

### **ANEXO 3: GUÍA DE ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA**

#### **Caracterización de la paciente:**

Edad, estado civil, nivel académico, estrato socioeconómico, inmigrante/desplazada

#### **Antecedentes personales:**

Antecedente personal de HTA, DM, asma o enfermedades cardiacas

Antecedente personal de depresión u otra enfermedad psiquiátrica diagnosticada por un médico

¿Ha usado frecuentemente medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina, bloqueantes de histamina, medicamentos hormonales, antihipertensivos en los últimos 10 años?

¿En los últimos 5 años ha consumido THC, cocaína, licos, cigarrillo, pasta de base de coca, heroína?

¿Tiene antecedente familiar de alguna enfermedad psiquiátrica?

Número de embarazos previos, número de partos previos, semanas de gestación en el momento del parto

¿Durante el embarazo actual presentó: preeclampsia, RCIU, anomalías fetales, parto emergente, desgarro vaginal, episiotomía?

¿Está lactando actualmente?

¿Su bebé tuvo requerimiento de hospitalización?

Vía de parto

Antecedente personal de abuso en la infancia, violencia intrafamiliar actualmente o durante el embarazo

¿Siente que apoyo por parte de su pareja? ¿Cuánto tiempo lleva de relación sentimental?

#### **Evaluación de depresión**

En las últimas dos semanas ¿Se ha sentido con el ánimo decaído, sensación de tristeza?, ¿Ha sentido que no encuentra sentido a las cosas que hace, o como si ya no le provocara hacer nada de lo que antes disfrutara?

En caso de tener alguna de las anteriores dos respuestas positivas, se procede a evaluar: Pérdida de peso clínicamente significativa o aumento o disminución en el apetito, insomnio o hipersomnias, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos

de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

**Evaluación de disfunción sexual:**

¿Ya retomó actividades sexuales?

¿Se encuentra usted interesada en la actividad sexual?

¿Piensa que se ha mantenido igual la producción de fantasías sexuales?

¿Ha sentido que está menos receptiva a los intentos de inicio de actividades sexuales?

¿Siente que en la mayoría de los encuentros sexuales, la excitación está ausente o se ha reducido?

¿Ha presentado sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones?

Se evaluará si ha tenido retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmos; disminución de la intensidad del orgasmo, ¿Esto la hace sentir mal?

Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración

Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes:

1. Penetración vaginal durante las relaciones.
2. Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración.
3. Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.
4. Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.

En caso de determinar alteración en algún dominio de la sexualidad, preguntar si esto le causa alguna molestia en su vida personal o en su relación de pareja para determinar los criterios diagnósticos según el DSM 5