disciplinar el comportamiento de este.

HERMANOS

Si el entrevistado tiene hermanos o hermanas:

- Hermano biológico
- Medio hermano
- Hermanastro
- Hermano adoptivo
- Niño(a)/ Adolescente no relacionado
- Otro familiar (ej. Prima, tía)

CAPA 2. SECCIÓN FAMILIA

DISCUSIONES PADRE/MADRE

Una discusión se define como un desacuerdo, de al menos 5 minutos de duración, que da lugar a una disputa en la que se levantan las voces, se gritan, se producen abusos verbales o se producen agresiones físicas o peleas.

DISCUSIÓN

FÍSICA

Algunas veces, cuando discutimos, podemos enojarnos mucho.

OTRA VIOLENCIA FÍSICA SIN DISCUSIONES

NOTA. Aclarar la condición de que el golpe/pelea física fue iniciada por el encuestado y no ha habido ninguna provocación o discusión de por medio.

DISCUSIONES CON OTROS ADULTOS

Indique si el entrevistado tuvo discusiones con adultos.

CAPA 3. PREFERENCIAS ALIMENTARIAS Y APETITO

COMPORTAMIENTO RELACIONADO CON LA COMIDA

REDUCCIÓN DEL APETITO

Reducción del apetito normal, o disminución del interés o entusiasmo por la comida. Incluye el cambio de apetito debido al uso de sustancias o a los efectos secundarios de la medicación.

PÉRDIDA DE PESO

Una disminución del peso fuera de lo normal del encuestado, que incluye la reducción considerable de peso en un tiempo menor a lo esperado.

APETITO EXCESIVO

Un aumento en el apetito fuera de lo normal del encuestado, que incluye comer para sentirse cómodo o aliviado.

Incluya cambios en el apetito debido a la sustancia o efectos secundarios de la medicación.

AUMENTO DE PESO

No incluya el aumento de peso durante el desarrollo normal, el aumento de peso premenstrual o el aumento de peso debido al embarazo.

SELECTIVIDAD ALIMENTARIA

El encuestado limita extremadamente la variedad de alimentos que consume, lo que resulta en un deterioro del funcionamiento o en la necesidad de suplementos nutricionales. Nota: No incluya casos de evitación o restricción de la ingesta de alimentos debido a la falta de disponibilidad de alimentos o prácticas culturales como el ayuno religioso o una dieta vegetariana.

DETERIORO DE LA SALUD POR SELECTIVIDAD ALIMENTARIA

El encuestado puede necesitar alimentarse con ayuda de una sonda, requerir ser entubado o usar suplementos nutricionales orales. Puede experimentar una pérdida de peso significativa o dificultad para mantener su peso.

CANTIDAD INSUFICIENTE DE ALIMENTOS/MALESTAR AL COMER

El encuestado come una cantidad insuficiente de alimentos debido a la ausencia de hambre, disgusto por los alimentos, malestar físico o emocional asociado con la comida que no están asociados con el miedo a subir de peso.

MOTIVACIÓN POR LA APARIENCIA

El encuestado reduce la ingesta de alimentos para cambiar su apariencia o la forma de su cuerpo.

COMPENSACIÓN DE LOS ALIMENTOS

El encuestado limita el consumo de tipos de alimentos específicos por miedo a comer en exceso o a perder el control sobre la comida.

CAPA 4. DESEMPEÑO Y COMPORTAMIENTO ESCOLAR

• DESEMPEÑO

SECCIÓN ESCOLARIDAD

Periodo Primario (PP) Solo se evalúa el PP (últimos 3 meses) si el encuestado tenía que asistir durante al menos 4 semanas al colegio y realmente ha podido asistir a dichas semanas (al menos 1 día por semana).

ACTUALMENTE INSCRITO(A) EN EL COLEGIO

Si el encuestado se encuentra en vacaciones de verano, se considera que está actualmente matriculado en el colegio.

INFORMACIÓN ESCOLAR PARA QUIENES HAN DEJADO EL COLEGIO

DEJÓ EL COLEGIO OFICIALMENTE

Información sobre el historial escolar de los estudiantes que abandonaron el colegio antes del período de 3 meses.

No codificar como "Sí" a los estudiantes que están en vacaciones de verano ni a los que se han graduado.

TRABAJO DESPUÉS DE CLASES DEL COLEGIO

Incluya cualquier empleo remunerado, incluidos trabajos de fin de semana y vacaciones en los últimos 3 meses.

Excluir al trabajo requerido para obtener una mesada/propina por parte los padres.

EMPLEO: ALGUNA VEZ

Empleo remunerado para los que han dejado el colegio oficialmente.

EMPLEO REGULAR

Empleo remunerado para quienes han dejado el colegio oficialmente.

SE QUEDA EN CASA ALGUNAS MAÑANAS (AUSENTISMO)

ACCIONES DE LOS PADRES (AUSENTISMO)

El encuestado no está en el colegio y cumple con los criterios de ausentismo escolar. Los padres saben que no asiste al colegio y no toman medidas para llevarlo al colegio.

• COMPORTAMIENTO

DISCUSIONES CON PROFESORES

Una discusión se define como un desacuerdo, de al menos 5 minutos de duración, que da lugar a una disputa en la que se levantan las voces, se gritan, se producen abusos verbales o se producen agresiones físicas o peleas.

OTRA VIOLENCIA FÍSICA DEL ENCUESTADO (SIN DISCUSIONES)

DISCUSIONES CON LOS COMPAÑEROS EN EL COLEGIO

Una discusión se define como un desacuerdo, de al menos 5 minutos de duración, que da lugar a una disputa en la que se levantan las voces, se gritan, se producen abusos verbales o se producen agresiones físicas o peleas.

TIEMPO PERDIDO DE COLEGIO (AUSENTISMO): 3 MESES

SE SALTÓ EL COLEGIO: 3 MESES

El encuestado no llega al colegio o sale de él sin el permiso de las autoridades escolares y sin una excusa normalmente aceptable (como una enfermedad), por razones no asociadas con la ansiedad por separación o el miedo al colegio. El motivo puede ser la aversión al colegio o el deseo de participar en otras actividades, con o sin amigos. También puede ocurrir la inasistencia por preocupación o ansiedad, en cuyo caso ambas se califican como presentes.

TIENE QUE SER LLEVADO AL COLEGIO (AUSENTISMO)

El padre u otra persona tiene que llevar al niño al colegio para asegurar su llegada. Excluir ausentismos provocados por ansiedad o la alteración emocional del encuestado.

SE ESCAPA DEL COLEGIO (AUSENTISMO)

El encuestado no llega al colegio o sale del colegio antes del final del día escolar sin permiso. No codifique aquí si la ausencia se debe a la ansiedad relacionada con ir al colegio.

CAPA 5. ANSIEDAD POR SEPARACIÓN Y COLEGIO

PREOCUPACIONES/ANSIEDAD POR POSIBLES DAÑOS

Preocupación o miedo poco realista y persistente por el posible daño que puedan sufrir las principales figuras de apego, o miedo a que se vayan y no vuelvan. Incluye miedo o afecto ansioso subjetivo relacionado con la posibilidad de que ocurran cosas malas en casa mientras el niño está en el colegio.

PREOCUPACIONES/ANSIEDAD POR UNA SEPARACIÓN CALAMITOSA

Preocupación o miedo irreal y persistente de que un acontecimiento calamitoso inesperado separe al niño de una figura de apego importante, por ejemplo, que el niño se pierda, sea secuestrado, muera o sea víctima de un accidente.

RENUENCIA PARA DORMIR SOLO

Renuencia o rechazo persistente a ir a dormir sin estar cerca de una figura de apego importante.

SUEÑOS SOBRE SEPARACIÓN

Sueños desagradables con el tema de la separación.

ANGUSTIA ANTICIPATORIA

Signos o quejas de angustia excesiva en anticipación de la separación de las principales figuras de apego; o llanto, suplicando a los padres que no se vayan.

RETRAIMIENTO CUANDO LA FIGURA DE APEGO ESTÁ AUSENTE

Retraimiento social, apatía, tristeza o dificultad para concentrarse en el trabajo o el juego cuando no está con una figura de apego importante.

PREOCUPACIONES/ANSIEDAD POR SALIR DE CASA

Preocupación o afecto ansioso subjetivo relacionado con la salida de casa para ir al colegio.

SÍNTOMAS FÍSICOS FRENTE A LA SEPARACIÓN

Quejas de síntomas físicos, por ejemplo, dolores de estómago, dolores de cabeza, náuseas, vómitos, en los días de colegio o en otras ocasiones en las que se produce o se anticipa la separación de las principales figuras de apego.

Recuerde completar los síntomas autonómicos de ansiedad.

CAPA 6. PREOCUPACIONES

PREOCUPACIONES

Una serie de pensamientos dolorosos, desagradables o incómodos que no se pueden detener voluntariamente y que ocurren en más de una actividad, con una duración total diaria de al menos 1 hora. No incluya las preocupaciones relacionadas a Inasistencia Escolar, Ansiedad de Separación, o Hipocondrías 6. ¿Te preocupa lo que pueda pasar en el futuro?

PREOCUPACIÓN POR LA ENFERMEDAD FÍSICA

HIPOCONDRIA

Todas las características de la preocupación están presentes, incluyendo una duración total diaria de al menos 1 hora, pero la preocupación se concentra específicamente en la posibilidad de tener una enfermedad o un mal funcionamiento del cuerpo del encuestado(niño/adolescente).

CAPA 7. AFECTO ANSIOSO

TENSION NERVIOSA

Una sensación desagradable de "nerviosismo", "tensión nerviosa", "estar al límite", "tenso". La sensación es desagradable y debe tener una duración diaria total de al menos 1 hora.

ANSIEDAD SOCIAL

Afecto ansioso subjetivo específico de las interacciones sociales con compañeros y/o adultos. El miedo o la ansiedad experimentados durante la situación social no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que plantea la situación social.

Nota: Hay deseo de relacionarse con personas conocidas. Incluya el miedo, la timidez, el miedo al rechazo, la vergüenza y la preocupación por la adecuación del comportamiento al interactuar con compañeros y/o adultos desconocidos.

ANGUSTIA

EVITACIÓN

PRESENTIMIENTO ANSIOSO

Afecto ansioso subjetivo con un sentimiento inexplicable de fatalidad o de que algo terrible puede suceder. Debe tener una duración diaria total de al menos 1 hora.

MIEDO A LAS ACTIVIDADES EN PÚBLICO

Afecto ansioso subjetivo específico de la realización pública de actividades que no provocan miedo cuando se realizan en privado. El miedo o la ansiedad experimentados no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que plantea la situación social. Incluya dar un discurso, comer en público, quitarte alguna prenda (ropa) en el colegio, ir al baño en el colegio u otros lugares públicos.

AGORAFOBIA

MIEDO A UTILIZAR EL TRANSPORTE PÚBLICO

El niño experimenta un miedo marcado o ansiedad por (cosas como, automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones). El miedo o la ansiedad experimentados durante la situación no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que plantea la situación agorafóbica y con el contexto sociocultural.

EVITACIÓN

MIEDO A ESTAR EN ESPACIOS ABIERTOS

El niño experimenta miedo marcado o ansiedad por estar en espacios abiertos (p. ej., estacionamientos, mercados, puentes). El miedo o la ansiedad experimentados durante la situación no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que plantea la situación agorafóbica y con el contexto sociocultural.

EVITACIÓN- MIEDO A ESTAR EN ESPACIOS ABIERTOS

MIEDO A ESTAR EN LUGARES CERRADOS

El niño experimenta miedo marcado o ansiedad por estar en lugares cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines). El miedo o la ansiedad experimentados durante la situación no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que plantea la situación agorafóbica y con el contexto sociocultural.

EVITACIÓN- MIEDO A ESTAR EN LUGARES CERRADOS

MIEDO DE HACER FILA O ESTAR EN UNA MULTITUD

El niño experimenta miedo marcado o ansiedad por hacer fila o estar en una multitud. El miedo o la ansiedad experimentados durante la situación no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que plantea la situación agorafóbica y con el contexto sociocultural.

INTENSIDAD DE EVITACIÓN - MIEDO DE HACER FILA O ESTAR EN UNA MULTITUD

MIEDO A ESTAR SOLO FUERA DE CASA

El niño experimenta miedo marcado o ansiedad por estar solo fuera de casa. El miedo o la ansiedad experimentados durante la situación no guardan proporción con la amenaza o el peligro real que plantea la situación agorafóbica y con el contexto sociocultural.

INTENSIDAD DE EVITACIÓN - MIEDO A ESTAR SOLO FUERA DE CASA

MIEDO AL PÁNICO O SÍNTOMAS SIMILARES AL PÁNICO

Los miedos descritos bajo agorafobia resultan de estar en lugares o situaciones de los cuales el sujeto siente que sería difícil o vergonzoso escapar en caso de un ataque de pánico o síntomas similares al pánico. Los temores de pánico pueden estar presentes incluso cuando el sujeto no ha tenido un ataque de pánico en el pasado reciente.

MIEDO A LOS ANIMALES

con la amenaza o el peligro real que representa el animal o la situación temida.

No incluya miedo a las arañas, insectos, serpientes o pájaros.

En su lugar, codifique estos miedos en Ansiedad o Situaciones que Provocan Miedo.

EVITACIÓN- MIEDO A LOS ANIMALES

MIEDO A LAS LESIONES

Afecto ansioso subjetivo específico a la posibilidad de ser herido. El miedo o la ansiedad experimentada no guarda proporción con la amenaza o el peligro real que plantea el objeto o la situación temida.

EVITACIÓN- MIEDO A LAS LESIONES

MIEDO A LA SANGRE/INYECCIÓN

Afecto ansioso subjetivo en relación con ver sangre, recibir o ver inyecciones, o anticipar ver sangre o inyecciones.

El miedo o la ansiedad experimentada no guarda proporción con la amenaza o el peligro real que plantea el objeto o la situación temida.

Los miedos relacionados con el SIDA no se codifican aquí.

EVITACIÓN A LA SANGRE/INYECCIONES

ANSIEDAD O SITUACIONES QUE PROVOCAN MIEDO

Afecto ansioso subjetivo relacionado con otras situaciones que provocan miedo. El miedo o la ansiedad experimentada no guarda proporción con la amenaza o el peligro real que plantea el objeto o la situación temida.

EVITACIÓN

AFECTO ANSIOSO GENERALIZADO (LIBRE)

Ansiedad no asociada a ninguna situación particular con una duración diaria total de al menos 1 hora.

DIFICULTADES DE CONCENTRACIÓN

Dificultad para concentrarse o la mente "se pone en blanco" cuando se siente ansioso.

FÁCIL FATIGABILIDAD

El niño se fatiga fácilmente cuando está ansioso.

TENSION MUSCULAR

Tensión, rigidez o dolor generalizado en los músculos que no son resultado del ejercicio físico.

INQUIETUD

Aumento de los movimientos innecesarios de todo el cuerpo (por ejemplo, levantarse y moverse) cuando se está ansioso o preocupado.

TRASTORNO DEL SUEÑO CUANDO ESTÁ PREOCUPADO O ANSIOSO

El niño tiene dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido, sueño inquieto o insatisfactorio, cuando está ansioso o preocupado.

IRRITABILIDAD CUANDO ESTÁ PREOCUPADO O ANSIOSO

Mayor facilidad para expresar sentimientos de ira, mal genio, mal temperamento, resentimiento o molestia dirigidos externamente cuando está preocupado o ansioso.

ATAQUES DE PÁNICO

DESREALIZACIÓN DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO

El sujeto experimenta su entorno como irreal; todo puede parecer incoloro, artificial o muerto.

DESPERSONALIZACIÓN DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO

DESPERSONALIZACIÓN

El sujeto siente que es irreal, que está representando un papel o que está separado de sus propias experiencias.

MIEDO A LA PÉRDIDA DE CONTROL DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO

El sujeto siente que "se está volviendo loco" o tiene miedo de perder el control de su cuerpo o mente (por ejemplo, orinar en público, caerse, crear una "escena").

MIEDO A MORIR DURANTE UN ATAQUE DE PÁNICO

El sujeto siente que podría morir o tiene miedo de morir.

SÍNTOMAS AUTONÓMICOS ANSIOSOS EN LOS ATAQUES DE PÁNICO

MAREOS/DESMAYO

ASFIXIA

DIFICULTAD PARA RESPIRAR

RESPIRACIÓN RÁPIDA

PALPITACIONES/TAQUICARDIA

OPRESIÓN/ DOLOR EN EL PECHO

SUDORACIÓN

NAÚSEAS

NUDO EN EL ESTÓMAGO/DOLOR DE ESTÓMAGO

TEMBLAR

CARA ROJA/ESCALOFRÍOS

PARESTESIA

ESTÓMAGO REVUELTO

PREOCUPACIÓN POR ATAQUES DE PÁNICO

Inquietud, preocupación o afecto ansioso relacionado con la posibilidad de que ocurra otro ataque de pánico.

CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

Cualquier cambio en el comportamiento habitual o en las rutinas, destinado a evitar la posibilidad de que se repita un ataque de pánico. O cambios en el comportamiento o la rutina para evitar la posible vergüenza o humillación que el sujeto teme que pueda resultar de un ataque de pánico.

CAPA 8. PROBLEMAS DE SUEÑO

PROBLEMAS PARA DORMIR

INSOMNIO

Alteración del patrón de sueño habitual que implica una reducción del tiempo real de sueño durante el período de sueño del encuestado que se acompaña de una sensación subjetiva de necesidad de dormir más.

NO incluya cambios impuestos externamente en el patrón general de sueño (p. ej., cambio en el horario de trabajo, llegada de un nuevo bebé) o insomnio durante las primeras 2 semanas posteriores a dichos cambios. Los problemas de sueño se califican independientemente de que se tomen medicamentos para ellos, pero tenga en cuenta si se están tomando medicamentos. Incluya también los cambios atribuidos a los efectos secundarios de la medicación o el consumo de sustancias.

HIPERSOMNIA - NECESIDAD AUMENTADA DE SUEÑO

CAPA 9. AFECTO DEPRESIVO

ESTADO ANÍMICO DEPRESIVO

Incluye sentirse infeliz, desdichado, triste, desanimado, desmotivado, bajoneado, deprimido o abatido; duración total diaria de al menos 1 hora.

Distinguir de otras emociones/sensaciones desagradables, por ejemplo, ansiedad, apatía o anhedonia (dificultad de sentir placer). También es importante asegurarse de que es el propio estado de ánimo el que se está valorando y no sus

concomitantes o situaciones "esperadas" (como la apatía, el autodesprecio o el llanto). Estas situaciones se valoran por separado. Si se utilizan también estas situaciones que solo están presentes por la depresión (concomitantes) para valorar a la misma depresión, se generarán resultados erróneos.

AGITACIÓN SUBJETIVA

Cambio marcado en la actividad motora asociada al estado de ánimo depresivo. Esto es, un nivel severo de inquietud motora inapropiada y desagradable durante un período de estado de ánimo disfórico (tristeza, ansiedad, irritabilidad o inquietud), el cual puede evidenciarse por una persona que camina sin parar (va y viene), el retorcimiento de las manos o actividades similares; con una duración total diaria de al menos 1 hora.

NO INCLUYA LA SIMPLE INQUIETUD O LA INTRANQUILIDAD QUE NO ESTÉ RELACIONADA A CAMBIOS DE HUMOR.

LLANTO Y LÁGRIMAS REPORTADOS

Los ojos se llenan de lágrimas o derrama lágrimas como respuesta a una sensación de infelicidad o miseria.

No califique el llanto precipitado por los detonantes habituales (como situaciones tristes, enojo o ser golpeado o castigado).

Los ojos se llenan de lágrimas o derrama lágrimas como respuesta a una sensación de infelicidad o miseria.

IRRITABILIDAD

Mayor facilidad de demostrar o dirigir hacia los demás los sentimientos de ira, mal humor, pérdida fácil de la paciencia, resentimiento o molestia; con una duración total diaria de al menos 1 hora (el cambio puede ser anterior al período primario y continuar al menos en parte del período primario).

Obsérvese que esta calificación se refiere a un cambio en la predisposición del niño/adolescente a expresar su ira y no se refiere a la forma de la ira una vez que ya lo haya expresado.

Nota: Se califica el estado de ánimo irritable en sí mismo, no sólo sus manifestaciones; por lo tanto, las calificaciones de frecuencia y duración se refieren al número y la duración de los episodios del estado de ánimo, no de los episodios de irritabilidad, gritos o peleas.

ANHEDONIA

Pérdida o disminución parcial o total de la capacidad de experimentar placer, disfrutar de las cosas o divertirse.

También se refiere a los placeres básicos, como los que resultan de comer los alimentos favoritos. La anhedonia se refiere al estado de ánimo en sí mismo. La pérdida de interés o la pérdida de la capacidad de concentración al mirar los libros, los juegos, la televisión o el colegio pueden acompañar a la anhedonia, por lo que el entrevistador puede codificar diferentes aspectos en diferentes ítems. No hay que confundir esta sección con la falta de oportunidades para hacer cosas o con la excesiva restricción de los padres.

DISTINGA DEL ABURRIMIENTO Y DE LA PÉRDIDA DE INTERÉS O DE LA FALTA DE OPORTUNIDADES DE PARTICIPACIÓN.

ANERGIA SUBJETIVA

El encuestado presenta una marcada falta de energía en comparación con su estado habitual. Se describe como fácilmente fatigado y/o excesivamente cansado. Se trata de una valoración general del nivel de energía del encuestado.

SE DEBE DIFERENCIAR DE LA LENTITUD MOTORA, EL INSOMNIO, LA HIPERSOMNIA Y LA FATIGA, AUNQUE SE PUEDE CODIFICAR DOS VECES SI SE CUMPLEN LOS CRITERIOS DE MÁS DE UNO.

SOLEDAD

Sensación de estar solo y/o sin amigos, independientemente de la justificación del sentimiento; con una duración total diaria de al menos 1 hora.

Deben tenerse en cuenta los contactos con los adultos y sus amistades. Un niño puede sentirse solo a pesar de reconocer que se le quiere.

SENTIMIENTO DE FALTA DE AMOR

Un sentimiento generalizado de no ser amado/querido ni cuidado, independientemente de la justificación de ese sentimiento.

SE DIFERENCIA DE LA SOLEDAD.

DESPRECIO Y ODIIO, A SÍ MISMO

AUTODESPRECIO

Un sentimiento injustificado de inferioridad respecto a los demás (incluyendo sentimientos injustificados de fealdad).

El odio a sí mismo implica una hostilidad severa dirigida por el encuestado contra sí mismo, acompañada de una aversión o una crítica expresa.

No califique aquí los fenómenos delirantes.

CULPA PATOLÓGICA

El niño/adolescente se culpa a sí mismo excesivamente por malas acciones menores o inexistentes. El encuestado se da cuenta de que la culpa es exagerada.

DESESPERANZA

El encuestado tiene una visión sombría, negativa y pesimista del futuro, y poca esperanza de que su situación mejore. Se trata de un sentimiento generalizado.

SUICIDIO

PENSAMIENTOS SUICIDAS

Pensamientos específicamente sobre suicidarse, por cualquier medio y con alguna intención de llevarlo a cabo.

Esto puede acompañar a los pensamientos sobre la muerte en general, o puede estar presente si el encuestado ha informado de un plan suicida o de un intento anterior.

No incluya planes suicidas.

PLANES SUICIDAS

Pensamientos suicidas que contienen planes de un acto suicida y alguna intención de llevarlos a cabo.

Si se ha producido un intento de suicidio, determinar si había un plan antes del intento.

INTENTO SUICIDA ALGUNA VEZ

Episodios de comportamientos deliberadamente autolesivos que implican alguna intención de morir en el momento del intento. Codifica aquí, sin importar lo improbable que fuera el intento de causar la muerte, siempre que la intención del encuestado fuera morir.

CAPA 10. TRASTORNO OPOSICIONISTA/CONDUCTA

• TRASTORNO DE CONDUCTA

LLEGAR MÁS TARDE DE LO ESTABLECIDO

Salir hasta tarde a pesar de las prohibiciones de los padres. No incluya retrasos accidentales causados por circunstancias sobre las cuales el/la encuestado(a) tenía poco o ningún control. No incluya incumplir con permisos de hora de llegada impuestos por periodo de prueba/libertad condicional, que se codifica como violación de periodo de prueba/libertad condicional.

COMPORTAMIENTO MOLESTOSO

Facilidad de hacer conductas activas que molestan o enojan a sus compañeros, hermanos y/o adultos. Los comportamientos molestosos ocurren con al menos una persona que NO es un hermano. No es necesario que la intención del niño/de la niña sea molestar, pero los comportamientos obviamente molestarían a su destinatario. No incluya comportamientos molestosos que sean el resultado de actos no intencionales, por ejemplo, la molestia causada por la torpeza o la falta de comprensión de las reglas de los juegos. No incluya comportamientos que se ajusten a las definiciones de incumplimiento de reglas y desobediencia.

DECIR MALAS PALABRAS

El uso de malas palabras o lenguaje obsceno no aprobado o apoyado por adultos en cuya presencia se pronuncian.

No incluya lisuras o groserías entre compañeros cuando los adultos no estén presentes, o con adultos que sean tolerantes con las palabrotas; es decir, no se opongan a las palabrotas de su hijo.

ROBAR: ALGUNA VEZ

Tomar algo que pertenece a otro con la intención de privar al dueño de su uso.

No incluya artículos destinados eventualmente a la distribución general donde incluirán al encuestado, como comida general del refrigerador o materiales para la escuela.

ALLANAMIENTO DE MORADA: ALGUNA VEZ

Entrar a la fuerza a una morada: Incluye una casa, edificio o tienda para robar. Codificar entrar a la fuerza en un carro por separado.

ROBO CON CONFRONTACIÓN DE LA VÍCTIMA, PERO SIN VIOLENCIA REAL: ALGUNA VEZ

Se confronta directamente a la víctima y se exige dinero o bienes, las amenazas pueden hacerse directa o implícitamente, por ejemplo, mediante la presencia de un arma, pero no se ejerce violencia real.

USO DE ARMA: ALGUNA VEZ

Uso de cualquier artículo que pueda usarse para amenazar o intimidar a una víctima. Incluye portar un arma, incluso si está oculta y no se usa.

ENGAÑO

MENTIR

Distorsión de la verdad con la intención de engañar a otros.

CULPAR

Atribuir falsamente faltas a otro para evitar reproches o castigos. El comportamiento ocurre con al menos una persona que NO es su hermano.

TRAMPA

Intentos de obtener mejores calificaciones en el colegio o mayor éxito en otros entornos por medios injustos.

FALSIFICACIÓN MENOR: ALGUNA VEZ

Imitación deliberada no ilícita de documentos, cartas o firmas para fines propios del encuestado/de la encuestada.

Incluye hacer que otros falsifiquen documentos para los propósitos del encuestado/de la encuestada, pero no incluye actos ilegales.

ESCAPAR DE CASA Y PASAR FUERA LA NOCHE: ALGUNA VEZ

Abandonar la vivienda con la intención deliberada de permanecer fuera de forma temporal o permanente durante al menos 1 noche.

VIOLENCIA CONTRA LAS PERSONAS

CRUELDAD HACIA PERSONAS: 3 MESES

Un ataque que implica infligir deliberadamente dolor o miedo a la víctima más allá del "calor del momento". Incluye golpear, cortar o quemar a una persona inmovilizada, infligir dolor ritualizado y violencia o terror sádico.

Codifique aquí agresiones que impliquen crueldad, y no en la sección de Agresión. Si no está seguro de cuál codificar, codifique en Agresión.

INTIMIDACIÓN: 3 MESES

Intentos de obligar a otro a hacer algo en contra de su voluntad mediante amenazas, violencia o intimidación.

No incluya episodios que cumplan con los criterios de robo que involucren confrontación.

Diferencia de rencoroso o vengativo, en donde no se incluyen intentos de obligar a alguien a hacer algo en contra de sus deseos.

CONTACTO CON LA POLICÍA: ALGUNA VEZ

Cualquier participación de la policía que resulte de elementos registrados en la sección de Trastorno de conducta o cualquier otro comportamiento o comportamiento sospechoso por el cual se podría haber presentado una denuncia.

No incluya preguntas simples, como ser interrogado sobre algo que vio el encuestado.

No incluya multas por exceso de velocidad, a menos que estén asociadas con la conducción bajo la influencia de alguna sustancia o la conducción imprudente.

- **TRASTORNO OPOSICIONISTA (TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE)**

DESOBEDIENCIA

Incumplimiento de instrucciones específicas cuando se dan directamente.

COMPORTAMIENTO MOLESTOSO*

* En este algoritmo de TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE esta dimensión se repite con el mismo concepto de TRASTORNO DE CONDUCTA.

RENCOROSO O VENGATIVO

Rencoroso: El/la niño(a) se involucra en acciones deliberadas destinadas a causar angustia a otra persona.

Vengativo: El/la niño(a) ante el fracaso en salirse con la suya, la decepción o los desacuerdos interpersonales con adultos o compañeros responde con intentos deliberados de lastimar al otro o vengarse. Por ejemplo, pellizcar, empujar o intentar meter a la otra persona en problemas.

El comportamiento ocurre con al menos una persona que NO es un hermano.

No incluya comportamientos codificados como Agresión, Crueldad, Intimidación o Mentira.

ENGANO*

MENTIR

CULPAR

* En este algoritmo de TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE esta dimensión y sus dos componentes se repiten con el mismo concepto de TRASTORNO DE CONDUCTA.

PERDER EL CONTROL*

Episodios específicos de temperamento que se manifiestan mediante gritos o insultos, pero sin violencia y sin cumplir los criterios de una rabieta. El comportamiento ocurre con al menos una persona que NO es un hermano.

CAPA 11. ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES Y RELACIONES

- **ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES**

DISCUSIONES CON LOS COMPAÑEROS

Una discusión se define como un desacuerdo, que dura al menos 5 minutos, que resulta en una disputa que involucra voces elevadas, gritos, abuso verbal o agresión física o peleas.

OBJETO DE BURLAS/BULLYING A TRAVÉS DE LAS REDES SOCIALES

El encuestado es objeto de burlas o bullying mediante el uso de "redes sociales": mensajería instantánea (WhatsApp o Messenger), mensajes de texto, Facebook, Instagram, TikTok u otras formas de redes sociales.

RELACIONES SEXUALES: ALGUNA VEZ

- **RELACIONES**

DIFICULTAD PARA HACER O MANTENER AMIGOS

El encuestado tiene dificultad para formar o mantener amistades, lo cual se evidencia al no tener amigos o tener pocos amigos. La dificultad puede deberse al hecho de no poder acercarse a otros niños o adolescentes (retraimiento) o para

relacionarse de manera agresiva con estos (discordia) o ambos.

No incluya la preocupación o la ansiedad por las amistades a menos que genere dificultades para hacer o mantener amistades.

RETRAIMIENTO

DISCORDIA

OBJETO DE BURLAS/BULLYING

El encuestado es un objeto particular de burla, ataques físicos o amenazas por parte de compañeros o hermanos.

FALTA DE EMPATÍA/SENSIBILIDAD EMOCIONAL

Falta de conciencia y sensibilidad hacia los sentimientos de otras personas. Falta de capacidad para detectar los sentimientos de los demás, pero no de disposición o interés en responder a estos. Esta carencia es generalizada y no es específica de ninguna relación en particular.

PAREJA

Una relación selectiva con una persona que implica actividades conjuntas. La relación no necesita incluir ninguna actividad sexual.

CAPA 12. RUMICIONES, OBSESIONES Y COMPULSIONES

PENSAMIENTOS OBSESIVOS

Ideas, pensamientos o imágenes dolorosas, recurrentes y repetitivas que el encuestado experimenta como intrusivas y no deseadas. El encuestado los considera incompatibles con la imagen que tiene de sí mismo como persona, pero no los considera ideas externas.

RITUALES OBSESIVOS

Ideas, pensamientos, imágenes o rituales mentales recurrentes y repetitivos que se llevan a cabo para reducir o extinguir el malestar mental generado por los pensamientos obsesivos. El ritual es realizado a pesar de ser considerado excesivo, irracional, sin sentido o absurdo. Ocasionalmente, se pueden realizar rituales mentales, pero el encuestado no puede o no quiere describir pensamientos obsesivos claros. Dichos rituales mentales pueden codificarse como Rituales Obsesivos siempre que cumplan con los otros criterios para un Ritual Obsesivo (párrafo anterior).

COMPULSIONES

Actos repetitivos e intencionales asociados con una sensación de compulsión que surge dentro del encuestado y no forzado por ningún poder o agente externo, realizados a pesar de que se consideran excesivos, poco razonables, sin sentido o absurdos.

CAPA 13. EVENTOS DE VIDA

EVENTOS DE VIDA

Acontecimientos que ocurren en la vida y el entorno del niño, incluyendo los principales factores de estrés y los acontecimientos que ponen en peligro su vida. Los sucesos que amenazan la vida deben ser aquellos en los que las personas realmente murieron o resultaron gravemente heridas y/o la propiedad sufrió grandes daños, o aquellos sucesos que tenían el potencial de tener estos resultados. Un niño pequeño también puede experimentar o ser testigo de un suceso que implique una amenaza grave para su integridad física o psicológica o la de otra persona. Un ejemplo sería el abuso sexual o la pérdida de un padre/cuidador principal.

SEPARACIÓN DE LOS PADRES - ATRIBUCIÓN

En caso de estar presente, se tendrá que especificar evento:

- Inasistencia al colegio
- Ansiedad de separación
- Preocupaciones/Ansiedad
- Obsesiones/Compulsiones
- Depresión
- Manía
- Síntomas físicos
- Conducta relacionada con la comida
- Hiperactividad/ Trastorno por Déficit de Atención
- Trastorno de conducta
- Alcohol/Drogas
- Psicosis
- Relaciones con Madre/Padre #1 y/o Madre/Padre #2
- Relaciones con Otra Madre/Padre #1 y/o Otra Madre/Padre #2
- Relaciones con Otros Adultos
- Relaciones con hermanos
- Relaciones con pares

SEPARACIÓN DE LOS PADRES - RECUERDO DOLOROSO

SEPARACIÓN DE LOS PADRES - EVITACIÓN

SEPARACIÓN DE LOS PADRES - HIPERACTIVACIÓN

DIVORCIO DE LOS PADRES: ALGUNA VEZ

Las figuras paternas han completado alguna vez un proceso de divorcio. Codifique las fechas de hasta otros tres divorcios entre figuras parentales con las que ha vivido el niño.

DIVORCIO DE LOS PADRES - ATRIBUCIÓN

DIVORCIO DE LOS PADRES - RECUERDO DOLOROSO

DIVORCIO DE LOS PADRES - EVITACIÓN

DIVORCIO DE LOS PADRES - HIPERACTIVACIÓN

MUDANZA

El sujeto se mudó, con o sin cambio de estructura familiar. RECUERDE CODIFICAR LA SEPARACIÓN DE PADRES, CAMBIO DE COLEGIO, PÉRDIDA DE AMIGOS, ETC. EN LAS SECCIONES RELEVANTES.

MUDANZA - ATRIBUCIÓN

MUDANZA - RECUERDO DOLOROSO

MUDANZA - EVITACIÓN

MUDANZA - HIPERACTIVACIÓN

CAMBIO DE COLEGIO

El sujeto cambió de colegio. El cambio puede ser rutinario porque el sujeto fue promovido (por ejemplo, de primaria a secundaria) o no rutinario, ya sea por mudanza, elección familiar, necesidad o expulsión de la escuela anterior.

CAMBIO DE COLEGIO - ATRIBUCIÓN

CAMBIO DE COLEGIO - RECUERDO DOLOROSO

CAMBIO DE COLEGIO - EVITACIÓN

CAMBIO DE COLEGIO - HIPERACTIVACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES FÍSICAS

Diagnóstico de una enfermedad que conlleva un riesgo actual de muerte o discapacidad crónica (por ejemplo, cáncer, SIDA, diabetes, Esclerosis Múltiple). OBSERVE: Asma que requiere más de 24 horas de hospitalización.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES FÍSICAS - ATRIBUCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES FÍSICAS - RECUERDO DOLOROSO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES FÍSICAS - EVITACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES FÍSICAS - HIPERACTIVACIÓN

MUERTE DE UN SER QUERIDO

MUERTE DE UN SER QUERIDO #1: RELACIÓN CON EL/LA NIÑO(A)

Muerte de alguien cercano al sujeto: padre biológico, otra figura paterna, otro pariente con quien el sujeto tenga vínculos estrechos, otro adulto que haya desempeñado un papel importante en la vida del niño, el propio hijo del sujeto o mascota. SI HAY MÁS DE 2 MUERTES, CODIFIQUE MUERTE DE FIGURA PATERNA Y OTRA QUE EL SUJETO DESCRIBA COMO LA MÁS DOLOROSA.

NO CODIFICAR LAS MUERTES QUE OCURRIERON ANTES DEL NACIMIENTO DEL NIÑO.

MUERTE DE UN SER QUERIDO #2: RELACIÓN CON EL/LA NIÑO(A)

MUERTE DE UN SER QUERIDO - ATRIBUCIÓN

MUERTE DE UN SER QUERIDO - RECUERDO DOLOROSO

MUERTE DE UN SER QUERIDO - EVITACIÓN

MUERTE DE UN SER QUERIDO - HIPERACTIVACIÓN

MUERTE DE UN HERMANO O UN COMPAÑERO

MUERTE DE UN HERMANO O COMPAÑERO #1: RELACIÓN CON EL/LA NIÑO(A)

Muerte de un hermano, amigo cercano u otro compañero del sujeto.

SI HUBO MÁS DE 2 MUERTES, CODIFICAR AQUELLAS QUE EL SUJETO REPORTA COMO LAS QUE MÁS LE AFECTARON.

MUERTE DE UN HERMANO O COMPAÑERO #2: RELACIÓN CON EL/LA NIÑO(A)

MUERTE DE UN HERMANO O COMPAÑERO - ATRIBUCIÓN

MUERTE DE UN HERMANO O COMPAÑERO - RECUERDO DOLOROSO

MUERTE DE UN HERMANO O COMPAÑERO - EVITACIÓN

MUERTE DE UN HERMANO O COMPAÑERO - HIPERACTIVACIÓN

DESASTRE NATURAL

DESASTRE NATURAL: ALGUNA VEZ

Eventos no causados por acciones humanas intencionales (por ejemplo, inundaciones, huracanes, tornados) en los que las personas realmente murieron o resultaron gravemente heridas, la propiedad sufrió daños importantes, o hubo un riesgo grave de estos resultados.

DESASTRE NATURAL - ATRIBUCIÓN

DESASTRE NATURAL - RECUERDO DOLOROSO

DESASTRE NATURAL - EVITACIÓN

DESASTRE NATURAL - HIPERACTIVACIÓN

VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA

El sujeto ha sido víctima de violencia física, con una o más personas usando la fuerza contra el sujeto con el potencial de causarle la muerte o lesiones graves. Es posible que se haya utilizado la fuerza para obtener algo (p. ej., atraco, robo), o para intimidar o asustar al sujeto, o porque sí (agresión, pelea, tortura). La víctima pudo haber sido amenazada con un arma. Codifique el abuso físico por parte de un miembro de la familia por separado.

VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA (NO ABUSO) - ATRIBUCIÓN

VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA (NO ABUSO) - RECUERDO DOLOROSO

VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA (NO ABUSO) - EVITACIÓN

VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA (NO ABUSO) - HIPERACTIVACIÓN

VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO (FAMILIA): ALGUNA VEZ

El/ La niño(a) ha sido víctima de abuso físico por parte de un miembro de la familia.

VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO - ATRIBUCIÓN

VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO - RECUERDO DOLOROSO

VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO - EVITACIÓN

VÍCTIMA DE ABUSO FÍSICO - HIPERACTIVACIÓN

ABUSO SEXUAL: ALGUNA VEZ

Episodio(s) de abuso sexual en el cual una persona, denominada perpetrador, involucra a un niño o adolescente en actividades con el propósito de obtener gratificación sexual. Estas actividades pueden incluir besos (que hacen que la persona se sienta incómoda), caricias genitales (por encima o por debajo de la ropa), contacto oral-genital u oral-anal, coito genital o anal, o uso de instrumentos). El abuso sexual no incluye exámenes médicos ni deseos mutuos de tener relaciones sexuales con un par.

VIOLACIÓN: ALGUNA VEZ

La violación es un evento repentino e inesperado (generalmente aislado) que involucra una relación sexual.

COERCIÓN (ABUSO SEXUAL O VIOLACIÓN)

Uso de amenazas de violencia para coaccionar a la víctima.

ABUSO SEXUAL O VIOLACIÓN - ATRIBUCIÓN

ABUSO SEXUAL O VIOLACIÓN - RECUERDO DOLOROSO

ABUSO SEXUAL O VIOLACIÓN - EVITACIÓN

ABUSO SEXUAL O VIOLACIÓN - HIPERACTIVACIÓN

CAPA 14. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

RESPUESTAS AGUDAS AL EVENTO TRAUMÁTICO

RESPUESTAS EMOCIONALES AGUDAS (TEPT-A)

Respuestas emocionales al evento cuando ocurrió.

SORPRESA

Ahora me gustaría preguntarte acerca de los sentimientos que pudiste haber tenido cuando ocurrió el "evento de vida".

- DESREALIZACIÓN
- MIEDO
- PREOCUPACIÓN
- ENOJO
- ENTUMECIMIENTO EMOCIONAL
- DISGUSTO/REPULSIÓN
- FUERA DE CONTROL
- TRISTEZA
- CONFUSIÓN
- DESPERSONALIZACIÓN
- CULPABLE
- AVERGONZADO

RESPUESTAS SOMÁTICAS AGUDAS (TEPT-A)

Respuestas físicas al evento de vida cuando ocurrió.

RESPUESTAS SOMÁTICAS AGUDAS: 3 MESES

- MAREOS/DESMAYOS
- ASFIXIA/ASFIXIA
- RESPIRACIÓN DIFÍCIL
- RESPIRACIÓN RÁPIDA
- PALPITACIONES
- PRESIÓN O DOLOR DE PECHO
- TRANSPIRACIÓN
- NAUSEAS

- ORINAR CON FRECUENCIA
- DIARREA
- TEMBLOR/TEMBLOR

INTRUSIONES COGNITIVAS (TEPT-A)

RECUERDO DOLOROSO POR ESTÍMULOS EXTERNOS (TEPT-A)

Recuerdos, pensamientos o imágenes no deseadas, dolorosas y angustiosas de "eventos de vida" que ocurren en respuesta a señales o estímulos externos, como visiones, sonidos, olores o situaciones particulares.

RECUERDO DOLOROSO DEL EVENTO DE VIDA: EVITACIÓN (TEPT-A)

EVITACIÓN DEL RECUERDO DOLOROSO CON ESTÍMULOS EXTERNOS

PROBLEMAS PARA RECORDAR (TEPT-A)

Incapacidad para recordar aspectos importantes del "evento de vida", como los nombres y rostros de los participantes, o partes de la cronología del evento.

No incluya intentos deliberados de no recordar el evento.

REVIVIR EL "EVENTO DE VIDA" (TEPT-A)

Comportarse o sentirse como si el "evento de vida" fuera recurrente. La experiencia puede implicar una sensación de revivir el evento, fenómenos ilusorios o alucinaciones, o "flashbacks". Los flashbacks involucran alucinaciones de suficiente intensidad para afectar la percepción del mundo real en un grado sustancial.

Incluya ataques de pánico donde el contenido mental del episodio de pánico esté relacionado con el "evento de vida".

Incluya tales fenómenos incluso si ocurrieron en momentos de intoxicación con alcohol o drogas o durante el ciclo del sueño.

CODIFIQUE PESADILLAS EN LOS ITEMS QUE SIGUEN.

PESADILLAS (TEPT-A)

Sueños aterradores que despiertan al encuestado, con contenido relacionado con el "evento de vida" (ya sea sobre el "evento de vida" o sobre un tema que te lo recuerde). Sensación desagradable al despertar, que puede ser seguida rápidamente por sentimientos de alivio.

HIPEREXCITACIÓN (TEPT-A)

FALTA DE ATENCIÓN (TEPT-A)

FALTA DE ATENCIÓN: 3 MESES

Dificultad para mantenerse lo suficientemente involucrado en lo que hace como para permitir la realización de tareas apropiadas para la edad y el desarrollo de actividades que requieren concentración.

IRA DESCONTROLADA (TEPT-A)

IRA DESCONTROLADA

Desde el "evento de vida", el aumento de los estallidos de ira ha sido el resultado de la incapacidad para controlar la expresión de la ira como solía hacerlo.

HIPERVIGILANCIA (TEPT-A)

HIPERVIGILANCIA

Mayor nivel general de conciencia y alerta hacia el entorno en ausencia de peligro inminente.

RESPUESTA DE SOBRESALTO EXAGERADA (TEPT-A)

El sobresalto es un susto o sensación de miedo producido por estímulos. Aquí se explora el aumento de la susceptibilidad a sobresaltarse por estímulos menores inesperados desde el "evento de vida"

EL ENTREVISTADOR DEBE DEMOSTRAR UNA RESPUESTA DE SOBRESALTO (HACER EL GESTO O LA MÍMICA DE LO QUE ES UN SOBRESALTO).

ENTUMECIMIENTO/ADORMECIMIENTO (TEPT-A)

PÉRDIDA DE AFECTO POSITIVO (TEPT-A)

Queja de pérdida de una capacidad previamente existente para sentir o experimentar emociones. Codifique la pérdida de afecto positivo y negativo por separado.

OTROS COMPORTAMIENTOS (TEPT-A)

CULPA DEL SOBREVIVIENTE (TEPT-A)

CULPA DEL SOBREVIVIENTE

Una creencia o sentimiento de responsabilidad por el "evento de vida" o su prevención, o un sentimiento de que el encuestado debería haber sustituido (o haber sido sustituido) por otro que estaba más gravemente afectado.

CAPA 15. INCAPACIDAD

No se considerará ningún ítem.

CAPA 16. EVALUACIÓN DE SERVICIOS

EVALUACIÓN DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (CASA): ALGUNA VEZ

- HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS (EJ.- LARCO HERRERA, VALDIZÁN, ENTRE OTROS)

- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI"
- CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
- SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN UN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA
- SERVICIO DE ADICCIONES EN UN HOSPITAL GENERAL O CLÍNICA
- CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN JUVENIL (EJ.- "MARANGUITA") (SI ES MAYOR A 14 AÑOS)
- HOGAR DE REFUGIO TEMPORAL (MIMP) / CASA DE ACOGIDA
- PUERICULTORIO / CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (INABIF)
- CENTRO DE SALUD O PUESTO DE SALUD
- CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
- CENTRO DE EMERGENCIA O URGENCIA / CENTRO DE CRISIS (EJ.- CENTRO DE EMERGENCIA MUJER, SERVICIO DE ATENCIÓN URGENTE EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL)
- CONSEJERÍA EN EL HOGAR/SERVICIOS DE EMERGENCIA
- CONSULTORIO O ATENCIÓN PARTICULAR
- PSICÓLOGO ESCOLAR / CONSEJERO ESCOLAR
- ATENCIÓN INCLUSIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL, PERSONAS NEURODIVERSAS,
- PROBLEMAS DE APRENDIZAJE
- PROFESOR/A DEL COLEGIO
- ENFERMERA ESCOLAR
- UNIDADES DE PROTECCIÓN ESPECIAL (UPE) Y COMISARÍA DE FAMILIA
- MÉDICO DE FAMILIA
- URGENCIA/EMERGENCIA DE HOSPITAL O CLÍNICA
- CONSEJERO RELIGIOSO, SACERDOTE O PASTOR
- MÉDICO ALTERNATIVO, CHAMÁN, CURANDERO O EXPERTO EN SANACIÓN
- LÍNEA DE ATENCIÓN DIRECTA EN CRISIS (EJ.- LÍNEA 100 PARA CASOS DE VIOLENCIA, LÍNEA 113 PARA CASOS DE SALUD MENTAL O COVID-19)
- GRUPO DE AUTOAYUDA O AYUDA MUTUA O COMUNIDAD EN REDES SOCIALES (EJ.- CASOS DE DUELO, ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, TCA, ENTRE OTROS)

CAPA 17. SERVICIOS INFANTILES DETALLADOS

No se considerará ningún ítem.

CAPA 18. ACTITUDES Y BARRERAS DE LOS SERVICIOS

No se considerará ningún ítem.

CAPA 19. FIN DE LA ENTREVISTA

No se considerará ningún ítem.



ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

Validación del instrumento de evaluación psiquiátrica de niños y adolescentes: Módulos diagnósticos centrales del DSM-5

PRESENTACIÓN.....	9
AGRADECIMIENTOS	11
INTRODUCCIÓN.....	9
ASPECTOS GENERALES.....	15
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	17
METODOLOGÍA.....	19
RESULTADOS.....	21
• FASE I - ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA.....	25
• FASE II - ALGORITMOS.....	25
• FASE III- GOLD STANDARD.....	41
• FASE IV - DE COMPROBACIÓN.....	45
CONCLUSIONES.....	53
LIMITACIONES.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS - MÓDULOS DE CAPA CORE.....	57



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"