

11266

1
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

Tesina para obtener el titulo de especialidad en Psiquiatria General

"DIAGNOSTICOS PSICOPATOLOGICOS EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS".

Alumna: Ma. Del Carmen Chim Keb



[Handwritten signature]

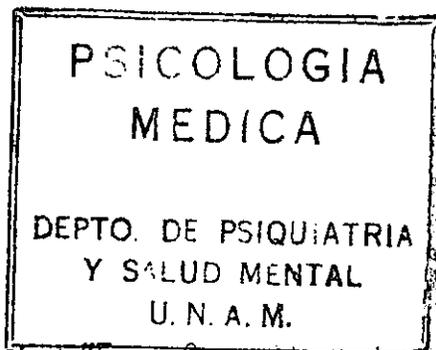
Tutor de tesina: Dra. Rosa L. Diaz M.

Asesor metodológico: Ing. José Cortés.

Asesor por área:

Mtra. Psic. Ma. Luisa Rascon G.

[Handwritten initials]



270465

[Handwritten signature]

Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino de Alvarez"

Febrero 1997.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PAGINACION

DISCONTINUA

INDICE

<i>Agradecimientos</i>	1
<i>Introducción</i>	2
<i>Antecedentes</i>	4
<i>Justificación</i>	11
<i>Objetivos</i>	12
<i>Metodología</i>	13
<i>Resultados</i>	15
<i>Discusión</i>	16
<i>Conclusiones</i>	18
<i>Recomendaciones</i>	18
<i>Bibliografía</i>	19
<i>Tablas</i>	21
<i>Anexo 1</i>	23
<i>Anexo 2</i>	24

Agradecimientos:

A los asesores: Gracias, en especial a la Dra. Rosa Díaz por el apoyo y la paciencia.

*A Toño: ... Soy un pequeño luiso pero...Creo que mereces más.
Gracias por el apoyo.*

A mi: ...Calma, calma.

"La libertad del hombre no es como la de los pájaros, no se satisface en el vaivén de una rama, sino en la tranquilidad de su consciencia".

Introducción:

La psicopatología como base de la psiquiatría es fundamentalmente descriptiva, esta característica históricamente se ha relacionado con el método fenomenológico. Jaspers estableció como tarea cardinal de la fenomenología en psiquiatría la de describir, no explicar, tan claramente como sea posible, las variadas condiciones psicológicas experimentadas por el individuo, sin pretender de modo alguno la exactitud y precisión proclamadas por las ciencias exactas.

La enfermedad mental es el resultado de múltiples factores, la psicopatología está enfocada a esclarecer, ordenar y en general formar de la expresión patológica de las alteraciones mentales; como refiere Karl Jaspers (1962); "un acontecer psíquico patológico percibiendo al hombre totalmente en su enfermedad, en tanto la enfermedad es psíquica y es psíquicamente condicionada."

Entre los factores que influyen en la evolución de la enfermedad mental encontramos como determinante el ambiente que rodea al paciente, ya que se ha demostrado que está en relación directa con el comportamiento de la enfermedad, la remisión y las recaídas. El ambiente en primer término es la familia del enfermo, por lo que la dinámica familiar y básicamente el familiar directamente a cargo del paciente y en estrecha convivencia con el mismo tiene una influencia directa sobre el comportamiento de este y de su enfermedad; esta influencia se da en dos direcciones, la enfermedad psiquiátrica tiene influencia sobre la dinámica familiar, sobre todo cuando se han atravesado períodos agudos de la enfermedad y la estructura familiar no es muy adecuada.

En investigaciones previas al respecto se ha encontrado una significativa influencia del medio ambiente familiar, independientemente del tipo de enfermedad mental presentada, ésta también tiene un impacto importante en los diferentes miembros de la familia; la enfermedad mental algunas veces es vivenciada como una pérdida que conlleva un proceso de reajuste continuo en donde son confrontados los miembros de la familia; la actitud de la familia hacia el paciente psiquiátrico actualmente puede ser medida por la emoción expresada y diversas escalas validadas ya, así también pueden valorarse los riesgos de morbilidad para enfermedades psiquiátricas en familiares de pacientes y en convivencia estrecha

con los mismos.

Por todo lo descrito anteriormente resulta relevante el poder hasta ciertos límites prever estas situaciones o por lo menos disminuir -- los riesgos de morbilidad al respecto, una valoración pertinente del familiar además del paciente en tratamiento harían mejores las expectativas en relación a la evolución del padecimiento psiquiátrico.

En el presente estudio se establece la asociación de los trastornos psiquiátricos en familiares de pacientes con enfermedad mental en -- tratamiento, se determina la frecuencia y el tipo de diagnósticos encontrados. En este caso se reportó que el 54 % de los 24 familiares fueron hallados con diagnóstico, el 92 % de éstos fueron Trastornos afectivos seguido de trastornos de ansiedad con un 39 %, cabe mencionar que el -- 46 % presentaron mas de un diagnóstico. Estos datos se obtuvieron aplicando la escala SBAS de actitudes familiares hacia la enfermedad mental y el CIDI que organiza signos y síntomas en diagnósticos psicopatológicos, con los resultados expuestos podemos observar que mas del 50 % de los familiares presenta al menos un diagnóstico psiquiátrico, es importante mencionar que el 100 % de los familiares asocia los problemas pre -- sentados con la presencia del padecimiento psiquiátrico de su paciente, esta situación condiciona en muchos casos el ambiente hostil en la dinámica familiar, siendo el paciente en muchas ocasiones el receptor de toda esa hostilidad agravando más su situación y ésta a su vez la dinámica familiar haciendo de esta situación un círculo vicioso.

Tomando en cuenta todo lo planteado podemos concluir lo importante que resulta una valoración conjunta de familiar y paciente para prever en lo posible la continuación de situaciones como las descritas así como principalmente para integrar mejor el manejo de los pacientes psi -- quiátricos y de esta forma mejorar las expectativas en el comportamiento del padecimiento psiquiátrico.

Antecedentes:

La psicopatología tiene por objeto el estudio de la patología de la "vida de relación" a nivel de la integración que asegura la autonomía y adaptación del hombre a las condiciones de su existencia. La psiquiatría en general postula una diferencia entre lo normal y lo patológico, considerando al hombre, no solo en el plano de su humanidad sino también en el plano de su vitalidad; Mayer-Gross (1969) la describe como rama de la medicina en la cual los fenómenos psicológicos son importantes como causas, signos o como agentes curativos. La psicopatología clínica nos permite visualizar que el hombre-masa exhibe una multitud de patologías que van desde las funciones intelectuales de bajo nivel hasta las múltiples formas de neurosis.

La psicopatología es por tanto, una ciencia fundamentalmente descriptiva. Históricamente esta característica ha sido asociada con el método fenomenológico (Caso 1989). Al inicio del presente siglo Husserl (1913) introdujo el concepto de que la psicopatología, o el estudio de los eventos psicológicos subjetivos, era la ciencia que precedía y subyacía a todas las demás. Dilthey (1956) señaló la necesidad en psicología, de comprender al individuo en su totalidad y contrastó esta noción con el método explicativo y analítico de las ciencias naturales; más tarde Karl Jaspers (1962) estableció la tarea cardinal de fenomenología en psiquiatría, la de describir (no explicar) tan claramente como sea posible, las variadas condiciones psicológicas experimentadas por el paciente, sin pretender de modo alguno la exactitud y precisión proclamadas por las ciencias físicas y naturales.

Existe un gran número de teorías acerca de la génesis de los padecimientos mentales, entre ellos se encuentran: La organomecanicista (Jaspers 1962), que considera la enfermedad mental como mosaico de síntomas producidos mecánicamente en los centros cerebrales; las teorías psicodinámicas, que consideran a la enfermedad mental como manifestaciones simbólicas del inconsciente patógeno, como refiere Lacan (1971): "La represión de los traumatismos psíquicos infantiles y las funciones libidinales tienen significancia a nivel simbólico". La teoría psicopatogénica considera a las enfermedades mentales como el efecto de causas "mo

nales" o reacciones a situaciones desgraciadas o difíciles, sin embargo, ninguna teoría ha logrado en su totalidad la enfermedad mental, por tanto, tomaremos ésta como resultado de múltiples factores, que es en donde probablemente podrían converger algunas de las teorías mencionadas, enfatizando en este caso que la psicopatología se enfoca más a esclarecer, ordenar y en general a formar un todo de la expresión patológica de las alteraciones mentales. Jaspers señala: "El acontecer psíquico patológico, la totalidad del hombre en su enfermedad, en tanto que la enfermedad es psíquica y está psíquicamente condicionada". La psiquiatría entonces, finca sus bases en la psicopatología: "La idea del todo a través del ordenamiento metodológico como principio de estructuración." (Jaspers 1969).

El medio ambiente el cual rodea al enfermo es un factor determinante que está relacionado directamente con el comportamiento de su padecimiento, la remisión, las recaídas etc. El ambiente en el que se desenvuelven los pacientes es en primer término la familia, por lo que la dinámica familiar y básicamente del familiar a cargo del paciente y en estrecha convivencia con el mismo, tienen una influencia directa sobre el comportamiento de la enfermedad, pero esta influencia se da en dos direcciones; la enfermedad psiquiátrica tiene también influencia en la dinámica familiar, sobre todo cuando se han atravesado períodos agudos de la enfermedad y la estructura familiar no es adecuada. (Vaughn 1986).

En el caso de la depresión mayor se ha observado que es significativamente influenciada por el medio ambiente familiar del paciente deprimido. En un estudio realizado en E.U (Keitner 1995), se investigó como el funcionamiento de la familia se relaciona con la enfermedad mental, se examinaron los cambios en el funcionamiento familiar en el curso de un año de la depresión mayor; se estudiaron 45 familiares de pacientes hospitalizados y se les hizo un seguimiento 6 y 12 meses después, encontrándose aproximadamente que el 50 % de las familias con un miembro depresivo percibió su propio funcionamiento familiar como enfermo; los médicos calificaron al 70 % de los familiares como enfermos; pero se observó también que el funcionamiento mejoró significativamente durante la hospitalización de su paciente y a través de los siguientes 12 meses, la mejoría no fue uniforme en todas las áreas de funcionamien

to; los pacientes con buen funcionamiento familiar mantuvieron su com. = pontamiento sano luego de la hospitalización y fueron mas propensos a = recuperarse en los siguientes 12 meses, no así los pacientes con pobre funcionamiento familiar. Esto demuestra la clara asociación entre el -- funcionamiento familiar y la recuperación del paciente, los diferentes aspectos de la vida familiar responden de manera diferente a la enferme = dad depresiva, no se observó ningún aspecto específico relacionado en = forma exclusiva con la evolución del padecimiento (Kleitner 1995).

La enfermedad mental tiene un impacto importante en los di = ferentes miembros de la familia, algunas veces es vivenciada como una = pérdida, confronta a los miembros de la familia, conlleva a un proceso de ajuste que no siempre ocurre en su totalidad, o bien, no ocurre de ma = nera apropiada, existen cinco patrones de funcionamiento familiar de -- los que derivan las probables respuesta o ajustes observados, los cua = se describen a continuación.

En un estudio realizado en Australia (Kissane 1996), se describió la intensidad de respuesta a una pérdida, la morbilidad psicosocial y = los patrones de contención en miembros de la familia de acuerdo a una = clasificación previa de las mismas, que comprenden las clases: Apoyado = ras, resolvedoras de conflictos, intermediadoras, sombrías y hostiles, se estudió la respuesta de 105 familias, observándose que las familias clasificadas como sombrías mostraron una respuesta mas intensa y una = morbilidad psicosocial mas severa; las familias con buen funcionamiento como lo son las clasificadas como apoyadoras y resolvedoras de conflic = tos, resolvieron mejor el duelo y se ajustaron más adaptativamente que sus contrapartes disfuncionales como lo son las clasificadas como inter = mediarias, sombrías y hostiles; las familias con buen funcionamiento se dieron contención adecuada, se concluyó que las familias en riesgo son identificables y se pueden tratar preventivamente en relación a la mor = bilidad.

La actitud familiar hacia el paciente actualmente puede ser medida a través de la emoción expresada (EE) (Thaken 1993), esta es una medi = ción de actitudes críticas y sobreinvolucradas emocionalmente por parte de los miembros de la familia hacia un paciente enfermo mental y ha si = do tomada frecuentemente como un predictor de la evolución del padeci =

miento psiquiátrico, se ha observado que los pacientes con familiares -- que tienen elevada la emoción expresada han sido encontradas con tasas -- mas elevadas de recaídas en amplio número de estudios. A este respecto -- se realizó un estudio con un grupo de pacientes esquizofrénicos y sus fa -- miliares en E.U (Thaker 1993), teniendo como objetivos examinar y clari -- ficar tres preguntas:

-Cómo perciben los pacientes esquizofrénicos las actitudes de los miem -- bros de sus familias medidas con EE ?

-Están ciertos atributos de los pacientes esquizofrénicos asociados a -- sus percepciones de los miembros de su familia ?

-Cuál es el mejor predictor de la evolución del padecimiento, la EE o -- las percepciones de los pacientes acerca de las actitudes de los miem -- bros de su familia ?

Se utilizó una entrevista especialmente diseñada para la percepción de las actitudes de los familiares hacia sus pacientes; la EE de los -- miembros de la familia fue evaluado con la muestra de habla de 5 minutos (FMSS-EE). Se concluyó que las percepciones de los pacientes acerca de -- la crítica fueron congruentes con un componente del FMSS que mide críti -- ca, los resultados indican que cuando los miembros de la familia tienen elevadas calificaciones de EE/Crítica, los pacientes los perciben mos -- trando más momentos de comportamiento crítico. Todos los casos en los -- cuales las percepciones de críticas de los pacientes fueron incongruen -- tes con las mediciones de FMSS ocurrieron en minorías étnicas.

El FMSS/EE no predice evolución en el estudio descrito, los pacien -- tes que percibieron a sus parientes como más elevados en críticas, te -- nian evoluciones mas negativas al año.

Por todo lo observado y planteado en esta revisión y en la literatu -- ra, resulta entendible la influencia de la familia en el comportamiento de la enfermedad psiquiátrica, pero también es importante la morbilidad familiar o el riesgo de la misma secundaria a la convivencia estrecha y continua con pacientes psiquiátricos.

A continuación se describe un estudio acerca de los riesgo de morbi -- lidad para enfermedades psiquiátricas en familiares de probandos con -- transtornos de personalidad del espectrum de esquizofrenia (Thaker 1993) Se estudiaron pacientes que presentaron 3 o 4 criterios del DSM 111R pa --

na trastorno de personalidad Esquizoide, Esquizotípico y Paranoide; se recolectó información de la historia familiar encontrándose que los riesgos para esquizofrenia, otras psicosis funcionales y trastornos de personalidad del tipo esquizofrenia fueron significativamente mas altos en los parientes de sujetos con trastorno de personalidad del espectrum de esquizofrenia en comparación con las familias del grupo control. La significancia de la tasa elevada de psicosis funcionales no específicas no es clara. El uso del método de estudio familiar y sus resultados no descartan la posibilidad de que los trastornos de personalidad del espectrum de esquizofrenia esten relacionadas a psicosis en general mas que específicamente a esquizofrenias (Thaker 1993).

Se han realizado estudios también en relación a las características demográficas, historia familiar en el comportamiento premórbido de los pacientes con trastornos del humor y su deterioro (Vocisano 1996), fueron estudiados 29 pacientes y sus familiares en comparación con 27 pacientes con esquizofrenia y sus familiares. No se reportaron diferencias significativas en relación a variables demográficas como raza, educación, estatus socioeconómicos, únicamente que en mayor proporción los pacientes con esquizofrenia eran solteros y con menor estatus socioeconómico, en relación a la historia familiar, una proporción significativamente mayor de pacientes con trastorno afectivo no deteriorado más que pacientes con deterioro tuvieron reporte de familia con historia de enfermedades mentales y trastornos del humor, no se reportaron diferencias significativas en relación con el grupo de pacientes con esquizofrenia. Un número mayor de pacientes con trastorno afectivo deteriorado en relación a los no deteriorados presentaron problemas relacionados con el nacimiento, como bajo peso al nacer, prematuridad y presentación pélvica.

En cuanto al ajuste premórbido de los pacientes con trastorno del humor, las pruebas de seguimiento indicaron que las diferencias significativas entre pacientes con deterioro y no deteriorados surgieron en la adolescencia y que los pacientes con trastorno afectivo deteriorado muestran pobre funcionamiento desde la infancia.

Hemos observado lo determinante de la dinámica familiar en el comportamiento de la enfermedad mental en poblaciones no hispanas, sin embargo en estudios hechos en población mexicana se observan resultados -

similares.

Se estudió la relación de pacientes con sintomatología depresiva y la presencia de ideación suicida con sus progenitores y sus recursos de apoyo (Gonzalez-Forteza Mex. 1995). En este estudio se correlaciona afecto, comunicación y control de ambos padres con el apoyo de amigos o de nadie, se identifica la relación de lo anterior con la sintomatología depresiva y la ideación suicida de los adolescentes de la ciudad de México encontrándose que en ambos sexos las dimensiones de afecto, comunicación y control del padre se interrelacionaron con el de la madre; para buscar ayuda, consejos y consuelo, la preferencia por los amigos o por nadie, estuvo en relación inversa por la preferencia del apoyo familiar. En los varones la preferencia por el apoyo familiar se relacionó con el afecto del padre y con el afecto, comunicación y control de la madre; mientras que en las mujeres, además de lo mencionado también fue significativa la comunicación con el padre. La comunicación con la madre y el apoyo familiar se correlacionan negativamente con el malestar emocional, en tanto que ningún apoyo, se correlacionó positivamente.

Otro estudio reportado en población mexicana relaciona la estructura y la dinámica familiar con el paciente esquizofrénico (Biagini 1994). Se plantean los antecedentes de las actuales posturas referidas a la influencia de la estructura familiar y la dinámica en la aparición y posterior curso de la esquizofrenia, se revisan conceptos como doble vínculo comunicación desviada, pseudomutualidad y morfoestasis forzada. Se plantean las actuales postulaciones sobre terapia familiar cuando existe un miembro esquizofrénico, señalándose que actualmente la intervención familiar es concreta y práctica, la educación sobre esquizofrenia se hace de una manera deliberada, y aparentemente los mejores resultados se obtienen en el curso del primer año después del brote inicial.

El desarrollo conceptual relativo a las emociones expresadas también es analizada y parece ser una de las líneas teóricas más promisorias de la investigación actual sin dejar de considerar aquellas investigaciones sobre comunicación familiar que han continuado evaluando la influencia de esta variable en el desarrollo y posterior curso de la enfermedad.

Como hemos visto, la familia resulta ser el elemento básico para evaluar y prevenir las enfermedades mentales; la familia viene a ser el

único agente de cuidado comunitario en este tipo de enfermedades; juega un papel determinante en lo referente al manejo de pacientes psiquiátricos, sobre todo en países en vías de desarrollo como lo es México, por la importancia del papel central de la familia resulta importante determinar los riesgos de su morbilidad en relación a la convivencia estrecha y continua con pacientes psiquiátricos, por lo que en este estudio se investiga de forma transversal los diagnósticos encontrados en familiares con mayor apego a sus pacientes.

Justificación:

La aparición de un padecimiento psiquiátrico está condicionado por varios factores, sin embargo, el comportamiento del padecimiento está en relación directa con el ambiente inmediato que rodea al paciente, sin olvidar claro está, el buen control medicamentoso; al mencionar medio ambiente nos referimos básicamente a la familia y la dinámica de ésta. En estudios previos se ha observado, que en relación a los padecimientos afectivos, un 70 % de las familias de los pacientes son enfermas; en relación a la dinámica familiar encontramos que en general al evaluar en forma aleatoria a familiares de pacientes con padecimiento psiquiátrico, más del 50 % resultan con una dinámica de pobre funcionamiento o bien caótica.

Se ha descrito también cómo la enfermedad psiquiátrica tiene un importante impacto en los diferentes miembros de la familia, conlleva un proceso de ajuste y confrontaciones continuas que no siempre ocurren en forma apropiada.

Esta influencia en la dinámica familiar en el padecimiento psiquiátrico es bidireccional, por lo que resulta importante saber acerca de esta asociación en relación con los riesgos de morbilidad para los familiares más cercanos a este tipo de pacientes; actualmente los familiares en riesgo son identificables y pueden ser tratados preventivamente con el fin de tener un campo más amplio de acción y control sobre el comportamiento de la enfermedad psiquiátrica. Como se expone en capítulos anteriores, la aplicación de las escalas adecuadas pueden mostrarnos en forma clara tanto la actitud familiar hacia el paciente, como la presencia de signos y síntomas psiquiátricos de los familiares que son factibles de manejar en forma preventiva o curativa, por lo que en la presente investigación se plantea la siguiente pregunta:

Cuál es la frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en familiares de pacientes con enfermedad psiquiátrica en estrecha convivencia con los mismos ?.

Objetivos:

General:

Establecer la asociación de trastornos psiquiátricos en familiares de pacientes psiquiátricos en tratamiento.

Específicos:

1.-Establecer la frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en familiares de pacientes con padecimiento mental que estén en estrecha relación con los mismos.

2.-Determinar la frecuencia de diagnósticos psiquiátricos entre los pacientes cuyos familiares fueron estudiados.

3.-Determinar el tipo de diagnósticos encontrados en familiares de estos pacientes.

4.-Relacionar el tiempo de evolución del padecimiento psiquiátrico del paciente con el número de diagnósticos encontrados en los familiares

5.-Evaluar la relación entre los grupos de diagnósticos tanto de pacientes como los de familiares.

Metodología:

Este estudio es de tipo descriptivo de corte transversal.

Muestra:

Se seleccionó una muestra de 24 familiares, invitando a 2 grupos de familiares de la terapia psicoeducativa del primer nivel de Hospital parcial del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino de Alvarez" del D.F, cada grupo constaba de 12 familiares (1 familiar por paciente), sin importar el diagnóstico de su paciente.

Criterios de inclusión:

- Se estudió un familiar por paciente, el que estuviera en estrecha relación de convivencia con el mismo.
- que el paciente del familiar estudiado haya tenido por lo menos un periodo de internamiento previo en Hosp. Psiquiátrico.
- que el familiar no haya recibido previamente apoyo psicológico o psiquiátrico.
- que el familiar se incluya en el estudio en forma voluntaria previa información al respecto.

Criterios de exclusión:

que no se cumpla alguno de los criterios de inclusión.

Instrumentos:

Se aplicaron las escalas de Valoración de la Conducta Social (SBAS) y la escala CIDI (Composite International Diagnostic Interview).

Escala SBAS: Es una entrevista estandarizada, semiestructurada, que involucra al paciente y su familiar más cercano, evalúa las áreas de ejecución social del paciente, efectos adversos sobre éstos, eventos concurrentes y apoyo del informante; permite obtener datos de diferentes áreas de interacción del paciente con su familiar y de la manera en que la familia percibe la conducta del paciente. Esta escala fue validada en 1988 por el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

De esta escala se aplicó únicamente la sección de efectos adversos de la enfermedad psiquiátrica (el paciente) sobre el informante: sección A -- completa y sección D hasta D18.

Escala CIDI: Es una entrevista diagnóstica totalmente estructurada para la evaluación de los trastornos mentales, de acuerdo a las definiciones y los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, ICD 10 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asocia --

Asociación Americana de Psiquiatría (DSM 111 R). Esta escala ha sido utilizada primordialmente para estudios epidemiológicos de los trastornos mentales, pero también puede ser utilizado con otros propósitos clínicos y de investigación. El CIDI comienza a estructurarse en 1980, ya en 1987 se llevan a cabo estudios de validación, así como pruebas de los algoritmos diagnósticos.

El CIDI resulta de la asociación de dos instrumentos usados en investigación epidemiológica como son, el NIMD-DIS y el PSE 9; la primera es una entrevista diagnóstica altamente estructurada que proporciona por medio de algoritmos computarizados los diagnósticos, la segunda (PSE) es una entrevista estructurada para la obtención y registro de experiencias subjetivas anormales descritas por pacientes que presentan trastornos neuróticos y psicóticos.

Procedimiento:

Durante 3 semanas se aplicaron las 2 escalas mencionadas a los 24 familiares en dos diferentes citas por familiar, ambas escalas fueron aplicadas por un mismo entrevistador previamente capacitado para la aplicación de dichas escalas.

Los datos obtenidos con el CIDI fueron organizados en un programa computarizado, del cual se obtuvieron los diagnósticos encontrados por el DSM 111R y el CIE 10, posteriormente los datos positivos fueron descritos junto con las respuestas obtenidas a través de la escala SBAS exponiendo las probables relaciones encontradas y su significancia clínica.

Resultados:

El cuadro 1 presenta los datos demográficos reportados por la escala SBAS, observamos que se trata de una población mexicana con un promedio de edad de 43 años, en el 80 % empleados con secundaria completa de escolaridad, el 58 % actualmente viviendo en pareja, el porcentaje restante son solteros o separados.

En el cuadro 2 encontramos el número de diagnóstico por familiar, podemos apreciar que el 53.84 % de los familiares se reportaron con un sólo diagnóstico, el 23.08 % con dos diagnósticos y otro porcentaje igual con más de 2 diagnósticos. De los 24 familiares estudiados el 54 % fueron reportados con al menos 1 diagnóstico psiquiátrico o sea 13 de los 24 familiares reportaron diagnóstico; en relación a los diagnósticos más frecuentes (Cuadro 3), el 92 % de los familiares presentaron algún transtorno afectivo, el 39 % presentaron algún diagnóstico relacionado con transtornos de ansiedad, el .8 % reportaron algún tipo de adicción y un porcentaje similar reportó Transtornos orgánicos.

El cuadro 4 nos muestra la relación de diagnósticos más frecuentes de los pacientes cuyos familiares fueron estudiados, junto a la frecuencia de diagnósticos en los pacientes de los familiares reportados con diagnóstico, encontramos una mayor frecuencia por amplio margen de las Esquizofrenias.

Las actitudes de los familiares hacia el paciente fueron evaluadas (Cuadro 5) encontrándose la presencia de problemas emocionales en el 87.5 %, y en el 72 % estos problemas fueron referidos por el familiar como relacionados con su paciente, solo el 29 % de los familiares refirieron cambios evidentes en la vida social y en todos los casos lo asociaban con sus pacientes. El 66.6 % reportó no tener descanso ni tiempo libre, el 58 % relacionó esta falta de descanso con las recaídas de sus pacientes; El 92 % reportó deterioro económico pero solo el 76 % lo relacionó con los gastos generados por el paciente, el 75 % reportó aumento de las fricciones familiares y el 72 por ciento lo relacionó con el padecimiento psiquiátrico de su paciente.

Discusión:

La población estudiada pertenece casi en su totalidad al nivel socioeconómico medio-bajo en donde predominan los trastornos de afecto y de ansiedad que bien pudieramos relacionarlo con la forma particular de la familia de vivenciar la enfermedad psiquiátrica de su paciente, esto lo podemos observar en las actitudes reportadas por el SBAS en la cual el familiar relaciona o no diversas situaciones con su paciente, como pueden ser los problemas emocionales, cambios en la vida social, deterioro económico y aumento de fricciones en la vida familiar; estas situaciones reportadas, al menos en el 60 % según refieren los familiares están asociados con la convivencia con su paciente psiquiátrico, es de esperarse que si los familiares viven estos cambios prácticamente relacionando los cambios desfavorables en su vida con el padecimiento psiquiátrico de su paciente, se podría esperar una actitud hostil hacia los mismos de manera consciente o inconsciente y a su vez esto condiciona en cierta medida una evolución menos favorable de su paciente, volviendo esta situación en un círculo vicioso. Los diagnósticos encontrados con mayor frecuencia fueron los trastornos afectivos y ansiosos los cuales según refirieron los familiares tienen un tiempo similar de evolución del inicio del padecimiento en sus pacientes, presentando exacerbaciones relacionados con los períodos de recaídas de sus pacientes. En relación al número de diagnósticos reportados por familiar cabe mencionar que en su mayoría reportaron disfunción familiar aún antes del inicio del padecimiento de su paciente y únicamente se agregaron otros diagnósticos posterior a este evento, el número de diagnósticos encontrados pudiera relacionarse también a la cronicidad del padecimiento del paciente como en el caso de las Esquizofrenias que presentaron mayor margen de frecuencia.

Como se refiere en la literatura resulta clara la asociación de las actitudes familiares y el comportamiento del padecimiento psiquiátrico, además de que también existe una evidente influencia de la enfermedad mental en la dinámica familiar, de ahí la importancia de valorar los riesgos de morbilidad para enfermedades psiquiátricas en familiares de pacientes con el fin de prevenir este tipo de situaciones y poder brindar un mejor manejo integral al paciente comprometiendo de manera más

consciente e informada al familiar en el manejo de la problemática de te
ner un paciente psiquiátrico en casa.

Conclusiones:

La relación bidireccional del paciente psiquiátrico y su familia - es factible de ser modificada, el presente estudio demostró que en la - mayor parte de los familiares los diagnósticos presentados con mayor -- frecuencia, casi en su totalidad están relacionados con la actitud fami- liar hacia el paciente y a la vez a la respuesta de este; actualmente - esta relación es factible de ser modificada, previendo los riesgos de -- morbilidad para trastornos psiquiátricos en familiares es posible in-- tentar la modificación del ambiente familiar para el paciente, lo que - traería mejores expectativas en el comportamiento de su padecimiento y en consecuencia un mejor manejo integral del paciente y su familiar más cercano, mejoraría en mucho dicha interrelación y se esperaría una di- minución en cuanto a los riesgos de morbilidad para los familiares de - este tipo de pacientes. Podemos entonces concluir que:

- La convivencia estrecha y continua con pacientes psiquiátricos aumenta los riesgos de morbilidad para enfermedad psiquiátrica en familiares de este tipo de pacientes.
- La influencia de la enfermedad psiquiátrica en la dinámica familiar es en ambas direcciones.
- La morbilidad familiar para enfermedades psiquiátricas puede ser eva- luada y manejada o prevenida.
- El manejo del paciente junto con el familiar a cargo tiene una influen- cia positiva en el comportamiento del padecimiento psiquiátrico.

Recomendaciones:

Como hemos expuesto, la valoración conjunta familiar-paciente nos permite visualizar mejor la problemática del paciente dentro del contex- to de su vida, por lo tanto el manejo integral basado en las valoracio- nes previas y continuas tanto del familiar como del paciente permitiría un manejo más completo y una mejor evolución del padecimiento.

Bibliografía:

- 1.-Caso Muñoz A., *Fundamentos de psiquiatría*, Edit. Noriega, Mex. 1989
- 2.-Alarcón V., *Psiquiatría*, Edit. Panamericana, Buenos Aires 1986
- 3.-Kaplan H., *Compendio de psiquiatría 2a edición*, Edit. Salvat 1994
- 4.-Pichot P. López-Ibor A., *Manu l Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)*, Edit. Masson, Barcelona 1994.
- 5.-OIS., *Classification of Mental and Behavioural Disorders*, Edit. Forma, Madrid 1992.
- 6.-Vocisano C., Klein D., Keefe R. "Deographics, Family history, Premorbid functioning, Developmental characteristics, and course of patients -- with deteriorated affective disorder"., *Am J Psychiatry* 153:2, february 1996, 248-255.
- 7.-Blair C., Freeman C., "The families of anorexia nervosa and cystic fi -- brosis patients"., *Psychological Medicine*, 1995, 25, 985-993.
- 8.-Kissane D., Bloch S. "The Melbourne family grief study, 11: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families". *Am J Psychiatry* 153:5 May - 1996, 659-666.
- 9.-Keitner G., Ryan C. "Role of the family in recovery and major depre -- ssion". *Am J Psychiatry* 152:7 July 1995, 1002-1008.
- 10.-Tompson M., Goldstein M. "Schizophrenic perceptions of their relatives attitudes"., *Psychiatry Research* 57, 1995, 155-167.
- 11.-Otsuka T., Nakane Y. "Symptoms and social adjustment of schizophrenic patients as evaluated by family members ". *Acta Psychiatrica Scandina vica*, 1994:89, 111-116.
- 12.-Thaker G., Adami H., "Psychiatr c illnesses in families of subjects with schizophrenia-spectrum personality disorder: High morbidity risks unes -- pecified functional psychoses and schizophrenia". *Am J Psychiatry* 150: 1 Jan 1993, 66-71.
- 13.-Leff J. Vaughn C., "Schizophrenia and family life". *Psychology today* -- 1976, 13-18.

- 14.-Moline R. Singh S. "Family expressed emotion and relapse in schizo -- phrenia in 24 urban american patients". *Am J Psychiatry* 142, 1078-1081
- 15.-Jenkins J., Karno M. "The meaning of expressed emotion: Theoretical -- issues raised by cross-cultural research". *Am J Psychiatry* 149, 9-12.
- 16.-Leff J., Vaugh C. "Expressed emotion in families: Its significance for -- mental illness". Guilford Press, N.Y. 1986.
- 17.-Scott R. Alwyn S. "Patient-parent relationships and the course and out -- come of schizophrenia". *Br J Med. Psychol.* 51, 573-581, 1982.
- 18.-Vaugh C., Leff J. "The influence of family and social factors on the -- course of psychiatric illness". *Br. J Psychiatry* 129, 125-137, 1976.
- 19.-OMS, The Composite International Diagnostic Interview (CIDI), 1989, -- adaptación García A. 1990.
- 20.-Otero B. Rascón M., "Confiabilidad de la escala de valoración de la con -- ducta social (SBAS). *Salud Mental* V. 11 No.1 Marzo 1988, 8-12.
- 21.-Katz M., Lyerly S., "Methods for measuring adjustment and social behavio -- ral in the community"., *Psychol. Rep.* 331-335. 1988.
- 22.-Gift T. Cole R. "Hostility measure for use in family context"., *Psy -- chiatry Res* 15; 205-210, 1985.
- 23.-Mitzi L., Liberman R. "Expressed emotion: A call for partnership among -- relatives patients and professionals". *Schizophr Bull* 13: 227-235, 1987
- 24.-Vaugh C., Leff J. "Patter of emotional response in relatives of schizo -- phrenic patients". *Schizophr Bull* 7: 43-44, 1981.
- 25.-Ohta Y. Nakane Y. "Feature of schizophrenic patients and patients -- with depression as observed by family members: Symptoms, social activi -- ties and social performance". *Jpn J Psychiatr Neurol.* 43, 29-36, 1989.
- 26.-Biagini M., "Estructura y dinámica familiar y su relación con el pacien -- te esquizofrénico: Antecedentes y tendencias actuales". *Salud mental - V.17 No.4* 12-17, liex. 1994.
- 27.-Gonzalez C. Andrade P. "La relación de los hijos con sus progenitores -- y sus recursos de apoyo: Correlación de la sintomatología depresiva y -- la ideación suicida en adolescentes". *Salud mental.* V. 18 No.4, 1995.

Tablas:

Cuadro 1. Datos demográficos de los familiares entrevistados expresados en porcentajes.

N:24

Edad Promedio: 43 años
Nacionalidad: Mexicana 100 %
Sexo: Masculino 25 %, Femenino 75 %
Escolaridad: Promedio secundaria completa
Ocupación: Empleados 80 %
Estado civil: Viven con pareja 58 %
Parejas separadas actualmente 13 %
Solteros 29 %

Fuente: Escala CIDI y SBAS

Cuadro 2. Número de diagnósticos por familiar expresados en porcentaje.

N:13

Familiares con 1 solo diagnóstico	53.84 %
Familiares con 2 diagnósticos	23.08 %
Familiares con mas de 2 diagnósticos	23.08 %

Fuente: Escala CIDI

Cuadro 3. Frecuencia de diagnósticos encontrados en los familiares.

N:13

Transtornos afectivos	92 %
Transtornos de ansiedad	39 %
Adicciones	.8 %
Transtornos orgánicos	.8 %

Fuente: Escala CIDI

Cuadro 4. Diagnósticos de pacientes de los familiares estudiados y diagnósticos de los pacientes cuyos familiares se reportaron con diagnóstico

	N:24	N:13
Esquizofrenias	70.83 %	69.23 %
Adicciones	12.52 %	7.69 %
Transtornos afectivos	8.43 %	7.69 %
Transtornos orgánicos	4.11 %	7.69 %
Transtornos de personalidad	4.11 %	7.69 %

Fuente: Datos del SBAS

Cuadro 5. Actitudes de los familiares hacia su paciente.

	N:24	Presencia	Ausencia
Problemas emocionales		87.5 %	12.5 %
En relación con su paciente		72 %	28 %
Cambios en la vida social		29 %	71 %
En relación con su paciente		29 %	71 %
Tiempo libre/Descanso		66.6 %	33.3 %
En relación con su paciente		58 %	42 %
Deterioro económico		92 %	8 %
En relación con su paciente		76 %	24 %
Aumento de fricciones en la familia		75 %	25 %
En relación con su paciente		72 %	28 %

Fuente: Datos del SBAS.

Anexo 1.

Escala SBAS Fracciones A completa y D (Hasta D18).

ESCALA DE EVALUACION DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE

--	--	--

1 2 3

(Segunda Edición)

--	--	--

4 5 6

PACIENTE

--

7

INFORMANTE

ENTREVISTADOR

CALIFICADOR

FECHA DE LA ENTREVISTA

FECHA DE LA CALIFICACION

NUMERO DE LA ENTREVISTA

STEPHEN PLATT

ANNE WEYMAN

STEVEN HISRSCH

COPYRIGHT (C) 1977

DERECHOS RESERVADOS

INFORMACION GENERALMENTE OBTENIDA ANTES DE LA ENTREVISTA

PACIENTE

SEXO

- 1. Masculino
- 2. Femenino

8

EDAD

..... años

9 10

STATUS MARITAL:

- 1. Casado o unión marital
- 2. Soltero
- 3. Viudo
- 4. Separado o divorciado

11

OCUPACION DEL PACIENTE:

- 1. Profesional, doctor, abogado, etc. Magnate industrial o de negocios, Ministros, Subsecretarios de Gobierno.
- 2. Industrial término medio, hombre de negocios, funcionario bancario, de relaciones públicas, auditor, contador público, cabeza de alguna oficina, inversionista, piloto aviador, actor, cineasta.
- 3. Empleado bancario, empleado burócrata en oficina, dueño de una tienda pequeña, agente viajero, profesor de primaria, contador privado, secretaria, sobrecargo, recepcionista.
- 4. Carpintero, mecánico, sastre, electricista, plomero, policía bancario, agente de tránsito, agente judicial, agente de ventas, radiotécnico, técnico de laboratorio, cobrador.
- 5. Obrero no calificado, mesero, taxista, peluquero (exceptuando al dueño que estaría en el nivel 3) policía auxiliar, albañil, hojalatero, panadero, talabartero, joyero, relojero, afanadora, chofer, pintor, comerciante, cantinero, tramboyista, cocinero, carnicero, fotógrafo, herrero.
- 6. Barrendero, bolero, portero, soldado raso, campesino, boxeador.

12

7. ~~Desocupado~~. Hogar
 8. ~~Desocupado~~
 9. Estudia

ESCOLARIDAD DEL PACIENTE:

- 1. Título universitario ó 1 ó ^{terminado o no} más años de carrera universitaria
- 2. Terminó la preparatoria, la normal ó su equivalente ^{o no terminó} 13
- 3. Terminó la secundaria ó su equivalente ^{terminado}
- 4. 1 ó 2 años de secundaria ó su equivalente
- 5. Terminó la primaria
- 6. No terminó la primaria
- 7. NUNCA ASISTIÓ

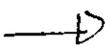
INFORMANTE

SEXO

- 1 = Masculino
- 2 = Femenino 14

RELACION CON EL PACIENTE

- 0 = esposa (o)
- 1 = padre (madre)
- 2 = hijo (a) 15
- 3 = otro pariente
- 4 = amigo/vecino (especifique)
- 5 = otra (especifique)



- VIVE EN EL MISMO DOMICILIO DEL PACIENTE 16
- 0 = No *Estado civil de informante*
- 1 = Sí
- 1) Casado o Union libre*
2) Separado / Divorciado
3) Soltero
4) Viudo (a)

DESDE CUANDO VIVE EN EL MISMO DOMICILIO DEL PACIENTE

- 0 = Menos de 1 año
- 1 = De 1 a 5 años
- 2 = De 6 a 10 años
- 3 = 11 años o más 17
- 4 = Siempre
- 9 = No vive en el mismo domicilio

OCUPACION DEL INFORMANTE

- 1. Profesional, doctor, abogado, etc. Magnate industrial o de negocios, Ministros, Subsecretarios de Gobierno 18
- 2. Industrial término medio, hombre de negocios, funcionario bancario, de relaciones públicas, auditor, contador público, cabeza de alguna oficina, inversionista, piloto aviador, actor, cineasta.

- 3. Empleado bancario, empleado burócrata en oficina, dueño de una tienda pequeña, agente viajero, profesor de primaria, contador privado, secretaria, sobrecargo, recepcionista.
- 4. Carpintero, mecánico, sastre, electricista, plomero, policía bancario, agente de tránsito, agente judicial, agente de ventas, radiotécnico, técnico de laboratorio, cobrador.
- 5. Obrero no calificado, mesero, taxista, peluquero (exceptuando al dueño que estaría en el nivel 3) policía auxiliar, albañil, hojalatero, panadero, talabartero, joyero, relojero, afanadora, chofer, pintor, comerciante, cantinero, tamboyista, cocinero, carnicero, fotógrafo, herrero.
- 6. Barrendero, bolero, portero, soldado raso, campesino, boxeador.

7. ~~Desocupado~~ (Hoguer) a) Jubilado
 8. ~~Hoguer~~ (Desocupado)

ESCOLARIDAD DEL INFORMANTE:

19

- 1. Título universitario ó 1 ó más años de carrera universitaria.
- 2. Terminó la preparatoria, la normal o su equivalente
- 3. Terminó la secundaria o su equivalente.
- 4. Uno o dos años de secundaria o su equivalente.
- 5. Terminó la primaria.
- 6. No terminó la primaria.
- 7. NUNCA ASISTIO.

CIRCUNSTANCIAS DOMESTICAS: (Del paciente)

20

- 1. Vive con la esposa(o)
- 2. Vive con uno o ambos padres
- 3. Vive con sus niños (hijos)
- 4. Vive con otros parientes/amigos (especifique)
- 5. Vive solo
- 6. No tiene domicilio fijo, vive en el hospital, en un hotel o en otra institución

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA (APROXIMACION ENTRE EL NUMERO DE HIJOS)

21

- 1. Hijo único
 - 2. Primeros lugares
 - 3. Lugares medios
 - 4. Ultimos lugares
- } NO

DIAGNOSTICO CLINICO:

- 1 = Condiciones orgánicas.
- 2 = Condiciones psicóticas funcionales.
- 3 = Dependencias de drogas.
- 4 = Trastornos neuróticos.

22

FRECUENCIA DE RECAIDA Y HOSPITALIZACION

O: Niagra vel

- 1. Primera vez (con hospitalización)
- 2. Segunda recaída (con hospitalización)
- 3. Tercera recaída (con hospitalización)
- 4. Cuarta recaída (con hospitalización)

23

SECCION A - INTRODUCCION

(El entrevistador debe explicar el estudio poniendo énfasis en sus beneficios para el informante y para el futuro de otros que se encuentran en situaciones similares. El entrevistador también deberá subrayar la naturaleza confidencial de la entrevista).

- A1 Me pregunto si podríamos empezar preguntándole un poco en relación a datos sobre usted y la familia en forma tal que pueda obtener una mejor imagen global de la situación.
- A2 En el último(tiempo/periodo), ¿Qué tan a menudo vió usted a S?.

DE FRECUENCIAS DE CONTACTO

- 1 = todos los días
- 2 = de dos a seis veces por semana
- 3 = una vez por semana
- 4 = por lo menos una vez (periódicamente) EN DOS SEMANAS O MÁS
- 5 = en absoluto

Leer en cuantas horas

24

A3 ¿Podría decirme quiénes viven con usted?

<u>NOMBRE Y RELACION CON EL INFORMANTE</u>	<u>EDAD</u>	<u>PRESENCIA DE ENFERMEDAD</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

físico o emocional

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Número total de adultos (Casilla 25 y 26)
 Número total de adultos excluyendo al informante
 y al paciente (Casilla 27 y 28)

25	26
27	28

Número de niños (Casillas 29 y 30)

29	30

Número de niños edad 0 - 4 (Casilla 31)
 edad 5 - 11 (Casilla 32)
 edad 12 - 16 (Casilla 33)

	31
	32
	33

A4 ¿Cuántos años tiene usted?

** tener en cuenta*

EDAD DEL INFORMANTE años
 (Casillas 34 y 35)

34	35

A5 ¿Tiene usted empleo?

¿Qué hace usted?

(Si el informante es una mujer casada que no trabaja pregunte:)

¿A qué se dedica su esposo?

(Si el informante es una mujer soltera o un estudiante que no trabaja en la actualidad o que nunca ha tenido un trabajo permanente pregunte:)

¿A qué se dedica/dedicó su padre?

(Si el informante o el esposo de la informante, en el caso de una esposa que no trabaja, es desempleado, pregunte:)

¿Cuál fue el último empleo que usted/el esposo de usted tuvo?

TASA DE OCUPACION DEL INFORMANTE
 (ver el manual para instrucciones)

A6

¿Podría darme _____ alguna breve explicación del problema de S?

¿Cuándo notó por primera ocasión que había algo mal?

APARICION DEL PROBLEMA DEL PACIENTE

- 1 = < 1 mes
- 2 = > 1 mes ≤ 3 meses
- 3 = > 3 meses ≤ 1 año
- 4 = > 1 años ≤ 2 años
- 5 = > 2 años

8.25
9.

36

A7 ¿Desde cuando notó por primera vez que algo andaba mal, ¿se ha comportado S en forma extraña todo el tiempo?

PERSISTENCIA DEL PROBLEMA DEL PACIENTE

- 0 = No persistente
 - 1 = Persistencia
- (Si la calificación es de 0, haga la pregunta A9;
Si la calificación es de 1, pase directamente a la pregunta A8).

37

A8 ¿Cuándo comenzó el problema actual de S?

APARICION DEL EPISODIO ACTUAL

- 0 = ≤ 1 semana
- 1 = > 1 semana ≤ 1 mes
- 2 = > 1 mes ≤ 3 meses
- 3 = > 3 meses ≤ 1 año
- 4 = > 1 año ≤ 2 años
- 5 = > 2 años

38

A9 (Si la calificación para la pregunta 7 es de 1)

9 = No aplicable

¿Desde cuando notó por primera vez que algo andaba mal con S, ¿se ha empeorado, se ha mantenido igual o ha mejorado?.

(Si la calificación para la pregunta 7 fue de 0)

¿Se encuentra S peor que antes en esta ocasión? ¿Igual o o no tan mal?

SEVERIDAD DEL PROBLEMA DEL PACIENTE

- 1 = Igual
- 2 = Más severo
- 3 = Menos severo

39

A10 ¿Podría decirme un poco más sobre lo que ha estado sucediendo con S en el último (tiempo/ periodo)

Especifique

D9

ENFERMEDAD FISICA DEL INFORMANTE

- P: En el último.....(tiempo/periodo), ¿Cómo se ha sentido?
 ¿Ha tenido algún problema con su salud física?
 ¿Ha tenido alguna enfermedad?
 ¿Ha presentado pérdida de apetito?
 ¿Ha tenido problemas para dormir?
 ¿Ha perdido mucho peso? - más de 3 kilos
 ¿Ha tenido jaquecas?: ¿Se ha sentido cansado? ¿Apático?
 ¿Ha visitado al doctor en relación a estos malestares?
 ¿Está recibiendo algún tratamiento?

CALIFIQUE EL NIVEL DE ENFERMEDAD FISICA DEL INFORMANTE

- 0 = Ninguna
 1 = Alguna, pero no se ha buscado tratamiento
 2 = Alguna, se ha recurrido a tratamiento o en proceso.

(Si la calificación del punto 38 es de 0, califique con 9 las casillas 39, 40 y 41 y prosiga con el reactivo D10).

 38

- P: ¿Desde cuando tiene usted estos problemas con su salud?

CALIFIQUE LA APARICION DE LA ENFERMEDAD FISICA DEL INFORMANTE

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1 = \leq 1 semana | 4 = $>$ 1 año |
| 2 = $>$ 1 semana \leq 3 meses | 5 = No hubo cambio |
| 3 = $>$ 3 meses \leq 1 año | 9 = No presenta enfermedad física |

 39

- P: ¿Considera que su enfermedad se relaciona con el problema de S?
 ¿Ha sido provocada por su conducta?

(Especifique)

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

- 0 = No relación
 1 = Relación
 9 = No presenta enfermedad física

 40
CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- | | |
|---------------|-----------------------------------|
| 0 = Ausencia | 2 = Resignación |
| 1 = Presencia | 9 = No presenta enfermedad física |

 41

D10 ENFERMEDAD EMOCIONAL DEL INFORMANTE

- P: En el último.....(tiempo/periodo), ¿Ha sufrido de algún problema emocional?
 ¿Ha tenido problemas para concentrarse?
 ¿Ha estado muy preocupado(a)?
 ¿Ha estado muy irritable?
 ¿Se ha sentido deprimido(a), ansioso(a) y tenso(a)?
 ¿Ha consultado el médico o a alguien más en relación a este problema?
 ¿Está recibiendo algún tratamiento?

CALIFIQUE EL TRASTORNO EMOCIONAL DEL INFORMANTE

- 0 = No hay problemas
 1 = Algunos problemas pero no se ha recurrido a tratamiento
 2 = Algunos problemas, se ha recurrido a tratamiento o éste está en proceso

(Si la calificación del punto 42 es de 0, califique con 9 las casillas 43, 44 y 45 y prosiga con el reactivo D11)

42

P: ¿Desde cuando tiene estos problemas?

CALIFIQUE LA APARICION DEL TRASTORNO EMOCIONAL DEL INFORMANTE

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| 1 = ≤ 1 semana | 4 = >1 año |
| 2 = >1 semana ≤ 3 meses | 5 = No hubo cambio |
| 3 = >3 meses ≤ 1 año | 9 = No presenta trastorno emocional |

43

P: ¿Considera que estos trastornos se relacionan con el problema de S?
 ¿Han sido provocados por la conducta de S?

(Especifique).....

CALIFIQUE SU RELACION CON EL PACIENTE

- 0 = No relación
 1 = Relación
 9 = No presenta trastorno emocional

44

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- | | |
|---------------|-------------------------------------|
| 0 = Ausencia | 2 = Resignación |
| 1 = Presencia | 9 = No presenta trastorno emocional |

45

D11 VIDA SOCIAL DEL INFORMANTE

P: En el último.....(tiempo/periodo), ¿Ha estado viendo a sus amigos?

¿Ha salido a visitar amigos?

¿La han visitado algunas personas?

CALIFIQUE LA VIDA SOCIAL DEL INFORMANTE

0 = Familiares/amigos invitados y visitados

1 = Algunos contactos sociales pero sin invitar amigos a la casa

2 = Ningún contacto social con personas fuera del hogar

(Si la calificación del punto 46 es de 0, califique con 9 las casillas 47, 48 y 49 y prosiga con el reactivo D12)

46

P: ¿Hace cuánto que no invita a amigos a su casa o que no sale de la misma?

CALIFIQUE LA APARICION DE LA RESTRICCIÓN DE LA VIDA SOCIAL DEL INFORMANTE

1 = \leq 1 semana

2 = $>$ 1 semana \leq 3 meses

3 = $>$ 3 meses \leq 1 año

4 = $>$ 1 año

5 = No hubo cambios

9 = No ha perdido invitaciones

47

P: ¿Considera que esta reducción en su vida social se relaciona con el problema de S, ¿En qué forma?
 ¿Sentía que no podía dejar a S?
 ¿No deseaba recibir visitas en su casa debido a S?

(Especifique)

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

0 = No relación

1 = Relación

9 = No ha perdido invitaciones

48

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

0 = Ausencia

1 = Presencia

2 = Resignación

9 = No ha perdido invitaciones

49

D12 TIEMPO DE DESCANSO DEL INFORMANTE

- P: En el último.....(tiempo/periodo), ¿Ha tenido tiempo de hacer cosas tales como leer el periódico, ver la televisión o de hacer cosas en las que esté interesado?
¿Ha tenido tiempo para hacer estas cosas todos los días?

CALIFIQUE EL TIEMPO DE DESCANSO DEL INFORMANTE

- 0 = Tiene algún rato de descanso todos los días
1 = Tiene momentos de descanso algún día
2 = No tiene momentos de descanso

(Si la calificación del punto 50 es de 0, califique con 9 las casillas 51, 52 y 53 y prosiga con el reactivo D13).

50

- P: ¿Cuánto hace que usted tan sólo ha tenido momentos de descanso en algunos días o que no los ha tenido del todo?

CALIFIQUE DESDE CUANDO EL INFORMANTE NO TIENE MOMENTOS DE DESCANSO

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1 = \leq 1 semana | 4 = $>$ 1 año |
| 2 = $>$ 1 semana \leq 3 meses | 5 = No hubo cambio |
| 3 = $>$ 3 meses \leq 1 año | 9 = No presenta trastornos en el descanso |

51

- P: ¿Considera que esta falta de momentos de descanso está relacionada con el problema de S?; ¿En qué forma?
¿Tenía que ocupar mucho tiempo cuidando de S?
¿Gastaba tanto tiempo visitando a S que tenía que utilizar sus ratos de descanso haciendo tareas domésticas?

(Especifique).....

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

- 0 = No relación
1 = Relación
9 = No presenta trastornos en el descanso

52
CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- | | |
|---------------|----------------------------------|
| 0 = Ausencia | 2 = Resignación |
| 1 = Presencia | 9 = No presenta trastornos en el |

53

D13 INGRESO DISPONIBLE DEL INFORMANTE

- P: En el último.....(tiempo/periodo), ¿Ha tenido problemas económicos?
 ¿Ha tenido gastos extras o alguna disminución en sus ingresos?
 ¿Ha tenido dificultades para cubrir sus gastos?
 ¿Le ha resultado verdaderamente imposible el pagar sus cuentas?

CALIFIQUE LOS PROBLEMAS FINANCIEROS DEL INFORMANTE

- 0 = No problemas económicos
 1 = Gastos extra o reducción en los ingresos, que para el informante constituyen una carga
 2 = Severos problemas económicos, el informante es incapaz de pagar la renta y de cubrir sus deudas

(Si la calificación del punto 54 es de 0, califique con 9 las casillas 55, 56 y 57 y prosiga con el reactivo D14)

54

- P: ¿Desde cuándo tiene estos problemas financieros?

CALIFIQUE DESDE CUANDO TIENE PROBLEMAS FINANCIEROS EL INFORMANTE

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1 = ≤ 1 semana | 4 = > 1 año |
| 2 = > 1 semana ≤ 3 meses | 5 = No hubo cambio |
| 3 = > 3 meses ≤ 1 año | 9 = No problemas económicos |

55

- P: ¿Considera que estos problemas financieros se relacionan con el problema de S? Por ejemplo: ¿Se metió S en alguna deuda que usted hubiera tenido que pagar?; ¿Le ha resultado costoso el visitar a S en el hospital?

(Especifique)

CALIFIQUE LA RELACION DEL PACIENTE

- | | |
|-----------------|-----------------------------|
| 0 = No relación | 9 = No problemas económicos |
| 1 = Relación | |

56
CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- | | |
|---------------|-----------------------------|
| 0 = Ausencia | 2 = Resignación |
| 1 = Presencia | 9 = No problemas económicos |

57

D14 EJECUCION LABORAL/EDUCATIVA DEL INFORMANTE

P: En el último.....(tiempo/periodo), ¿Cómo le ha estado yendo en su trabajo/sus estudios?

¿Ha tenido dificultad para concentrarse en el trabajo?

¿Ha encontrado su trabajo/sus estudios demasiados difíciles para usted?

¿Se han quejado otras personas de su trabajo?

CALIFIQUE LA EJECUCION LABORAL/ACADEMICA DEL INFORMANTE

0 = Ninguna

1 = Algunas dificultades pero sin quejas de otros

2 = Otros se han quejado de que el informante

no está trabajando adecuadamente

3 = No está trabajando

58

(Si la calificación del punto 58 es de 0, califique con 9 las casillas 59, 60 y 61 y prosiga con el reactivo D15).

P: ¿Cuándo empezó a tener dificultades en su trabajo?

CALIFIQUE LA APARICION DE PROBLEMAS LABORALES/ACADEMICOS DEL INFORMANTE

1 = < 1 semana

2 = > 1 semana <= 3 meses

3 = > 3 meses <= 1 año

4 = > 1 año

5 = No hubo cambio

9 = No dificultades

laborales/estudio

59

P: ¿Considera que los problemas de su trabajo se relacionan con el problema de S?

¿En qué forma se vió afectada su concentración por los problemas provocados por S?

(Especifique)

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

0 = No relación

1 = Relación

9 = No dificultades laboral/estudio

60

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

0 = Ausencia

1 = Presencia

2 = Resignación

9 = No dificultades
laboral/estudio

61

Necesitar tiempo para paciente

D15 TIEMPO LIBRE EN EL TRABAJO/ESTUDIOS

Informante

- P: En el último.....(tiempo/periodo) ¿Ha tenido usted permiso en el trabajo?
 ¿Ha estado llegando a trabajar a tiempo?
 ¿Ha estado trabajando horas extras si se le piden?
 ¿Cuántos días ha tenido libres durante el último.....?
 ¿Se trató de vacaciones pagadas?

CALIFIQUE EL TIEMPO LIBRE EN EL TRABAJO/ESTUDIOS

- 0 = No tomó permiso o vacaciones pagadas
- 1 = Falta cinco días durante un periodo o rechaza las horas extras, o regularmente llega tarde al trabajo
- 2 = Falta cinco días consecutivos o más de cinco días.

62

3 = Abandona el trabajo del todo

9 = NE aplicable

(Si la calificación del punto 62 es de 0, califique con 9 las casillas 63, 64 y 65 y prosiga con el reactivo D16).

- P: ¿Cuándo comenzó a tomarse días libres/llegar tarde al trabajo/rechazar horas extras y abandonar su trabajo?

CALIFIQUE EL INICIO DEL TIEMPO FUERA DEL TRABAJO/ESTUDIOS DEL INFORMANTE

- 1 = ≤ 1 semana
- 2 = > 1 semana ≤ 3 meses
- 3 = > 3 meses ≤ 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No permisos especiales

63

- P: ¿Considera que sus faltas al trabajo/el llegar tarde/el rechazar las horas extras/el dejar el trabajo, estuvo relacionado con el problema de S? ¿En qué sentido?
 ¿Se quedaba en casa para cuidar de S?
 ¿Sentía que no podía trabajar debido a la forma en que se sentía por el problema de S?

(Especifique)

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

- 0 = No relación
- 1 = Relación
- 9 = No permisos especiales

64CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No permisos especiales

65

D16 RELACIONES DOMESTICAS DEL INFORMANTE

P: En el último.....(tiempo/periodo), ¿Han habido fricciones en la casa?

¿Han discutido las personas que viven en la casa?

¿La atmósfera ha estado tensa?

¿Se ha ido alguien de la casa o amenazado de hacerlo?

CALIFIQUE LAS RELACIONES DOMESTICAS

0 = Poca o ninguna fricción

1 = Discusiones regulares y fricción

2 = Discusiones constantes y/o algún miembro de la casa se ha ido o ha amenazado de hacerlo

66

(Si la calificación del punto 66 es de 0, califique con 9 las casillas 67, 68 y 69 y prosiga con el reactivo D17).

P: ¿Cuándo comenzaron estas discusiones y tensiones?

CALIFIQUE LA APARICION DE RELACIONES DOMESTICAS TENSAS

1 = \leq 1 semana

2 = $>$ 1 semana \leq 3 meses

3 = $>$ 3 meses \leq 1 año

4 = $>$ 1 año

5 = No hubo cambio

9 = No problemas ni fricciones

67

P: ¿Considera que estas fricciones están relacionadas con el problema de S?; ¿En qué forma?; ¿Fueron sobre S?; ¿Se unió S a las discusiones?

(Especifique)

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

0 = No relación

1 = Relación

9 = No problemas ni fricciones

68
CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

0 = Ausencia

1 = Presencia

2 = Resignación

9 = No problemas ni fricciones

69

D17 PERTURBACION A LA VIDA DEL PACIENTE informante

P: En el último.....(tiempo/periodo), ¿Ha estado su vida perturbada hasta el punto que se haya visto obligado(a) a irse del hogar y se haya ido a quedar en algún otro lugar?
¿Cuánto tiempo pasó fuera de casa?

CALIFIQUE LA PERTURBACION A LA VIDA DEL INFORMANTE

- 0 = El informante no se fue a quedar a ningún otro lugar
1 = El informante pasó por lo menos una noche fuera en este periodo
2 = El informante pasó más de una noche fuera en este periodo

70

(Si la calificación al reactivo 70 es de 0, califique con 9 las casillas 71, 72 y 73 y proceda al reactivo D18)

P: ¿Cuándo comenzó a irse a quedar en algún otro lugar?

CALIFIQUE EL INICIO DE LA PERTURBACION A LA VIDA DEL INFORMANTE

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| 1 = \leq 1 semana | 4 = $>$ 1 año |
| 2 = $>$ 1 semana \leq 3 meses | 5 = No hubo cambio |
| 3 = $>$ 3 meses \leq 1 año | 9 = No se ausentó |

P: ¿Considera que esto se relacionó con el problema de S?
¿En qué forma? ¿Se marchó para alejarse de S?

71

(Especifique)

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

- 0 = No relación
1 = Relación
9 = No se ausentó

72
CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No se ausentó

73

D18 PERTURBACION A LA VIDA DE OTROS

P: En el último.....(tiempo/periodo), ¿Se ha visto perturbada en alguna forma la vida de otros?
 ¿Ha tenido que faltar al trabajo alguien en casa?
 ¿Han resultado afectados los vecinos o alguna otra persona fuera de casa?

CALIFIQUE LA PERTURBACION A LA VIDA DE OTROS

- 0 = Nula
- 1 = Otros miembros del hogar afectados
- 2 = Personas fuera de casa afectadas; ejemplo; molestias a los vecinos durante la noche

74

(Si la calificación del punto 74 es de 0, califique con 9 las casillas 75, 76 y 77 y pasa a la siguiente sección).

P: ¿Cuándo comenzó la perturbación a la vida de.....?

CALIFIQUE EL INICIO DE LA PERTURBACION A LA VIDA DE OTROS

- 1 = ≤ 1 semana
- 2 = > 1 semana ≤ 3 meses
- 3 = > 3 meses ≤ 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No perturbación en otros

75

P: ¿Considera que esto se relacionó con el problema de S?
 ¿En qué forma?
 ¿Fue un resultado directo de la conducta de S?

(Especifique).....

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

- 0 = No relación
- 1 = Relación
- 9 = No perturbación en otros

76

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No perturbación en otros

77

Anexo 2.

Escala CIDJ.

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

/02

ID /___/___/___/___/___/___/___/___/

/09

NOMBRE DEL ENTREVISTADO: _____

ESCOLARIDAD: _____

HORA DE INICIO M /___/___/ M /___/___/

/13

AM.....1

/14

PM.....2

NOMBRE DE LA INSTITUCION: _____

i. ¿Por qué motivo acudió a consulta aquí?

ii. ¿Cuándo acudió a consulta aquí por primera vez?

iii. ¿Cuántas veces ha acudido a consulta aquí por (problema)?

/—/—/
ANTE NO. DE VECES

/16

iv. ¿Cuál es el domicilio de su residencia (hogar) usual?

DIRECCION

CIUDAD

ESTADO

CP

TEL

DEMOG A1 INDIQUE SEXO SEGUN OBSERVE

MASCULINO.....1

FEMENINO.....2

/17

DEMOG A2 ¿Qué edad tiene usted?

/___/___/
AÑOS

/19

DEMOG A3 ¿En qué fecha nació?

____/____/____
MES DIA AÑO

178

DEMOG A4 En la actualidad ¿está usted casado/, viudo(a), separado/a, divorciado/a, o nunca se ha casado?

- CASADO(A).....(PREGUNTE A).....1
- VIUDO(A).....(PREGUNTE B).....2
- SEPARADO(A).....(PREGUNTE B).....3
- DIVORCIADO(A).....(PREGUNTE B).....4
- NO SE HA CASADO.....(PREGUNTE B).....5

179

A. ESTA CASADO(A) ACTUALMENTE (A4 = 1), PREGUNTE:

¿Está usted viviendo actualmente con su esposo(a)?

- NO.....1
- SI...(PASE A A5)..5

181

B. ¿Está usted viviendo actualmente con alguien como si estuvieran casados?

- NO.....1
- SI.....5

182

DEMOG A5 ¿Cuántos hijos tiene usted, sin contar los adoptados, o que hayan nacido muertos?

____/____

186

DEMOG A6 Ahora deseo preguntarle a Ud. acerca del trabajo.
En los últimos doce meses ¿cuántos meses ha estado Ud. trabajando? CONSIDERE INDEPENDIENTES Y ASALARIADOS.
SI NO HA TRABAJADO, ANOTE 00 Y SALTE A PREGUNTA A18.
MENOS DE UN MES = 01

____/____

188

DEMOG A7 ¿Está usted trabajando en la actualidad?

- SI.....1
- NO...(SALTE A A8).....5

189

A. ¿Usted trabaja tiempo completo o tiempo parcial?

- TIEMPO COMPLETO.....1
- TIEMPO PARCIAL.....2

160

B. ¿Qué tipo de trabajo hace?

ANOTE _____

C. ¿En qué tipo de negocio o empresa trabaja Ud?

ANOTE: _____

DEMOG A8 ¿Cuántos años de estudios ha completado usted?

____/____

162

123
123
123
123

DEMOG A9 ¿Esté aún estudiando?

NO.....1

SI..(SALTE A C1).....5

163

DEMOG A10 ¿Se graduó de los últimos estudios realizados?

NO.....1

SI.....5

164

SECCION C: TRASTORNOS SOMATOFORMES

SOM3R82 SOMP3R2 SOM1CD1 PPICD	C1 Ahora le voy a preguntar sobre algunos problemas de su salud. ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas por dolores de estómago/ abdominales? (no incluya dolores debidos a la menstruación).	NO _____ OTRO _____	SON: 1 3 4 5	165
SOM3R88 SOMP3R PPICD	C2 ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas por dolores de espalda?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	166
SOM3R89 SOMP3R SOM1CD13 PPICD	C3 ¿Alguna vez ha tenido dolor en las articulaciones (coyunturas)?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	167
SOM3R87 SOMP3R SOM1CD13 PPICD	C4 ¿Alguna vez ha tenido dolor en los brazos o en las piernas que no fuera en las coyunturas (articulaciones)?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	168
SOM3R82-14 PPICD SOM1CD8	C5 ¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	169
SOMP3R PPICD	C6 ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas por dolores de cabeza? ENTREVISTADOR: SI TODAS LAS RESPUESTAS EN EL RECUADRO A DEL E.S. SON NEGATIVAS, EXCEPTO PARA MEDICACION, PREGUNTE: ¿Ha tomado alguna vez medicación no recetada 3 veces o más en una sola semana para dolores de cabeza? SI RESPONDE NO, PREGUNTE: ¿Ha tomado usted alguna vez medicamentos recetados para los dolores de cabeza? SI LAS DOS PREGUNTAS SE RESPONDEN NO, CODIFIQUE SON: 2	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	170
SOM3R832 SOMP3R	C7 SOLO PARA MUJERES: ¿Alguna vez ha tenido dolor excesivo en la menstruación (regla) que le haya provocado muchos problemas? ENTREVISTADOR: SI EL RECUADRO "A" AL SONDEAR RESULTA NEGATIVO, EXCEPTO PARA MEDICACION, PREGUNTE: ¿Tomó medicamentos recetados? SI RESPONDE SI, CONTINUE SONDEANDO, SI RESPONDE NO, CODIFIQUE SON: 2.	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 4 5	171
SOM3R810 SOMP3R SOM1CD PPICD	C8 ¿Alguna vez ha tenido dolor al orinar?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 4 5	172
SOM3R827 SOM1CD9	C9 ¿Alguna vez ha estado completamente incapacitado/a para orinar por 24 horas o más o ha tenido grandes dificultades para orinar sin considerar después de haber dado a luz o haber sido operado/a)?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 3 4 5	173

SON3R828 SONPN3R SONICD10 PPICD	C10 ¿Alguna vez ha tenido ardor en sus partes íntimas? SI REFIERE DOLOR SOLO AL ORINAR O DURANTE RELACIONES SEXUALES, CODIFIQUE SON 1.	SON: 1 3 4 5	/76
	NO _____ OTRO _____		
SON3R811 SONPN3R SONICD PPICD	C11 ¿Alguna vez ha tenido dolor en algun otro lugar del cuerpo que no hayamos mencionado?	SON: 1 2 3 4 5	/75
	ENTREVISTADOR: SI DECLARA VOLUNTARIAMENTE DOLOR SOLO EN LOS LUGARES MENCIONADOS EN LAS PREG. C1-C10 O DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES, CODIFIQUE SON 1. (ESTOS DOLORES SE CODIFICAN EN OTRA PARTE).		
	NO _____ OTRO _____		
	SI NO HAY SON 5'S CODIFICADOS EN C1-C11, SALTE A C15.		
SMPN3RA PPICDA	C12 ¿Ha habido en su vida un período de 6 meses o más en que fue intensamente molestado/a por (LEA DOLORES CODIFICADOS CON 5 EN C1-C11)?	NO.....1 SI.....5	/76
SMPN3RB	C13 ¿Estuvo sin trabajar o sin ver a sus parientes y amigos por seis meses o más debido a (DOLORES CODIFICADOS SON 5 EN C1-C11)?	NO.....1 SI.....5	/77
	C14 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo muchas molestias por estos dolores?	INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD INI: / / FIN 01/80 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: / / /03	/78 /01 /03
SON3R81 SONICD5	C15 ¿Alguna vez ha tenido vómitos que le hayan causado muchos problemas (cuando no estaba embarazada)?	SON: 1 2 3 4 5	/06
	NO _____ OTRO _____		
	HOMBRES PASE A C17		
SON3R835	C16 Durante cualquiera de sus embarazos, ¿tuvo vómitos durante todo el embarazo? SI NUNCA ESTUVO EMBARAZADA, CODIFIQUE 1 Y PASE A C17. SI CODIFICO 5, PASE A C17.	SON: 1 5	/05
	A. ¿Alguna vez fue hospitalizada durante el embarazo debido a los vómitos?	SON: 1 5	/06
SON3R83 SONICD2	C17 ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas por náuseas, es decir sentirse enfermo(a) del estómago, pero sin llegar a vomitar? MAREOS A CAUSA DE MOVIMIENTOS SE CONSIDERA COMO CONDICION FISICA	SON: 1 2 3 4 5	/07
	NO _____ OTRO _____		
SON3R85 SONICD6	C18 ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas por colitis o diarreas?	SON: 1 2 3 4 5	/08
	NO _____ OTRO _____		

SON3R84 SONICD	C19 ¿Alguna vez ha tenido muchos problemas por gases excesivos o hinchazón del estómago o abdomen?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	/09
SON3R86 SONICD3	C20 ¿Ha encontrado que hay algunos tipos de alimentos que no puede comer porque le hacen mal?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 3 4 5	/10
SON3R822 DISICD	C21 ¿Alguna vez se ha quedado ciego(a) de uno o los dos ojos, esto es, que no podía ver nada por unos segundos o más?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 3 4 5	/11
SON3R821 DISICD	C22 ¿Alguna vez se le ha empañado la vista por algún tiempo sin que fuera porque necesitaba lentes o tuviera que cambiar los que ya usaba?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	/12
SON3R819 DISICD	C23 ¿Alguna vez se ha quedado sordo(a) hasta el punto de no poder oír nada por un período de tiempo?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 3 4 5	/13
SON3R825 DISICD	C24 ¿Alguna vez ha tenido dificultad para caminar?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	/14
DISICD	C25 ¿Alguna vez ha perdido la sensibilidad en un brazo o pierna que no sea cuando se le ha dormido por estar en una misma posición por largo tiempo?		NO.....(PREGUNTE A) SI.....(EMPIECE A SONDEAR)	/15
	A. ¿Ha perdido la sensibilidad en algún otro lugar?		NO.....(CODIFIQUE SON 1) SI.....(EMPIECE A SONDEAR)	/16
		NO _____ OTRO _____	SON: 1 3 4 5	/17
SON3R826 DISICD	C26 ¿Alguna vez ha estado paralizado(a), es decir completamente incapaz de mover alguna parte de su cuerpo, por lo menos algunos minutos?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 3 4 5	/18
SON3R818 DISICD	C27 ¿Hubo alguna vez una ocasión en que perdió la voz por 30 minutos o más y no podía hablar en tono más alto que un murmullo?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 4 5	/19
SON3R824 DISICD	C28 ¿Alguna vez ha tenido un ataque o convulsión después de los 12 años de edad, durante el cual perdió el conocimiento y su cuerpo se sacudía?	NO _____ OTRO _____	SON: 1 3 4 5	/20

SOM3RB23 DISICD C29 ¿Alguna vez ha tenido episodios de desmayos (o desvanecimiento) en los que se sintió débil o mareado(a) y después perdió el conocimiento?
 NO _____ OTRO _____ SON: 1 3 4 5 /21

SOM3RB23 DISICD C30 ¿Alguna vez ha perdido el conocimiento por alguna otra razón?
 ENTREVISTADOR: SI FUE A CAUSA DE CONVULSIONES, AMNESIA O DESMAYO, CODIFIQUE SON 1. SI A CAUSA DE ANESTESIA, CODIFIQUE SON 3.
 NO _____ OTRO _____ SON: 1 3 4 5 /22

SOM3RB1 DISICD C31 ¿Alguna vez ha tenido un periodo de amnesia, es decir, un periodo de varias horas o días en que después no podía recordar nada de lo que había pasado en ese tiempo?
 NO _____ OTRO _____ SON: 1 3 4 5 /23

SI HAY ALGUN SON 5 CODIFICADO EN C21-C31, PREGUNTE C 32, OTROS SALTE A C34.

C32 INI/REC ¿Cuándo fue la (primera/ultima) vez que Ud. ha estado muy molesto(a) por (MENCIONE SINTOMAS CODIFICADOS SON 5 EN C21-C31)?
 INI: 1 2 3 4 5 6 /24
 EDAD INI: ____/____ /26
 REC: 1 2 3 4 5 6 /27
 EDAD REC: ____/____ /29

DISICD C33 Ud. mencionó que había tenido...(LEA TODOS LOS 5'S DE C21-C31) (Estuvo/estuvieron) (ese/alguno de esos) problemas relacionados directamente a alguna experiencia terrible o traumática, como un asalto, un accidente u otro evento terrible?
 NO HAY EVENTO.....1
 INCIERTO.....2
 SI.....5
 EVENTO NO EXTRAORDINARIO 4 /30

SI ES SI ANOTE EL EVENTO _____

(SI SOLO FUE UNA ENFERMEDAD, OPERACION COMPLICADA O UN EVENTO NO EXTRAORDINARIO, CODIFIQUE 4).

SOM3RB20 C34 ¿Alguna vez ha tenido problemas con visión doble?
 NO _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5 /31

SOM3RB12 SOMICD7 C35 ¿Alguna vez se ha quedado corto(a) de respiración sin haber estado haciendo esfuerzo físico?
 NO _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5 /32

SON3R813 SONICD	C36 ¿Alguna vez su corazón le ha latido tan fuerte que lo sentía golpeándole en el pecho?	NO.....CODIFIQUE SON 1 SI.....(PREGUNTE A)	/33
A. ¿Esto le sucedió sólo cuando estaba haciendo esfuerzo físico o también en otras ocasiones?			
SOLO AL HACER ESFUERZO.....(CODIFIQUE SON 1) OTRAS VECES TAMBIEN (COMIENCE A SONDEAR)			
	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	/34
SON3R815 SONICD	C37 ¿Alguna vez ha tenido mareos que le hayan ocasionado molestias?		
	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	/35
SON3R826 SONICD	C38 ¿Alguna vez le han molestado períodos de debilidad, en que no podía levantar o mover cosas que normalmente podía levantar o mover?		
	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	/36
SONICD12	C39 ¿Alguna vez ha tenido mucha molestia por manchas o decoloración de la piel?		
	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	/37
SONICD4	C40 ¿Alguna vez ha tenido mucho problema por un mal gusto (sabor) en la boca o por la lengua excesivamente sôcia (blanquecina)?		
	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	/38
SONICD9	C41 ¿Alguna vez tuvo muchos problemas por tener que orinar muy seguido?		
	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	/39
SONICD14	C42 ¿Alguna vez se ha sentido muy molesto por sensaciones desagradables de adormecimiento o cosquilleo?		
	NO _____ OTRO _____	SON: 1 2 3 4 5	/40
SON3R817 SONICD	C43 ¿Alguna vez sintió como si tuviera un nudo en la garganta que le dificultaba tragar?		
SI ESPONTANEAMENTE DICE QUE SUCEDIA SOLO CUANDO SENTIA GANAS DE LLORAR, CODIFIQUE SON 1.			
	NO _____ OTRO _____	SON: 1 4 5	/41

SOM3RA C44 ¿Ha sido su salud física más o menos buena o ha sido enfermizo(a) durante gran parte de su vida?
CODIFIQUE SOLO UNO

MAS O MENOS BUENA DURANTE GRAN PARTE DE SU VIDA.....1
UNA SOLA ENFERMEDAD DE LARGA DURACION EXPLICA EL CONSIDERARSE ENFERMIZO(A).....6
ENFERMIZO(A) DURANTE GRAN PARTE DE SU VIDA.....5

142

ENTREVISTADOR: SI ES HOMBRE PASE A C47

SOM3R33 C45 ¿Alguna vez ha tenido periodos menstruales (reglas) irregulares, que no fueron durante su primer año de menstruación?

SI ESPONTANEAMENTE DICE SOLO DURANTE EJERCICIO FISICO INTENSO O AL INICIO DE LA MENOPAUSIA CODIFIQUE SOM 1.

NO _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5

143

SOM3R34 C46 ¿Alguna vez ha sangrado excesivamente durante su menstruación (regla)?
SI DECLARA ESPONTANEAMENTE SOLO DURANTE DOS AÑOS ALREDEDOR DE LA MENOPAUSIA, CODIFIQUE SOM 1.

NO _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5

144

SOM35 C47 CONSIDERANDO DESDE C1, ¿HAY MAS DE 5 PREGUNTAS CODIFICADAS SOM 5'S?

NO.....(SALTE A C52).....1
SI.....5

145

SOMICDB C48 ¿HAY ALGO ANOTADO EN LA LINEA MD EN 3 O MAS PREGUNTAS CODIFICADAS SOM 5'S?

NO.....(SALTE A C51).....1
SI.....5

146

SOMICDC C49 Ud. consultó médicos sobre algunos de estos problemas: (LEA ALGUNOS 5'S CON ANOTACIONES EN LA LINEA MD A PARTIR DE C1).
¿Piensa que su médico le examinó y trató bien su problema o quedó inconforme con la manera en que esto fue hecho?

BIENTRATADO.....1
INSATISFECHO.....5

147

SOMICDC C50 ¿Con frecuencia estuvo usted en desacuerdo con el diagnóstico de su médico, o con lo que le dijo acerca de estos problemas?

NO.....1
ALGUNAS VECES.....2
SI.....5

148

SOMICDA C51 ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. fue molestado por problemas como (MENCIONE TODOS LOS 5'S EN C16, C20-C46)?

INI: 1 2 3 4 5 6
EDAD INI: ____/____
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: ____/____

preg. 21 was antiguo

149

151

152

154

HIPOCONDRIASIS (sólo en los últimos 12 meses)

NYICDA C52 ¿En los últimos 12 meses ha pasado por un período de 6 meses o más en el cual Ud. estuviera preocupado la mayor parte del tiempo acerca de tener una enfermedad física? NO.....(SALTE A D1).....1 SI.....5 /55

PREGUNTE ANTES DE SONDEAR

¿Acerca de cuál enfermedad estaba usted preocupado?
(SX = su preocupación acerca de tener esa enfermedad)
(INCLUYA SOLO ENFERMEDADES FISICAS, SI SE MENCIONAN MUCHAS ENFERMEDADES CODIFIQUE 1)

SON: 1 2 3 4 5 /56

NO _____ OTRC _____

SI SON 1-4 O NO CONSULTO MEDICO EN C52 SALTE A D1.

C53 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que usted estuvo muy preocupado(a) acerca de esa enfermedad?

INI: 1 2 3 4 5 6 /57
EDAD INI: ____/____ /59
REC: 1 2 3 4 5 6 /60
EDAD REC: ____/____ /62

NYICDB C54 ¿La preocupación sobre (ENFERMEDAD) interfirió mucho con su vida durante ese período (6 meses)? NO.....1 SI.....5 /63

NYICDB C55 ¿Consultó a su médico en varias oportunidades (3 ó +) o visitó a varios médicos debido a su (ENFERMEDAD)? NO.....1 SI.....5 /64

NYICDB C56 ¿El doctor o los doctores le hicieron diversos exámenes debido a su (ENFERMEDAD)? NO.....1 SI.....5 /65

NYICDC C57 ¿Sintió que su doctor trató y examinó bien su enfermedad o estuvo usted insatisfecho(a) con el modo que fue examinado(a) o tratado(a)? BIEN TRATADO.....1 INSATISFECHO.....5 /66

NY3R C58 ¿Con frecuencia pensó que sus médicos estaban equivocados acerca de la causa o diagnóstico o de lo que debió haberse hecho? NO.....1 ALGUNAS VECES.....2 SI.....5 /67

SECCION D: ANSIEDAD/PANICO

PAN3RA D1 ¿Alguna vez ha tenido un episodio o ataque en que de repente se sintió asustado, ansioso o muy intranquilo, en situaciones en que la mayoría de las personas no se sentirían asustadas o ansiosas? NO...(SALTE A D11)...1
SI.....5

/68

PAN3RA D2 ¿Sucedió esto en situaciones en las cuales Ud. no estaba en peligro, no era el centro de la atención o algo como eso? SI RESPONDE SI, PREGUNTE ANTES DE SONDEAR.
¿Podría contarme acerca de un episodio o ataque como esos?

EJ: _____ SON: : 2 3 4 5

/69

MO: _____ OTRO: _____

SI D2 FUE CODIFICADA COMO 1, SALTE A D11

D3 ENTREVISTADOR: ¿CONSULTO R AL MEDICO EN D2? NO.....1
SI.....5

/70

PAN3RC/
PANICO/B D4 Durante uno de sus peores episodios en que se sintió repentinamente muy asustado(a) o muy intranquilo(a) ¿alguna vez notó que tenía cualquiera de los siguientes problemas? Durante este episodio:
LEA CADA SINTOMA Y CODIFIQUE SI O NO PARA CADA UNO.
REPITA "durante este episodio" CUANDO SEA NECESARIO.

		COL	I	COL	II	
		NO	SI	NO	SI	
D1/B6	1. ¿Se le cortó la respiración, no podía respirar bien?.....	1	5*	1	5	/72
D3/B1	2. ¿Le latió fuerte el corazón?.....	1	5*	1	5	/74
C2/B7	3. ¿Se sintió mareado(a) o aturdido(a)?.....	1	5*	1	5	/76
C11/B5	4. ¿Tuvo opresión, dolor o molestia en su pecho/estómago?.....	1	5*	1	5	/78
C9	5. ¿Sintió como un hormigueo en los dedos de las manos o en los pies?.....	1	5			/79
C6/B6	6. ¿Se sintió como si se estuviera asfixiando o con problemas para tragar?	1	5			FIN 02/80
C2/B8	7. ¿Sintió como que se desmayaba?	1	5			/01
C5/B2	8. ¿Sudó?.....	1	5			/02
C4/B3	9. ¿Tembló?.....	1	5			/03
C10/B2	10. ¿Sintió bochornos o escalofríos?.....	1	5			/04
C8/B8	11. ¿Le parecieron las cosas irreales a su alrededor o Ud. se sintió irreal?.....	1	5			/05
C12/B9	12. ¿Tuvo miedo de que se pudiera morir?.....	1	5			/06
C13/B9	13. ¿Tuvo miedo de que pudiera actuar de una manera loca?.....	1	5			/07
C7	14. ¿Sintió náuseas?.....	1	5*	1	5	/09
C7/B5	15. ¿Sintió dolor de estómago?.....	1	5*	1	5	/11
C1/B6	16. ¿Sintió como si se estuviera sofocando?....	1	5			/12
D1/B4	17. ¿Sintió la boca seca?.....	1	5			/13

POR CADA 5° EN LA COLUMNA I, PREGUNTE:
 ¿Alguna vez fue molestado(a) por (SI) en alguna otra
 ocasión que no haya sido durante un episodio o
 ataque?
 CODIFIQUE EN COLUMNA II.

PAN3RC D5 ¿HAY MAS DE UNA PREGUNTA CODIFICADA 5 O 5° EN D4?
 NO...(SALTE A D11)...1
 SI.....5 /14

PAN3R D6 ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo
 uno de los episodios repentinos en los que se
 sintió asustado(a) o ansioso(a) y tenía problemas
 como....
 (MENCIONE TODOS LOS ITEMS CODIFICADOS 5/5° EN D4,
 1-17)?
 INI: 1 2 3 4 5 6 /15
 EDAD INI: ___/___ /17
 REC: 1 2 3 4 5 6 /18
 EDAD REC: ___/___ /20

PANICDA D7 ¿Alguna vez ha pasado por un período de un mes o
 más en el cual Ud. tuvo el menos 4 de estos ataques
 a la semana?
 NO.....1
 SI...(SALTE A D10)...5 /21

PAN3RB D8 ¿Alguna vez ha tenido 4 episodios o ataques dentro
 de un período de 4 semanas?
 NO.....1
 SI...(SALTE A D10)...5 /22

PAN3RB D9 Después de haber tenido un ataque, ¿alguna vez ha
 pasado por un período de un mes o más, durante el
 cual estaba permanentemente temeroso de presentar
 otro ataque?
 NO.....1
 SI.....5 /23

PAN3RD PANICDB D10 Durante varios de sus ataques en los cuales Ud. se
 sentía muy asustado(a) o ansioso(a), alguno de estos
 problemas, tales como...
 (MENCIONE HASTA 4 SINTOMAS CODIFICADOS 5/5° EN D4)
 empezó súbitamente y empeoró durante los primeros
 minutos del ataque?
 NO.....1
 SI.....5 /24

ANSIEDAD GENERALIZADA

GAD3RA GAD1CDA	<p>011 Ahora quisiera preguntarle acerca de periodos de al menos un mes, en que se sintiera preocupado(a) o ansioso(a). ¿Alguna vez ha tenido un periodo de un mes o mas en que la mayor parte del tiempo se sintió preocupado(a) o ansioso(a)?</p>	<p>NO...(SALTE A 020)...1 SI.....5</p>	/26
GAD1CDA	<p>012 ¿Cuánto duró el periodo más largo en el cual se sentía preocupado(a) o ansioso(a)? SI ES PREGUNTE: ¿Fue este de 6 meses o mas? SI DICE SI, CODIFIQUE 95, SI DICE NO, CODIFIQUE 01, SI NS, CODIFIQUE 98.</p>	<p>No. MESES _/_</p>	/27
<p>ENTREVISTADOR: ¿SE ANOTO EN 012 6 MESES O MAS?</p>		<p>NO...(SALTE A 020)...1 SI.....5</p>	/28
GAD3RA GAD1CDA	<p>013 Durante uno de esos periodos de 6 meses o mas, ¿se sentía Ud. preocupado(a) acerca de cosas que eran muy poco probable que sucedieran?</p>	<p>NO.....1 SI...(SALTE A 015)...5</p>	/29
GAD1CDA GAD3RA	<p>014 ¿Se sentía Ud. muy preocupado(a) por cosas que no eran realmente serias?</p>	<p>NO.....1 SI.....5</p>	/30
GAD3RA GAD1CDA	<p>015 Durante cualquiera de estos periodos, ¿tenía Ud. diferentes preocupaciones en su mente al mismo tiempo?</p>	<p>NO...(SALTE A 018)...1 SI.....5</p>	/31
GAD3RB	<p>016 ¿Fueron algunas de sus preocupaciones en relación a lo que la gente pudiera hacer o lo que les pudiese suceder?</p>	<p>NO.....1 SI...(SALTE A 018)...5</p>	/32
GAD3RB GAD1CDB	<p>017 ¿Qué tipo de cosas eran las que le preocupaban?</p>	<p>SOLO ACERCA DE SINTOMAS PROPIOS U OBESIDAD.....1 CUALQUIER OTRA COSA.....5</p>	/33

EJEMPLO: _____

CAD3RA 018 Me gustaria preguntarle acerca de otros problemas
 GAD1CDC que Ud. pudo haber tenido cuando Ud. estaba
 preocupado(a) e ansioso(a). Problemas que no se
 podrian explicar completamente por una enfermedad
 fisica o algun medicamento, droga o alcohol que Ud.
 hubiese tomado.
 Cuando estaba preocupado(a) o ansioso(a), se sentia
 ademas...

		NO	SI	
		ENF. FISICA		
		MED/DROG/ALC.		
D4	1) Facilmente cansado(a)?.....	1	5	156
D15B14	2) Asustadizo(a)?.....	1	5	155
D1/C3	3) Tembloroso(a) o temulo(a)?.....	1	5	156
Q3C11	4) Inquieto(a)?.....	1	5	157
D2/C10	5) Con problemas por la tension, malestar o dolor muscular?	1	5	158
D16/C15	6) Con dificultades para mantener su mente en lo que estaba haciendo?.....	1	5	159
D14/C12	7) A punto de descontrolarse?.....	1	5	160
D18/C16	8) Particularmente irritable?.....	1	5	161
D7/C2	9) Sudando mucho?.....	1	5	162
D6/C1	10) Con el corazon palpitante o acelerado?.....	1	5	163
D7/C2	11) Con las manos frias y pegajosas?.....	1	5	164
D9/C7	12) Aturdido(a) o con mareos?.....	1	5	165
D8/C4	13) Con la boca seca?.....	1	5	166
D10	14) Con nauseas o diarrea?.....	1	5	167
D12	15) Tenia que orinar con frecuencia?.....	1	5	168
D11/C2	16) Con pochornos o escalofrios?.....	1	5	169
D5/C6	17) Con falta de respiracion o sintio como si se estuviera sofocando?.....	1	5	170
D13/C13	18) Con dificultades para tragar?.....	1	5	171
D17/C17	19) Con problemas para conciliar o mantener el sueño?.....	1	5	172
C5	20) Con molestia o dolor en el estomago?.....	1	5	173
C8	21) Con sensacion de careo o de irrealdad?.....	1	5	174
C9	22) Con sensacion de perdida del control o de volverse loco?.....	1	5	175
C15	23) Con dificultades para concentrarse, debido a las preocupaciones?.....	1	5	176

SI HAY MENOS DE CUATRO SON 5, EN PREGUNTAS 1-23,
 SALTE A 020.

019 INI/REC: ¿Cuándo fue la primera vez que Ud. estuvo
 preocupado(a) o ansioso(a) la mayor parte del tiempo
 por el menos 6 meses y tuvo algunos problemas como
 (SINTOMAS CODIFICADOS 5 EN PREGUNTAS 1 A 23)?
 SI R DICE "TODA LA VIDA", CODIFIQUE 02.

INI: 1 2 3 4 5 6 157
 EDAD INI: ___/___ 159

¿Cuánto tiempo ha pasado desde el ultimo periodo
 de 6 meses o más en el cual se sintió ansioso y
 tenía alguno de esos otros problemas?

REC: 1 2 3 4 5 6 160
 EDAD REC: ___/___ 162

AGORAFOBIA

AGICDA 020 Algunas personas sientan un miedo tan intenso e irracional a estar en un gentío, salir solos de casa, viajar en autobuses, autos o trenes o cruzar un puente, que siempre se sienten muy molestos en tales situaciones e las evitan a toda costa.
 ¿Alguna vez tuvo un período en el que siempre sintió un miedo intenso al estar en situaciones como estas?

NO...(SALTEA 032)....1
 SI.....5 /63

AGICDA A. Tuvo este miedo intenso e irracional al:

	NO	SI	
1) Estar en un gentío o en una cola?.....	1	5	/64
2) Salir de su casa o al estar solo lejos de su hogar?.....	1	5	/65
3) Estar en un lugar público?.....	1	5	/66
4) Viajar en auto, trenes, autobuses o aviones?	1	5	/67
5) Cruzar un puente?.....	1	5	/68

SI CODIFICO ALGUN 5, PIDA EJEMPLO
 EJ: _____

SI TODOS SON CODIFICADOS 1, PREGUNTE D21, OTROS SALTEN A D22.

D21 ¿Qué tipo de situaciones tenía Ud. en mente cuando dijo que algunas situaciones siempre le producían un miedo intenso?

ANOTE EJEMPLO: _____

NINGUNA DE LAS ANTERIORES (SALTE A D32).....1
 OTRAS.....5 /69

AGICD6 022 Cuando estuvo en esa situación, alguna vez:

	NO	SI	
1) Se mareó?.....	1	5	/70
2) Sudó?.....	1	5	/71
3) Tembló?.....	1	5	/72
4) Sintió la boca seca?.....	1	5	/73
5) Sintió que su corazón latía demasiado fuerte?	1	5	/74

AGICD6 A. En esa oportunidad tuvo Ud. (también) molestia en su tórax o abdomen, dificultad para respirar, sensación de estarse ahogando o que perdía el control de sí mismo o se volvía loco?

NO.....1
 SI.....5 /75

AGICDS AGP43R	023 Cuando tuvo ese miedo intenso e irracional, temió desmayarse o presentar otro síntoma incapacitante o embarazoso, cuando no había ayuda disponible o escape posible?	NO.....1 SI.....5	/76
AGICDC AGP43R	024 ¿Alguna vez evito (una de) estas situaciones debido a su miedo intenso e irracional?	NO.....1 SI.....5	/77
AGP43R AGICD	025 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo tales miedos irracionales como (MIEDOS CODIFICADOS EN 020 A 025) o MENCIONADOS EN 021)?	INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD INI: / / REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: / /	/78 FIN 03/80 /01 /03
	026 ¿CODIFICO 5 LAS PREGUNTAS 022, 023 y 024?	NO...(SALTE A 032)...1 SI.....5	/04
AGICDC	027 ¿Consulto a un médico acerca de (ese miedo/ alguno de esos miedos)?	NO.....1 SI...(SALTE A 2)...5	/05
	1. ¿Consulto a algún otro profesional acerca de (el/alguno de ellos)?	NO.....1 SI.....5	/06
	2. ¿Tomó medicación más de una vez debido a (esté/estos miedos)?	NO.....1 SI.....5	/07
	3. ¿Interfirió ese/estos miedo(s) con su vida o actividades en gran medida? (CONTABILICE INTERFERENCIA QUE RESULTA DE EVITAR LAS SITUACIONES TEMIDAS)	NO.....1 SI.....5	/08
AGP43RA	028 ¿Ha sido Ud. alguna vez incapaz de viajar a algún lugar al cual desea ir, debido a alguno de estos temores?	NO.....1 SI.....5	/09
AGP43RA	029 ¿Ha sido Ud. alguna vez incapaz de salir de su casa por todo un día debido a (este temor/estos temores)?	NO.....1 SI.....5	/10
AGP43RA	030 ¿SE CODIFICO ATAQUE DE PANICO (02) COMO SON 2-5?	NO...(SALTE A 032)...1 SI.....5	/11

PANAG3R 031 Ud. mencionó episodios en los cuales se sintió
 PANAG1C0 subitamente ansioso(a) o intranquilo(a) y tuvo
 AGIC00 (ENUMERE HASTA 3 SINTOMAS CODIFICADOS 5 EN D4)?
 ¿Estos episodios ocurrieron sólo cuando Ud. estaba
 (ENUMERE TODOS LOS MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D20 O
 MENCIONADOS EN D21) y ocurrieren también en otras
 ocasiones?

EPISODIOS SOLO EN SITUA-
 CIONES FOBICAS.....1
 EPISODIOS EN OTRAS SI-
 TUACIONES QUE NO SON
 LAS FOBICAS.....5

/12

FOBIA SOCIAL

032 Algunas personas sienten un miedo tan intenso e
 irracional de hacer cosas delante de otros, como
 hablar en público, que tratan de evitarlas y se
 sienten extremadamente incómodas e inquietas cuando
 deben hacerlas.

SOCPH3RA ¿Ha tenido alguna vez un miedo intenso e irracional a?:
 SOC3CDA

- | | NO | SI | |
|---|----|----|-----|
| 1) Hablar en público?..... | 1 | 5 | /13 |
| 2) Usar baños públicos?..... | 1 | 5 | /14 |
| 3) Comer o beber en público?..... | 1 | 5 | /15 |
| 4) Hablar a personas debido a que Ud. podría no
tener nada que decir o lo que dijere pudiera,
parecer muy tonto?..... | 1 | 5 | /16 |
| 5) Escribir mientras alguien le mira?..... | 1 | 5 | /17 |
| 6) Hablar delante de un pequeño grupo de personas? | 1 | 5 | /18 |

SI CODIFICO ALGUN 5, PIDA UN EJEMPLO
 EJ: _____

033 ¿HAY ALGUN 5 CODIFICADO EN D32?

NO...(SALTE A D42)...1
 SI.....5

719

SOCPH3RA 034 ¿Continuó (alguno de estos/este miedo(s) intenso
 SOCICDA e irracional por meses o aún años?

NO.....1
 SI.....5

/20

SOCICDC 035 ¿Consultó a un médico sobre el miedo a (ENUMERE
 MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D32)?

NO.....1
 SI...(SALTE A 2).....5

/21

1. ¿Consultó a algún otro profesional acerca de
 (este/estos miedo(s)?

NO.....1
 SI.....5

/22

2. ¿Tomó medicación más de una vez debido a
 (éste/estos miedo(s)?

NO.....1
 SI.....5

/23

SOCPH3RE 3. ¿Interfirió (este/estos) miedo(s) en gran
 medida con su vida o actividades habituales?

NO.....1
 SI.....5

/24

SOCPH3RE D36 ¿Se sintió alguna vez muy molesto(a) con Ud.
 SOCICDC mismo(a) por tener miedo a (ENUMERE MIEDOS
 CODIFICADOS 5 EN D32)?

NO.....1
 SI.....5

/25

D37 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez
 que Ud. tuvo un miedo irracional como:
 (MENCIONE MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D32)?

INI: 1 2 3 4 5 6
 EDAD INI: ___/___
 REC: 1 2 3 4 5 6
 EDAD REC: ___/___

/26

/28

/29

/31

SI D34, ALGUNO DE D35, (1-3) Y D36 SE CODIFICARON
 1, SALTE A D42.

SOCPH3RE D38 ¿Alguna vez un miedo intenso e irracional a (ENUMERE
 SOCICDC MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D32) lo/a imposibilitó para
 SOCPH3RE llevar a cabo alguna tarea en su trabajo, aceptar
 SOC3RD nuevas responsabilidades, o para aceptar un nuevo
 empleo?

NO.....1
 SI.....5

SI NUNCA HA TENIDO EMPLEO, CODIFIQUE 1.

/32

SOCICDC D39 ¿Alguna vez un miedo intenso e irracional a (ENUMERE
 SOCPH3RE TEMORES CODIFICADOS 5 EN D32) lo/a imposibilitó para
 SOC3RD asistir a algún evento social, reunión o fiesta?

NO.....1
 SI.....5

/33

SOCPH3RD D40 Cuando Ud. (tuvo que exponerse a/sabía que tenía que)
 SOCICDB (MENCIONE TODOS LOS TEMORES CODIFICADOS 5 EN D32) esto
 siempre lo hizo ponerse extremadamente nervioso(a) o
 asustado(a), lo(a) hizo sudar, que su corazón latiera
 fuerte o le faltó el aire?

NO.....1
 SI.....5

/34

D41 Cuando Ud. tuvo que (MIEDO)

NO SI

1) Tembló o enrojeció?

1 5

/35

2) Sintió que vomitaba o temió hacerlo?

1 5

/36

3) Temió hacer algo muy bochornoso?

1 5

/37

FOBIA SIMPLE

D42 Hay algunas otras cosas que provocan en algunas personas un miedo tan irracional que tratan de evitarlas a toda costa.

SIMP3RA SIMP3RE SINICDA	Alguna vez ha sentido un miedo intenso e irracional a:	NO	SI	
	1) La altura?.....	1	5	/38
	2) Volar?.....	1	5	/39
	3) Ver sangre?.....	1	5	/40
	4) Tormentas, truenos o relámpagos?.....	1	5	/41
	5) Colechas, gusanos, ratas, insectos y otros animales?.....	1	5	/42
	6) Espacios cerrados?.....	1	5	/43
	7) Que le pongan una (vacuna/inyeccion) o que le vea el dentista?.....	1	5	/44
	8) Estar en el agua, como en una alberca o lago?.....	1	5	/45
	9) Estar solo?.....	1	5	/46
	10) Alguna otra cosa (tuneles, enfermedades).....	1	5	/47
	SI DICE SI, ANOTE EJEMPLO			

D43 HAY ALGUN 5 CODIFICADO EN D42?

NO... (SALTE A E1)....	1	
SI.....	5	/48

SIMP3RA D44 ¿Continúa (este/alguna de estos) miedos intensos e irracionales por meses o años?

NO.....	1	
SI.....	5	/49

SIMP3RE D45 ¿Consulto a un medico sobre el miedo a (ENUMERE MIEDOS CODIFICADOS 5 EN D42)?

NO.....	1	
SI... (SALTE A 2)....	5	/50

1. ¿Consultó a algún otro profesional acerca de (este/estos miedo(s))?

NO.....	1	
SI.....	5	/51

2. ¿Tomó medicación más de una vez debido a (este/estos miedo(s))?

NO.....	1	
SI.....	5	/52

SIMP3RD 3. ¿Interfirió (este/estos) miedo(s) en gran medida con su vida o actividades habituales? CONSIDERE INTERFERENCIAS PRODUCIDAS POR LA EVITACION

NO.....	1	
SI.....	5	/53

SIMP3RE D46 ¿Alguna vez se ha sentido muy molesto(a) con Ud. mismo por haber tenido (este/estos miedos) e irracionales a (MENCIONE TEMORES CODIFICADOS 5 EN D42).

NO.....	1	
SI.....	5	/54

047 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo un miedo intenso e irracional como: (MENCIONE MIEDOS CODIFICADOS 5 EN 042)?

INI: 1 2 3 4 5 6
 EDAD INI: ___/___
 REC: 1 2 3 4 5 6
 EDAD REC: ___/___

/55
/57
/58
/60

SI 044, 045 y 046 SON CODIFICADOS, SALTE A E:

S:MPH3RD 048 ¿Alguna vez se ha visto imposibilitado(a) de
 S:MPH3RE realizar alguna tarea en su trabajo, de aceptar
 S:MICDC un nuevo empleo a causa de un miedo irracional a
 (MENCIONE MIEDOS CODIFICADOS 5 EN 042).

NO.....1
 SI NUNCA HA TENIDO EMPLEO, CODIFIQUE 1. SI.....5

/61

S:MICDC 049 ¿Alguna vez a causa de un temor irracional a
 S:MPH3RD MENCIONE TEMORES CODIFICADOS 5 EN 042)
 S:MPH3RE se ha visto imposibilitado(a) de asistir a
 algún evento social, reunión o fiesta?

NO.....1
 SI.....5

/62

S:MPH3RB 050 Cuando Ud. (tuvo que exponerse a/sabía que tenía que)
 S:MICDB (MENCIONE TODOS LOS TEMORES CODIFICADOS 5 EN 042) esto
 S:MICDD siempre lo hizo ponerse extremadamente nervioso(a) o
 asustado(a), lo(a) hizo sudar, que su corazón latiera
 fuerte o le faltó el aire?

NO.....1
 SI.....5

/63

SECCION E: DEPRESION E1-E49

EP3RA1 E1 Durante su vida, ¿alguna vez ha tenido dos semanas
 DEP3RA2 o más en las que casi todos los días se sintió
 DEPICDA1 triste, melancólico o deprimido? SON: 1 5 /64

DYS3RA E2 Durante su vida, ¿alguna vez ha tenido un periodo de
 DYSICDA 2 años o más durante el cual se sintiera deprimido(a)
 o triste la mayoría de los días, aun cuando usted se
 sintiera bien a veces?
 NO....(SALTE A E7)....1
 SI....(PREG. A ANTES
 DE SONDEAR).....5 /65

DYS3RC A. ¿Alguna vez un periodo como ese duró 2 años, sin
 DYSICDA ser interrumpido por un lapso de 2 meses o más, en
 el cual usted se sintiera bien? SON: 1 2 5 /66

SI NO CODIFICO SON 5, SALTE A E7

INI/REC: ¿Cuándo se inicio/finalizo su (primer/ultimo) periodo
 de al menos dos años de sentirse triste la mayor parte de los
 días?

INI: 1 2 3 4 5 6 /67
 EDAD INI: / / /68
 REC: 1 2 3 4 5 6 /70
 EDAD REC: / / /72

DYSIC5 E3 Durante este periodo ¿curo usted frecuentemente? NO.....1
 SI.....5 /73

DYSIC7 E4 Durante este periodo ¿se sintió frecuentemente
 desesperanzado? NO.....1
 SI.....5 /74

DYSIC8 E5 Durante este periodo de 2 años o mas ¿sintió
 frecuentemente que no era capaz de llevar a cabo
 sus actividades diarias y responsabilidades? NO.....1
 SI.....5 /75

DYSIC9 E6 Durante este periodo ¿sintió que su vida había
 sido siempre mala y que no iba a mejorar mucho
 más? NO.....1
 SI.....5 /76

ENTREVISTADOR: PREGUNTE E7-E31,
 OMITA PALABRAS EN (), CODIFIQUE
 EN COLUMNA 1.

APETITO		I				II				
		ALGUNA				PEOR				
		VEZ				PERIODO	NO	SI		
DEP3RA3 DYS3RB1 DEICDB10	E7 ¿Alguna vez ha tenido un periodo de dos semanas o más durante el cual perdió [Perdió Ud] el apetito? PUEDE SER POSITIVO AUNQUE COMA EN FORMA NORMAL.	SON: 1 3 4 5*			1	5			/78	
NO: _____ OTRO: _____										
SI NO CODIFICO SON 5, SALTE A E 8.										
DEPICDS* DEPICD56	A. Durante (este/alguna) de este episodio(s) perdió completamente su apetito?	NO.....1				1	5			
		SI.....5								
DEP3RA3 DEICDB10	E8 ¿Alguna vez ha perdido (Perdió Ud.) peso sin querer, tanto como un kilo a la semana durante varias semanas o tanto como 4 ó 5 kilos en total?	SON: 1 3 4 5*			1	5			FEB 04/01	
NO: _____ OTRO: _____										
SI NO CODIFICO 5, SALTE A E9										
DEPICDS* DEPICD57	A. Durante (este/cualquiera de estos) periodos cuanto peso perdió?	KG ___/___			KG ___/___					/05
DEP3RA3 DYS3RB1 DEICDB10	E9 ¿Alguna vez ha pesado Ud. por un periodo de dos semanas o más durante el cual [Ha tenido Ud.] aumento su apetito sin que Ud. estuviera creciendo (o embarazada)?	SON: 1 3 4 5*			1	5			/07	
NO: _____ OTRO: _____										
DEP3RA3 DEICDB10	E10 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo durante el cual comiera tanto que [comió mucho más de lo acostumbrado que] aumentó al menos un kilo por semana durante varias semanas (6 ó 5 kilos en total)? CODIFIQUE 1 SI ES POSTERIOR A MALNUTRICION.	SON: 1 3 4 5*			1	5			/09	
NO: _____ OTRO: _____										
SI NO CODIFICO SON 5, SALTE A E11										
DEPICDS* DEICDB10	A. ¿Cuánto es lo máximo que Ud. ha subido de peso en (este/estos) periodo(s)?	KG ___/___			KG ___/___					/13

SUEÑO

I
ALGUNA
VEZ

II
PEOR
PERIODO
NO SI

DEP3RA4 E11 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas
DYS3RB2 o más en que tuviera, casi todas las noches (Tuvo Ud.)
DYSICB2 problemas para dormirse? SON: 1 3 4 5* 1 5 /15

NO: _____ OTRO: _____

SI NO CODIFICO 5, SALTE A E12

DEPICD5* A. ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas
o más en que casi todas las noches (Tardo Ud.)
al menos dos horas en quedarse dormido(a)? NO.....1
SI.....5 1 5 /17

DEP3RA4 E12 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas
DEPICDB9 o más en que casi todas las noches (Ud.) tuvo
DYS3RB2 problemas en permanecer dormido? SON: 1 3 4 5* 1 5 /19

NO: _____ OTRO: _____

SI NO CODIFICO 5, SALTE A E13

DEPICD5* A. ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas
o más en que casi todas las noches se mantuvo (Se
mantuvo Ud.) despierto más de una hora? NO.....1
SI.....5 1 5 /21

DEP3RA4 E13 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas
DEPICDB9 o más en que casi todas las noches tuvo (Tuvo Ud.)
DYS3RB2 problemas por despertar demasiado temprano? SON: 1 3 4 5* 1 5 /23

NO: _____ OTRO: _____

SI NO CODIFICO 5 SALTE A E14.

DEPICD5* A. ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas
DEPICD53 o más en que casi todas las mañanas Ud. (Ud.) se
despertaba al menos 2 horas antes de lo que deseaba? NO.....1
SI.....5 1 5 /25

DEP3RA4 E14 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas
DYS3RB2 o más en que casi a diario Ud. (Ud.) dormía mucho?
DEPICDB9 SON: 1 3 4 5* 1 5 /27

NO: _____ OTRO: _____

CANSANCIO

I
ALGUNA
VEZ

II
PEOR
PERIODO
NO SI

DEP3RA6 E15 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de 2 semanas o más
DYS3RB3 en que se ha sentido sin energía o (Se sentía Ud) agotado
DEPICDA3 todo el tiempo, aun cuando no hubiese estado trabajando
SZ3RD9 intensamente?
DYSICDC1

SON: 1 3 4 5* 1 5 /29

NO: _____ OTRO: _____

SI NO CODIFICO 5 SALTE A E16

DEPICDS* A. ¿Alguna vez ha estado Ud. (Estuvo Ud.) completamente
sin energía por dos semanas o más? NO.....1 1 5
SI.....5 /31

E16 ¿Alguna vez ha pasado Ud. por un periodo de 2 semanas o más
MEL3R3 en que se sintió (Se sintió Ud) muy mal al levantarse, pero
DEPICDS4 mejor durante el día? SON: 1 3 4 5* 1 5 /33

NO: _____ OTRO: _____

LENTITUD/INQUIETUD

DEP3RAS E17 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de 2 semanas o más
MEL3R5 en que casi a diario hablaba o se movía (Habló o se
DEPICDB8 movió) más lentamente que lo normal para Ud.? SON: 1 3 4 5* 1 5 /35

NO: _____ OTRO: _____

SI NO CODIFICO SON 5, SALTE A E18.

DEPICDS5 A. Durante este (uno de estos) periodo(s) notó (Notó)
DEPICDS* alguien que Ud. hablaba o se movía lentamente? NO.....1 1 5
SI.....5 /37

E18 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de 2 semanas o más
DEP3RAS en que casi a diario Ud. tenía (Sentía Ud. que tenía)
MEL3R5 que estar en continuo movimiento, es decir, no podía
DEPICDB8 sentarse tranquilo(s) y tenía que andar de un lado para
MAN3RB6 otro?
DEPICDS5

SON: 1 3 4 5* 1 5 /39

NO: _____ OTRO: _____

INTERES PERDIDO

I
ALGUNA
VEZ

II
POR
PERIODO
NO SI

DEP1CDA2 DEP3RA2 DYS1CD6	E19	¿Ha pasado alguna vez por un periodo de varias semanas en el cual su interés sexual (Su interés en el sexo fue mucho menos de lo acostumbrado?	SON: 1 3 4 5 ^o 6 1 5	/61
		MO: _____ OTRO: _____		
		SI DECLARA QUE NUNCA HA TENIDO INTERES, CODIFIQUE SON 6, Y SALTE A E20. SI NO CODIFICO 5, SALTE A E20.		
DEP1CDS8 DEP1CDS ^o	A.	¿Alguna vez perdió (Perdió Ud.) completamente el interés en el sexo?	NO.....1 SI.....5	/43
DYS1CDC6 MEL3R1 DEP3RA2 SD23RD9 DEP1CDA2	E20	¿Ha tenido alguna vez un periodo de dos semanas o más en que Ud. perdió (Perdió Ud.) interés en la mayoría de las cosas, tales como el trabajo, pasatiempos o cosas que a Ud. usualmente le gustaba hacer para entretenerse?	SON: 1 3 4 5 ^o 1 5	/48
		MO: _____ OTRO: _____		
		SI NO CODIFICO 5, SALTE A E21		
DEP1CDS1 DEP1CDS ^o	A.	¿Alguna vez perdió (Perdió Ud.) completamente el interés en todas las cosas que a Ud. usualmente le gustaba hacer para entretenerse?	NO.....1 SI.....5	/67
MEL3R2 DEP1CDS2	E21	¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas o más en que Ud. perdió (Perdió Ud.) la capacidad para disfrutar de las cosas buenas que le sucedían, como por ejemplo ganar algo o ser felicitado(a) ó elabado(a)?	NO.....1 SI.....5	/49

I
ALGUNA
VEZ

II
POR
PERIODO
NO SI

DEP3RA7 E22 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas
DEPICDB5 o más en que casi a diario se sintió [Se sintió Ud.]

	NO	SI	NO	SI	
1) que no valia nada	1	5*	1	5	/51
2) pecador(e)	1	5*	1	5	/53
3) culpable	1	5*	1	5	/55

SI HAY ALGUN 5, PREGUNTE:

¿Hubo alguna razón particular para sentirse (que no valia nada, pecador(e), culpable)

ANOTE EJEMPLO

EJ: _____

SI QUE NO VALIA NADA FUE CODIFICADO 1,
SALTE A E23.

DEPICDB5* A. ¿Alguna vez sintió [Sintió Ud.]
que no valia nada por una semana o mas?

NO.....1	1	5			
SI.....5					/57

DYS3RB4 E23 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas
DEPICDB4 o más en que sintió [Sintió Ud.] que no era tan bueno(a)
DYSICDC3 como otras personas o inferior?

SON: 1 5*	1	5			/59
-----------	---	---	--	--	-----

DYS3RB4 E24 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas
DEPICDB4 o más en que Ud. tenía [Tuvo Ud.] tan poca confianza
DYSICDC3 en sí mismo(a) que ni siquiera se atrevió a expresar sus
deseos sobre cualquier cosa?

SON: 1 5*	1	5			/61
-----------	---	---	--	--	-----

SI NO CODIFICO 5, SALTE A E25

DEPICDB5* A. ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas
o más en que Ud. perdió completamente [Perdió Ud
completamente] la confianza en sí mismo(a)?

NO.....1	1	5			
SI.....5					/63

DIFICULTAD DE PENSAMIENTO

		I ALGUNA VEZ				II PEOR PERIODO			
						NO	SI		
DEP3RAB DYS3RBS DEPIC0B7 DYSIC0C4	E25	¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas o más en que casi a diario ud. tuvo (Tuvo Ud.) mucha más dificultad en concentrarse de lo que es normal para usted?							
		SON: 1	3	4	5*	1	5	165	
		NO: _____ OTRO: _____							
DEPIC0S*	A.	¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas o más en que era incapaz (Era incapaz) de leer cosas que habitualmente le interesaban o de ver la televisión o las películas que usualmente le agradaban, debido a que no podía ponerles atención?							
		NO.....1				1	5	167	
		SI.....5							
DYSIC0C4 DEP3RAB DEPIC0B7	E26	¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas o más en que casi a diario le venían sus pensamientos (Le vinieron sus pensamientos) mucho más lento de lo usual o le parecían confusos?							
		SON: 1	3	4	5*	1	5	169	
		NO: _____ OTRO: _____							
DYS3RBS DEPIC0B7 DEP3RAB	E27	¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas o más en que casi a diario ud. era (Era Ud.) incapaz de decidir sobre cosas que por lo general le resultaban fáciles de decidir?							
		SON: 1	3	4	5*	1	5	171	
		NO: _____ OTRO: _____							
		SI NO CODIFIC0 5, SALTE A E28							
DEPIC0S*	A.	¿Alguna vez ha tenido un periodo de dos semanas o más en que ud. era (Era Ud.) completamente incapaz de decidir sobre cosas que por lo general le resultaban fáciles de decidir?							
		NO.....1				1	5	173	
		SI.....5							

PENSAMIENTOS SOBRE LA MUERTE

I
ALGUNA
VEZ

II
PEOR
PERIODO
NO SI

DEP3RA9 DEPICDB6	E28 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas o más, en que pensó (Pensó Ud.) mucho en la muerte, ya sea en la suya, en la de otra persona o en la muerte en general?	SOM: 1	5*	1	5	/75
DEP3RA9 DEPICDB6	E29 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de dos semanas o más en que sintió (Sintió Ud.) que quería morir?	SOM: 1	5*	1	5	/77
DEP3RA9 DEPICDB6	E30 ¿Alguna vez se ha sentido (Se sintió) tan decaído(a) que pensó en suicidarse?	SOM: 1	5*	1	5	/79
DEP3RA9 DEPICDB6	E31 ¿Alguna vez ha intentado (Intentó Ud.) suicidarse?	SOM: 1	5*	1	5	FIN 05/01
	E32 ENTREVISTADOR: HUBO 5* S CODIFICADOS EN 3 O MAS RECUADROS DESDE E7.	NO....(SALTE A F1)....1	SI.....5			/02
	E33 SE CODIFICO E1 (TRISTE O DEPRIMIDO E20 (PERDIDA DE INTERES) COMO SOM 5	NO....(SALTE A E36)...1	SI.....5			/03
DEP3R DYS3R DEPICDAB DYSICDAB	E34 Ud. ha dicho que tuvo un periodo en el que el sentirse (deprimido(a) o desinteresado(a)/EQUIVALENTE PERSONAL) y además dijo haber tenido otros problemas como (ENUMERE SOM 5* S EN F7-E31)					
	¿Ha habido alguna vez un periodo en el que el sentirse (deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL) y algunos de estos otros problemas ocurrieron juntos, es decir en el mismo mes?	NO....(PREGUNTE A)....1	SI....(SALTE A E35)...5			/04
	A. Si es que nunca ha pasado por un periodo en el cual se ha sentido (deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL) y a la vez tuvo alguno de estos otros problemas?	NUNCA TUVO UN PERIODO.. SALTE A F1).....1	TUVO UN PERIODO.....5			/05
	E35 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que usted pasó por un periodo de dos semanas o más en el que tuvo alguno de estos otros problemas y también se sintió deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL)	INI: 1 2 3 4 5 6				/06
		EDAD INI: ___/___				/08
		REC: 1 2 3 4 5 6				/09
		EDAD REC: ___/___				/11

SALTE A E38

DEP3R E36 Ud. dijo que había tenido períodos en que
 DYS3R (ENUMERE SON 5'S EN E7-E31).
 DEPICDAB ¿En alguna ocasión le ocurrieron varios de estos
 DYSICDAB problemas juntos, es decir durante el mismo mes?
 NO...(SALTE A F1)...1
 SI.....5 /12

A. Al mismo tiempo en que tuvo alguno de estos
 problemas, ¿se sentía bien o se sentía muy
 deprimido(a), decaído(a), triste o
 desinteresado(a) en todo?
 BIEN...(SALTE A F1)...1
 DEPRIMIDO(A), DECAIDO(A), ETC...5 /13

E37 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última)
 vez en que Ud. pasó por un período de dos
 semanas o más en el que tuvo alguno de estos
 problemas y también se sintió (triste o
 desinteresado(a) en todo)?
 INI: 1 2 3 4 5 6 /14
 EDAD INI: ___/___ /16
 REC: 1 2 3 4 5 6 /17
 EDAD REC: ___/___ /19

DEP3R E38 ¿Cuanto ha durado el episodio mas largo que
 DYS3R ha tenido en el cual se ha sentido
 DYSICDA (deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL) y tuvo
 varios de estos problemas a la vez? SI TODA
 LA VIDA O MAS DE 19 AÑOS, ANOTE 996.
 AÑOSx52 = No. DE SEMANAS, /___/___/___/ /22
 MESES x 4 = No. SEMANAS. No. SEMANAS
 SI DE 1 A 13 DIAS, ANOTE 001, Y SALTE A F1,
 SI MENOS DE 24 SEMANAS, SALTE A E41,
 SI DE 24 A 104 SEMANAS SALTE A E40.
 SI MAS DE 2 AÑOS: PREGUNTE E39 INI/REC.

E39 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última)
 vez que pasó por un período de dos años o
 más en el cual se sintió (deprimido(a)/
 EQUIVALENTE PERSONAL) y tuvo alguno de
 estos problemas a la vez?
 INI: 1 2 3 4 5 6 /23
 EDAD INI: ___/___ /25
 REC: 1 2 3 4 5 6 /26
 EDAD REC: ___/___ /28

GAB3RC E40 ENTREVISTADOR: SI D15 FUE CODIFICADO 5,
 (PREOCUPACION PERMANENTE ACERCA DE MUCHAS
 COSAS), PREGUNTE E40: OTROS SALTEN A E41.
 Ud. dijo anteriormente que había tenido un
 largo período durante el cual se sentía
 ansioso(a) y preocupado(a) por diversas
 cosas.
 ¿Coincidió ese período en el que estaba
 preocupado(a) y ansioso(a) con un período
 en que Ud. estaba deprimido(a)?
 NO.....1
 SI.....5 /29

DEPICDAB E41 Ahora quisiera preguntarle acerca de episodios
 en los que se ha sentido no sólo (deprimido(a)/
 EQUIVALENTE PERSONAL) sino que también tuvo
 algunos de estos otros problemas como:
 (ENUMERE CUALQUIER ITEM CODIFICADO SON 5º DE
 2 ó 3 RECUADROS DE E7-E31). Durante su vida,
 ¿Cuántos episodios como éste ha tenido que le
 hayan durado dos semanas o más? SI 96 EPISODIOS
 o más, ANOTE 96. /___/___/ /31
 SI SOLO UN EPISODIO, SALTE A E42

DEP3RRT	A. Entre (cualquiera de) estos episodios, ¿Se sintió bien al menos por algunos meses?	NO... (SALTE A E42)...1 BIEN.....5	/32
DEPICDR7B	B. Entre (cualquiera de) estos episodios: ¿Fue Ud. perfectamente capaz de trabajar y disfrutar estando con otras personas?	NO... (SALTE A E42)...1 SI.....5	/33
DEPICDR7B	C. ¿Duró ese periodo "normal" al menos 6 meses?	NO.....1 SI... (SALTE A E42)...5	/34
	D. ¿Duró al menos 2 meses?	NO.....1 SI.....5	/35
<hr/>			
DEP3RSE DEPICD5*	E-2 ¿Alguna vez estuvo Ud. hospitalizada, debido a (ese episodio/cualquiera de esos episodios) depresivos?	NO.....1 SI... (SALTE A E-4)...5	/36
<hr/>			
	E-3 ¿Consultó a un médico sobre (ese episodio/ cualquiera de esos episodios)?	NO.....1 SI... (SALTE A 2)...5	/37
	1. ¿Consultó a cualquier otro profesional sobre (ese episodio/cualquiera de esos episodios)?	NO.....1 SI.....5	/38
	2. ¿Tomó medicina más de una vez a causa de (ese episodio/cualquiera de esos episodios)?	NO.....1 SI.....5	/39
	3. ¿(Interfirió ese episodio/interfirió en esos episodios) mucho con su vida, trabajo o actividades?	NO.....1 SI.....5	/40
DEP3RSEV DEP3RB2	4. ¿Fue alguno de estos episodios tan serio que le impidió trabajar o visitar amigos o parientes?	NO.....1 SI.....5	/41

DEP3R82

E44 ¿(Este episodio ocurrido/cualquiera de estos episodios ocurrieron) poco después que se le murio un ser querido?

SI DECLARA VOLUNTARIAMENTE QUE COMENZO 2 MESES DESPUES DE UNA MUERTE CODIFIQUE 1 Y SALTE A PREG. (E45)

NO...(SALTE A E45)...1
SI.....5

142

A. ¿Ha tenido algun episodio de (depresion (EQUIVALENTE PERSONAL) al mismo tiempo que tenia estos otros problemas tales como (ENUMERE 3 SI CODIFICADOS (5º) DE LAS PREGUNTAS E7-E31) inmediatamente despues de la muerte de alguien?

NO, SOLO DESPUES DE MUERTE (SALTE A E45)...1
SI, OTRAS VECES.....5

143

B. SI EL EPISODIO EN EL ULTIMO AÑO (E35 NO = 1-5 O E37 REC = 1-5), PREGUNTE: ¿El episodio (los episodios) de depresion que tuvo en el ultimo año, se debio (deberon) a que alguien cercano a Ud. murio?

SI, OCASIONADOS SOLO POR MUERTE.....2
NO, NO SOLO POR MUERTE.....5

144

E45 ENTREVISTADOR: ¿HAY MAS DE UN EPISODIO CODIFICADO EN E-1?

NO.....1
SI...(SALTE A E47)...5

145

E46 ENTREVISTADOR: ¿EL EPISODIO MAS LARGO DURO MAS DE 52 SEMANAS (E38)?

NO...(SALTE A E48)...1
SI.....5

146

DEP3R

E47 Ahora, me gustaria saber mas acerca de la vez en que se sintio (deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL) al menos por dos semanas y al mismo tiempo tuvo la mayor cantidad de estos otros problemas. ¿Que edad tenia entonces? (SI NO PUEDE ESCOGER, señale entonces uno de los peores episodios).

148

DEP3R
DEPICDAB

E48 Me gustaria saber cual de estos otros problemas tuvo usted durante ese episodio de (depresion/ EQUIVALENTE PERSONAL). Durante ese episodio cuando tenia _____ años. VUELVA A E7 Y LEA CADA PREGUNTA CODIFICADA SON (5/5º) EN LAS PREGS. E7-E31), COMENZANDO CON LAS PALABRAS ENTRE [].

SI OCURRIO DURANTE ESTE EPISODIO DE DEPRESION.....CODIFIQUE 5 EN COLUMNA II
SI NO OCURRIO ENTONCES.....CODIFIQUE 1 EN COLUMNA II

SI MAS DE UN EPISODIO, PREGUNTE E-9
SI NO, VAYA A F1.

DEPICDSRTD E49 Ud. me dijo que había tenido ras de un episodio
en que se sintió (deprimido(a)/EQUIVALENTE PERSONAL).
Durante cualquiera de sus otros episodios ¿tuvo de estos
otros problemas tanto como en el episodio que recién
describió?

NO.....1
SI...(EN AL MENOS
UNO).....5

169

SECCION F: MANIA

MAN3RA F1 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de al menos dos
 MANICDA días en que se sintiera demasiado alegre, exaltado/a o
 MPICDA eufórico/a, hasta el punto de meterse en dificultades
 o preocupar a su familia o amigos o que un médico dijera
 que Ud. estaba maníaco/a? SON: 1 3 5

MED/DROGA/ALC: _____

SI CODIFICO 5, SALTA A F3

MPICDA F2 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo de varios días en
 MAN3RA se sintiera tan irritable que rompiera o arrojara cosas,
 MANICDA empezara discusiones, gritara a las personas o le pegara
 a alguien? SON: 1 3 5

MED/DROGA/ALC: _____

ENTREVISTADOR: PREGUNTE F3-F12 OMITIENDO PALABRAS ENTRE [].
 CODIFIQUE EN COLUMNA 1.

	1				
	ALGUNA			PEOR	
	VEZ			PERIODO	
				NO SI	

MAN3RB6 F3 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo
 MANICDB4 en que estuvo (Estuvo) mucho más
 MPICDB1 activo/a que lo usual, al punto que
 Ud. se preocupó o preocupó a su
 familia o amigos? SON: 1 3 4 5 1 5

NO: _____ OTRO: _____

A: SI CODIFICO SON 5 PREGUNTE:

¿Ere Ud. capaz de estar así de
 activo sin cansarse? NO....1
 SI....5

MAN3RB6 F4 SI E18 ('estar en continuo moviemien-
 MPICDB1 to') SE CODIFICO SON '5', CODIFIQUE
 MANICDB1 '5' SIN PREGUNTAR:
 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo
 de varios días en que no podía
 (Ere capaz de) sentarse tranquilo y
 tenía que andar de un lado para otro? SON: 1 3 4 5 1 5

MED/DROGA/ALC: _____

MAN3RB7 F5 ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que [Ud.] despilfarró, o sea gastó tanto dinero que le causó problemas económicos a Ud. o a su familia, o en que tomó decisiones estúpidas en relación al dinero?

SON: 1 3 4 5 1 5

MED/DROGA/ALC: _____

MAN3RB7 F6 ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que su interés en el sexo fue [En ese tiempo fue su interés en el sexo] mucho mas fuerte que lo usual para Ud. Por ejemplo, un periodo en que quería tener relaciones sexuales con mas frecuencia que lo normal o con personas que normalmente no le hubieran interesado?

SON: 1 3 4 5 1 5

MED/DROGA/ALC: _____

MAN3RB3 F7 ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que habló [habló Ud.] tan rápido que la gente decía que no podía entenderle o en el que Ud. se mantenía hablando todo el tiempo?

SON: 1 3 4 5 1 5

MED/DROGA/ALC: _____

MAN2RB4 F8 ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que sus pensamientos pasaban tan rápido [Pasaron sus pensamientos tan rápido] por su cabeza que no podía seguirlos?

SON: 1 3 4 5 1 5

MED/DROGA/ALC: _____

MAN3RB1 F9 ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que sentía [Sintió] que tenía un don especial o poderes especiales para hacer cosas, que otros no podían hacer, o que Ud. era una persona especialmente importante?

SON: 1 3 4 5 1 5

PIDA UN EJEMPLO ANTES DE SONDEAR:

EJEMPLO:

SI CALIFICA COMO SON5, PERO ES POSIBLE CODIFIQUE 6

MED/DROGA/ALC: _____

F10 A. ENTREVISTADOR: FLE CODIFICADA F9 COMO SON

5

NO...(SALTE A F11).....1

SI.....5

MAN1001

B. DICE ESPONTANEAMENTE EL ENTREVISTADO
SER UNA PERSONA QUE NO PUEDE SER
(POR EJ. JESUS O UN CONSEJERO PRESIDENCIAL).

NO.....1

SI.....5

MAN1001

C. DICE ESPONTANEAMENTE EL ENTREVISTADO
TENER PODERES QUE NO PUEDE TENER (POR
EJ. CONTROL DE POLITICAS EXTRANJERAS
O LEER LA MENTE)

NO.....1

SI.....5

I		II	
ALGUNA	VEZ	PERO	PERIODO
		NO	SI

MAN382

F11 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo en que
casi no dormía (Casi no dormía) pero, no
se sentía cansado/a ni con sueño?

SON: 1 3 5 1 5

MAN10085

MAN10084

MED/DROGA/ALC: _____

MAN385

F12 ¿Hubo alguna vez un periodo en que perdía
(Perdía) la concentración tan fácilmente
que cualquier pequeña interrupción le hacía
perder el hilo?

SON: 1 3 5 1 5

MAN10087

MAN10083

MD:..... OTRO:

F13 ENTREVISTADOR: SE CODIFICARON 2 O MAS SON
ENTRE F3-F12?

NO...(SALTE A F1).....1

SI.....5

F14 ENTREVISTADOR: SE CODIFICARON SON LAS PRE-
GUNTAS F1 (exaltado/maniaco/excitado) o F2
(irritable)

NO...(SALTE A F17).....1

SI.....5

MAN3RB
MANICDAB
HPICBAB

F15 Ud. dijo que había un periodo durante el cual se había sentido (alegre/excitado/maniaco/irritable/EQUIVALENTE PERSONAL) y también dijo haber tenido algunas sensaciones o experiencias como (ENUMERE SON (S)'S EN F3-F12).

Alguna vez hubo un periodo en el cual se sintió muy exaltado o maniaco o irritable al mismo tiempo que tenía algunas de estas otras experiencias?

NO...(PREG. A).....1
SI...(FALTE A F16)....5

A. Entonces Ud. nunca ha tenido un periodo en el cual se sintiera (muy alegre), excitado, maniaco, irritable/EQUIVALENTE PERSONAL) y al mismo tiempo tuviera alguna de esas otras experiencias?

NUNCA HUBO UN PERIODO.....
... (SALTE A G1).....1
HUBO UN PERIODO5

F16 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo un periodo en el cual se sintiera (exaltado/EQUIVALENTE PERSONAL) y al mismo tiempo tuviera alguna de esas otras experiencias o sensaciones?

INI: 1 2 3 4 5 6
EDAD INI: —/—
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: —/—

(SALTE A F19)

MAN3RB
MANICDAB
-PICDAB

F17 Ud. dijo que había tenido periodos en los cuales (ENUMERE TODOS LOS SON: 5 EN LAS PREGUNTAS F3-F12). Alguna vez hubo un periodo en el cual algunas de estas sensaciones o experiencias ocurrieren juntas?

NO...(SALTE A G1).....1
SI.....5

MAN3RA

A. ¿Cuándo Ud. se sentía de esa manera, estaba mucho más irritable, o excitado, o alegre de lo que es normal para Ud. o con ganas de pelear o discutir?

NO...(SALTE A G1).....1
SI.....5

F18 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. presentó un periodo durante el cual tuvo algunas de estas experiencias y también estaba mucho más irritable o discutiador, alegre o exaltado?

INI: 1 2 3 4 5 6
EDAD INI: —/—
REC: 1 2 3 4 5 6
AD REC: —/—

MANICDA F19 ¿Cuál ha sido el episodio más largo que Ud. tuvo durante el cual se sintiera (exaltado, irritado/EQUIVALENTE PERSONAL) y tuviera varias de esas otras experiencias como (ENUMERE VARIOS SON (5) CODIFICADOS EN F1-F12).
SI MAS DE TRES AÑOS, CODIFIQUE QUE 996.

DÍAS

F20 ¿Durante toda su vida, cuántos episodios como ese ha tenido?
SI 96 EPISODIOS o más, ANOTE 96.

EPISODIOS

MAN3RC
MAN3REV F21 ¿Alguna vez estuvo Ud. hospitalizado debido a (ese episodio/cualquiera de esos episodios)?

NO... (SALTE A G1).....1
SI.....5

F22 1. ¿Consultó a un médico sobre (ese episodio/cualquiera de esos episodios)?

NO.....1
SI... (SALTE A 3).....5

2. ¿Consultó a algún otro profesional sobre (ese/cualquiera de esos episodios)?

NO.....1
SI.....5

3. ¿Tomó medicina mas de una vez a causa de (ese episodio/cualquiera de esos episodios)?

NO.....1
SI.....5

MAN3RSEV
MANICDA
4PIC08 4. ¿(Interfirió ese episodio/interfirieron esos episodios) mucho con su vida, trabajo o actividades?

NO.....1
SI.....5

F23 SE CODIFICÓ MAS DE UN EPISODIO EN F20

NO... (SALTE A F25)....1
SI.....5

MAN3R F24 Ahora me gustaría saber acerca del tiempo en el cual se sentía (exaltado/irritable/EQUIVALENTE PERSONAL) y tenía el mayor número de esas otras experiencias al mismo tiempo.
¿Qué edad tenía Ud. en esa época?
SI NO PUEDE ESCOGER: Entonces escoja un episodio intenso.

EDAD

MAN38

F24 Durante ese episodio en el cual estubo
(exaltado irritable/EQUIVALENTE PERSONAL
cuando tenia _____ años de edad, ¿cual
de estas experiencias tuvo? VUELVA A F3
LEA CADA PREGUNTA CODIFICADA SON 5 EN
F-3F12), COMENZANDO CON LAS PALABRAS ENTRE
().

SI OCURRIO DURANTE ESTE EPISODIO

MANIACO CODIFIQUE 5 EN COLUMNA 11.

SI NO OCURRIO..... CODIFIQUE 1 EN COLUMNA 11.

SECCION G: ESQUIZOFRENIA

ENTREVISTADOR: ANTES DE SONDEAR G1-G13 Y G15-G21 PREGUNTE:
¿Podría contarme acerca de una vez en que esto sucedió?
A NO SER QUE UN EJEMPLO YA SE HAYA DADO.

SC23RA1a
S2:GDA1d
DELICDA

G1 Ahora quisiera preguntarle por algunas ideas que Ud. pudiera haber tenido acerca de otras personas:
¿Alguna vez ha creído que lo(la) estaban espiando? SON: 1 2 3 4 5 6 /50

A. ¿Cómo supo que lo(la) estaban espiando?
EJ: _____
MO: _____ OTRO: _____
SI CALIFICA (5), PERO ES PLAUSIBLE, CODIFIQUE SON (6).

SC23RA1a
S2:GDA1d
DELICDA

G2 ¿Hubo alguna ocasión en la cual Ud. creyo que lo(la) estaban persiguiendo?
A. ¿Cómo supo que lo(la) estaban persiguiendo? SON: 1 2 3 4 5 6 /51

EJ: _____
MO: _____ OTRO: _____
SI CALIFICA (5), PERO ES PLAUSIBLE, CODIFIQUE SON (6).

SC23RA1a
S2:GDA1b

G3 ¿Alguna vez ha creído que estaban secretamente probándolo(la) o experimentando en usted?
SON: 1 2 3 4 5 6 /52

¿Cómo supo que estaba siendo probado(a)?
ANOTE ABAJO Y EMPIECE A SONDEAR
EJ: _____
MO: _____ OTRO: _____
SI CALIFICA (5), PERO ES PLAUSIBLE CODIFIQUE SON (6).

SC23RA1a
S2:GDA1b

G4 ¿Alguna vez ha creído que estaban tratando algo contra Ud. o tratando de hacerle daño o envenenarlo(la)?
SON: 1 2 3 4 5 6 /53

A. ¿Cómo supo que esto estaba sucediendo?
ANOTE ABAJO Y EMPIECE A SONDEAR
EJ: _____
MO: _____ OTRO: _____
SI CALIFICA (5), PERO ES PLAUSIBLE CODIFIQUE SON (6).

SC23RA1a G5 ¿Alguna vez ha creído que le estaban leyendo la mente?
SZICDA1b SI NO, CODIFIQUE SON 1, OTROS PREGUNTE A.
DELICDA

A. ¿Sabían exactamente lo que Ud. pensaba o solamente lo podían adivinar por los gestos de su cara o porque lo(a) conocían desde hace mucho tiempo?
SI "SOLO ADIVINANDO", CODIFIQUE SON (1), SI NO PIDA UN EJEMPLO Y PREGUNTE B.

SOM: 1 2 3 4 5

/54

B. ¿Cómo supo Ud. que le estaban leyendo la mente?

EJ: _____

NO: _____ OTRO: _____

SC23RA2 G6 ¿Alguna vez ha creído que Ud. realmente podía oír lo
SZICDA1d que otra persona estaba pensando, aún cuando esa
persona no estuviera hablando? SI NO, CODIFIQUE
SON 1, OTROS, PREGUNTE A.

A. ¿Cómo era posible que Ud. oyera lo que esa persona pensaba, si ella no decía nada?
ANOTE ABAJO Y EMPIECE A SONDEAR.

SOM: 1 2 3 4 5

/55

EJ: _____

NO: _____ OTRO: _____

SC23RA2 G7 ¿Alguna vez creyó que otros podían oír sus
SZICDA1a pensamientos?
SI NO, CODIFIQUE SON 1, OTROS PREGUNTE A.

A. ¿Cómo podían hacer eso? ANOTE ABAJO
Y EMPIECE A SONDEAR.

SOM: 1 2 3 4 5 6

/56

EJ: _____

NO: _____ OTRO: _____

SC23RA2 G8 ¿Alguna vez ha estado convencido(a) que estaba
SZICDA1b bajo el control de algún poder o fuerza, de
manera que sus pensamientos y acciones no eran
los suyos?

SOM: 1 2 3 4 5 6

/57

A. ¿Quién o qué poder o fuerza lo(a) controlaba?

EJ: _____

NO: _____ OTRO: _____

SI CALIFICA (5), PERO ES PLAUSIBLE, CODIFIQUE SON (6).

SC23RA2 09 ¿Alguna vez ha estado convencido que pensamientos
S210DA1a extraños o pensamientos que no eran los suyos,
estaban siendo directamente puestos en su mente? SON: 1 2 3 4 5 /58

EJ: _____
MO: _____ OTRO: _____

SC23RA2 010 ¿Alguna vez ha estado convencido de que algo o
S210DA1b alguien podía sacarle o robarle los pensamientos
de su mente? SON: 1 2 3 4 5 /59
¿Cómo lo hacían?

EJ: _____
MO: _____ OTRO: _____

SC23RA2 011 ¿Alguna vez ha creído que le estaban enviando
S210DA1c mensajes especiales a través de la televisión o
DE110DA la radio o que un programa había sido preparado
solo para Ud.? SON: 1 2 3 4 5 6 /60

A. ¿Cómo hacían eso? ¿Podería contarme acerca de
una vez en que eso sucedió?
EJ: _____
MO: _____ OTRO: _____

SI CALIFICA (5), PERO ES PLAUSIBLE CODIFIQUE SON (6).

SC23RA2 012 ¿Alguna vez ha sentido que fuerzas extrañas actúan
S210DA1d en Ud., como si lo estuvieran hipnotizando o le
estuvieran haciendo magia o estuviera siendo atacado
por rayos X o láser? SON: 1 2 3 4 5 /61

A. ¿Que tipo de fuerza fue?
EJ: _____
MO: _____ OTRO: _____

S210DA1e 013 ENTREVISTADOR: ANOTE CUALQUIER IDEA DELIRANTE
S210DA2e ESPONTANEAMENTE REFERIDA Y QUE NO SEA CODIFICABLE
EN G1-G12, NO PREGUNTE. SI NO HAY NINGUNA CODIFIQUE
SON 1, SI HAY ALGUNA, DESCRIBA: SON: 1 2 3 4 5 /62

MO: _____ OTRO: _____

014 ENTREVISTADOR: ENTRE LAS PREGUNTAS G1-G13,
EL ENTREVISTADO CONSULTO MEDICO (¿ANOTO EN LA
LINEA MO?) NO.....1 /63
SI.....5

SC23R1b G15 ¿Alguna vez ha tenido la experiencia de ver algo
 SZ1CDA2e o alguien que otros que estaban presentes no
 podían ver, es decir, tuvo una visión cuando estaba
 completamente despierto(a)?, SI NO, CODIFIQUE SON 1,
 OTROS PREGUNTE A.

A. ¿Qué vio? ANOTE ABAJO Y EMPIECE A SONDEAR.

SON: 1 2 3 4 5

/64

NO: _____ OTRO: _____

SC23R1b G16 ¿Ha tenido más de una vez la experiencia de oír
 cosas que otras personas no podían oír, tal como
 una voz?
 SI ES "NO", CODIFIQUE SON 1; Y SALTE A G22,
 SI NO, PREGUNTE A.

A. ¿Qué oyó? ANOTE ABAJO Y EMPIECE A SONDEAR.

SON: 1 2 3 4 5 6

/65

SI CALIFICA COMO SON 5, PERO ES PLAUSIBLE, CODIFIQUE 6

NO: _____ OTRO: _____

SI MENCIONO VOCES, SALTE A G17 A.

G17 ¿Alguna vez escuchó voces que otros no podían oír?

NO...(SALTE A G18)...1

SI.....5

/66

A. ¿Esa voz venía de alguna parte de su cuerpo?

NO.....1

SI.....5

/67

B. ¿Alguna vez escuchó voces que comentaban lo que
 Ud. hacía o pensaba y que otros no podían oír?

NO.....1

SI.....5

/68

C. ¿Alguna vez ha escuchado dos o más voces hablando
 entre sí que otras personas no podían oír?

NO...(Salte a E)....1

SI.....5

/69

D. ¿Estaban esas voces hablando de Ud.?

NO.....1

SI.....5

/70

E. ¿Alguna vez ha dialogado con las voces del
 mismo modo que lo haría con alguien que estuviera
 con Ud.?

NO...(Salte a G12)...1

SI.....5

/71

F. ¿Alguna vez vió Ud. realmente a quien le estaba
 hablando cuando mantenía una conversación con las
 voces?

NO.....1

SI.....5

/72

G18 ¿Cómo explica el hecho de escuchar cosas que otras
 personas no pueden oír?

ANOTE: _____

SZICDA2e	G19	¿Alguna vez escuchó estas cosas, que otros no podían oír, durante más de unos minutos?	NO.....1 SI.....5	173
SC23RA1b	G20	¿Alguna vez le han molestado a su alrededor olores extraños, que nadie más que estuviera allí podía oler, tal vez olores que salían de su propio cuerpo?		
SC23RA1b				
SZICDA2e		SI ES "NO" CODIFIQUE (1) Y SALTE A G21, SI NO, PREGUNTE A		
	A.	¿Qué oloó? ANOTE ABAJO Y EMPIECE A SONDEAR.	SON: 1 2 3 4 5	174

		NO: _____ OTRO: _____		
	B.	SI SON = (5), PREGUNTE		
		¿De dónde venían esos olores extraños?		
		ANOTE: _____		
SC23RA1b	G21	¿Alguna vez ha tenido sensaciones raras dentro o fuera de su cuerpo, como si le tocaran aunque no hubiese nada o como sentir que algo se movía dentro de su cuerpo?, SI NO, CODIFIQUE SON 1 Y SALTE A G22, OTROS PREGUNTEN A.		
SZICDA2e				
	A.	¿Qué sintió? ANOTE ABAJO Y EMPIECE A SONDEAR.	SON: 1 2 3 4 5	175

		NO: _____ OTRO: _____		
	G22	EN G15-G21, ¿CONSULTO R AL MEDICO (ANOTE EN LA LINEA NO)?	NO.....1 SI.....5	176
	G23	¿SE CODIFICO ALGUN (5) EN LAS PREGUNTAS G1-G13 O G15-G21?	NO...(SALTE A M1)...1 SI.....5	177
	G24	¿Qué edad tenía Ud. la primera vez que tuvo esas experiencias o creencias? (ENUMERE SINTOMAS CODIFICADOS SON 5 EN G1-G13 Y G15-G21)	INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD INI: ____/____	178 FIN 06/80
		¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo alguna de esas creencias o experiencias?	REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ____/____	101 103
SC23RA	G25	Ud. ha hablado de ciertas creencias o experiencias que tuvo como (ENUMERE SINTOMAS CODIFICADOS SON 5 EN G1-G13 Y G15-G21). ¿Tuvo cualquiera de esas creencias o experiencias por un periodo de 6 meses o más?	NO.....1 SI...(SALTE A G27)..5	104
SC23RD				
DELICDA				

SC21CDA	G26	¿Cuánto tiempo transcurrió entre el inicio y el término de esas experiencias o creencias?	< 1 día	1
DELICDA			1 día-1 semana	2
SZAFICDB		¿Fue tanto como algunos meses, 2-4 semanas o menos?	1 - 2 semanas	3
			2 - 3 semanas	4
			4 - 12 semanas	5
			12 - 24 semanas	6

/05

SI SOLO UNOS POCOS MOMENTOS EN UNA OCASION, EN UN SOLO DIA, CODIFIQUE 1.
SALTE A M1, OTROS SALTE A G28.

GAD3RC	G27	SI D15 ("PREOCUPADO ACERCA DE VARIAS COSAS") FUE CODIFICADA 5, PREGUNTE G27, OTROS SALTEN A G28. Ud. dijo antes que tuvo un largo periodo en el cual estuvo preocupado por diferentes cosas. ¿Todo el periodo en el cual estuvo preocupado coincidió con el periodo en el que estaba teniendo estas creencias o experiencias?	NO, PREOCUPADO EN OTRAS OCASIONES.....	1
			SI, SOLO ENTONCES.....	5

/06

	G28	¿Cuando tuvo estas creencias o experiencias, se encontraba en estado normal en todo lo demás o se sentía nervioso, perturbado, sin poder trabajar, sin poder salir o divertirse?	NORMAL...(SALTE A G29)...	1
			ANORMAL.....	5

/07

SC23RD	A.	¿Le duró 6 meses o más ese periodo en el cual no se sentía o actuaba normalmente?	NO.....	1
			SI.....(SALTE A G29).....	5
	B.	¿Le duró tanto como 2 semanas?	NO.....	1
			SI.....	5

/08

/09

SC23RD	G29	Posteriormente, después que Ud. tuvo esas creencias o experiencias, ¿encontró que Ud. era menos capaz de realizar bien su trabajo, que antes que ellas se hubiesen presentado?	NO.....	1
			SI.....	5

/10

SC23RB	G30	Después que tuvo estas experiencias o creencias, ¿le fue más difícil que antes hacerse de amigos o disfrutar de la vida social?	NO.....	1
			SI.....	5

/11

	G31	ENTREVISTADOR: ¿ESTUVO R ALGUNA VEZ DEPRIMIDO O MANIACO?	NINGUNO...(SALTE A G37)...	1
		DEPRIMIDO SI, : E34, E34A O E36A FUERON CODIFICADOS 5.	DEPRIMIDO SOLAMENTE.....	2
			MANIACO SOLAMENTE.....	3
		MANIACO: SI F15, F15A, O F17A FUERON CODIFICADOS 5.	AMBOS.....	4

/12

SC23RD	G32	Ud. mencionó con anterioridad que había tenido episodios durante los cuales se había sentido (deprimido(a)/exaltado(a)/irritable). Podría decirme ¿qué fue lo que sucedió primero, aquellos episodios en los cuales se sentía (deprimido(a)/exaltado(a)/irritable) o las experiencias o creencias tales como (ENUMERE SINTOMAS CODIFICADOS SON 5 EN G1-G13, G15-G21)?	PRIMERO PRESENTO IDEAS DELIRANTES/ ALUCINACIONES.....1 PRIMERO PRESENTO SINTOMAS COMO DEPRESION/EXALTACION/IRRITABILIDAD.....2 ESP: EMPEZARON AL MISMO TIEMPO.....3	/13
DEPICDP	G33	¿Estuvieron los episodios en los cuales se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/irritable) alguna vez presentes al mismo tiempo en que estaba teniendo estas creencias o experiencias?	NO, NUNCA JUNTOS... ...(SALTE A G37).....1 SI.....5	/14
S45ICDB	G34	¿Se mantuvieron al mismo tiempo por al menos 2 semanas?	NO.....1 SI.....5	/15
MAN3RD	G35	¿Cuándo Ud. no se sentía (deprimido(a)/exaltado(a)/irritable), presentó alguna vez estas experiencias o creencias durante 2 semanas o más?	NO, SOLO CUANDO ESTABA DEPRIMIDO(A)/ EXALTADO(A)/IRRITABLE (SALTE A G37).....1 SI, TAMBIEN OTRAS VECES.....5	/16
SZAFF3RC	G36	¿Cuáles se mantuvieron por más tiempo, esas creencias o experiencias o los períodos de (depresión/exaltación/irritabilidad)?	CREENCIAS, EXPERIENCIAS.....1 HUMOR.....2 LO MISMO.....3	/17
SC23RD2	G37	BUSQUE LA EDAD DE COMIENZO CODIFICADA EN G24 Piense acerca de los 2 años previos a que Ud. presentara cualquiera de estas experiencias o creencias, esto es, cuando Ud. tenía entre ___ y ___ años, (DOS AÑOS ANTES DE LA FECHA EN QUE PRESENTO POR PRIMERA VEZ ESTAS EXPERIENCIAS, EN G24). ¿Había Ud. abandonado sus actividades regulares como la escuela o el trabajo (o trabajo doméstico) casi todo el tiempo a través de esos 2 años?	NO.....5 SI...(SALTE A G38)...1	/18
SC23BD2	A.	¿Fue esto debido exclusivamente a una enfermedad física o lesión?	NO.....5 SI.....4	/19

SC23RD1 G38 Durante esos mismos 2 años, ¿salía Ud. de su hogar a visitar amigos frecuentemente?

NO.....5
ESP: EXPLICACION MEDICA.....4
ESP: NUNCA TUVO AMIGOS.....2
SI.....1

/20

H. ANOREXIA NERVIOSA

BULIM3RE ANORX3RB BULICDC H1 Ahora quisiera preguntarle acerca de problemas que Ud. pudiera haber tenido con su peso.
 ¿Alguna vez ha estado muy preocupado/a porque comía mucho, sufría mucho de peso o se estaba poniendo muy gordo/a?
 SON: 1 2 5

ANOREX3RA ANOICDA H2 ¿Alguna vez perdió mucho peso ... esto es (6.5 kg) o más, ya sea a través de dieta o sin ella (no decidió a tener un hijo o una operación)?
 NO...(SALTE A H4)....1
 SI.....5

/19

ANOCIDB H3 EMPIECE A SOFRENER/PERO CONSIDERE QUE ALGUNAS SUSTANCIAS SE CODIFICAN CON SI: PILDORAS PARA DIETA, DIURETICOS, LAXANTES, ENEMAS, TAMBIEN CODIFICAN SI LAS DIETAS, VOMITOS AUTOINDUCIDOS O DIAGNOSTICO DE ANOREXIA O ANOREXIA NERVIOSA
 SON: 1 3 4 5
 NO: _____ OTRO: _____

ANOICDA H4 ¿Alguna vez, sus amigos o parientes le dijeron que estaba demasiado delgado o que parecía un esqueleto?
 NO.....1
 SI.....5

ENTREVISTADOR: SI CODIFICADO EN H2 Y H4, SALTA A H10.

H5 ¿Cuál es el peso más bajo al cual Ud. ha llegado después de los 15 años?
 No. Kg. ---/---
 A. SI ES MUJER: ES H5 = 56.5 KG. O MENOS
 SI ES HOMBRE: ES H5 = 63.5 KG. O MENOS
 NO...(PREG. B).....
 SI...(SALTE A H10)....
 B. ¿Cuánto medía entonces?
 CMS. ---/---

H6 IMI: ¿Qué edad tenía la primera vez que (perdió 6.5 KG)/perdió todo ese peso/que otras personas decían que Ud. estaba muy delgado/a SI H5 Y R ES H5 Y R TIENE 25 AÑOS O MAS PREGUNTE:
 ¿Cree Ud. que tenía más de 25 años o menos?
 MENOS DE 25.....AMOTE..01
 25 O MAS.....AMOTE..95
 AUN H5.....AMOTE..98
 SI.....1

REC: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. perdió tanto peso o la gente pensó que Ud. estaba demasiado delgado?
 REC: 1 2 3 4 5
 EDAD REC: ---/---

AMOCDB	N7. Para perder esa gran cantidad de peso o mantener su peso bajo Ud.:		
		NO	SI
	1. Evitaba alimentos grasos	1	5
	2. Hacía ejercicios	1	5
	3. Tomaba medicamentos o píldoras		1 5
	4. Se inducía el vómito	1	5
	5. Tomaba laxantes o se aplicaba lavabos	1	5

ANOR3RC AMOIDC	N8. ¿Alguna vez pensó Ud. que estaba gordo/a, cuando otras personas, sus padres o amigos, decían que se había adelgazado mucho?	SON: 1	5
-------------------	---	--------	---

AMPX3RB AMOCBO	N9. SOLO PARA MUJERES: ¿Alguna vez dejó de tener menstruaciones seguidas en el tiempo en que estaba perdiendo peso?	SON: 1	5
-------------------	---	--------	---

BULIMIA

BULICDA	N10. ¿Le ha sucedido alguna vez que haya comido cantidades anormalmente grandes de alimentos en pocas horas, es decir, una crisis de ingesta?	NO...(SALTE A 11)....1	SI.....5
---------	---	------------------------	----------

BULIN3RA BULICDA	N11. ¿Ha tenido varios periodos como éste?	NO...(SALTE A 11)....1	SI.....5
---------------------	--	------------------------	----------

BULIN3RD	N12. ¿Alguna vez pasó por periodos de tres meses o más en que tuviera crisis de ingesta por lo menos dos veces a la semana?	NO.....1	SI.....5
----------	---	----------	----------

BULIN3RB BULICDA	N13. ¿Alguna vez se ha asustado por la posibilidad de no ser capaz de parar una de esas crisis de ingesta?	NO.....1	SI.....5
---------------------	--	----------	----------

BULIN3RB	N14. ¿Cuando come cantidades inusualmente grandes ha tenido alguna vez hacer algo especial para dejar de comer, como irse a dormir, salir de la casa o provocarse el vómito?	NO.....1	SI.....5
----------	--	----------	----------

BULIN3RC BULICDB	N15. ¿Alguna vez ha hecho algo en forma regular para evitar subir de peso, como... (LEA CADA UNA Y CODIFIQUE)	NO	SI
	1). Hacer mucho ejercicio.....	1	5
	2). Mantener una dieta estricta.....	1	5
	3). Tomar diuréticos.....	1	5
	4). Tomar laxantes o ponerse enemas (lavados).....	1	5
	5). Provocarse el vomito.....	1	5
	6). No comer nada, o tomar solo líquidos.....	1	5

N16. INI/REC: ¿Cuándo tuvo su (primera/última crisis de ingesta alimentaria?	INI: 1 2 3 4 5
	EDAD INI: —/—
	REC: 1 2 3 4 5
	EDAD REC: —/—

SECCION I: ALCOHOL

11 Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca del uso de bebidas alcohólicas, tales como (bebidas locales populares -cerveza, vino o licor). Durante toda su vida, ¿ha tomado al menos 12 tragos de cualquier tipo de bebidas alcohólicas?

NO...(PREG.A).....1
SI...(PREG.12).....5 /21

A. ¿Al menos si quiera contando el vino de las comidas, o la cerveza en los eventos deportivos, o la champaña de las bodas?

CORRECTO, NUNCA BEBIO 12 TRAGOS O MAS (SALTA A K1)....1
-A BEBIDO 12 O MAS TRAGOS....5 /22

12 En los últimos 12 meses, ¿tomo al menos 12 tragos de cualquier tipo de bebidas alcohólicas?

NO...(PREGUNTE A)...1
SI...(SALTE A 13)...5 /23

A. Durante toda su vida ¿ha habido un periodo de un año en el que Ud. bebió al menos 12 tragos de cualquier tipo de bebida alcohólica?

NO...(SALTE A K1)..1
SI...(SALTE A 15A)..5 /24

13 En el último año, cuando Ud. bebía, consumía al menos una pequeña cantidad de trago (CODIFIQUE EL PRIMER SI)....

Casi diariamente.....1
3 ó 4 días a la semana.....2
1 ó 2 días a la semana.....3
1 a 3 días al mes.....4
Menos de una vez al mes.....5 /25

14 En el último año en los días que Ud. consumía bebidas alcohólicas, ¿alrededor de cuantos tragos bebía por día? Por favor cuente tragos como se muestra en esta cartulina. (MUESTRE CARTULINA A).

PROMEDIO DE TRAGOS EN 24 HRS. ___/___ /27

15 ¿Ha habido algún periodo en su vida en el cual Ud. bebió más de lo que bebió durante el año pasado?

NO...(SALTE A C)....1
SI.....5 /28

A. Pense acerca del periodo de tiempo en el cual bebió más ("intenso"). ¿Qué tan seguido bebió?...

CODIFIQUE EL PRIMER "SI"

Casi diariamente.....1
3 ó 4 días a la semana.....2
1 ó 2 días a la semana.....3
1 a 3 días al mes.....4
Menos de una vez al mes.....5 /29

8. Durante ese período en el cual Ud. bebió más, ¿alrededor de cuántos tragos bebió Ud. generalmente en un solo día? Por favor, cuente los tragos como se muestra en esta cartulina. (MUESTRE CARTULINA A)

PROMEDIO DE TRAGOS EN 24 HRS.

73

9. ¿Alrededor de qué edad tenía Ud. cuando empezó por primera vez a beber en esa cantidad?

EDAD IBI: 1 2 3 4 5 6

74

EDAD IBI:

75

10. ¿Alrededor de qué edad tenía Ud. cuando dejó de beber en esa cantidad?

EDAD REC: 1 2 3 4 5 6

76

EDAD REC:

77

16. En relación a su forma de beber, ¿ha recibido objeciones o protestas de parte de:

1. Su familia (cualquier familiar, incluyendo esposo(a), hijos)?

SI NO

SI NO

78

2. Amigos, su médico o su guía espiritual?

SI NO

79

3. ¿Alguna vez se metió en problemas en su trabajo o escuela debido al alcohol?

SI NO

80

4. ¿Alguna vez se ha metido en peleas mientras bebe?

SI NO

81

5. ¿Alguna vez ha sido detenido(a) o arrestado(a) por la policía por estar bebido(a), o bien, ha sido llevado(a) a un Centro de Tratamiento Antialcohólico?

SI NO

82

6. ¿Alguna vez su forma de beber causó una ruptura entre Ud. y algún miembro de su familia o amigos?

SI NO

83

SI NO CODIFICADO ENTRE 1-6, SALTE A 17

REC: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo (ENUMERE LOS 5'S CODIFICADOS ENTRE 1-6)?

EDAD REC: 1 2 3 4 5 6

84

EDAD REC:

85

AA3RA1
AA3RA6

A. ¿Continué bebiendo después de notar que esto le estaba causando algunos de estos problemas?

SI.....1

SI.....5

86

AA3RA4
AA3RA2

17. ¿Alguna vez se ha metido en problemas por manejar bebido(a), como por ejemplo, tener un accidente o ser arrestado(a) por guiar en estado de embriaguez?

SI... (SALTE A 18)...1

SI.....5

87

AA3RA8

A. ¿Esto le ha sucedido varias veces?

SI.....1

SI.....5

88

EDAD REC: 1 2 3 4 5 6

89

EDAD REC:

90

AICDMM	18	¿Alguna vez se ha herido accidentalmente cuando ha estado bajo los efectos del alcohol, por ejemplo, ha tenido una mala caída, se ha cortado seriamente, se ha herido en un accidente de tránsito o algo parecido?	NO... (SALTE A 19)...1 SI.....5	/53
AD3RA4 AA3RA2	A.	¿Volvió a beber después de darse cuenta que beber le había causado un accidente?	NO.....1 SI.....5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___	/54 /55 /57
AD3RA4 AA3RA2 AA3RB AA3RB	19	¿Ha estado eufórico(a) por la bebida en diversas ocasiones en situaciones donde habían mayores posibilidades de resultar dañado(a), como por ejemplo cuando manejaba un auto usaba cuchillos, maquinaria o armas, atravesaba calles con mucho tráfico, escalaba o nadaba?	NO.....1 SI.....5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___	/58 /59 /61
AD3RA4 AD3RB AA3RB	110	¿Con frecuencia al estar bebiendo o con el cuerpo malo (la cruda) le ha impedido trabajar, ir a la escuela o el cuidado de sus niños?	NO.....1 SI.....5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___	/62 /63 /65
AICDD5 AD3RA7	111	¿Alguna vez noto que Ud. tenía que beber más de lo habitual para obtener el mismo efecto?	NO.. (PREGUNTE A)...1 SI.. (SALTE A REC)...5	/66
	A.	¿Alguna vez notó que las mismas cantidades de alcohol tenían menos efectos que antes en Ud.?	NO.. (SALTE A 112)...1 SI.....5 REC: En la actualidad aun necesita tomar mayor cantidad para sentir el efecto. Si afirmativo, codifique 1 si No, pregunte: ¿Cuándo dejó de necesitar más cantidad?	/67 /68 /70
AICDD1	112	¿Alguna vez ha sentido una urgencia o un deseo tan intenso de beber que no ha podido resistirlo?	NO.. (PREGUNTE A)...1 SI.. (SALTE A REC)...5	/71
	A.	¿Alguna vez necesitó (quiso) un trago tan intensamente que no podía pensar en otra cosa?	NO.. (SALTE A 113)...1 SI.....5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___	/72 /73 /75
AD3RA1 AICDD2 AD3RB	113	¿Con frecuencia terminaba bebiendo mucho más de lo que esperaba en un principio, o por un período más largo del que Ud. había pensado?	NO.. (PREGUNTE A)...1 SI.. (SALTE A REC)...5	/76
	A.	¿Con frecuencia empezaba a beber y se daba cuenta de que le era difícil detenerse antes de estar completamente intoxicado(a)?	NO.. (SALTE A 114)...1 SI.....5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___	/77 /78 FIN 07/80
AD3RA2	114	¿Alguna vez deseó parar o disminuir lo que bebía, pero no pudo?	NO.. (SALTE A 115)...1 SI.....5	/17

AD3RB	A. ¿Trató sin éxito en más de una ocasión detener o disminuir su beber?	NO, SOLO UNA VEZ...1 SI.....5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___	/02 /03 /05
AD3RA5	115 ¿Alguna vez ha pasado por un periodo en el cual empleara una gran cantidad de tiempo bebiendo alcohol o reponiéndose de sus efectos?	NO..(SALTE A 116)..1 SI.....5	/06
AD3RB	A. ¿Duró este periodo un mes o más?	NO.....1 SI.....5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___	/07 /08 /10
AD3RA5	116 ¿Alguna vez ha abandonado o disminuido en gran medida actividades importantes como, deportes, trabajo o juntarse con familiares o amigos, para poder beber?	NO..(SALTE A 117)..1 SI.....5	/11
AD3RB	A. ¿Dejó estas actividades por al menos un mes o más, o las dejó varias veces durante un largo periodo?	NO.....1 SI.....5 REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___	/12 /13 /15
AI0006	117 ¿Alguna vez su habito alcohólico se volvió tan regular que Ud. no podía modificar cuando bebía, o lo mucho que bebía no importante lo que estuviese haciendo o donde estuviera?	NO.....1 SI.....5	/16
	REC: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. bebió de esa forma?	REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___	/17 /19
AD3RA8	118 Suspender o disminuir la bebida alguna vez le causó problemas tales como:		
AI0004		NO SI	
	1. Temblores de manos	1 5	/20
	2. Ser incapaz de dormir	1 5	/21
	3. Sentirse ansioso(a) o deprimido(a)	1 5	/22
	4. Transpirar	1 5	/23
	5. Que su corazón latiera rápido	1 5	/24
	6. Dolores de estómago	1 5	/25
	7. Dolores de cabeza	1 5	/26
	8. Debilidad	1 5	/27
	9. Ver o escuchar cosas que no estaban realmente ahí	1 5	/28
	10. Ataques o convulsiones después de disminuir o dejar la bebida	1 5	/29
	SI NO CODIFICO 5 EN 1-10, SALTE A 119.		
	REC: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo (ENUMERE TODOS LOS 5'S EN 1-10) después de disminuir o dejar la bebida?	REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___	/30 /32

AD3RB	B. ¿Ha tenido problemas como estos en varias ocasiones cuando Ud. bebe o disminuye la bebida?	NO.....1	
		SI.....5	/33
AICDD3 AD3RA9	C. ¿Alguna vez tomó un trago para evitar el presentar estos problemas o para hacerlos desaparecer?	NO..(SALTE A 119)..1	
		SI.....5	/34
		REC: 1 2 3 4 5 6	/35
		EDAD REC: ___/___	/37

AICD-M	119 Hay muchos problemas de salud que pueden ser provocados por la bebida. ¿Alguna vez la bebida le causó:			
		NO	SI	
	1. Enfermedad hepática o ictericia	1	5	38
	2. Enfermedad del estómago o vómitos con sangre	1	5	/39
	3. ¿Le produjo hormigueo o falta de sensaciones en sus pies?	1	5	/40
	4. ¿Problemas de memoria aun cuando ya no estaba bebiendo?	1	5	/41
	5. Pancreatitis	1	5	/42
	SI 1-5 SON TODAS CODIFICADAS 1, SALTE A 120.			
	REC: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo (ENUMER 5'S CODIFICADOS EN 1-5) debido a la bebida?	REC: 1 2 3 4 5 6		/43
		EDAD REC: ___/___		/45

AD3RA6 AA3RA1	A. ¿Continuó bebiendo después de notar que esto le causaba cualquiera de estos problemas de salud?	NO..(SALTE A 120)..1	
		SI..(PREG.REC).....5	/46
		REC: 1 2 3 4 5 6	/47
		EDAD REC: ___/___	/49
AD3RB AA3RB	B. Bebió en más de una ocasión después que notó que esto le causaba cualquiera de estos problemas de salud?	NO.....1	
		SI.....5	/50

AD3RA6 AICDD8 AA3RA1	120 ¿Continuó bebiendo aun cuando sabía que tenía alguna (otra) enfermedad física seria que pudiera empeorarse con la bebida?	NO..(PREGUNTE A)...1	
		SI..(SALTE A REC)..5	/51
	A. ¿Alguna vez continuó bebiendo mientras tomaba medicamentos que Ud. sabía eran peligrosos de mezclar con el alcohol?	NO..(SALTE A 121)..1	
		SI.....5	/52
		REC: 1 2 3 4 5 6	/53
		EDAD REC: ___/___	/55

A1C0M8	121 ¿Alguna vez el alcohol le causó problemas emocionales o psicológicos, tales como:	NO	SI					
	1. Sentirse desinteresado(a) en las cosas	1	5	/56				
	2. Sentirse deprimido(a)	1	5	/57				
	3. Sentirse desconfiado(a) de otros o paranoide	1	5	/58				
	4. O tuvo ideas extrañas	1	5	/59				
	SI 1-4 SE CODIFICARON 1, SALTE A 122							
	REC: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. (ENUMERE 5'S CODIFICADOS EN 1-4) bebió a la bebida?	REC: 1	2	3	4	5	6	/60
A03RA6	A. ¿Continuó bebiendo después de saber que la bebida le estaba causando cualquiera de esos problemas emocionales?	EDAD REC:	___/___					/62
A1C0D8		NO..(SALTE A 122)..1						/63
AA3RA1		SI..(PREG REC).....5						/64
		REC: 1	2	3	4	5	6	/66
		EDAD REC:	___/___					/66
A03R8	B. ¿Continuó bebiendo en más de una ocasión después de saber que esto le estaba causando cualquiera de estos problemas emocionales?	NO.....1						/67
AA3R8		SI.....5						/67
	122 ¿SE HA CODIFICADO AL MENOS UN SON 5 DESDE 16?	NO..(SALTE A K1)..1						/68
		SI..(SALTE A 123)..5						/68
	123 Ud dijo que Ud. (ENUMERE SON 5'S EN PREGUNTAS 16-121), ¿cuándo fue la primera vez que Ud. tuvo alguno de estos problemas debido a la bebida?	INI: 1	2	3	4	5	6	/69
		EDAD INI:	___/___					/71

SECCION K: TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

OBS3R1
OBS1C0B2 K1 Ahora quisiera preguntarle si alguna vez le han molestado continuamente ciertos pensamientos desagradables. Un ejemplo seria la idea persistente de que sus manos están sucias o tienen gérmenes o que familiares que están lejos hayan sido heridos o muertos.
¿Alguna vez ha tenido algun tipo de pensamiento desagradable como éstos, cuando no era lógico tenerlos?

NO..(SALTE A K6).....1
SI.....5

172

OBS1C0A K2 ¿Esto fue sólo por un periodo corto o le molestó una y otra vez por un periodo de al menos dos semanas?

MEIOS DE DOS SEMANAS
(SALTE A K6).....1
DOS SEMANAS O MAS.....5

173

OBS3R4 K3 ¿Podría darme un ejemplo del tipo de pensamientos que le molestaban?

Ej: _____

EL EJEMPLO DESCRIBE EXCLUSIVAMENTE

	NO	SI	
1. SENTIMIENTOS DE CULPA?	1	5	174
2. PREOCUPACIONES ACERCA DE LA FORMA CORPORAL, PESO O COMIDA?	1	5	175
3. PREOCUPACIONES ACERCA DE OBTENCION, USO O RECUPERACION DE LOS EFECTOS DE DROGAS U OTRAS SUSTANCIAS?	1	5	176
4. ALGUNA COMBINACION DE 1-3	1	5	177

ENTREVISTADOR: SI SE CODIFICO ALGUN 5, SALTE A K6.

OBS1C0B2 K4 ¿Cree Ud. que esos pensamientos eran irracionales o sin sentido?

NO..(SALTE A K6)....1
SI.....5

178

OBS3R2
OBS1C0D3 K5 ¿Le seguían viniendo estos pensamientos irracionales a su mente, una y otra vez a pesar de los esfuerzos que Ud. hacía por deshacerse de ellos o ignorarlos?

SON: 1 2 5

179

SI CODIFICO 5, SALTE A K11

OBS3R1
OBSIC082 K6 Otros ejemplos de pensamientos desagradables sería la idea persistente de que Ud. podría hacer daño o causar la muerte de algún ser querido, aun cuando Ud. realmente no quisiera hacerlo. O Ud. pudiera haber tenido pensamientos que lo(a) avergonzaran, pero que no podía sacar de su mente. ¿Alguna vez ha sido molestado(a) por estos o algún otro pensamiento desagradable y persistente? NO...(SALTE A K14)...1 SI.....5

FIN 08/80

OBSIC0A K7 ¿Fue esto por un tiempo corto o le seguían viniendo estos pensamientos a su mente durante un período de al menos dos semanas? MENOS DE DOS SEMANAS (SALTE A K14)...1 DOS SEMANAS O MAS...5 /01

OBS3RA4
OBSIC081 K8 ¿Podría darne un ejemplo del tipo de pensamientos que le molestaban?

EJ: _____

EL EJEMPLO DESCRIBE EXCLUSIVAMENTE:

	NO	SI	
1. SENTIMIENTOS DE CULPA?	1	5	/02
2. PREOCUPACIONES ACERCA DE LA FORMA CORPORAL, PESO O COMIDA?	1	5	/03
3. PREOCUPACIONES ACERCA DE OBTENCION, USO O RECUPERACION DE LOS EFECTOS DE DROGAS U OTRAS SUSTANCIAS?	1	5	/04
4. ALGUNA COMBINACION DE 1-3	1	5	/05

ENTREVISTADOR: SI CODIFICO 5 EN 1-4 SALTE A K14.

OBSIC082 K9 ¿Cree Ud. que esos pensamientos eran irracionales o sin sentido? NO...(SALTE A K14)..1 SI.....5 /06

OBS3RA2
OBSIC083 K10 ¿Le seguían viniendo estos pensamientos irracionales a su mente, una y otra vez a pesar de los esfuerzos que Ud. hacía por deshacerse de ellos o ignorarlos? SON: 1 2 5 /07

SI NO CODIFICO 5, SALTE A K14

OBS3RB
OBSIC0C K11 ¿Le molestaban a menudo estos pensamientos por más de una hora seguida? NO.....1 SI.....5 /08

OBS3RB
OBSIC0C K12 Pensar acerca de estas ideas, ¿interfirió con su vida o trabajo, o le causó problemas con sus familiares o amigos o le molestó en gran medida? NO.....1 SI.....5 /09

K13 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. fue incapaz de sacar de su mente un pensamiento desagradable como éste?

INI: 1 2 3 4 5 6 /10
 EDAD INI: / /12
 REC: 1 2 3 4 5 6 /13
 EDAD REC: / /15

COMP3R1 K14 Algunas personas tienen la desagradable sensación
 COMP3R3 de tener que hacer algo una y otra vez, aunque
 COMICDB1 saben que en realidad es una tontería, pero no
 pueden resistir hacerlo.

Por ejemplo, lavarse las manos repetidas veces
 veces para asegurarse que han cerrado la puerta
 o apagado la estufa. ¿Alguna vez ha tenido que
 hacer algo así una y otra vez?

SCH: 1 2 5 /16

SI CODIFICO 5, PREGUNTE POR EJEMPLO.

EJ: _____

COMP3R1 K15 ¿Hubo alguna ocasión en que sintió que tenía que
 COMP3R3 tenía que hacer algo en un cierto orden, por ejemplo,
 COMICDB2 vestirse, y que tenía que empezar todo de nuevo si se
 equivocaba en el orden establecido?

SOM: 1 2 5 /17

SI CODIFICO SOM 5, PIDA UN EJEMPLO.

EJ: _____

COMP3R1 K16 ¿Alguna vez ha habido un período de varias semanas
 COMP3R3 en el cual sentía que tenía que contar algo, sin
 COMICDB1 poder evitarlo aunque tratara, por ejemplo, contar
 los cuadros de un piso de baldosas?

SOM: 1 2 5 /18

SI CODIFICO SOM 5, PIDA EJEMPLO:

EJ: _____

K17 ENTREVISTADOR: ¿SE CODIFICARON SOM 5 LAS PREGUNTAS
 K14 O K15 O K16?

NO..(SALTE A L1)...1
 SI.....5 /19

COMP3RA K18 Ud. mencionó que (MENCIONE EJEMPLOS K14-K15-K16).
 COMICDB2 ¿Piensa Ud. que esa(s) conducta(s) fueron innecesarias
 o irracionales?

NO..(SALTE A L1)...1
 SI.....5 /20

COMICDB3 K19 ¿Tuvo que hacer esas cosas una y otra vez, a pesar de
 sus esfuerzos por deshacerse de ellas, ignorarlas o
 resistirlas?

NO..(SALTE A L1)...1
 SI.....5 /21

COMP3RB COMICOC	K20	El hacer estas cosas ¿interfirió con su vida o trabajo, o le causó dificultades con familiares o amigos o le molestó en gran medida?	NO..(SALTE A L1)...1 SI.....5	/22
COMP3RB COMICDA	K21	¿Tuvo que hacer alguna de esas cosas la mayoría de los días por un período de al menos dos semanas?	NO.....1 SI.....5	/23
COMP3RB COMICOC	K22	¿Cuándo Ud. hacía esas cosas, le tomaban con frecuencia más de una hora diaria?	NO.....1 SI.....5	/24
	K23	INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo que (EJEMPLOS EN K14, K15 ó K16):	INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD IN: / / REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: / /	/25 /27 /28 /30

SECCION C: MEDICINAS, DROGAS

1. Ahora quisiera preguntarle acerca de su experiencia con medicamentos (PASE CARTULINA B AL ENTREVISTADO).
Mire los medicamentos que aparecen en la parte superior de la cartulina, sección a. ¿Alguna vez un doctor le recetó alguno de estos?
- NO...(SALTE A L2)...1
SI.....5 /31
- A. ¿Cuáles de los medicamentos que se le recetaron los tomó diariamente por un periodo de dos semanas o más?
- NINGUNO...(SALTE A L2)...1
ALGUNO.....5 /32
- CIRCULE EN 2A, 3A, O 4A EN L4
- B. ¿Cuáles de estos medicamentos uso en mayores cantidades de las que le fueron recetadas o por un periodo de tiempo mas largo que el indicado?
- NINGUNO...(SALTE A L2)...1
ALGUNO.....5 /33
- SI AUN NO HA CIRCULADO, CIRCULE EN 2A, 3A O 4A EN L4 Y CODIFIQUE 5 PARA ESA CATEGORIA EN COLUMNA A.

2. ¿Ha usado alguno de estos medicamentos por su cuenta, sin que estuvieran recetados para Ud. en mas de 5 ocasiones, ya sea para relajarse, sentirse mejor, animarse o sentirse más activo(a) o alerta?
- NO...(SALTE A L3)...1
SI.....5 /34
- A. ¿Cuáles?
CIRCULE EN 2, 3 O 4 EN L4 Y CODIFIQUE 5 PARA ESA CATEGORIA EN COLUMNA A.

3. Ahora quisiera preguntarle acerca de su experiencia con otras drogas. Mire las drogas que aparecen en la sección b de la cartulina. ¿Ha usado alguna vez, alguna de estas, más de 5 veces?
- NO...(SALTE A L4)...1
SI.....5 /35
- A. ¿Cuáles?
CIRCULE EN 1-8 (NO EN 2A, 3A, 4A) EN L4 Y CODIFIQUE 5 PARA ESTA CATEGORIA EN COLUMNA A.

L4 ¿Alguna vez tomó por su cuenta alguna droga en más de 5 ocasiones, ya sea para "elevarse", relajarse, sentirse mejor, más activo o alerta?

NO... (SALTE A L5)... 1

SI..... 5

/36

A. ¿Cuáles?

ANOTE EN 9 EN L4 Y CODIFIQUE 5 PARA ESA CATEGORÍA EN COLUMNA A.

	A		C						
	NO	SI	VIA						
1) Marihuana: hashish, pasto, yerba	1	5	1	2	3	4	5	6	/38
2) Estimulantes: anfetaminas, pepes	1	5	1	2	3	4	5	6	/40
2A) Estimulantes recetados. Anfetaminas	1	5	1	2	3	4	5	6	/42
3) Sedantes: barbitúricos, pastillas para dormir, seconal, valium, flunitrazepam (chicote), diazepam, tranquilizantes	1	5	1	2	3	4	5	6	/44
3A) Sedantes recetados: barbitúricos, pastillas para dormir, seconal, valium, flunitrazepam (chicote), diazepam, tranquilizantes	1	5	1	2	3	4	5	6	/46
4) Opiáceos: heroína, codeína, demerol, morfina, metadona, opio, darvon	1	5	1	2	3	4	5	6	/48
4A) Opiáceos recetados: codeína, demerol, morfina, metadona, darvon	1	5	1	2	3	4	5	6	/50
5) Cocaína: crack, hojas de coca	1	5	1	2	3	4	5	6	/52
6) PCP	1	5	1	2	3	4	5	6	/54
7) Psicodélicos: L.S.D., mescalina, peyote, psilocibina	1	5	1	2	3	4	5	6	/56
8) Inhalables: tolueno, gasolina, pegamento (neoprán), óxido nítrico, amilnitrito	1	5	1	2	3	4	5	6	/58
9) Otros:									
Especifique: _____	1	5	1	2	3	4	5	6	/60

L5 ENTREVISTADOR: SI NO HAY 5'S EN COLUMNA A, SALTE A M1.
SI HAY ALGUN 5, CIRCULE LAS DROGAS CODIFICADAS EN L4 EN LA CARTULINA B Y C. DEVUELVYA LA CARTULINA B AL ENTREVISTADO PARA QUE LA USE DURANTE EL RESTO DE LA SECCION.

L6 POR CADA DROGA CODIFICADA 5 EN COLUMNA A,
PREGUNTE:

En esa misma hoja, sección C, hay una lista
de las distintas maneras en que las personas
toman medicamentos y drogas.
¿Cuáles son todas las formas en las que Ud.
ha tomado (DROGA)?

CIRCULE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN
EN COLUMNA C (ARRIBA)

PILDORAS POR BOCA = 1 VENA, IV = 4
FUMABA = 2 BAJO LA PIEL, MUSCULO = 5
INHALABA, ASPIRABA = 3 OTRO = 6

REC L7 INCLUYA TODAS LAS DROGAS CIRCULADAS EN LA
CATEGORIA CUANDO FORMULE LA PREGUNTA:
Piense acerca del periodo de tiempo en el
cual Ud. usaba (DROGA) más intensamente.
En ese tiempo ¿con qué frecuencia la usaba,
esto es, casi todos los días (PAUSA), 1 ó 2
días a la semana (PAUSA), 1 a 3 días al mes
(PAUSA), o menos de 1 vez al mes?
...(CODIFIQUE EL PRIMER "SI")

- A. Alrededor de qué edad tenía Ud. cuando
por primera vez empezó a usar esa cantidad
de (DROGA)?
- B. ¿Alrededor de que edad tenía Ud. cuando
dejó de usar esa cantidad de (DROGA)?
- C. ¿Cuándo usó por última vez (DROGA)?

	1) Marihuana	2) Estimulantes	3) Sedantes	
Casi todos los días.....	1	1	1	
3 ó 4 días a la semana.....	2	2	2	
1 ó 2 días a la semana.....	3	3	3	
1 a 3 días al mes.....	4	4	4	
Menos de 1 vez al mes.....	5	5	5	/63

A. INI: 1 2 3 4 5 6	A. INI: 1 2 3 4 5 6	A. INI: 1 2 3 4 5 6	/66
EDAD INI: ___/___	EDAD INI: ___/___	EDAD INI: ___/___	/72

B. REC: 1 2 3 4 5 6	B. REC: 1 2 3 4 5 6	B. REC: 1 2 3 4 5 6	/75
EDAD REC: ___/___	EDAD REC: ___/___	EDAD REC: ___/___	FIN 09/01

C. REC: 1 2 3 4 5 6	C. REC: 1 2 3 4 5 6	C. REC: 1 2 3 4 5 6	/04
EDAD REC: ___/___	EDAD REC: ___/___	EDAD REC: ___/___	/10

	4) Opiáceos	5) Cocaína	6) PCP	
Casi todos los días.....	1	1	1	
3 ó 4 días a la semana.....	2	2	2	
1 ó 2 días a la semana.....	3	3	3	
1 a 3 días al mes.....	4	4	4	
Menos de 1 vez al mes.....	5	5	5	/13

A. INI: 1 2 3 4 5 6	A. INI: 1 2 3 4 5 6	A. INI: 1 2 3 4 5 6	/18
EDAD INI: ___/___	EDAD INI: ___/___	EDAD INI: ___/___	/22
B. REC: 1 2 3 4 5 6	B. REC: 1 2 3 4 5 6	B. REC: 1 2 3 4 5 6	/25
EDAD REC: ___/___	EDAD REC: ___/___	EDAD REC: ___/___	/31
C. REC: 1 2 3 4 5 6	C. REC: 1 2 3 4 5 6	C. REC: 1 2 3 4 5 6	/34
EDAD REC: ___/___	EDAD REC: ___/___	EDAD REC: ___/___	/40

	7) Psicodélicos	8) Inhalables	9) Otros	
Casi todos los días.....	1	1	1	
3 ó 4 días a la semana.....	2	2	2	
1 ó 2 días a la semana.....	3	3	3	
1 a 3 días al mes.....	4	4	4	
Menos de 1 vez al mes.....	5	5	5	/43

A. INI: 1 2 3 4 5 6	A. INI: 1 2 3 4 5 6	A. INI: 1 2 3 4 5 6	/46
EDAD INI: ___/___	EDAD INI: ___/___	EDAD INI: ___/___	/52
B. REC: 1 2 3 4 5 6	B. REC: 1 2 3 4 5 6	B. REC: 1 2 3 4 5 6	/55
EDAD REC: ___/___	EDAD REC: ___/___	EDAD REC: ___/___	/61
C. REC: 1 2 3 4 5 6	C. REC: 1 2 3 4 5 6	C. REC: 1 2 3 4 5 6	/64
EDAD REC: ___/___	EDAD REC: ___/___	EDAD REC: ___/___	/70

DD3RA4
DD3RB

L8 ¿Con frecuencia ha estado "elevado"(a)/intoxicado(a) bajo el efecto de alguno de estos medicamentos o drogas o sufriendo los efectos posteriores a su uso mientras trabajaba, iba a la escuela o cuidaba niños? NO..(SALTE A L9)...1
SI.....5 /71

A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS CIRCULADAS EN LA CATEGORIA A CUANDO FORMULE LA PREGUNTA.

¿Con frecuencia, ha estado usted elevado(a) o sufriendo los efectos residuales de (DROGA) mientras iba a la escuela, trabajaba o cuidaba niños?
SI ES "NO", CODIFIQUE 1 Y VAYA A LA PROXIMA DROGA CIRCULADA.
SI ES "SI" CODIFIQUE 5 Y PREGUNTE REC.

1) Marihuana	2) Estimulantes	3) Sedantes	4) Opiáceos	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/75
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/79
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	FIN 10/07

5) Cocaína	6) PCP	7) Psicodélicos	8) Inhalables	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/11

REC: 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: ___/___ ___/___ ___/___ ___/___

/15
/23

9) Otros

A: NO.....1
SI.....5

/24

REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: ___/___

/25
/27

19 ¿Alguna de estas drogas le ocasiono alguna vez problemas serios con su familia, amigos, en el trabajo, en la escuela o con la policia?

NO..(SALTE A 210)..1
SI.....5

/28

A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS CIRCULADAS EN CATEGORIA A CUANDO FORMULE LA PREGUNTA:

¿(DROGA), alguna vez le ocasiono problemas serios con su familia, amigos, en el trabajo, en la escuela o con la policia?

SI ES "NO", CODIFIQUE 1 Y VAYA A LA PROXIMA DROGA CIRCULADA.

SI ES "SI", CODIFIQUE 5, PREGUNTE REC Y CONTINUE CON B.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo cualquiera de estos problemas debido al uso de (DROGA)?

B. ¿Continuó usando (DROGA) después de saber que le estaba causando cualquiera de estos problemas?

003PA6
0A3RAT

1) Marihuana	2) Estimulantes	3) Sedantes	4) Opiáceos
A: NO.....1 SI.....5	A: NO.....1 SI.....5	A: NO.....1 SI.....5	A: NO.....1 SI.....5
REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___	1 2 3 4 5 6 ___/___	1 2 3 4 5 6 ___/___	1 2 3 4 5 6 ___/___

/32

/36
/44

5) Cocaína	6) PCP	7) Psicodélicos	8) Inhalables
A: NO.....1 SI.....5	A: NO.....1 SI.....5	A: NO.....1 SI.....5	A: NO.....1 SI.....5
REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: ___/___	1 2 3 4 5 6 ___/___	1 2 3 4 5 6 ___/___	1 2 3 4 5 6 ___/___

/48

/52
/60

9) Otros

A: NO.....1
SI.....5

/61

REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: ___/___

/62
/64

J03RA4 L10 ¿Con frecuencia ha estado Ud. bajo los
 BA3RA2 efectos de drogas o medicamentos o sintiendo
 J03RB los efectos residuales en situaciones donde
 CA3R8 las posibilidades de resultar herido son
 mayores, como por ejemplo, cuando maneja
 un auto o un bote, usaba cuchillos, maquinarias
 o armas, cruzaba calles con mucho tráfico,
 escalaba o nadaba?

NO..(VAYA A 11)...1
 Si.....5

165

A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS CIRCULADAS EN CATEGORIA A CUANDO FORMULE LA PREGUNTA:

¿Con frecuencia ha estado Ud. bajo los efectos de (DROGA) en una situación en que habían mayores posibilidades de resultar herido?

SI ES "NO", CODIFIQUE 1 Y VAYA A LA PROXIMA DROGA CIRCULADA.

SI ES "SI", CODIFIQUE 1 Y PREGUNTE REC.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que usó (DROGA) en alguna de estas situaciones?

1) Marihuana	2) Estimulantes	3) Sedantes	4) Opiáceos	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/69
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/73
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	FIN 11/01
5) Cocaína	6) PCP	7) Psicodélicos	8) Inhalables	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/05
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/09
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/17
9) Otros				
A: NO.....1				
SI.....5				/18
REC: 1 2 3 4 5 6				/19
EDAD REC: ___/___				/21

010001 L11 ¿Alguna vez ha sentido un deseo tan fuerte o urgencia de usar alguno de estos medicamentos o drogas que no pudo resistirlo?

NO...(PREGUNTA A)...1 /22
 SI...(SALTE A B)...5

A. ¿Alguna vez necesitó alguno de estos medicamentos o drogas tan desesperadamente, que no podía pensar en nada más?

NO...(SALTE A L12)...1 /23
 SI...(PREGUNTA B)...5

B. INCLUYA TODAS LAS DROGAS CIRCULADAS EN CATEGORIA A CUANDO FORMULE LA PREGUNTA: ¿Alguna vez (tuvo un deseo tan fuerte que necesitó tan desesperadamente) (DROGA) que Ud. (no pudo resistirlo/ no podía pensar en nada más)?

SI ES NO, CODIFIQUE 1 Y VAYA A LA PROXIMA DROGA CIRCULADA.

SI ES SI, CODIFIQUE 5, PREGUNTE REC Y CONTINUE.

1) Marihuana	2) Estimulantes	3) Sedantes	4) Opiáceos	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/27
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/31
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/30

5) Cocaína	6) PCP	7) Psicodélicos	8) Inhalables	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/43
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/47
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/53

9) Otras				
A: NO.....1				
SI.....5				/56
REC: 1 2 3 4 5 6				/57
EDAD REC: ___/___				/59

DIC006 L12 ¿Alguna vez el uso de alguno de estos medicamentos o drogas se volvió tan regular que Ud. no pudo cambiar el dónde ni cuánta dosis (cantidad) usaba, sin importar lo que estuviera haciendo y donde se encontrara?

NO... (SALTE A L13)..1
 SI.....5

/60

A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS CIRCULADAS EN CATEGORIA A, CUANDO FORMULE LA PREGUNTA: ¿Alguna vez usó (DROGA) tan regularmente? SI NO, CODIFIQUE 1 Y VAYA A LA PROXIMA DROGA CIRCULADA, SI RESPONDE SI, CODIFIQUE '5' PREGUNTE REC.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. usó (DROGA) tan regularmente?

1) Marihuana	2) Estimulantes	3) Sedantes	4) Opíacos	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/64
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/68
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/76
5) Cocaína	6) PCP	7) Psicodélicos	8) Inhalables	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	FIN 12/80
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/96
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/12
9) Otros				
A: NO.....1				
SI.....5				/13
REC: 1 2 3 4 5 6				/14
EDAD REC: ___/___				/16

BD3RA2 L13 ¿Alguna vez deseó o trató de disminuir o suspender el consumo de alguna de estos medicamentos o drogas y encontró que no podía?

NO... (SALTE A L14)..1
 SI.....5

/17

A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS CIRCULADAS EN CATEGORIA A, CUANDO FORMULE LA PREGUNTA: ¿Alguna vez ha deseado o tratado de disminuir o suspender el consumo de (DROGA) pero no pudo? SI NO, CODIFIQUE 1, Y VAYA A LA PROXIMA DROGA CIRCULADA. SI RESPONDE SI, CODIFIQUE 5, PREGUNTE REC Y CONTINUE CON 8.

B. ¿Trató en más de una ocasión de disminuir o suspender el consumo de (DROGA) sin éxito?

1) Marihuana	2) Estimulantes	3) Sedantes	4) Opiáceos	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/21
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/25
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/33
B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/37
5) Cocaína	6) PCP	7) Psicodélicos	8) Inhalables	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/41
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/45
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/53
B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/57
9) Otros				
A: NO.....1				
SI.....5				/58
REC: 1 2 3 4 5 6				/59
EDAD REC: ___/___				/61
B: NO.....1				
SI.....5				/62

L14 ¿Alguna vez pasó por un período en el cual Ud. ocupó mucho tiempo consumiéndolos o drogas, obteniéndolos o recuperándose de sus efectos?

NO..(SALTE A L15)..1
SI.....5

/63

A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS CIRCULADAS EN CATEGORIA A CUANDO FORMULE LA PREGUNTA:
¿Alguna vez ha ocupado una gran cantidad de tiempo consumiéndolos, buscando, o recuperándose de los efectos de (DROGA)?
SI NO, CODIFIQUE 1 Y VAYA A LA PROXIMA DROGA CIRCULADA.
SI RESPONDE SI, CODIFIQUE 5, PREGUNTE REC Y CONTINUE CON B.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que (DROGA) le ocupó una gran cantidad de su tiempo?

B. ¿Duró este período al menos un mes?

1) Marihuana	2) Estimulantes	3) Sedantes	4) Opiáceos	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/67
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/71
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/79

B: NO.....1 B: NO.....1 B: NO.....1 B: NO.....1
 SI.....5 SI.....5 SI.....5 SI.....5

FIN 13/03

5) Cocaína 6) PCP 7) Psicodélicos 8) Inhalables
 A: NO.....1 A: NO.....1 A: NO.....1 A: NO.....1
 SI.....5 SI.....5 SI.....5 SI.....5

/07

REC: 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
 EDAD REC: ___/___ ___/___ ___/___ ___/___

/11
/19

B: NO.....1 B: NO.....1 B: NO.....1 B: NO.....1
 SI.....5 SI.....5 SI.....5 SI.....5

/23

9) Otros
 A: NO.....1
 SI.....5

/24

REC: 1 2 3 4 5 6
 EDAD REC: ___/___

/25
/27

B: NO.....1
 SI.....5

/28

003RA1
01CDD2
003RB

L15 ¿Con frecuencia ha terminado usando mayores cantidades de medicamentos o drogas de lo que Ud. pensó o ha usado medicamentos o drogas por un periodo más largo del que Ud. pretendió?

NO..(PREGUNTE A)...1
 SI..(SALTE A B)...5

/29

A. ¿Con frecuencia ha empezado a usar (DROGA) y encontró difícil parar antes de estar completamente intoxicado(a)/pasado(a)?

NO..(SALTE A L16)..1
 SI..(PREGUNTE B)...5

/30

B. INCLUYA TODAS LAS DROGAS CIRCULADAS EN CATEGORIA A CUANDO FORMULE LA PREGUNTA: ¿Con frecuencia ha usado (DROGA) en mayores cantidades o por un periodo más largo o encontró difícil parar antes de estar completamente intoxicado?

SI NO, CODIFIQUE 1 Y VAYA A LA PROXIMA DROGA CIRCULADA.

SI ES SI, CODIFIQUE 5, PREGUNTE REC Y CONTINUE.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. usó (DROGA) en mayores cantidades o por un periodo más largo del que pretendía?

1) Marihuana 2) Estimulantes 3) Sedantes 4) Opiáceos
 B: NO.....1 B: NO.....1 B: NO.....1 B: NO.....1
 SI.....5 SI.....5 SI.....5 SI.....5

/34

REC: 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
 EDAD REC: ___/___ ___/___ ___/___ ___/___

/38
/46

5) Cocaína	6) PCP	7) Psicodélicos	8) Inhalables	
B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/50
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/54
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/62

9) Otros

B: NO.....1

SI.....5

REC: 1 2 3 4 5 6

EDAD REC: ___/___

/63

/64

/66

0039A?
00005

15 ¿Alguna vez encontró que tenía que usar mayores cantidades que lo usual, de cualquiera de estos medicamentos o drogas para obtener el mismo efecto?

NO..(PREGUNTE A)...1

SI...(SALTE A B)...5

/67

A. ¿Alguna vez encontró que la misma cantidad de (DROGA) tenía menos efecto en Ud. que antes?

NO..(SALTE A L17)...1

SI...(PREGUNTE B)...5

/68

B. INCLUYA TODAS LAS DROGAS CIRCULADAS EN CATEGORIA A CUANDO FORMULE LA PREGUNTA:

¿Alguna vez encontró que necesitaba más (DROGA) para obtener el mismo efecto o que la misma cantidad tenía menos efectos que antes?

SI NO, CODIFIQUE 1 Y VAYA A LA PRÓXIMA DROGA CIRCULADA.

SI RESPONDE SI, CODIFIQUE 5, PREGUNTE REC.

1) Marihuana	2) Estimulantes	3) Sedantes	4) Opíacos	
B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/72
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/76
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	FIN 14 /04

5) Cocaína	6) PCP	7) Psicodélicos	8) Inhalables	
B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/08
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/12
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/20

9) Otros

B: NO.....1

SI.....5

REC: 1 2 3 4 5 6

EDAD REC: ___/___

/21

/22

/24

003RA8
010004

L17 La suspensión o disminución de cualquiera de estos medicamentos o drogas le enfermó o le causó problemas como aquellos que aparecen en CARTULINA D7

NO... (SALTE A L'8)...1
SI.....5

/25

PASE CARTULINA D AL ENTREVISTADO

A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS CIRCULADAS EN LA CATEGORIA A, CUANDO FORMULE LA PREGUNTA: La disminución o suspensión de (DROGA) alguna vez le enfermó o causó alguno de estos problemas?
SI NO, CODIFIQUE 1 Y VAYA A LA PROXIMA DROGA CIRCULADA.
SI RESPONDE SI, CODIFIQUE 5.
PREGUNTE REC Y CONTINUE CON B.

B. ¿Ha presentado en varias ocasiones problemas como estos, cuando suspendía o disminuía (DROGA)?

C. ¿Alguna vez usó (DROGA) para eliminar síntomas de abstinencia o evitar que se presentaran?

003RA

003RA9
010003

1) Marihuana	2) Estimulantes	3) Secantes	4) Opiáceos	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/29
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/33
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/41
B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/45
C: NO.....1	C: NO.....1	C: NO.....1	C: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/49
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/53
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/61
5) Cocaína	6) PCP	7) Psicodélicos	8) Inhalables	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/65
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/69
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/77
B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	FIN 15/01
C: NO.....1	C: NO.....1	C: NO.....1	C: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/05
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/11
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/17
9) Otros				
A: NO.....1				
SI.....5				/18
REC: 1 2 3 4 5 6				/19
EDAD REC: ___/___				/21
B: NO.....1				
SI.....5				/22
C: NO.....1				
SI.....5				/23
REC: 1 2 3 4 5 6				/24
EDAD REC: ___/___				/26

0100HM L18 ¿Alguna vez ha tenido algún problema de salud, como por ejemplo, sobredosis accidental, tos persistente, convulsiones (ataques), infecciones, hepatitis, abscesos, SIDA, cortes, torceduras o algún otro daño como resultado del uso de alguno de estos medicamentos o drogas?

NO... (SALTE A L19)...1
 SI.....5

127

- A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS CIRCULADAS EN CATEGORIA A CUANDO FORMULE LA PREGUNTA: ¿Alguna vez (DROGA) le causo alguno de estos problemas de salud? SI NO CODIFIQUE 1 Y VAYA A LA PROXIMA DROGA CIRCULADA. SI RESPONDE SI, CODIFIQUE 5, PREGUNTE REC Y CONTINUE CON B.
- B. Continúo usando (DROGA) despues de saber que le estaba causando cualquiera de estos problemas de salud? SI RESPONDE SI, A LA PREGUNTA B, PREGUNTE REC Y C PARA CADA DROGA.
- C. Usó (DROGA) en más de una ocasión despues de saber que le estaba causando alguno de estos problemas de salud?

003RA6
 0A3RA1
 0100DB

 003RB
 0A3RB

1) Marihuana	2) Estimulantes	3) Sedantes	4) Opiáceos	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/31
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/35
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/43
B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/47
C: NO.....1	C: NO.....1	C: NO.....1	C: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/51
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/55
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/63

5) Cocaína	6) PCP	7) Psicodélicos	8) Inhalables	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/67
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/71
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/79
B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	FIN 16/03
C: NO.....1	C: NO.....1	C: NO.....1	C: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/07
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/11-
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/19

9) Otros	
A: NO.....1	
SI.....5	/20
REC: 1 2 3 4 5 6	/21
EDAD REC: ___/___	/23
B: NO.....1	
SI.....5	/24
C: NO.....1	
SI.....5	/25

DI:CONM L19 ¿Alguna vez ha tenido algún problema emocional o psicológico derivado del uso de estos medicamentos o drogas, tales como sentirse desinteresado(a) en las cosas, deprimido(a), desconfiado(a) de las personas, paranoide o con ideas extrañas?

NO..(SALTE A L2C)..1
SI.....5

129

A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS CIRCULADAS EN CATEGORIA A CUANDO FORMULE LA PREGUNTA:

¿Le causó (DROGA) algunas vez problemas emocionales o psicológicos?

SI NO, CODIFIQUE 1 Y VAYA A LA PROXIMA DROGA CIRCULADA. SI RESPONDE SI, CODIFIQUE 5. PREGUNTE REC Y CONTINUE CON B.

B. ¿Continúa usando (DROGA) después de saber que le estaba ocasionando alguno de estos problemas emocionales?

SI RESPONDE SI, A LA PREGUNTA B, CODIFIQUE 5 Y PREGUNTE REC Y C PARA CADA DROGA.

C. Usó (DROGA) en más de una ocasión después de saber que le estaba causando cualquiera de estos problemas emocionales?

DA3RA6
DA3RA1

DA3RB
DA3RB

1) Marihuana	2) Estimulantes	3) Sedantes	4) Opiáceos	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	133
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	137
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	145
B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	149
C: NO.....1	C: NO.....1	C: NO.....1	C: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	153
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	157
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	165

5) Cocaína	6) PCP	7) Psicodélicos	8) Inhalables	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	169
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	173
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	FIN 17/01
B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	B: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	105
C: NO.....1	C: NO.....1	C: NO.....1	C: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	109
REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	113
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	121

9) Otros	
A: NO.....1	
SI.....5	122
REC: 1 2 3 4 5 6	123
EDAD REC: ___/___	125
B: NO.....1	
SI.....5	126
C: NO.....1	
SI.....5	127

L20 ¿Alguna vez ha abandonado o disminuido en gran medida actividades importantes para obtener o consumir medicamentos o drogas, actividades como deportes, trabajo, o juntarse con familiares o amigos?

NO..(SALTE A L21)..1
SI.....5

/37

A. INCLUYA TODAS LAS DROGAS CIRCULADAS EN CATEGORIA A CUANDO FORMULE LA PREGUNTA:
¿Abandonó (DROGA) por un periodo de al menos un mes o en repetidas ocasiones durante un periodo determinado de tiempo?

SI ES NO, CODIFIQUE 1 Y VAYA A LA PROXIMA DROGA CIRCULADA.
SI RESPONDE SI, CODIFIQUE 5, PREGUNTE REC Y CONTINUE.

1) Marihuana	2) Estimulantes	3) Sedantes	4) Opiáceos	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/32

REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/36
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/44

5) Cocaína	6) PCP	7) Psicodélicos	8) Inhalables	
A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	A: NO.....1	
SI.....5	SI.....5	SI.....5	SI.....5	/48

REC: 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	/52
EDAD REC: ___/___	___/___	___/___	___/___	/60

9) Otros				
A: NO.....1				
SI.....5				/61

REC: 1 2 3 4 5 6				/62
EDAD REC: ___/___				/64

L21 ¿HAY AL MENOS UN SON 5 CODIFICADO DESDE L8?	NO..(SALTE A M)....1	
	SI.....5	/65

L22 Ud. dijo que (ENUMERE TODOS LOS SON 5 EN PREGUNTAS L8-L20) ¿Cuándo fue la primera vez que Ud. tuvo alguno de estos problemas con uno de estos medicamentos o drogas?	INI: 1 2 3 4 5 6	/66
	EDAD INI: ___/___	/68

SECCION M: MEMORIA

M1	Ahora quisiera preguntarle acerca de su memoria. ¿Ha consultado en alguna ocasión al médico sobre problemas con su memoria?	NO.....1	SI.....5	169
----	--	----------	----------	-----

DSMORGBR

Déjeme hacerle ahora algunas preguntas para evaluar su concentración y memoria (casi todas son fáciles). ANTE LA RESPUESTA Y LUEGO CODIFIQUE.

			CORRECTA	ERROR	
M2	¿En qué año estamos? AÑO _____		1	5	170
M3	¿En qué estación del año estamos? ESTACION _____		1	5	171
M4	¿En qué fecha estamos? FECHA _____		1	5	172
M5	¿Qué día de la semana es hoy? DIA _____		1	5	173
M6	¿En qué mes estamos? MES _____		1	5	174
M7	¿Podría decirme en qué lugar estamos ahora? Por ejemplo en qué (Estado/provincia) estamos? ESTADO _____		1	5	175
M8	¿En qué colonia estamos? COLONIA _____		1	5	176
M9	¿En qué ciudad estamos? CIUDAD _____		1	5	177
M10A	¿En qué piso del edificio estamos? PISO _____		1	5	178
B	¿Cuál es la dirección de este lugar? (SI INSTITUCIONALIZADO: nombre del lugar) DIRECCION _____		1	5	179

SMCRBR

M11 Le voy a nombrar tres cosas. Después de que yo las diga quiero que Ud. las repita. Acuérdesse cuáles son, porque dentro de unos minutos le voy a pedir que las nombre otra vez.

"Pera" "Mesa" "Peso"

¿Podría repetir las tres cosas que le nombre?
CODIFIQUE EL PRIMER INTENTO

	CORRECTA	ERROR	
1. Pera.....	1	5	FIN 18/80
2. Mesa.....	1	5	/01
3. Peso.....	1	5	/02

ENTREVISTADOR: REPITA LAS TRES PALABRAS HASTA QUE LAS APRENDA BIEN.

DSMORGBR M12 ¿Podría Ud. empezando con 100, restarle 7, luego seguir restando 7 del resultado que obtenga, hasta que yo le diga que pare?

CUENTE SOLO UN ERROR SI EL SUJETO HACE UNA RESTA EQUIVOCADA, DESPUES LAS RESPUESTAS SON EL ERROR MENOS 7.

	CORRECTO	ERROR	DICE NO SABE	OTRA RAZON PARA NEGARSE	
1. (93).....	1	5	7	9	/03
2. (86).....	1	5	7	9	/06
3. (79).....	1	5	7	9	/05
4. (72).....	1	5	7	9	/06
5. (65).....	1	5	7	9	/07
PARE					

DSMORGBR M13 Ahora le voy a deletrear una palabra y quiero que Ud. me la deletree al revés. La palabra es MUNDO., M-U-M-D-O. Deletree mundo al revés. REPITA DELETREO SI ES NECESARIO.

	NO. DE ERRORES					SE NEGGA		
	0	1	2	3	4	5	7	
O M U M								/08

DSMORGBR M14 Ahora, cuáles fueron las 3 cosas que le pedí que recordara?

	CORRECTO	ERROR	
1. Pera.....	1	5	/09
2. Mesa.....	1	5	/10
3. Peso.....	1	5	/11

DSMORGBR M15 ENTREVISTADOR: MUESTRE RELOJ
A. ¿Cómo se llama esto?

1 5 /12

ENTREVISTADOR: MUESTRE LAPIC
B. ¿Cómo se llama esto?

1 5 /13

DSMORGBR M16 Quisiera que repitiera esta expresión después que yo la diga "Pancha plancha con 6 planchas" PERMITA SOLO UN INTENTO, CODIFICAR 1 REQUIERE UNA REPETICION PERFECTAMENTE ARTICULADA

1 5 /14

DSMORGBR M17 Lea las palabras en esta página y luego haga lo que dice. ENTREVISTADOR: MUESTRA CARTULINA B ("CIERRE LOS OJOS"). CODIFIQUE 1 SI EL R CIERRA LOS OJOS.

CORRECTO	ERROR	NO PUEDE LEER	
1	5	7	/15

DSMORGBR M18 ENTREVISTADOR: LEA LA ASEVERACION COMPLETA QUE SIGUE Y LUEGO ENTREGUE A R UNA HOJA DE PAPEL EN BLANCO, NO REPITA INSTRUCCIONES NI LO AYUDE.

Le voy a dar un papel. Cuando se lo dé tome el papel en la mano derecha, doble el papel una vez por la mitad con las dos manos, y luego ponga el papel en sus piernas?

	CORRECTO	ERROR	
a. Tome el papel con la mano derecha.....	1	5	/16
b. Doble el papel por la mitad con las dos manos	1	5	/17
c. Pone el papel sobre sus piernas.....	1	5	/18

DSMORGBR M19 Escribame cualquier oracion completa en este papel. LA ORACION DEBE TENER SUJETO, VERBO Y SENTIDO. ERRORES DE ORTOGRAFIA O GRAMATICA NO CUENTAN.

CORRECTO	ERROR	NO PUEDE ESCRIBIR	
1	5	7	/19

DSMORGBR M20 Aqui hay un dibujo. Haga el favor de copiar el dibujo en el mismo papel que usó antes.
 ENTREVISTADOR: ENTREGUE LA CARTULINA F.
 ESTARA CORRECTO SI FORMA 2 FIGURAS CONVEXAS DE 5 LADOS Y LA INTERSECCION FORMA UNA FIGURA DE 6 LADOS.

CORRECTO	ERROR	
1	5	/20

M21 ENTREVISTADOR: ¿SALTO A ESTA SECCION (EMPEZANDO CON M1) DESDE C1 U OTRA PREGUNTA POSTERIOR?

NO..(SALTE A N1)...1	
SI.....5	/21

M22 ¿HAY 12 O MAS S'S CODIFICADOS EN M2-M11 Y M14-M20?

NO.....(VUELVA A LA ULTIMA PREGUNTA HECHA ANTES DE SALTAR Y CONTINUE.....1	
SI.....(SALTE A P).....5	/22

SECCION 4: DISFUNCIONES SEXUALES

SCH2R29 N1 Ahora le voy a preguntar acerca de su experiencia sexual.
 En general ¿he sido su vida sexual importante para Ud. o
 podría haber pasado bien su vida sin ella?

HA TENIDO IMPORTANCIA.....1
 PODRIA HABER PASADO BIEN LA VIDA
 SIN ELLA..... 5
 NINGUNA EXPERIENCIA SEXUAL.....8 /23

N2 REFIERE R ESPONTANEAMENTE NO TENER EXPERIENCIA SEXUAL

NO.....1
 SI.....(SALTE A SECCION SIGUIENTE).....5 /24

N3 ¿REHUSA A RESPONDER PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL SEXO?

NO.....1
 SI.....(SALTE A SECCION SIGUIENTE).....5 /25

SCH2R30 N4 ¿Han sido alguna vez las relaciones sexuales físicamente
 dolorosas para usted?

NO _____ OTRO _____ SON: 1 2 4 5 /26

N5 ¿Ha habido alguna vez un periodo de varios meses en su vida
 en el cual tener relaciones sexuales no fue agradable para
 usted (aún cuando no fueron dolorosas)?

NO _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5 /27

SCH2R31 N6 ¿Ha tenido algún (otro) tipo de dificultad sexual
 (PARA HOMBRÉS: Como un periodo de dos meses o más
 en que tuvo dificultad en tener una erección)?

NO _____ OTRO _____ SON: 1 2 3 4 5 /28

Si no codifico ningún 5 en N1, N4 a N6, salte a la página
 siguiente.

N7 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que tuvo (este (LS))
 Experiencias sexuales?

INI: 1 2 3 4 5
 EDAD INI: —/—
 REC: 1 2 3 4 5
 EDAD REC: —/—

SECCION P: OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR: ENT: CODIFIQUE P1-P8 SIN PREGUNTAR.

SC23RA1C SZ:CD21	P1	NEOLOGISMOS (USO DE PALABRAS INVENTADAS O SIN SENTIDO)	NO.....1 SI...(ANOTE ABAJO EJEMPLO).....5	129
EJEMPLO: _____				
SC23RA1C SZ:CD21	P2	DESORDEN DEL PENSAMIENTO (QUE DIFICULTA LA COMUNICACION DEBIDO A UNA FALTA DE ESTRUCTURA LOGICA O COMPRESIBLE)	NO.....1 SI...(ANOTE ABAJO EJEMPLO).....5	130
SC23RA1E SC23RDR SZ:CD22	P3	APLANAMIENTO AFECTIVO: (PERDIDA DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA EMOCIONAL TAL COMO LA SONRISA, LA TRISTEZA, LA IRRITABILIDAD, ETC. P.EJ: LA PERDIDA TOTAL DE LA EXPRESION FACIAL DEBE SER PERSISTENTE A TRAVES DE LA ENTREVISTA PARA SER CODIFICADA 5)	NO.....1 SI.....5	131
	P4	CONDUCTA ALUCINATORIA (ACTUA COMO SI ESCUCHARA VOCES O VIERA VISIONES, MUEVE LOS LABIOS LENTAMENTE Y MURMURA, NO COMO SI ESTUVIERA TRISTE O AVERGONZADO. MIRA SOBRE EL HOMBRO COMO SI LO DISTRAJERA UNA VOZ.	NO.....1 SI.....5	132
	P5	LENGUAJE ENLENTECIDO: LARGAS LATENCIAS ANTES DE RESPONDER.	NO.....1 SI.....5	133
	P6	MOVIMIENTOS LENTOS: SIN GESTOS, SE SIENTA INMOVIL	NO.....1 SI.....5	134
	P7	¿ESTUVO EL ENTREVISTADO BEBIENDO ALCOHOL DURANTE LA ENTREVISTA?	NO.....1 SI.....5	135
	P8	¿ESTABA EL ENTREVISTADO EMBRIAGADO CON ALCOHOL O INTOXICADO POR DROGAS DURANTE LA ENTREVISTA? ¿ERA EL DISCURSO ININTELIGIBLE, ERA SU CAMINAR INESTABLE O SU RESPIRACION OLIA A ALCOHOL?	NO.....1 SI.....5	136

SECCION X: EVALUACION DEL ENTREVISTADOR

X1 ¿TIENE R ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ANORMALIDADES?
CODIFIQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.

A. MUY OBESO.....	1	/37
B. MUY DELGADO, COMO ESQUELETO.....	2	/38
C. DIFICULTAD EN EL LENGUAJE (SUFICIENTE COMO PARA DIFICULTAR LA COMUNICACION).....	3	/39
D. INVALIDO....(RESPONDA D1 Y D2).....	4	/40
1. PARTE DEL CUERPO: _____		
2. GRADO DE SEVERIDAD: (CODIFIQUE UNA)		
MUY SEVERO.....	1	
MODERADAMENTE SEVERO.....	2	
NO SEVERO.....	3	/41
E. OTRA ENFERMEDAD APARENTE (RESPONDA E1).....	5	/42
1. TIPO DE ENFERMEDAD: _____		
F. DESFIGURADO....(RESPONDA F1 Y F2).....	6	/43
1. TIPO: _____		
2. GRADO DE SEVERIDAD: (CODIFIQUE UNA)		
MUY SEVERO.....	1	
MODERADAMENTE SEVERO.....	2	
NO SEVERO.....	3	/44
G. CIEGO.....	7	/45
H. SORDO.....	8	/46

PSE140

X2 ¿COMO ESTIMARIA UD. EL CI DEL R?

ALTO.....	1	
PROMEDIO.....	2	
BAJO, PERO SUFICIENTE.....	3	
MUY BAJO PARA ASEGURAR COMPRESION.....	4	/47

X3 ¿RESPONDIO R TODAS LAS PREGUNTAS QUE LE ERAN ATINGENTES?

NO RESPONDIO 1 O MAS PREGUNTAS.....	1	
RESPONDIO TODAS LAS QUE CORRESPONDIAN..(SALTE A X8)...	5	/48

PSE140

X5 ¿REHUSO R RESPONDER ALGUNA PREGUNTA?

NO.....	1	
SI.....(VAYA A X7).....	5	/49

A. ¿CUANTAS PREGUNTAS SE NEGO A RESPONDER?

PREGUNTAS
REHUSADAS

/52

B. ¿CUALES PREGUNTAS REHUSO CONTESTAR?

P. _____ P. _____
P. _____ P. _____

/58

/64

/70

/76

FIN 19/02

/08

/14

P. _____ HASTA P. _____

X6 ¿ENTENDIO R TODAS LAS PREGUNTAS?

NO.....	1	
SI.....(VAYA A X7).....	5	/15

B. ¿QUE PREGUNTAS NO ENTENDIO?

P. _____	P. _____	/21
P. _____	P. _____	/27
P. _____	P. _____	/33
P. _____	P. _____	/39
P. _____	P. _____	/45
P. _____	P. _____	/51
P. _____	HASTA P. _____	/57

x7	¿Es el idioma de las entrevistas el único idioma que R utiliza en su casa?	SI.....(SALTE A X8).....1	
		HABLA ESTE MAS OTRO.....2	
		HABLA UN DIALECTO DEL IDIOMA DE LA ENTREVISTA.....3	
		HABLA UN IDIOMA DIFERENTE.....5	/58
A.	¿El idioma de la entrevista es fluido para el entrevistado?	Mucho.....1	
		Moderado.....3	
		Dificultad considerable.....5	/59
B.	¿Tuvo el entrevistador dificultad para entender las respuestas del entrevistado?	NO.....1	
		OCASIONALMENTE.....3	
		SI.....5	/60

x8	¿FUE LA ENTREVISTA INTERRUPTA?	NO...(VAYA A X9).....1	
		SI.....5	/61
A.	¿CUALES FUERON LAS RAZONES DE LA INTERRUPTA? (CODIFIQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)	EMERGENCIA ENTREVISTADOR.....1	
		EMERGENCIA ENTREVISTADO.....2	
		ENTREVISTADO CANSADO O ABURRIDO.....3	
		ENTREVISTADO ENOJADO CON PREGUNTAS.....4	
		ENTREVISTADO MOLESTO CON PREGUNTAS.....5	
		OTRA.....6	/62
		ESPECIFIQUE: _____	
B.	¿CUAL FUE LA ULTIMA PREGUNTA RESPONDIDA POR R?		
	P. _____		/63

x9	¿CUAL FUE LA REACCION DE R ANTE LA POSIBILIDAD DE OTRA FUTURA ENTREVISTA?	DESEOSO.....1	
		RECEPTIVO.....2	
		SIN REACCION.....3	
		RETICENTE.....4	
		RECHAZO.....5	/64

x10	¿SE PASO LA ENTREVISTA EN MAS DE UNA SESION?	NO.....1	
		SI.....5	/65

A. ¿CUANTO HABIA DURADO LA ENTREVISTA ANTES QUE FUERA INTERRUPTIDA?

hrs ___ / ___ MIN ___ / ___

169

B. ¿DESPUES DE CUAL PREGUNTA SE PRODUJO LA INTERRUPTCION?

p. ___

172

X11 EL ENTREVISTADO ERA:

ESENCIALMENTE NORMAL.....1
UN POCO ANORMAL.....2
MUY ANORMAL.....3

173

X12 ¿ES ESTA UNA ENTREVISTA A TERCEROS?

NO...(FIN).....1
SI.....5

174

A. ¿CUAL ES EL PARENTESCO DEL REEMPLAZANTE CON R?

B. RAZONES PARA EL REEMPLAZO

ESTADO DE COMA.....01
CONVALESCENCIA QUIRURGICA.....02
HOSPITALIZADO POR OTRA RAZON.....03
ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....04
CEGUERA.....05
SORDERA.....06
FALLO MIMI MENTAL.....07
MUERTE.....08
AUSENTE POR EL RESTO DEL TIEMPO QUE DURA EL ESTUDIO Y NO ES POSIBLE ENTREVISTARLO POR TELEFONO.....09
OTRO: ANOTE: _____ 10

175

X13 DESCRIPCION DEL ENTREVISTADOR DE LA ENTREVISTA Y DEL ENTREVISTADO

HORA TERMINO / ___ / ___ / ___ / ___
HORA MIN

179

AM.....1
PM.....2

FIN 20/80

FECHA / ___ / ___ / ___ / ___ / ___
MES DIA AÑO

106

ENTREVISTADOR: / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

113