

SMHAT-1

Herramienta de evaluación de la salud mental deportiva del Comité Olímpico Internacional 1

DESARROLLADA POR EL GRUPO DE TRABAJO DE SALUD MENTAL DEL COI



Nombre del atleta: _

Número de ID del atleta: _

¿Qué es el SMHAT-1?

La Herramienta de evaluación de la salud mental deportiva 1 (SMHAT-1) del Comité Olímpico Internacional (COI) es una herramienta de evaluación estandarizada que tiene como objetivo identificar en una etapa temprana los casos de atletas de élite (entendidos como deportistas de nivel profesional, olímpico, paralímpico y universitario; mayores de 16 años) que se encuentren potencialmente en riesgo de desarrollar síntomas y trastornos de salud mental o que ya los estén experimentando, a fin de facilitar la derivación oportuna de los afectados al tratamiento o al soporte adecuados.

Quién debe usar el SMHAT-1

El SMHAT-1 puede ser utilizado por médicos especialistas en medicina deportiva y otros profesionales de la salud licenciados/colegiados, pero la evaluación clínica (y su relativa gestión) dentro del SMHAT-1 (consulte el paso 3b) debe ser realizada por médicos especialistas en medicina deportiva y/o profesionales de la salud mental licenciados/colegiados. Si no es usted un médico especialista en medicina deportiva u otro profesional de la salud licenciado/colegiado, utilice la Herramienta 1 de reconocimiento de la salud mental deportiva del COI (SMHRT-1). Los fisioterapeutas o entrenadores deportivos que trabajan con un médico especialista en medicina deportiva pueden usar el SMHAT-1, pero toda indicación o intervención seguirá considerándose responsabilidad del médico especialista en medicina deportiva.

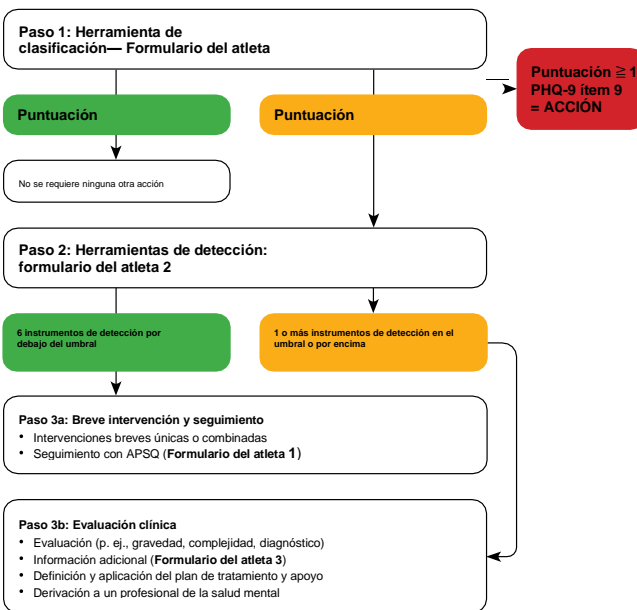
Por qué usar el SMHAT-1

Los síntomas y trastornos de salud mental son una afección frecuente entre los atletas y exatletas de élite. Los trastornos de salud mental se suelen definir como una afección que causa malestar o un deterioro clínicamente significativo y que cumplen con determinados criterios de diagnóstico, como los mencionados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5.ª edición (DSM-5) o la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª revisión (ICD-10), mientras que los síntomas de salud mental son autoinformados, pueden ser significativos, pero no siempre tienen un patrón que se adhiera a un criterio de diagnóstico específico y no necesariamente causan un malestar significativo o deterioro funcional.

Cuándo usar el SMHAT-1

El SMHAT-1 debe realizarse idealmente durante el periodo previo a la competición (es decir, unas pocas semanas después del inicio del entrenamiento deportivo), así como durante el periodo de mitad y final de temporada. Idealmente, el SMHAT-1 también debe aplicarse cuando tiene lugar algún suceso destacado en la vida del atleta, como una lesión, enfermedad, cirugía, alteraciones inexplicables en el rendimiento, tras una competición importante, al final del ciclo competitivo, en caso de sospecha de acoso/abuso, posteriormente a un suceso negativo en la vida y tras el abandono de la carrera deportiva.

Para utilizar esta versión en papel del SMHAT-1, imprímala a una cara. El SMHAT-1 en su forma actual se puede copiar libremente para su distribución a individuos, equipos, grupos y organizaciones. Cualquier revisión requiere la aprobación específica del IOC/MHWG; mientras que todas las traducciones que se realicen deberán informarse al IOC/MHWG. El SMHAT-1 no debe cambiar de nombre ni venderse con fines comerciales. Se presenta más información sobre el desarrollo del SMHAT-1 y las herramientas de detección relacionadas (incluidas las propiedades psicométricas) en la publicación correspondiente del British Journal of Sports Medicine.



Paso 1. Herramienta de clasificación para síntomas y trastornos de salud mental

ACCIÓN: Para este paso, debe consultar el Formulario del atleta 1. Complete lo siguiente:

Calcule la puntuación total sumando las respuestas de los 10 ítems

Puntuación total

Puntuación total 10 – 16 >>> No se requiere ninguna otra acción

Puntuación total 17 – 50 >>> El atleta debe completar el formulario del Atleta 2. Una vez se haya completado el Formulario del atleta 2, por favor, proceda al paso 2.

Paso 2. Herramienta de detección para síntomas y trastornos de salud mental

ACCIÓN: Para este paso, debe consultar el formulario del atleta 2. Complete lo siguiente:

Detección 1 (ansiedad)

Calcule la puntuación total sumando las respuestas de los 7 ítems

Puntuación total

Detección 2 (depresión)

Calcule la puntuación total sumando las respuestas de los 9 ítems

Puntuación total

Anote la puntuación ('0', '1', '2' o '3')

Puntuación

Detección 3 (trastornos de sueño)

Calcule la puntuación total sumando las respuestas de los 5 elementos.

Puntuación total

Detección 4 (abuso de alcohol)

Calcule la puntuación total sumando las respuestas de los 3 ítems

Puntuación total

Detección 5 (abuso de drogas)

Calcule la puntuación total sumando las respuestas de los 4 ítems

Puntuación total

Anote con qué drogas tuvo problemas o dificultades el atleta

Drogas

Detección 6 (trastornos alimentarios)

Calcule la puntuación total sumando las respuestas

Puntuación total

Cuadro resumen sobre el paso 2 (detección)

ACCIÓN: Refiérase a todas las puntuaciones previamente calculadas y complete la tabla resumen; tenga en cuenta las puntuaciones de evaluación y marque la casilla correspondiente

	Puntuación total	Debajo del umbral	En el umbral o por encima
Ansiedad (detección 1)		0-9 <input type="checkbox"/>	≥ 10 <input type="checkbox"/>
Depresión (detección 2)		0-9 <input type="checkbox"/>	≥ 10 <input type="checkbox"/>
Ítem 9 de depresión (detección 2)		0 <input type="checkbox"/>	≥ 1 <input type="checkbox"/>
Trastornos del sueño (detección 3)		0-7 <input type="checkbox"/>	≥ 8 <input type="checkbox"/>
Abuso de alcohol (detección 4)		Hombres 0-3; <input type="checkbox"/> Mujeres 0-2 <input type="checkbox"/>	Hombres ≥ 4 ; <input type="checkbox"/> Mujeres ≥ 3 <input type="checkbox"/>
Abuso de drogas (detección 5)		0-1 <input type="checkbox"/>	≥ 2 <input type="checkbox"/>
Trastornos alimentarios (detección 6)		0-3 <input type="checkbox"/>	≥ 4 <input type="checkbox"/>

Ansiedad: puntuación 5-9 = leve; puntuación 10-14 = moderada; puntuación ≥ 15 = grave

Depresión: puntuación 5-9 = leve; puntuación 10-14 = moderada; puntuación 15-19 = moderadamente grave; puntuación ≥ 20 = grave

Trastorno del sueño: puntuación 5-7 = leve; puntuación 8-10 = moderada; puntuación ≥ 11 = grave

Casilla marcada para ítem 9 de depresión >>> Tómese una acción inmediata para garantizar la seguridad del atleta.

Todas las puntuaciones de detección por debajo del umbral >>> Continúe al paso 3a

Una o más puntuaciones de detección en o por encima del umbral >>> Continúe al paso 3b

Paso 3a. Breve intervención y seguimiento

3

ACCIÓN: Derive al atleta a una única intervención o combinación de intervenciones breves como sesiones de psicoeducación, mindfulness, meditación, entrenamiento de habilidades mentales o gestión del estrés.

ACCIÓN: Después de finalizar la/s intervención/es breve/s, el atleta debe ser reevaluado con la herramienta de clasificación (Formulario del atleta 1) y se deben tomar las siguientes medidas:

Puntuación total 0 – 16 >>> No se requiere ninguna otra acción

Puntuación total 17 – 50 >>> El atleta debe continuar al paso 3b

Paso 3b. Evaluación y gestión clínica

Este paso debe ser completado por un médico especialista en medicina deportiva o un profesional de la salud mental licenciado/colegiado. El objetivo de este paso es realizar una evaluación clínica integral para identificar problemas/diagnósticos importantes y crear un plan de gestión/intervención.

ACCIÓN: Revise e interprete las puntuaciones de clasificación y evaluación y realice una evaluación clínica para obtener información adicional. **⚠** Pregunte los posibles antecedentes y/o presencia actual de acoso/abuso dentro o fuera del ámbito deportivo.

ACCIÓN: Su evaluación integral debe tener en cuenta lo siguiente:

Gravedad

La gravedad describe la probabilidad de que un problema clínico identificado comprometa significativamente la salud y el bienestar del atleta, por ejemplo, causando graves impedimentos funcionales, trastornos del comportamiento y/o riesgo para uno mismo o para los demás (p.ej. un alto nivel de autoabandono o las anomalías electrolíticas en los trastornos alimentarios se considerarían de alta gravedad).

Complejidad

Complejidad describe la comorbilidad de los trastornos de salud mental con otras afecciones médicas (p. ej., alcoholismo y ansiedad, depresión y diabetes mellitus, o cualquier trastorno de la salud mental y lesión musculoesquelética significativa) y/o factores de estrés importantes en el ámbito deportivo (p. ej., problemas a nivel de rendimiento, insatisfacción profesional) o fuera del ámbito deportivo (p. ej., problemas financieros o sentimentales, duelos). Cabe destacar que el éxito profesional en el ámbito deportivo también puede considerarse un suceso importante en la vida que genere estrés inesperado al atleta.

Incertidumbre diagnóstica

La incertidumbre diagnóstica define las posibles dudas al determinar un diagnóstico. Ejemplos de ello son la diferenciación entre un alto nivel de actividad física asociado a la realización del deporte y la hiperactividad característica de la hipomanía y el TDAH, o las pautas alimentarias con un objetivo funcional y de rendimiento y los síntomas característicos de un trastorno alimentario, o la depresión y el trastorno bipolar.

Falta de respuesta al tratamiento

La falta de respuesta al tratamiento define la situación en que el médico que administra el tratamiento inicial ha implementado uno o dos ciclos de tratamiento sin respuesta o con una respuesta parcial.

ACCIÓN: Anote los problemas más significativos del atleta en la siguiente tabla (columna 'problema') y complete la tabla marcando las casillas apropiadas si corresponde.

Problema	Gravedad	Complejidad	Incertidumbre diagnóstica	Ausencia de respuesta al tratamiento
Problema 1				
Problema 2				
Problema 3				

En los casos que no son graves, complejos, que no tengan diagnóstico incierto y que respondan al tratamiento >>> El tratamiento/apoyo puede ser administrado por un médico de atención primaria/medicina deportiva, refiriéndose como orientación a la declaración de consenso del Comité Olímpico Internacional sobre salud mental en atletas de élite

En casos de incertidumbre diagnóstica o en casos en que se requiera más información >>> Considere si el atleta debe completar una o más herramientas de detección adicionales. Si procede, utilice el formulario del atleta 3: detección 7 para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, detección 8 para el trastorno bipolar, detección 9 para el trastorno de estrés postraumático, detección 10 para los problemas de adicción al juego, detección 11 para la psicosis. Para el cálculo de la(s) puntuación(es) total(es) y la correspondiente interpretación, consulte la última sección de este formulario.

En casos que sean graves, complejos, con diagnóstico incierto incluso tras la realización de una evaluación adicional adecuada y/o que no responden al tratamiento >>> Los atletas deben derivarse a un profesional de la salud mental (p. ej., psicólogo clínico o psiquiatra).

Herramienta de detección para síntomas y trastornos de salud mental

ACCIÓN: Para este paso, debe consultar el formulario del atleta 3. Complete lo siguiente:

Detección 7 (trastorno de hiperactividad y déficit de atención)

Calcule la puntuación total sumando las respuestas de los 6 ítems

Puntuación total

Puntuación ≥ 4 = síntomas altamente compatibles con TDAH

Detección 8 (trastorno bipolar)

Calcule la puntuación total sumando las respuestas en el ítem

Puntuación total

1 Anote la puntuación del ítem 2

Puntuación

Anote la puntuación del ítem 3

Puntuación

Posible trastorno bipolar si puntuación total ≥ 7 Y ítem 2 = 1 Y ítem 3 = 1

Detección 9 (trastorno de estrés postraumático)

Calcule la puntuación total sumando las respuestas de los 5 ítems

Puntuación total

Punto de corte de 3 = sensibilidad de 0,95 y especificidad de 0,85; punto de corte de 4 = sensibilidad de 0,83 y especificidad de 0,91

Detección 10 (problemas de adicción al juego)

Calcule la puntuación total sumando las respuestas de los 9 ítems

Puntuación total

Puntuación 0 = conducta inocua asociada al juego; puntuación 1-2 = conducta moderadamente inocua con pocas o ninguna consecuencia negativa identificada; puntuación 3-7 = conducta moderadamente nociva que conduce a algunas consecuencias negativas; puntuación ≥ 8 = problema con el juego con consecuencias negativas y una posible pérdida de control

Detección 11 (psicosis)

Calcule la puntuación total sumando las respuestas de los 16 ítems

Puntuación total

Puntuación ≥ 6 = en riesgo de psicosis

SMHAT-1

Herramienta de evaluación de la salud mental deportiva del Comité Olímpico Internacional 1

DESARROLLADA POR EL GRUPO DE TRABAJO DE SALUD MENTAL DEL COI



Nombre del atleta: _

Número de ID del atleta: _

FORMULARIO DEL ATLETA 1

1

Estas preguntas están relacionadas con la forma en que te has sentido durante los últimos 30 días. Encierra en un círculo la respuesta que mejor represente cómo te has sentido.

	Nunca	A veces	Bastantes veces	La mayoría de veces	Siempre
1. Me resultaba difícil rodearme de mis compañeros de equipo	1	2	3	4	5
2. Me resultaba difícil cumplir con mis obligaciones	1	2	3	4	5
3. Estaba menos motivado/a	1	2	3	4	5
4. Me sentía irritable, enfadado/a o agresivo/a	1	2	3	4	5
5. No podía dejar de preocuparme por mi rendimiento o lesión	1	2	3	4	5
6. Sentía que el entrenamiento me causaba estrés	1	2	3	4	5
7. Me resultaba difícil lidiar con las presiones de selección	1	2	3	4	5
8. Me preocupaba mi vida después del deporte	1	2	3	4	5
9. Necesitaba el alcohol u otras sustancias para relajarme	1	2	3	4	5
10. Asumía riesgos inusuales extradeportivos	1	2	3	4	5

SMHAT-1

Herramienta de evaluación de la salud mental deportiva del Comité Olímpico Internacional 1

DESARROLLADA POR EL GRUPO DE TRABAJO DE SALUD MENTAL DEL COI



2

FORMULARIO DEL ATLETA 2

Detección 1

Las siguientes preguntas tratan sobre los sentimientos de ansiedad y estrés. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te has sentido incomodado/a por los siguientes problemas.

Encierra en un círculo la respuesta que mejor represente cómo te has sentido.

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1. Sentirme nervioso/a, ansioso/a, o tenso/a	0	1	2	3
2. No ser capaz de parar o controlar las preocupaciones	0	1	2	3
3. Preocuparme demasiado sobre diferentes cuestiones	0	1	2	3
4. Tener dificultades para relajarme	0	1	2	3
5. Sentirme tan inquieto/a que me resulta difícil permanecer quieto/a	0	1	2	3
6. Enfadarme o irritarme con facilidad	0	1	2	3
7. Sentir miedo de que pase algo muy malo	0	1	2	3

Detección 2

Las siguientes preguntas tratan sobre los sentimientos de depresión, tristeza y pena. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te has sentido incomodado/a por alguno de los siguientes problemas? Encierra en un círculo la respuesta que mejor represente cómo te has sentido.

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1. Sentir poco interés o satisfacción al hacer cosas	0	1	2	3
2. Sentirme triste, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Tener dificultad para dormir, permanecer dormido/a, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirme cansado/a y sin energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirme mal conmigo mismo/a, sentirme un fracaso, sentir que he decepcionado a la familia o a mí mismo/a	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverme o hablar tan lentamente que sorprenda a la gente de mi alrededor o, por el contrario, estar inquieto/a y moverme mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que preferiría estar muerto/a o deseos de autolesionarme	0	1	2	3

Detección 3

Las siguientes preguntas tratan sobre tus hábitos de sueño. Encierra en un círculo la respuesta que creas que mejor representa tus hábitos de sueño habituales en el pasado reciente.

1. Últimamente, ¿cuántas horas de sueño real duermes por la noche? (Ten en cuenta que pueden no ser las mismas que las horas que hayas pasado en la cama).

De 5 a 6 horas	4
De 6 a 7 horas	3
De 7 a 8 horas	2
De 8 a 9 horas	1
Más de 9 horas	0

2. ¿Cómo describirías la calidad de tu sueño?

Muy buena	0
Bastante buena	1
Regular	2
Bastante mala	3
Muy mala	4

3. Últimamente, ¿cuánto tiempo has tardado por lo general en poder conciliar el sueño por las noches?

15 minutos o menos	0
16 – 30 minutos	1
31 – 60 minutos	2
Más de 60 minutos	3

4. ¿Con qué frecuencia tienes problemas para dormir profundamente?

nunca	0
una vez o dos a la semana	1
tres o cuatro veces a la semana	2
de cinco a siete días a la semana	3

5. En el pasado reciente, ¿con qué frecuencia has tomado medicamentos para ayudarte a dormir (bajo prescripción médica o de venta libre)?

nunca	0
una vez o dos a la semana	1
tres o cuatro veces a la semana	2
de cinco a siete veces a la semana	3

Detección 4

Las siguientes preguntas tratan sobre el consumo de alcohol. Responde a cada pregunta marcando con un círculo el número del '0' al '4' que representa tu consumo de alcohol.

1. ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?

nunca	0
Una vez al mes o menos	1
2-4 veces al mes	2
2-3 veces a la semana	3
4 o más veces a la semana	4

2. ¿Cuántas bebidas con contenido alcohólico tomas habitualmente cuando bebes?

Entre 1 y 2	0
Entre 3 y 4	1
Entre 5 y 6	2
Entre 7 y 9	3
10 o más	4

3. ¿Con qué frecuencia consumes seis o más bebidas alcohólicas en una misma ocasión?

Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
Una vez al mes	2
Una vez a la semana	3
A diario o casi a diario	4

Detección 5

Las siguientes preguntas tratan sobre el consumo de drogas en los últimos 3 meses. Por favor, responde a cada pregunta encerrando en un círculo «sí» o «no». Recuerda que, al valorar tu consumo de drogas, debes tener en cuenta las drogas legales como la cafeína o la nicotina, las drogas ilícitas/ilegales (incluido el cannabis, aunque sea legal en tu estado/país) y los medicamentos recetados usados de formas distintas a las prescritas (es decir, en dosis más altas, a través de métodos de administración alternativos, es decir, triturar/esnifar, inyectar). Por favor, NO incluyas el alcohol en estas respuestas.

	Sí	No
1. En los últimos tres meses, ¿has reducido o abandonado el consumo de drogas?	1	0
2. En los últimos tres meses, ¿te has sentido molesto/a o irritado/a porque te han aconsejado dejar o reducir tu consumo de drogas?	1	0
3. En los últimos tres meses, ¿te has sentido culpable o mal por estar consumiendo con demasiada frecuencia?	1	0
4. En los últimos tres meses, ¿te has despertado por la mañana con el deseo de consumir drogas?	1	0

En los últimos 3 meses, ¿cuáles de las drogas o sustancias enumeradas a continuación te han causado algún problema o dificultad? Los problemas pueden incluir el estrés generado por el consumo de drogas, depresión, insomnio, dificultades económicas o sentimentales, uso intensivo/sobredosis, ansiedad por consumir, abstinencia, desmayos, escenas retrospectivas, peleas, arrestos, ausencias laborales y/o afecciones médicas como hepatitis, convulsiones o pérdida de peso. Por favor, encierra en un círculo todas las que correspondan.

Ninguna	Estimulantes-nicotina	Alucinógenos (LSD; setas)
Cannabis-marihuana	Estimulantes-cocaína en polvo	Inhalantes (disolventes volátiles)
Cannabis-aceite	Estimulantes-cocaína crack	Opioides-heroína
Cannabis-comestibles	Estimulantes-metamfetamina (meth)	Opioides-opio
Cannabis-sintético (K2; Spice)	Estimulantes-metilfenidato (medicamento ADD/ADHD)	Opioides-medicación analgésica (por ejemplo, oxicodona, hidrocodona)
Drogas de discoteca (MDMA-éxtasis; GHB)	Estimulantes-sales de anfetamina (medicamento ADD/ADHD)	Catinonas sintéticas (sales de baño)
Estimulantes-cafeína	Drogas disociativas (ketamina; PCP)	Otras (especificar)

Detección 6

Las siguientes preguntas están relacionadas con tus hábitos alimentarios y tus pensamientos sobre la comida, comer, tu peso y tu imagen corporal. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te has sentido incomodado/a por alguno de los siguientes problemas? Encierra en un círculo la respuesta que mejor represente cómo te has sentido.

	Siempre	Habitualmente	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca
1. Me siento extremadamente culpable después de comer en exceso.	3	2	1	0	0	0
2. Me preocupa el deseo de ser más delgado/a	3	2	1	0	0	0
3. Creo que tengo demasiada barriga	3	2	1	0	0	0
4. Me siento satisfecho/a con la forma de mi cuerpo	0	0	0	1	2	3
5. Mis padres buscaban la excelencia en mí	3	2	1	0	0	0
6. En la infancia, me esforzaba mucho para no decepcionar a mis padres y profesores.	3	2	1	0	0	0
7. ¿Estás intentando perder peso actualmente?					Sí	No
8. ¿En alguna ocasión has intentado perder peso?					Sí	No
9. En caso afirmativo, ¿cuántas veces has intentado perder peso?			1-2 veces	3-5 veces	> 5 veces	

SMHAT-1

Herramienta de evaluación de la salud mental deportiva del Comité Olímpico Internacional 1

DESARROLLADA POR EL GRUPO DE TRABAJO DE SALUD MENTAL DEL COI



FORMULARIO DEL ATLETA 3

Detección 7

Por favor, encierra en un círculo la respuesta que mejor describa la forma en que te has sentido y comportado en los últimos 6 meses.

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia te cuesta finalizar los últimos detalles de un proyecto, una vez has terminado las partes que suponen un mayor reto?	0	0	1	1	1
2. ¿Con qué frecuencia te resulta difícil poner orden cuando tienes que llevar a cabo una tarea que requiere organización?	0	0	1	1	1
3. ¿Con qué frecuencia te cuesta acordarte de citas u obligaciones?	0	0	1	1	1
4. Cuando tienes que llevar a cabo una tarea que requiere pensar mucho, ¿con qué frecuencia evitas o retrasas su inicio?	0	0	0	1	1
5. ¿Con qué frecuencia mueves o retuerces las manos o los pies cuando tienes que estar sentado/a durante mucho rato?	0	0	0	1	1
6. ¿Con qué frecuencia te sientes demasiado activo/a y con la necesidad de hacer cosas, como si estuvieras impulsado/a por un motor?	0	0	0	1	1

Detección 8

Por favor, responde a cada pregunta encerrando en un círculo «sí» o «no».

	Sí	No								
1. ¿Has pasado alguna vez por un período de tiempo en el que no te sentías el/la mismo/a de siempre y... ...te sentías tan bien o tan enérgico/a que las personas a tu alrededor te decían que no parecías tú mismo/a o estabas tan hiperactivo/a que te metiste en problemas? ...estabas tan irritable que le gritabas a la gente o te enzarzabas en peleas o discusiones? ...te sentías con mucha más confianza en ti mismo/a de lo habitual? ...dormías mucho menos de lo normal y descubriste que en realidad no necesitabas dormir? ...estabas mucho más hablador/a o hablabas más rápido de lo habitual? ...los pensamientos se te agolpaban en la cabeza o no conseguías calmar la mente? ...te distraías tan fácilmente con las cosas que te rodeaban que te costaba mucho centrarte o mantener la concentración? ...te sentías con mucha más energía de lo habitual? ...estabas mucho más activo/a o hacías muchas más cosas de lo habitual? ...eras mucho más sociable o extrovertido/a de lo habitual y, por ejemplo, llamabas por teléfono a tus amigos en mitad de la noche? ...sentías mucho más deseo sexual de lo habitual? ...hiciste cosas que eran inusuales para ti o que otras personas podrían haber pensado que eran excesivas, insensatas o arriesgadas? ...gastaste mucho dinero y eso acarreó problemas para ti o tu familia?	1	0								
2. Si has marcado Sí en más de una de las anteriores, ¿han coincidido varias de estas situaciones durante el mismo período de tiempo? Por favor marca 1 respuesta solamente.	1	0								
3. ¿Hasta qué punto se vio afectada tu vida con alguna de estas situaciones, por ejemplo, en la habilidad para trabajar; experimentar problemas familiares, económicos o legales; enzarzarte en discusiones o peleas? Por favor marca 1 respuesta solamente.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ningún problema=0</th> <th>Problemas menores=0</th> <th>Problemas moderados=1</th> <th>Problemas graves=1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Ningún problema=0	Problemas menores=0	Problemas moderados=1	Problemas graves=1				
Ningún problema=0	Problemas menores=0	Problemas moderados=1	Problemas graves=1							
4. ¿Alguno de tus parientes consanguíneos (es decir, hijos, hermanos, padres, abuelos, tías, tíos) ha tenido una enfermedad maniaco-depresiva o un trastorno bipolar?	Sí	No								
5. ¿Alguna vez un profesional de la salud te ha dicho que sufres una enfermedad maniaco-depresiva o un trastorno bipolar?	Sí	No								

Detección 9

A veces, las personas viven experiencias en la vida que pueden llegar a ser especial o inusualmente aterradoras, horribles o traumáticas. Por ejemplo, un accidente o incendio grave, una agresión o abuso físico o sexual, un terremoto o una inundación, una guerra, ver a alguien morir o herirse gravemente, o que un ser querido muera a causa de un homicidio o suicidio.

Por favor, responde a cada pregunta encerrando en un círculo «sí» o «no».

¿Has vivido alguna vez un suceso de este tipo?		Sí	No
En caso afirmativo, ¿este suceso ha ocurrido dentro o fuera del ámbito deportivo?	Dentro	Fuera	Ambos

Si nunca has vivido una o más situaciones de este tipo, abandona en este punto la Detección 9 y pasa directamente a la Detección 10. Si has vivido una situación o suceso como estos, encierra en un círculo tu respuesta a las siguientes 5 preguntas.

	Sí	No
En el último mes, ¿has tenido pesadillas sobre el/los suceso/s o has pensado en ello cuando querías evitarlo?	1	0
En el último mes, ¿te has esforzado por no pensar en los sucesos o por evitar situaciones que te los recordaran?	1	0
En el último mes, ¿te has sentido constantemente en guardia, alerta o te has sobresaltado fácilmente?	1	0
En el último mes, ¿te has sentido aturrido/a o desconectado/a de las personas, las actividades o de tu entorno?	1	0
En el último mes, ¿te has sentido culpable o incapaz de dejar de culparte a ti mismo/a o a los demás por el suceso o por cualquier situación que este haya podido generar?	1	0

Detección 10

Por favor, encierra en un círculo la respuesta que mejor describa la forma en que te has sentido en relación con el juego en los últimos 12 meses.

	Nunca	A veces	La mayor parte del tiempo	Casi siempre
1. ¿Has apostado más de lo que realmente podías permitirte perder?	0	1	2	3
2. ¿Has necesitado apostar con mayores cantidades de dinero para obtener la misma sensación de adrenalina?	0	1	2	3
3. Después de jugar, ¿volvías a jugar en otra ocasión para tratar de recuperar el dinero que habías perdido?	0	1	2	3
4. ¿Has pedido dinero prestado o vendido algo para conseguir dinero para jugar?	0	1	2	3
5. ¿Has sentido que podías tener un problema con el juego?	0	1	2	3
6. ¿Te ha causado el juego algún problema de salud, como estrés o ansiedad?	0	1	2	3
7. ¿Las personas de tu entorno han criticado alguna vez tu afición por las apuestas o te han dicho que tienes un problema con el juego, independientemente de si considerabas que fuera cierto?	0	1	2	3
8. ¿El juego te ha causado algún problema financiero a ti o a tu familia?	0	1	2	3
9. ¿Te has sentido alguna vez culpable por la forma en la que juegas o por lo que sucede cuando juegas?	0	1	2	3

Detección 11

Encierra en un círculo la respuesta que mejor represente cómo te sientes.

		Si es VERDADERO: ¿cuánta angustia te generó?			
		Ninguna	Leve	Moderado	Grave
1. He perdido todo interés por las cosas que antes me gustaban.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
2. Muy a menudo siento que hay situaciones que ya he vivido previamente (déjà vu).	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
3. A veces huelo o percibo sabores que otras personas no pueden oler ni percibir	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3

		Nada	Leve	Moderad o	Grave
4. A menudo oigo sonidos inusuales como golpes, chasquidos, silbidos, aplausos o timbrazos.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nada	Leve	Moderad o	Grave
5. A veces, no tengo claro si algo que he vivido ha sido real o imaginario.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nada	Leve	Moderad o	Grave
6. Cuando miro a una persona, o me miro en un espejo, veo cómo el rostro cambia ante mis ojos.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nada	Leve	Moderad o	Grave
7. Me pongo extremadamente nervioso/a cuando conozco a gente por primera vez.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nada	Leve	Moderad o	Grave
8. He visto cosas que otras personas parece que no pueden ver.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nada	Leve	Moderad o	Grave
9. A veces, mis pensamientos son tan fuertes que casi puedo oírlos.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nada	Leve	Moderad o	Grave
10. A veces percibo connotaciones especiales en anuncios, escaparates o en la forma en que suceden las cosas a mi alrededor.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nada	Leve	Moderad o	Grave
11. A veces siento que no tengo el control de mis propias ideas o pensamientos.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nada	Leve	Moderad o	Grave
12. A veces me distraen repentinamente sonidos lejanos de los que normalmente no soy consciente.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nada	Leve	Moderad o	Grave
13. He oído cosas que otras personas no oyen, como voces de personas susurrando o hablando.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nada	Leve	Moderad o	Grave
14. A menudo siento que otras personas tienen algo en mi contra.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nada	Leve	Moderad o	Grave
15. He notado la presencia de una fuerza o persona a mi alrededor, aunque no viera a nadie.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nada	Leve	Moderad o	Grave
16. Siento que partes de mi cuerpo han cambiado, o que hay partes de mi cuerpo que funcionan de manera diferente que antes.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>	0	1	2	3

