

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA PARA ESTUDIOS GENÉTICOS (DIGS ver. 3.0)

IDENTIFICACION DEL CENTRO:

--	--

IDENTIFICACION DE LA FAMILIA:

--	--	--	--	--

IDENTIFICACION DEL INDIVIDUO:

--	--	--	--	--	--	--

IDENTIFICACION ALTERNATIVA:

--	--	--	--	--	--	--

IDENTIFICACION DEL PADRE:

--	--	--	--	--	--

IDENTIFICACION DE LA MADRE:

--	--	--	--	--	--

NOMBRE DEL SUJETO: _____
Nombres Apellidos

SOBRENOMBRE: _____

RELACION CON EL CASO INDICE: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA:

DIA		MES		AÑO			

FECHA DE NACIMIENTO:

DIA		MES		AÑO			

RAZA (AUTORREPORTE):

1. Indígena americano (amerindio)
2. Negro
3. Blanco
4. Mestizo
5. Otro/Desconocido Especificar: _____

Codifique la respuesta

1 2 3 4 5

EVALUACIÓN INICIAL O REEVALUACIÓN: I R
PERSONAL O TELEFONICA: P T

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____
Nombre Apellidos

CODIGO DEL ENTREVISTADOR:

--	--	--	--

Esta página se deja en blanco intencionalmente

Versión 3.0

La versión 3.0 del DIGS se desarrolló entre Noviembre de 1997 y Enero de 1999 con las contribuciones de: Laura J. Bierut, M.D., William Coryell, M.D., Raymond DePaulo, M.D., Caroline E. Drain, M.H.S., Tyler C. Hightower, Douglas F. Levinson, M.D., Dean F. MacKinnon, M.D., Melvin G. McInnis, M.D., Francis J. McMahon, M.D., Eric T. Meyer, M.A., John I. Nurnberger, Jr., M.D., Ph.D., Theodore Reich, M.D., William Scheftner, M.D., Sylvia G. Simpson, M.D., Carrie Smiley, R.N., C.J.M. Thomas

Versión 2.0

El desarrollo del instrumento DIGS 2.0 y el manual de entrenamiento fue patrocinado por el NIMH Diagnostic Centers for Psychiatric Linkage Studies (extramural grant numbers U01 MH 46276, 46289, 46318, 46274, 46282, 46280, and the Clinical Neurogenetics Branch, Intramural Research Program, NIMH).

Los miembros del NIMH *Diagnostic Centers for Psychiatric Linkage Studies Cooperative Agreement* que participaron en el desarrollo del DIGS 2.0 son:

Sandra Barton, Kate Berg, Ph.D., Mary Blehar, Ph.D., Elizabeth Bowman, M.D., C. Robert Cloninger, M.D., J. Raymond Depaulo, Jr., M.D., Stephen Faraone, Ph.D., Jill Harkavy Friedman, Ph.D., Elliot Gershon, M.D., Juliet Guroff, M.S.W., Charles Kaufmann, M.D., Darrell Kirch, M.D., Dolores Malaspina, M.D., Mary Elizabeth Maxwell, M.S.W., Aimee Mayeda, M.D., Martin McElhiney, M.S., Francis J. McMahon, M.D., Marvin Miller, M.D., John Nurnberger, Jr., M.D., Ph.D., Beth O'Dell, B.S., John Pepple, Ph.D., H. Matthew Quitkin, A.B., Leela Rau, M.D., Theodore Reich, M.D., A. Louise Ritz, M.B.A., Joanne Severe, M.S., Sylvia Simpson, M.D., Carrie Smiley, R.N., Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D., D.Sc., Debra Wynne, M.S.W., Scott Yale, M.S.W., y Carolyn York, R.N.

La lista completa de referencias del instrumento DIGS está incluida en el manual de entrenamiento.

Agradecemos la colaboración de Jean Endicott, Ph.D., Kenneth Kendler, M.D., Philip Lavori, Ph.D., y Lee Robins, Ph.D., por la revisión crítica del instrumento

Para comentarios, correspondencia e inquietudes dirigirse a:

Steven O. Moldin, Ph.D., Chief, Genetics Research Branch
Division of Basic and Clinical Neuroscience Research
National Institutes of Mental Health
5600 Fishers Lane
Rockville, Maryland 20857

**(Traducción al español del DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR GENETIC STUDIES v 3.0
Departamento de Psiquiatría/Laboratorio de Genética Molecular
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia)**

Esta Página se deja en blanco intencionalmente

CONTENIDO

<u>Nombre de la sección</u>	Página
A. Datos demográficos	1
B. Historia médica	5
C1. <i>Mini-Mental</i> modificado	10
C2. Entrevista telefónica para evaluación del estado cognitivo	12
D. Somatización	14
E. Revisión general de alteraciones psiquiátricas	20
F. Depresión mayor	29
G. Manía/Hipomanía	47
H. Distimia/Ciclotimia	64
I. Abuso y dependencia de alcohol	68
J. Abuso y dependencia de tabaco y drogas	77
K. Psicosis	94
L. Características de personalidad esquizotípica	115
M. Entrevista estructurada modificada para esquizotipia (SIS)	M.1
N. Evaluación de comorbilidad	117
O. Conducta suicida	119
P. Trastornos de ansiedad	126
Q. Trastornos de la conducta alimentaria	134
R. Juego patológico	137
S. Personalidad antisocial	138
T. Escala de evaluación global (Global Assessment Scale - GAS)	141
U. Escala para evaluación de síntomas negativos (SANS)	142
V. Escala para evaluación de síntomas positivos (SAPS)	148
W. Puntuaciones Modificadas del SIS	W.1
X. Evaluación de confiabilidad	157
Y. Resumen narrativo	158
Z. Información de historias clínicas	160

En la sección de referencia:

Tarjeta de procedencia étnica
Hoja de inventario de depresión
Tarjeta de uso de alcohol
Hoja de inventario de tabaco
Tarjeta de abuso de drogas
Tarjeta de comorbilidad

Tarjeta del Mini-Mental Modificado
Hoja de inventario de manía
Hoja de inventario de alcohol
Hoja de inventario de marihuana
Hoja de inventario de drogas

Esta página se deja en blanco intencionalmente

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

ENTREVISTADOR: Si al parecer, el estado mental del paciente está interfiriendo con su capacidad para dar una información adecuada, pase a la página 10 para realizar el *Mini-Mental* modificado

	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>		
ENTREVISTADOR: Marque el código del sexo.	0	1		
2. <i>¿Qué edad tiene?</i>	Edad			
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
	<u>No</u>	<u>Sí</u>		
	<u>No Sabe</u>			
3. <i>¿Es usted hijo adoptivo?</i>	0	1		
	9			

En caso afirmativo: Clarifique la naturaleza de la adopción. (Ver manual para más información.)

4. *Lugar de nacimiento:*

Registrar la respuesta: _____
Municipio
Departamento
País

5a. *¿Cuál es el origen étnico de sus padres biológicos?*

Entrevistador: Registre 4 etnias de ambos padres sí es posible (para codificación, use la tarjeta de procedencia étnica).

Madre: _____

Padre: _____

5 b. *¿En qué municipio nacieron las últimas cuatro generaciones de su familia?*

Registrar la respuesta:

Madre: _____

- Abuela materna: _____
- Abuelo materno: _____

- Bisabuela materna materna: _____
- Bisabuelo materno materno: _____
- Bisabuela materna paterna: _____
- Bisabuelo materno paterno: _____

Padre: _____

- Abuela paterna: _____
- Abuelo paterno: _____

- Bisabuela paterna materna: _____
- Bisabuelo paterno materno: _____
- Bisabuela paterna paterna: _____
- Bisabuelo paterno paterno: _____

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

6. *¿Cuál fue su religión durante la niñez?*

1. Católica.
2. Protestante.
3. Judía.
4. Musulmana.
5. Ninguna.
6. Otra; especifique: _____

7. *¿Cuál es su estado civil actual ?*

1. Casado(a)
2. Separado(a)
3. Divorciado(a)
4. Viudo(a)
5. Soltero(a)

7.a) **Si se ha casado:** *¿Cuántas veces ha estado legalmente casado?*

Matrimonios

--	--

8. *¿Cuántos hijos vivos tiene?*

Hijos

--	--

9. *¿Vive solo o con otros?*

1. Solo(a)
2. Con pareja (por al menos 1 año), pero no legalmente casado.
3. En la propia casa con esposa(o) / o hijos.
4. En la casa de los padres o de los hijos.
5. En la casa de los hermanos u otros familiares
6. En casa compartida con otros amigos o parientes.
7. En un albergue.
8. Otro, especifique: _____

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

10. *¿Cuál es su ocupación actual? Codifique utilizando el cuadro que se muestra a continuación)*

--	--

Registre la respuesta: _____

10.a) *¿Cuál es el trabajo de mayor responsabilidad que ha desempeñado? Codifique utilizando el cuadro que se muestra a continuación)*

--	--

Registre la respuesta: _____

10.b) **Si el sujeto no es cabeza de familia:** *¿Cuál es / fue la ocupación de la cabeza de familia durante la mayor parte de su vida laboral? Codifique utilizando el cuadro que se muestra a continuación)*

--	--

Registre la respuesta: _____

<p><u>Ocupaciones</u></p> <p><u>Ocupaciones directivas y profesionales</u> 01. Ejecutivos, administradores, directivos 02. Profesionales independientes 03. Escritores, artistas, animadores y atletas</p> <p><u>Ocupaciones técnicas, de ventas o de apoyo administrativo.</u> 04. Técnicos y relacionadas con mantenimiento 05. Vendedores 06. Auxiliares administrativos</p> <p><u>Ocupaciones de servicio</u> 07. Empleados de servicio doméstico 08. Vigilancia y seguridad 09. Otras ocupaciones de servicio</p> <p><u>Agricultores, forestales y pescadores</u> 10. Administradores y operarios de fincas. 11. Otras ocupaciones agrícolas, forestales y pesqueras</p> <p><u>Ocupaciones de reparación, producción y artesanos</u> 12. Mecánicos o reparadores, construcción, extracción o producción de precisión</p> <p><u>Operarios, fabricantes y obreros</u> 13. Operarios de máquinas, ensambladores y supervisores 14. Ocupaciones de transporte o movimiento de materiales 15. Limpiadores de equipos, obreros de construcción y manufactura</p> <p><u>Otros</u> 16. Fuerzas armadas 17. Discapacitados. 18. Amas de casa 19. Nunca ha trabajado. 20. Estudiante de tiempo completo. 21. Desempleado/ Retirado.</p> <p>99. No sabe / No responde.</p>
--

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

11. ¿Cuántos años de escolaridad completó y aprobó?

Registre la respuesta: _____

Años

--	--

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
12. ¿Ha estado en el ejército?	0	1	9

12.a) **Si la respuesta es negativa:** ¿Fue alguna vez rechazado del servicio militar? ¿Por qué?

1. Nunca lo llamaron o fue rechazado (Incluye mujeres y objeción de conciencia).
2. Rechazado por defectos físicos.
3. Rechazado por bajo CI.
4. Rechazado por delincuencia y antecedentes criminales.
5. Rechazado por otras razones psiquiátricas.
6. Rechazado por razones no especificadas.

13. Si respondió afirmativamente a la pregunta 12: ¿Qué tipo de baja recibió?

1. Honorable
2. General
3. Médica
4. Sin honores
5. Indeseable
6. Dishonra
7. No ha sido dado de baja, actualmente militar activo o de reserva

B. HISTORIA MÉDICA

ENTREVISTADOR: Cuando la información de la historia médica sea relevante para la condición psiquiátrica, registre al final del cuestionario el nombre del médico, el hospital, la ciudad, el departamento y la fecha de tratamiento en el formato de historia clínica.

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
1. <i>¿Alguna vez ha presentado una enfermedad física o problemas médicos graves?</i>	0	1	9

En caso afirmativo: Especificar. _____

2. <i>¿Cuántas veces ha sido hospitalizado?</i>	# de veces			
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		

ENTREVISTADOR: Excluya hospitalizaciones por tratamientos psiquiátricos, por abuso de sustancias o embarazos.

2.a) <i>¿Cuántas cirugías ha tenido? (Incluyendo ambulatorias)</i>	# de cirugías			
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		

2.b) *Cuénteme sobre las hospitalizaciones. (Especifique abajo)*

<u>Año</u>	<u>Descripción del problema</u>	<u>Nombre del hospital</u>	<u>Localización</u>

3. *¿Ha presentado alguna de las siguientes condiciones?*

ENTREVISTADOR: En caso afirmativo, verifique si esta condición fue diagnosticada por un médico. Marque **1** si el sujeto reporta haber tenido la condición, marque **2** si fue confirmado por diagnóstico médico.

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>DX</u>	<u>Año de aparición</u>	<u>Notas</u>
3.a) <i>¿Trastornos tiroideos u otras alteraciones hormonales?</i>	0	1	2	_____	_____

En caso afirmativo:

3.a.1) <i>Hipertiroidismo</i>	0	1	2	_____	_____
-------------------------------	---	---	---	-------	-------

3.a.2) <i>Hipotiroidismo</i>	0	1	2	_____	_____
------------------------------	---	---	---	-------	-------

3.a.3) <i>Bocio</i>	0	1	2	_____	_____
---------------------	---	---	---	-------	-------

3.a.4) <i>Enfermedad de Cushing</i>	0	1	2	_____	_____
-------------------------------------	---	---	---	-------	-------

B. HISTORIA MÉDICA

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>DX</u>	<u>Año de aparición</u>	<u>Notas</u>
3.b) <i>¿Migraña?</i>	0	1	2	_____	_____
3.c) <i>¿Úlceras u otras enfermedades intestinales?</i>	0	1	2	_____	_____
En caso afirmativo:					
3.c.1) <i>¿Úlcera Péptica?</i>	0	1	2	_____	_____
3.c.2) <i>¿Enfermedad de Crohn?</i>	0	1	2	_____	_____
3.c.3) <i>¿Colitis Ulcerativa?</i>	0	1	2	_____	_____
3.d) <i>¿Lupus?</i>	0	1	2	_____	_____
3.e) <i>¿Trastornos del aprendizaje o hiperactividad?</i>	0	1	2	_____	_____
3.f) <i>¿Meningitis u otros trastornos cerebrales?</i>	0	1	2	_____	_____
3.g) <i>¿Enfermedad de Parkinson u otros trastornos del movimiento?</i>	0	1	2	_____	_____
3.h) <i>¿Esclerosis Múltiple?</i>	0	1	2	_____	_____
3.i) <i>¿Enfermedad de Huntington?</i>	0	1	2	_____	_____
3.j) <i>¿Enfermedad Cerebro-Vascular o isquemia cerebral transitoria?</i>	0	1	2	_____	_____
3.k) <i>¿Epilepsia/Convulsiones?</i>	0	1	2	_____	_____

En caso afirmativo:

3.k.1) *¿Cuántas veces ha tenido convulsiones o ataques de epilepsia?*

de veces

--	--

3.k.2) *¿Qué edad tenía la primera vez?*

Edad

--	--

No Si

3.k.3) *¿Se encontró la causa de las convulsiones o ataques?*

0 1

En caso afirmativo: Especificar. _____

B. HISTORIA MÉDICA

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No Sabe</u>
6. ¿Hubo problemas o anormalidades en su nacimiento o desarrollo temprano?	0	1	9

Pase a la pregunta 7

6.a) ¿Su madre tuvo algún problema de salud durante su embarazo o el parto, como prematuridad o complicaciones en el parto?	0	1	9
---	---	---	---

En caso afirmativo: Especificar. _____

6.b) ¿Presentó usted alguna anormalidad durante el desarrollo, por ejemplo, caminó o habló a una edad más tardía que otros niños?	0	1	9
---	---	---	---

En caso afirmativo: Especificar. _____

ENTREVISTADOR: Para **HOMBRES**, pase a C1. Mini-Mental (página 10).

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No Sabe</u>
7. ¿Alguna vez ha estado en embarazo?	0	1	9

Pase a la pregunta 8

7.a) ¿Cuántas veces ha estado en embarazo, incluyendo abortos y mortinatos?

Registrar la respuesta: _____

Embarazos	

7.b) ¿Cuántos nacidos vivos?

Nacidos vivos	

7.c) ¿Ha tenido algún problema emocional grave durante un embarazo o durante el mes siguiente al parto?

Codifique la respuesta

0	1	2	3	9
---	---	---	---	---

- 0. No
- 1. Sí, sólo durante el embarazo
- 2. Sí, sólo en el postparto
- 3. Sí, tanto durante el embarazo como en el postparto
- 9. No se sabe

En caso afirmativo: Especificar. _____

B. HISTORIA MÉDICA

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No Sabe</u>
8. <i>¿Ha notado algún cambio en el estado de ánimo durante el período menstrual o premenstrual?</i>	0	1	9

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

9. <i>¿Ya llegó a la menopausia?</i>	0	1	9
--------------------------------------	---	---	---

9.a) **En caso afirmativo:** *¿Ha tenido problemas emocionales graves asociados con la menopausia?*

0	1	9
---	---	---

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

C1. MINI-MENTAL STATE MODIFICADO

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No Sabe</u>
ENTREVISTADOR: ¿Tiene usted sospechas de alguna fuente (por ejemplo, comportamiento o apariencia durante el interrogatorio, información por parte de familiares, historias clínicas) de que el sujeto presenta alteraciones cognoscitivas?	0	1	9

Complete esta sección sólo si tiene dudas del estado cognoscitivo del sujeto.

En caso negativo pase a D. Somatización (página 14)

ENTREVISTADOR: Si ésta es una entrevista telefónica, pase a C2. Entrevista telefónica para el estado mental (página 12).

Ahora le voy a solicitar que realice algunas pruebas rápidas.

	<u>Puntaje máximo</u>	<u>Puntaje del paciente</u>
1. <u>Orientación</u>		
1.a) ¿Cuál es: (Año) (Hora) (Fecha) (Día) (Mes)?	5	<input type="text"/>
1.b) ¿Dónde estamos? (País) (Departamento) (Ciudad) (Hospital/Edificio)(Piso/Calle)?	5	<input type="text"/>
2. <u>Registro</u>		
Mencione tres objetos o conceptos para el paciente (por ejemplo, anzuelo, zapato, verde) con un segundo de intervalo en cada uno. Dígale al paciente que se le pedirá que los recuerde. Pídale que repita las tres palabras después de usted. Asigne un punto para cada respuesta correcta. Repítalas hasta que el sujeto haya aprendido las tres (hasta seis intentos).	3	<input type="text"/>
3. <u>Atención y Cálculo</u>		
Series de sietes. <i>Cuenta hacia atrás desde 100 restando 7.</i> Otorgue un punto para cada respuesta correcta. Pare después de cinco respuestas. -y-	5	<input type="text"/>
<i>Deletree "Mundo" (u otra palabra de cinco letras) hacia atrás.</i> Otorgue un punto para cada letra en orden correcto.	5	<input type="text"/>
4. <u>Memoria Reciente</u>		
Solicite al sujeto que repita las tres palabras mencionadas arriba. Otorgue un punto para cada respuesta correcta.	3	<input type="text"/>
5. <u>Lenguaje</u>		
5.a) Señale un lápiz y un reloj. Pregunte al sujeto "Cómo se llama esto?" para cada uno. Otorgue dos puntos.	2	<input type="text"/>
5.b) Solicite al sujeto que repita lo siguiente "Nadie silba como silba Silvia." Otorgue un punto.	1	<input type="text"/>
5.c) Solicite al sujeto que siga una orden de tres etapas. (por ejemplo, "tome este papel con la mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso") Otorgue tres puntos	3	<input type="text"/>

C1. MINI-MENTAL STATE MODIFICADO

	<u>Puntaje máximo</u>	<u>Puntaje del paciente</u>
* 6. Estado Cognitivo		
6.a) Entregue al sujeto la tarjeta que dice “Cierre los ojos” Otorgue un punto	1	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
6.b) <i>Escriba una frase.</i> Otorgue un punto.	1	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
6.c) <i>Copie el siguiente dibujo.</i> Otorgue un punto.	1	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
 7. Escriba el puntaje total	 35	 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Codifique la respuesta

- 8. ENTREVISTADOR:** Examine el nivel de conciencia. 1 2 3
1. Alerta
 2. Somnolencia
 3. Estupor

ENTREVISTADOR: Si el puntaje total es 15 o menos, interrumpa la entrevista aquí. Si el puntaje total está entre 15 y 23, el entrevistador puede considerar si continuar con la entrevista arrojará información confiable. De otra manera, pase a D. Somatización (página 14)

* Adaptado con permiso de Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P., “*Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*”, *Journal of Psychiatric Research* 12:189-198, 1975.

**C2. ENTREVISTA TELEFÓNICA PARA
EVALUACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO**

ENTREVISTADOR: Instrucciones: 1) Explique el examen al sujeto. 2) Anote la dirección. 3) Asegure que hay mínimos distractores (por ejemplo, televisor o radio encendidos, remueva lápices y lapiceros del alcance) 4) Asegure que las fuentes de orientación (por ejemplo, periódicos, calendarios) no están a la vista de paciente. 5) Los cuidadores pueden ofrecer apoyo pero no asistencia. 6) Repeticiones únicas son permitidas excepto para los ítems 5 y 8.

	<u>Puntaje Máximo</u>	<u>Puntaje del sujeto</u>
1. <i>Por favor dígame su nombre</i> Otorgue un punto por el nombre y un punto por el apellido.	2	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
2. <i>¿Cuál es la fecha de hoy?</i> Otorgue un punto por el mes, fecha, año, día de la semana y estación. Si la dice incompleta pregunte por los específicos (por ejemplo, “¿cuál es el mes?”)	5	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
3. <i>¿Dónde está usted en este momento?</i> Otorgue un punto por el número de la casa, calle, ciudad, departamento y apartado. Si la dice incompleta pregunte por los datos específicos. (“¿En qué calle está usted actualmente?”)	5	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
4. <i>Cuenta hacia atrás desde 20 hasta 1.</i> Otorgue dos puntos si lo completa correctamente en el primer intento; un punto si lo completa en el segundo intento; ningún punto para cualquier otra cosa	2	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
5. <i>Le voy a leer una lista de diez palabras. Por favor escuche atentamente y trate de recordarlas. Cuando yo termine, dígame todas las que pueda recordar en cualquier orden. ¿Listo? Las palabras son cabina, pipa, elefante, pecho, seda, teatro, reloj, látigo, almohada, gigante. Ahora dígame todas las palabras que recuerde.</i> Otorgue un punto para cada respuesta correcta. No hay penalización por repeticiones o intrusiones.	10	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
6. <i>¿100 menos 7 equivale a? ¿Y menos 7 a eso? Etc.</i> Pare en cinco subtracciones en serie. Otorgue un punto para cada resta correcta. No le informe al paciente las respuestas incorrectas, pero permítalestraer de su última respuesta	5	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
7. <i>¿Qué utiliza la gente para cortar papel?</i> Otorgue un punto sólo para tijeras o cortapapel.	1	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<i>¿Cuántas cosas hay en una docena?</i> Otorgue un punto para 12.	1	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<i>¿Cómo se llama la planta que chuza que vive en el desierto?</i> Otorgue un punto sólo para cactus.	1	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

**C2. ENTREVISTA TELEFÓNICA PARA
EVALUACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO**

	<u>Puntaje Máximo</u>	<u>Puntaje del sujeto</u>
¿De qué animal viene la lana? Otorgue un punto sólo por oveja.	1	<input type="text"/>
8. Diga “Nadie silba como silba Silvia” Diga: “Tres tristes tigres”. Otorgue un punto por cada repetición completa en el primer intento. Repita sólo si lo ha pronunciado mal inicialmente.	2	<input type="text"/>
9. ¿Quién es el presidente de Colombia actualmente? ¿Quién es el vicepresidente? Otorgue un punto por cada nombre correcto.	2	<input type="text"/>
10. Con su dedo golpee la bocina del teléfono cinco veces. Otorgue dos puntos si se escuchan cinco golpes; un punto si golpea más o menos de cinco veces.	2	<input type="text"/>
11. Le voy a decir una palabra y usted me debe decir el opuesto Por ejemplo el opuesto de caliente es frío. ¿Cuál es el opuesto de occidente? Otorgue un punto por “oriente”.	1	<input type="text"/>
¿Cuál es el opuesto de “generoso”? Otorgue un punto por “egoísta”, “ambicioso”, “amarrado”, “malo”, o algún otro antónimo.	1	<input type="text"/>
12. Escriba el puntaje total	41	<input type="text"/>

**ENTREVISTADOR: Si el puntaje total es 20 o menos, interrumpa la entrevista en este momento. Si el puntaje total está entre 20 y 28, el entrevistador puede considerar si continuar con la entrevista arrojará información confiable.
De otra manera, pase a D. Somatización (página 14)**

Adaptado con permiso de Brandt J, Spencer M, Folstein M, “The Telephone Interview for Cognitive Status”, *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, Vol 1, No. 2, pp. 111-117, 1988.

D. SOMATIZACIÓN

Ahora le realizaré algunas preguntas acerca de su salud.

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No Sabe</u>
1.a) <i>¿Antes de los 30 años, (o actualmente si el sujeto es menor de 30 años), tuvo / tiene muchos problemas físicos o de salud?</i> Pregunte: <i>¿Buscó tratamiento? ¿Con qué frecuencia lo hizo?</i> <i>¿Qué tan incapacitantes han sido esos problemas físicos?</i> Registrar la respuesta: _____ _____ _____ _____	0	1	9
1.b) <i>¿Ha faltado a clase o al trabajo más de dos veces por dolores de cabeza?</i>	0	1	9

Pase a E. Revisión general de alteraciones psiquiátricas (página 20)

2. <i>¿Alguna vez se ha sentido muy afligido por dolores en...?</i>			
2.a) <i>...abdomen o estómago (excepto durante la menstruación)?</i>	0	1	
2.b) <i>...espalda?</i>	0	1	
2.c) <i>...articulaciones?</i>	0	1	
2.d) <i>...brazos o piernas (aparte de las articulaciones)?</i>	0	1	
2.e) <i>...pecho?</i>	0	1	
2.f) <i>...relaciones sexuales dolorosas(exceptuando el postparto)?</i>	0	1	
2.g) <i>...genitales o recto (excepto durante el coito)?</i>	0	1	
2.h) <i>...durante la micción?</i>	0	1	
2.i) En mujeres: <i>...periodos menstruales dolorosos?</i>	0	1	
2.j) <i>...dolores de cabeza?</i>	0	1	
2.k) <i>...en alguna otra parte?</i>	0	1	

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

ENTREVISTADOR: Si se respondieron afirmativamente menos de cuatro preguntas (no contar pregunta 2.j - Dolores de cabeza), pase a E. Revisión general de alteraciones psiquiátricas (página 20)

D. SOMATIZACIÓN

Código de deterioro

3. *¿Alguna vez ha tenido problemas neurológicos como...:*
- En caso afirmativo:** *¿A quién consultó por este problema? ¿Qué le dijeron que tenía?*
- 3.a) *...ceguera temporal en uno o ambos ojos con duración de dos o más segundos?* 0 1 2 3 4
 ¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____
- 3.b) *...visión doble?* 0 1 2 3 4
 ¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____
- 3.c) *...pérdida completa de la audición por unos segundos o más?* 0 1 2 3 4
 ¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____
- 3.d) *...quedar paralizado sin poder mover una parte de su cuerpo durante al menos unos pocos minutos?* 0 1 2 3 4
 ¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____
- 3.e) *...períodos de debilidad en los cuales no podía levantar o mover cosas que antes si era capaz?* 0 1 2 3 4
 ¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____
- 3.f) *...dificultades en la marcha? (problemas de equilibrio o coordinación)* 0 1 2 3 4
 ¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____
- 3.g) *... incapacidad o dificultad para orinar durante 24 horas o más, o haber requerido sonda vesical (excepto durante cirugía o parto)?* 0 1 2 3 4
 ¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____
- 3.h) *...tener un nudo en la garganta que le dificultara tragar (aparte de lo que siente cuando tiene ganas de llorar)?* 0 1 2 3 4
 ¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____
- 3.i) *...tener una convulsión (donde se quedara con mirada fija o perdiera la conciencia y su cuerpo se sacudiera)?* 0 1 2 3 4
 ¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____
- 3.j) *...quedar inconsciente o desmayarse (no convulsiones)?* 0 1 2 3 4
 ¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____
- 3.k) *...amnesia durante un período de varias horas o días sin que después no pudiera recordar lo que sucedió?* 0 1 2 3 4
 ¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____
- 3.l) *...otros síntomas similares tales como pérdida del habla, sordera o adormecimiento en una parte del cuerpo?* 0 1 2 3 4
 Especificar: _____
 ¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

ENTREVISTADOR: Si todas las preguntas 3.a a 3.l fueron codificadas con 0 o 1, pase a E. Revisión general de alteraciones psiquiátricas (página 20)

CÓDIGOS DE DETERIORO

0. Ninguno
1. Sí, leve (nunca fue al médico / nunca tomó medicamentos / no interfirió con las actividades usuales)
2. Sí, siempre secundario a uso de alcohol o de drogas.
3. Sí, siempre parte de un trastorno físico explicado médicamente.
4. Sí, sin explicación médica.

D. SOMATIZACIÓN

4. ¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo algún problema como (Revise todos los ítems codificados 2, 3, o 4 en las preguntas 3.a a 3.l)?

--	--

5. ¿Qué edad tenía la última vez que tuvo alguno de esos problemas?

--	--

ENTREVISTADOR: Para cada síntoma codificado **SÍ** en la pregunta 2 (página 14), pregunte lo siguiente

Código de deterioro

6. ¿A quién consultó por este problema?
¿Qué le dijeron que tenía?

6.a) Dolores abdominales 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

6.b) Dolor de espalda 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

6.c) Dolor en las articulaciones 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

6.d) Dolor en brazos o piernas, o ambos 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

6.e) Dolor en el pecho 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

6.f) Relaciones sexuales dolorosas 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

6.g) Dolor genital o rectal, o ambos 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

6.h) Micción dolorosa 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

6.i) **En mujeres:** Períodos menstruales dolorosos 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

6.j) Cefaleas 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

6.k) Otros dolores (excluyendo cefaleas? Especificar: _____ 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

CÓDIGOS DE DETERIORO

0. Ninguno

1. Sí, leve (nunca fue al médico / nunca tomó medicamentos / no interfirió con las actividades usuales)

2. Sí, siempre secundario a uso de alcohol o de drogas.

3. Sí, siempre parte de un trastorno físico explicado médicamente.

4. Sí, sin explicación médica.

D. SOMATIZACIÓN

4. ¿Qué edad tenía la primera vez que presentó algún problema como **(Revise todos los ítems codificados 2, 3, o 4 en las preguntas 6.a a 6.k)**?

5. ¿Qué edad tenía la última vez que presentó alguno de esos problemas?

Código de deterioro

9. ¿Alguna vez ha estado afligido por problemas estomacales o digestivos como...

En caso afirmativo:

¿A quién consultó usted por este problema?

¿Qué le dijeron que tenía?

9.a) ...vómito o reflujo de comida (cuando no estaba en embarazo)? 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

9.b) ...nauseas (aparte de mareo de traslación)? 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

9.c) ...gas excesivo o sensación de distensión estomacal o abdominal? 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

9.d) ...soltura intestinal o diarrea? 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

9.e) ...tres o más comidas lo enferman? 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

10. ¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo algún problema como **(Revise todos los ítems codificados 2, 3, o 4 en las preguntas 9.a a 9.e)**?

11. ¿Qué edad tenía la última vez que presentó alguno de estos problemas?

CÓDIGOS DE DETERIORO

0. Ninguno

1. Sí, leve (nunca fue al médico / nunca tomó medicamentos / no interfirió con las actividades usuales)

2. Sí, siempre secundario a uso de alcohol o de drogas.

3. Sí, siempre parte de un trastorno físico explicado médicamente.

4. Sí, sin explicación médica.

D. SOMATIZACIÓN

Código de deterioro

9. *¿Alguna vez ha presentado problemas como:*

En caso afirmativo:

¿A quién consultó usted por este problema?

¿Qué le dijeron que tenía?

12.a) *...sentir que su vida sexual no era muy importante?* 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

12.b) *...tener dificultades sexuales?* 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

En caso afirmativo:

12.b.1) **Si es hombre:** *...impotencia?* 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

12.b.2) **Si es mujer:** *...anorgasmia?* 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? : _____

Entrevistador: Si el entrevistado es **hombre** pase a la pregunta 13.

12.c) **(Codifique desde pregunta 2.i (página 14) y 6.i (página 16) sin preguntar)**

...menstruación dolorosa? 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? _____

12.d) *...sangrado menstrual excesivo?* 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? _____

12.e) *...tener períodos menstruales irregulares?* 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? _____

12.f) *...vomitar durante un embarazo o ser hospitalizada por vomito durante el embarazo?* 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? _____

13. *¿Qué edad tenía cuando presentó por primera vez alguno de los problemas anteriores*
(Revise todos los ítems codificados 2, 3 o 4 de las preguntas 12.a a 12.f)?

--	--

14. *¿Qué edad tenía la última vez que presentó alguno de estos problemas?*

--	--

CÓDIGOS DE DETERIORO

0. Ninguno

1. Sí, leve (nunca fue al médico / nunca tomó medicamentos / no interfirió con las actividades usuales)

2. Sí, siempre secundario a uso de alcohol o de drogas.

3. Sí, siempre parte de un trastorno físico explicado médicamente.

4. Sí, sin explicación médica.

D. SOMATIZACIÓN

Código de deterioro

15. *¿Alguna vez ha presentado problemas como:*

En caso afirmativo:

¿A quién consultó usted por este problema?

¿Qué le dijeron que tenía?

15.a) *...dificultad para respirar aún sin haber realizado esfuerzos?* 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? _____ ¿Qué dijo? _____

15.b) *...su corazón latía tan fuerte que lo podía sentir en su pecho?* 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? _____

15.c) *...mareo?* 0 1 2 3 4

¿A quién consultó? : _____ ¿Qué dijo? _____

16. *¿Qué edad tenía cuando presentó por primera vez alguno de los problemas anteriores...
(Revise todos los ítems codificados 2, 3 o 4 de las preguntas 15.a a 15.c)?*

--	--

17. *¿Qué edad tenía la última vez que presentó alguno de estos problemas?*

--	--

CÓDIGOS DE DETERIORO

0. Ninguno

1. Sí, leve (nunca fue al médico / nunca tomó medicamentos / no interfirió con las actividades usuales)

2. Sí, siempre secundario a uso de alcohol o de drogas.

3. Sí, siempre parte de un trastorno físico explicado médicamente.

4. Sí, sin explicación médica.

E. REVISIÓN GENERAL DE ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No Sabe</u>
1. <i>¿Alguna vez ha presentado problemas emocionales o un período en el cual usted no se sentía o comportaba como era habitualmente?</i>	0	1	9
2. <i>¿Alguna vez ha visitado a un profesional por algún problema emocional, sus nervios o por la forma como se sentía o actuaba?</i>	0	1	9
2.a) <i>¿Ha estado en psicoterapia o consejería?</i>	0	1	9

En caso afirmativo a las preguntas 2 o 2.a:

2.b) <i>¿Qué edad tenía la primera vez que consultó?</i>	Edad		
	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>		
2.c) <i>¿Estaba trabajando, estudiaba o era ama de casa en ese momento?</i>	0	1	9
3. <i>¿Alguna vez ha tenido un período en el cual era incapaz de trabajar, ir a la escuela o realizar otras responsabilidades por razones psiquiátricas o emocionales?</i>	0	1	9
4. <i>¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha estado en un hospital de día por problemas con su ánimo o con su manera de actuar?</i>	0	1	9

En caso afirmativo:

4.a) <i>¿Cuántas veces ha sido hospitalizado en una unidad de psiquiatría?</i>	Hospitalizaciones		
	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>		
4.b) <i>¿Cuántas veces ha estado en un hospital de día?</i>	Hospital día		
	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>		

En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 4.a a 4.b:

4.c) <i>¿Alguna fue para el tratamiento de alcohol, drogas o ambos?</i>	0	1	9
4.c.1) En caso afirmativo: <i>¿Cuántas?</i>	Hospitalizaciones por Alc/drogas		
	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>		
4.d) <i>¿Qué edad tenía en el momento de la primera hospitalización psiquiátrica?</i>	Edad		
	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>		

5. <i>¿Alguna vez ha recibido terapia electroconvulsiva (TECAR, terapia de electrochoques)?</i>	0	1	9
5.a) En caso afirmativo: <i>¿Cuántas sesiones de terapia electroconvulsiva ha recibido?</i>	Número		
	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>		

E. REVISIÓN GENERAL DE ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No Sabe</u>
6. <i>¿Alguna vez ha tomado medicamentos para sus nervios o cualquier problema emocional o mental?</i>	0	1	9

ENTREVISTADOR: Marque la casilla en la columna 1 al lado de todos los medicamentos que la persona recuerda haber tomado. Marque la casilla en la columna 2 para todos los medicamentos tomados diariamente al menos durante tres meses. Para medicamentos no listados en una categoría, escriba el nombre en el espacio en blanco al final de la categoría y marque como se señaló antes. Si la categoría es desconocida, anótelos al final en "Otros medicamentos".

	<u>1</u>	<u>2</u>		<u>1</u>	<u>2</u>
Antidepresivos Tricíclicos					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clomipramina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amoxapina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amitriptilina		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maprotilina		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desipramina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nortriptilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doxepina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trimipramina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhibidores Selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS)					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Citalopram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fluvoxamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paroxetina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fluoxetina		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sertralina		
IMAOs					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Isocarboxazid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fenelzina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tranilcipromina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros antidepresivos					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venlafaxina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trazodone		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mirtazapina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nefazodone		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bupropion		
Benzodiacepinas					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flurazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Triazolam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clonazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clordiazepoxido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. REVISIÓN GENERAL DE ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS

	<u>1</u> <u>2</u>		<u>1</u> <u>2</u>
Otros Hipnóticos sedantes o ansiolíticos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hidroxicina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ethchlorvynol	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zolpidem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Secobarbital	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difenhidramina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prometazina	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Buspirona		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hidrato de cloral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Propranolol		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meprobamato	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
Antipsicóticos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Clozapina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trifluoperazina	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haloperidol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Clorpromazina	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Levomepromazina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perfenazina	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tioridazina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Olanzapina	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tioproperazina		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pipotiazina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Flufenazina		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Risperidona	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulpiride		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quetiapina			
Agentes Antiparkinsonianos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Biperideno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trihexifenidil		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Benztropina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amantadina		
Estimulantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pemolina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anfetamina		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Metilfenidato	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
Agentes AntiMANÍAcos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acido valproico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lamotrigina		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Litio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gabapentin		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Carbamazepina		
Otros medicamentos o preparaciones herbales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Melatonina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hierba de San Juan		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	

E. REVISIÓN GENERAL DE ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS
--

CARTA DE MEDICAMENTOS

Antidepresivos tricíclicos

Clomipramina	Desipramina	Trimipramina
Amoxapina	Nortriptilina	Imipramina
Amitriptilina	Doxepina	Butriptilina
Maprotilina		

Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS's)

Citalopram	Paroxetina	Sertralina
Fluvoxamina	Fluoxetina	

IMAO's

Isocarboxazid	Fenelzina	Tranilcipromina
---------------	-----------	-----------------

Otros antidepresivos

Venlafaxina	Mirtazapina	Bupropion
Trazodone	Nefazodona	

Benzodiazepinas

Lorazepam	Clordiazepoxido	Clorazepate
Flurazepam	Temazepam	Diazepam
Triazolam	Oxazepam	Alprazolam
Clonazepam		

Otros hipnóticos sedantes o ansiolíticos

Hidroxicina	Buspirona	Meprobamato
Zolpidem	Hidrato de cloral	Ethchlorvynol
Difenhidramina	Propranolol	Secobarbital

Antipsicóticos

Clozapina	Pipotiazina	Trifluoperazina
Haloperidol	Flufenazina	Clorpromazina
Levomepromazina	Risperidona	Perfenazina
Tioridazina	Sulpiride	Olanzapina
Tioproperezina	Quetiapina	

Agentes Antiparkinsonianos

Biperideno	Benzotropin	Amantadina
Trihexifenidil		

Estimulantes

Pemolina	Anfetamina	Metilfenidato
----------	------------	---------------

Agentes Antimaníacos

Acido Valpróico	Litio	Carbamazepina
Lamotrigina	Gabapentin	

Otros medicamentos o preparaciones herbales

Melatonina	Hierba de San Juan	
------------	--------------------	--

E. REVISIÓN GENERAL DE ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS

Esta página se deja en blanco intencionalmente

E. REVISIÓN GENERAL DE ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS

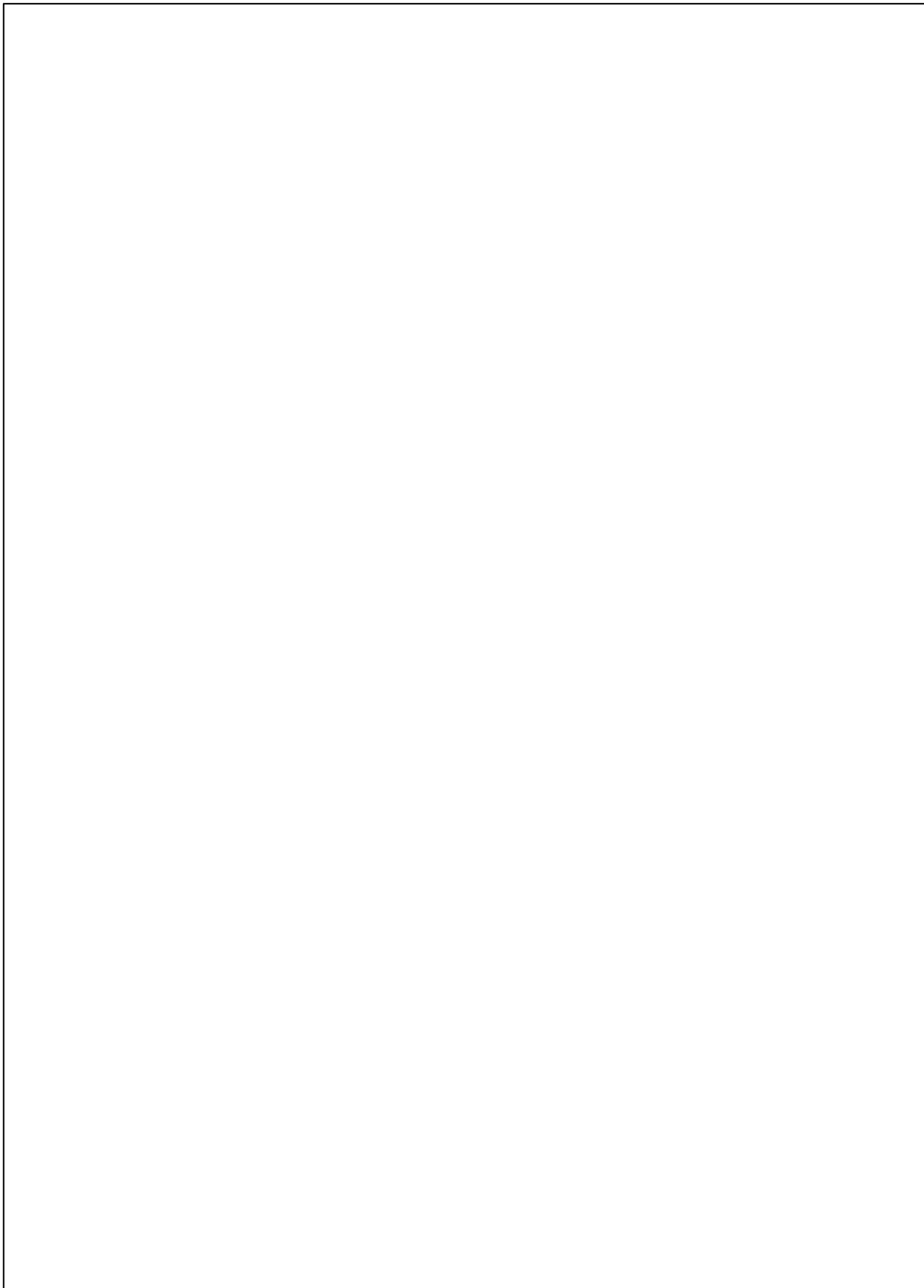
ENTREVISTADOR: Si el paciente reportó cualquier problema emocional en las preguntas 1 a 6 pase a la pregunta 8

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No Sabe</u>
7. <i>¿En algún momento usted o alguien pensó que necesitaba ayuda profesional por problemas sentimentales o por la forma como estaba actuando?</i>	0	1	9

Pase a F. Depresión Mayor (página 29)

8. *Por favor cuénteme más acerca de estos períodos que acabamos de discutir.*

E. REVISIÓN GENERAL DE ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page below the header. It is currently blank, serving as a placeholder for content.

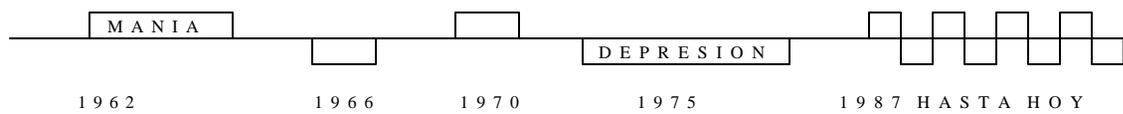
Clave

 Enfermedad Afectiva

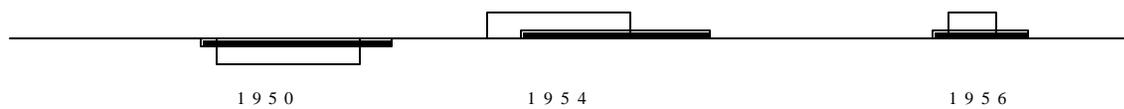
 Psicosis Activa

----- Prodrómico y Residual

EJEMPLO: Solo Enfermedad Afectiva



EJEMPLO: Psicosis y Enfermedad Afectiva



DIGS 3.0
04-Feb-99

E. REVISIÓN GENERAL DE ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS

Edad	Tipo de episodio o de síntomas	Duración (semanas)	Tratamiento

F. DEPRESIÓN MAYOR

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su estado de ánimo

- | | <u>No</u> | <u>Sí</u> | <u>No Sabe</u> |
|--|-----------|-----------|----------------|
| 1. ¿Alguna vez ha tenido un período de al menos una semana de duración en el cual se sentía deprimido, triste o decaído la mayor parte del día, casi todos los días? | 0 | 1 | 9 |
| 1.a) ¿Se sentía irritable? | 0 | 1 | 9 |
| 1.b) ¿Se sentía ansioso? | 0 | 1 | 9 |
| 1.c) ¿Alguna vez ha tenido un período de al menos una semana en el cual usted no disfrutaba de la mayoría de las cosas, incluso aquellas que generalmente le gustan? | 0 | 1 | 9 |
| 2. Si las respuestas a las preguntas 1a 1.c son todas NO: | | | |

ENTREVISTADOR: ¿Sospecha usted un episodio pasado o actual por las respuestas, comportamiento u otra información del sujeto?

En caso afirmativo: Especificar. _____

Pase a G. Manía/Hipomanía (página 47)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 3. ¿Se ha sentido de esta manera recientemente (por ejemplo, al menos una semana durante los últimos 30 días)? | 0 | 1 | 9 |
|--|---|---|---|

3.a) **En caso afirmativo:** ¿Durante cuánto tiempo se ha sentido así?

Semanas		

F. DEPRESIÓN MAYOR

Episodio más grave

4. Piense en el período más grave de su vida en el cual se sentía de esta forma.

¿Cuándo comenzó?

--	--	--

Mes

--	--	--	--

Año

Edad

--	--

Semanas

--	--	--	--

4.a) **ENTREVISTADOR:** Calcule la edad.

4.b) ¿Cuánto duró este período?

No Sí No sabe

4.c) ¿Se sentía deprimido, triste o decaído?

0 1 9

4.d) ¿Se sentía irritable?

0 1 9

4.e) ¿Se sentía ansioso?

0 1 9

5. **ENTREVISTADOR:** ¿El episodio más grave es también el episodio actual?

0 1 9

F. DEPRESIÓN MAYOR

Episodio más grave

Durante el episodio más grave...:

Codifique la respuesta

6. *¿Disminuyó o aumentó mucho el apetito?*

- 0. No
- 1. Sí, disminuyó
- 2. Sí, aumentó
- 3. Sí, disminuyó y aumentó
- 9. No sabe / No hay información

0	1	2	3	9
0	1	2	9	

6. a) *¿Perdió o ganó peso aunque usted no estuviera tratando de hacerlo?*

- 0. No
- 1. Pérdida
- 2. Aumento
- 9. No sabe

En caso Afirmativo:

6.b) *¿Cuál era su peso antes de la pérdida / ganancia?*

Kilogramos

--	--	--

6.c) *¿Cuál era su peso después de la pérdida / ganancia?*

Kilogramos

--	--	--

6.d) *¿En cuánto tiempo perdió / ganó ese peso?*

Semanas

--	--	--

7. *¿Tenía problemas para dormir o estaba durmiendo más de lo normal?*

En caso afirmativo:

7.a) *¿Tenía dificultad para quedarse dormido?*

7.b) **En caso afirmativo:** *¿Se demoraba por lo menos una hora?*

7.c) *¿Se despertaba en la mitad de la noche y tenía dificultad para volver a dormirse?*

7.d) *¿Se despertaba demasiado temprano en la mañana?*

7.e) **En caso afirmativo:** *¿Al menos una hora antes de lo usual?*

7.f) *¿Dormía mucho más de lo habitual?*

No Sí No sabe

0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9

8. *¿Estaba tan inquieto e intranquilo que las demás personas lo podían notar?*

0	1	9
0	1	9

9. *¿Se movía o hablaba tan lentamente que otras personas lo podían notar?*

F. DEPRESIÓN MAYOR

Episodio más grave

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
10. <i>¿Tenía menos capacidad de disfrutar del sexo o de otras actividades placenteras?</i>	0	1	9
10.a) <i>¿Perdió el interés en casi todas sus actividades habituales?</i>	0	1	9
11. <i>¿Se sentía con pérdida de energía o más cansado de lo usual?</i>	0	1	9
12. <i>¿Tenía sentimientos de culpa o pensaba que era una mala persona?</i>	0	1	9
13. <i>¿Se sentía fracasado o que no valía?</i>	0	1	9
14. <i>¿Tenía dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones?</i>	0	1	9
15. <i>¿Pensaba frecuentemente en la muerte, deseaba morir o pensaba en matarse?</i>	0	1	9
16. <i>¿Trató de hacerse daño?</i>	0	1	9

17. **ENTREVISTADOR:** Registre el número de cuadros con respuesta afirmativa desde la pregunta 6 hasta la 16

TOTAL CUADROS

ENTREVISTADOR: Si son menos de tres, pregunte por otros posibles episodios graves. Si es necesario recodifique las preguntas 6 a 16. Si siguen siendo menos de tres, pase a **G. Manía / Hipomanía (página 47)**

18. (ENTREVISTADOR: Revise los síntomas de las preguntas 6 a 16 y las de ánimo depresivo, o entregue al sujeto la hoja de inventario de síntomas depresivos para que la revise): <i>¿Durante este episodio hubo un período de dos semanas en el cual los síntomas estaban presentes casi todos los días (al menos cuatro síntomas además del ánimo depresivo)?</i>	0	1	9
19. <i>¿Tendía a sentirse peor en la mañana o en la tarde?</i> 0. A.M. 1. P.M. 2. No había diferencia	0	1	2
20. <i>¿Durante este episodio tenía creencias o ideas que más tarde supo que no eran ciertas? Explore:</i> <i>¿Creía que había cometido un crimen o un pecado, que Dios lo estaba castigando, que algo terrible iba a suceder, que alguien quería hacerle daño, que hablaban de usted o que algo estaba mal con su cuerpo? ¿Qué tan convencido estaba?</i> ENTREVISTADOR: Si sospecha delirios, explore más para determinar su contenido y si las creencias se sostenían con certeza. Codifique con base en esta información y describa abajo:	0	1	9

F. DEPRESIÓN MAYOR

Episodio más grave

No Sí No sabe

Si respondió afirmativamente a la pregunta 20:

20.a) *¿Estas creencias aparecieron antes de la depresión o después de que ésta desapareció?*

0 1 9

Días

20.b) **En caso afirmativo:** *¿Cuánto tiempo transcurrió desde su aparición hasta el inicio de la depresión?*

--	--	--

Días

20.c) **En caso afirmativo:** *¿Cuánto tiempo duraron después de que su ánimo volvió a la normalidad?*

--	--	--

20.d) **ENTREVISTADOR:** *¿Duraron más de 14 días en total?*

0 1 9

21. *¿Veía o escuchaba cosas que otras personas no podían ver ni escuchar?*

0 1 9

Explore: *¿Por ejemplo, voces hablando, ruidos o visiones? ¿O sentía sabores, olores o sensaciones físicas inusuales?*

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

En caso afirmativo:

21.a) *¿Éstas (referirse a las experiencias) aparecieron antes o después de la depresión?*

0 1 9

Días

21.b) **En caso afirmativo:** *¿Cuánto tiempo transcurrió desde su aparición hasta el inicio de la depresión?*

--	--	--

Días

21.c) **En caso afirmativo:** *¿Cuánto tiempo duraron después que su ánimo volvió a la normalidad?*

--	--	--

21.d) **ENTREVISTADOR:** *¿Duraron más de 14 días en total?*

0 1 9

22. En caso afirmativo a las preguntas 20 o 21:

ENTREVISTADOR: *¿Los síntomas psicóticos tuvieron un contenido inconsistente con temas depresivos como pobreza, culpa, enfermedad, incompetencia personal o catástrofe?*

0 1 9

22.a) **En caso afirmativo: ENTREVISTADOR:** *¿El sujeto estaba preocupado con los síntomas psicóticos hasta excluir otros síntomas o preocupaciones?*

0 1 9

23. *¿Durante este período, buscó o recibió ayuda de un médico o de otros profesionales para la depresión?*

0 1 9

24. *¿Le prescribieron medicamentos para la depresión?*

0 1 9

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

F. DEPRESIÓN MAYOR

Episodio más grave

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
25. <i>¿Durante este episodio fue admitido a un hospital por depresión (incluyendo hospital de día)?</i>	0	1	9

25.a) **En caso afirmativo:** *¿Por cuánto tiempo? (hospitalizado)*

Días		

25.b) **En caso afirmativo:** *¿Por cuánto tiempo?(hospital de día)*

Días		

26. *¿Recibió terapia electroconvulsiva?*

	0	1	9
--	---	---	---

ENTREVISTADOR: Si el paciente fue hospitalizado dos o más días, le hicieron terapia electroconvulsiva o tuvo síntomas psicóticos, pase a la pregunta 29 y codifique incapacidad.

Codifique la respuesta

27. *¿Su mayor responsabilidad durante este episodio era en el trabajo, hogar, estudio o algo parecido?*

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

1. Trabajo
2. Hogar
3. Estudio
4. Otros

Si la respuesta es “otros”: *Especificar:* _____

28. *¿Su funcionamiento (en ese rol) se vio afectado?*

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No Sabe</u>
	0	1	9

En caso afirmativo: *Especificar:* _____

28.a) *¿Ocurrió algo como consecuencia de esto (como separación marital, ausentismo laboral o académico, pérdida del trabajo o menores calificaciones)?*

	0	1	9
--	---	---	---

En caso afirmativo: *Especificar:* _____

28.b) *¿Alguien notó cambios en su funcionamiento?*

	0	1	9
--	---	---	---

F. DEPRESIÓN MAYOR

Episodio más grave

Codifique la respuesta

29. **ENTREVISTADOR:** Codifique con base en las respuestas a las preguntas 20, 21 y 25 a 28 0 1 2 9

- 0. Sin cambio
- 1. Deterioro
- 2. Incapacidad
- 9. Desconocido

Deterioro RDC Modificado: Disminución en la calidad del desempeño en las actividades más importantes (percibido por otros). Por lo general, esto requiere una disminución en la cantidad. Por ejemplo, puede manifestarse en una persona que se demora diez horas para hacer algo que normalmente toma cinco.

Incapacidad RDC Modificada: Incapacidad completa para desempeñar sus actividades en el hogar, estudio o trabajo durante dos días seguidos; hospitalización durante dos días; tratamiento con terapia electroconvulsiva o presencia de alucinaciones o delirios.

En caso de deterioro o incapacidad: *Especificar:* _____

No Sí No sabe

30. **Disfunción RDC menor**

Si respondió “Sin cambio” en la pregunta 29: *¿Su funcionamiento en otra área de su vida estuvo afectado?* 0 1 9

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

30.a) **ENTREVISTADOR:** *¿Si respondió “no” en las preguntas 25 a 30, existe alguna evidencia de estrés significativo?* 0 1 9

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

ENTREVISTADOR: Si la persona es de sexo **MASCULINO** o **NUNCA HA ESTADO EMBARAZADA**, pase a la pregunta 32, página 36.

No Sí No sabe

31. *¿Este episodio ocurrió durante el embarazo (codifique 1) o después del parto (codifique 2)?* 0 1 2 9

31.a) **En caso afirmativo:** *¿Cuál fue la fecha del parto?*

--	--	--

Mes

--	--	--	--

Año

F. DEPRESIÓN MAYOR

Episodio más grave

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
32. <i>¿Este episodio ocurrió durante o inmediatamente después de una enfermedad física grave?</i>	0	1	9

ENTREVISTADOR: Las siguientes enfermedades, entre otras, pueden ser relevantes: hipotiroidismo, evento cerebro-vascular, esclerosis múltiple, mononucleosis, hepatitis, cáncer, enfermedad de Parkinson, VIH, enfermedad de Cushing u otros trastornos endocrinos.

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

33. <i>¿Este episodio comenzó después de empezar a tomar algún medicamento?</i>	0	1	9
---	---	---	---

ENTREVISTADOR: Pueden ser precipitantes importantes: alfametildopa, propranolol, reserpina, interferon y esteroides. Trate de diferenciar los precipitantes de drogas prescritas para tratar los primeros síntomas de depresión, como hipnóticos para el insomnio.

En caso afirmativo: *Especificar medicamentos:* _____

34. <i>¿Este episodio comenzó mientras usted estaba usando drogas ilícitas?</i>	0	1	9
---	---	---	---

ENTREVISTADOR: Las siguientes drogas, entre otras, pueden ser relevantes: anfetaminas, barbitúricos, cocaína, "calmantes", tranquilizantes.

En caso afirmativo: *Especifique la droga y cantidad:* _____

35. <i>¿Este episodio empezó después de un aumento en el consumo de alcohol?</i>	0	1	9
--	---	---	---

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

35.a) <i>¿Este episodio comenzó después de una disminución del consumo de alcohol?</i>	0	1	9
--	---	---	---

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

36. <i>¿Este episodio ocurrió después de la muerte de alguien cercano?</i>	0	1	9
--	---	---	---

36.a) **En caso afirmativo:** *Especificar relación:* _____

36.b) **Fecha de muerte:**

--	--	--

Mes

--	--	--	--

Año

F. DEPRESIÓN MAYOR

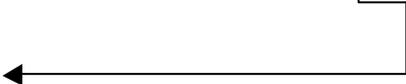
Episodio más grave

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
37. <i>¿Durante este episodio de depresión, tuvo usted una semana o más durante la cual su ánimo cambiaba frecuentemente de la tristeza a la irritabilidad o aun a la euforia?</i>	0	1	9
37.a) <i>¿Durante este episodio de depresión, experimentó alguno de estos síntomas?</i>			
37.a.1) <i>¿Hiperactividad – correr, tener mucho proyectos o agitación física?</i>	0	1	9
37.a.2) <i>¿Hablar más de lo usual o hablar apresuradamente?</i>	0	1	9
37.a.3) <i>¿Rapidez de pensamiento, cambios bruscos de un tema a otro?</i>	0	1	9
37.a.4) <i>¿Sentimientos de grandiosidad / ser más importante, especial, poderoso?</i>	0	1	9
37.a.5) <i>¿Necesitar menos sueño / tener energía después de poco o ningún sueño?</i>	0	1	9
37.a.6) <i>¿Distracción de la atención por cosas sin importancia?</i>	0	1	9
37.a.7) <i>¿Hacer cosas arriesgadas por placer - compras, sexo, conducción imprudente, etc.?</i>	0	1	9

ENTREVISTADOR: Registre el número de respuestas afirmativas en las preguntas 37.a.1 a 37.a.7:

TOTAL

Si el total es **menor que tres**, pase a la pregunta 38



37.a.9) *¿Durante cuánto tiempo estuvieron presentes estos síntomas?*

Días

Semanas

F. DEPRESIÓN MAYOR

Otro episodio

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
38. ¿Tuvo al menos otro episodio en el cual se sintió deprimido por más de una semana y tuvo varios de los síntomas que ha descrito?	0	1	9

Pase a la pregunta 71, página 46

En caso afirmativo: ¿Cuándo fue el período más reciente de depresión que fue casi tan grave como el que acabamos de describir?

ENTREVISTADOR: Basado en la revisión general de alteraciones psiquiátricas o en exploraciones adicionales, identifique el episodio grave más reciente que el sujeto recuerde bien. Evite episodios con posibles precipitantes orgánicos y aquellos que ocurrieron menos de dos meses antes o después del episodio más grave. Si hay un episodio actual que llene estos criterios, debe ser evaluado.

Describa brevemente la respuesta del sujeto: _____

38.a) ¿El episodio seleccionado también es el episodio actual (en los últimos 30 días)? 0 1

38.b) ¿Cuándo comenzó?

Mes		

Año			

38.c) **ENTREVISTADOR:** Registre la edad

Edad	

38.d) ¿Cuánto tiempo (duró / ha durado ese período)?

Semanas		

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
38.e) ¿Se sentía deprimido, triste, decaído?	0	1	9
38.f) ¿Se sentía irritable?	0	1	9
38.g) ¿Se sentía ansioso?	0	1	9

F. DEPRESIÓN MAYOR

Otro episodio

Durante el episodio seleccionado...:

Codifique la respuesta

39. *¿Disminuyó o aumentó mucho el apetito?*

- 0. No
- 1. Sí, disminuyó
- 2. Sí, aumentó
- 3. Sí, disminuyó y aumentó
- 9. No sabe / No hay información

0	1	2	3	9
0	1	2	9	

39. a) *¿Perdió o ganó peso aunque usted no estuviera tratando de hacerlo?*

- 0. No
- 1. Pérdida
- 2. Aumento
- 0. No sabe

En caso Afirmativo:

39.b) *¿Cuál era su peso antes de la pérdida / ganancia?*

Kilogramos

--	--	--

39.c) *¿Cuál era su peso después de la pérdida / ganancia?*

Kilogramos

--	--	--

39.d) *¿En cuánto tiempo perdió / ganó ese peso?*

Semanas

--	--	--

40. *¿Tenía problemas para dormir o estaba durmiendo más de lo normal?*

En caso afirmativo:

40.a) *¿Tenía dificultad para quedarse dormido?*

40.b) **En caso afirmativo:** *¿Se demoraba por lo menos una hora?*

40.c) *¿Se despertaba en la mitad de la noche y tenía dificultad para volver a dormirse?*

40.d) *¿Se despertaba demasiado temprano en la mañana?*

40.e) **En caso afirmativo:** *¿Al menos una hora antes de lo usual?*

40.f) *¿Dormía mucho más de lo habitual?*

No Sí No sabe

0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9
0	1	9

41. *¿Estaba tan inquieto e intranquilo que las demás personas lo podían notar?*

42. *¿Se movía o hablaba tan lentamente que otras personas lo podían notar?*

0	1	9
0	1	9

F. DEPRESIÓN MAYOR

Otro episodio

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
43. <i>¿Tenía menos capacidad de disfrutar del sexo o de otras actividades placenteras?</i>	0	1	9
43.a) <i>¿Perdió el interés en casi todas sus actividades habituales?</i>	0	1	9
44. <i>¿Se sentía con pérdida de energía o más cansado de lo usual?</i>	0	1	9
45. <i>¿Tenía sentimientos de culpa o pensaba que era una mala persona?</i>	0	1	9
46. <i>¿Se sentía fracasado o que no valía?</i>	0	1	9
47. <i>¿Tenía dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones?</i>	0	1	9
48. <i>¿Pensaba frecuentemente en la muerte, deseaba morir o pensaba en matarse?</i>	0	1	9
49. <i>¿Trató de hacerse daño?</i>	0	1	9

50. **ENTREVISTADOR:** Registre el número de cuadros con respuesta afirmativa desde la pregunta 39 hasta la 49

TOTAL CUADROS

ENTREVISTADOR: Si son menos de tres, pregunte por otros posibles episodios graves. Si es necesario recodifique las preguntas 39 a 49. Si siguen siendo menos de tres, pase a la pregunta 71, página 46

51. (ENTREVISTADOR: Revise los síntomas de preguntas 39 a 49 y las de ánimo depresivo o entregue al sujeto la hoja de inventario de síntomas depresivos para que la revise): <i>¿Durante este episodio hubo un período de dos semanas en el cual los síntomas estaban presentes casi todos los días (al menos cuatro síntomas además del ánimo depresivo)?</i>	0	1	9
52. <i>¿Tendía a sentirse peor en la mañana o en la tarde?</i> 0. A.M. 1. P.M. 2. No había diferencia	0	1	2
53. <i>¿Durante este episodio tenía creencias o ideas que más tarde supo que no eran ciertas? Explore: ¿Creía que había cometido un crimen o un pecado, que Dios lo estaba castigando, que algo terrible iba a suceder, que alguien quería hacerle daño, que hablaban de usted o que algo estaba mal en su cuerpo? ¿Qué tan convencido estaba?</i>	0	1	9

ENTREVISTADOR: Si sospecha delirios explore más para determinar su contenido y si las creencias se sostenían con certeza . Codifique con base en esta información y describa abajo:

F. DEPRESIÓN MAYOR

Otro episodio

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
58. ¿Durante este episodio fue admitido a un hospital por depresión (incluyendo hospital de día)?	0	1	9

	Días		
58.a) En caso afirmativo: ¿Por cuánto tiempo? (hospitalizado)			

	Días		
58.b) En caso afirmativo: ¿Por cuánto tiempo?(hospital de día)			

59. ¿Recibió terapia electroconvulsiva?	0	1	9
---	---	---	---

ENTREVISTADOR: Si el paciente fue hospitalizado dos o más días, le hicieron terapia electroconvulsiva, o tuvo síntomas psicóticos, pase a la pregunta 62 y codifique incapacidad.

Codifique la respuesta

60. ¿Su mayor responsabilidad durante este episodio era en el trabajo, hogar, estudio o algo parecido?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

1. Trabajo
2. Hogar
3. Estudio
4. Otros

Si la respuesta es “otros”: Especificar: _____

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No Sabe</u>
61. ¿Su funcionamiento (en ese rol) se vio afectado?	0	1	9

En caso afirmativo: Especificar: _____

61.a) ¿Ocurrió algo como consecuencia de esto (como separación marital, ausentismo laboral o del colegio, pérdida del trabajo o menores notas)?	0	1	9
---	---	---	---

En caso afirmativo: Especificar: _____

61.b) ¿Alguien notó cambios en su funcionamiento?	0	1	9
---	---	---	---

F. DEPRESIÓN MAYOR

Otro episodio

Codifique la respuesta

62. **ENTREVISTADOR:** Codifique con base en las respuestas a las preguntas 53, 54 y 58 a 61 0 1 2 9

- 0. Sin cambio
- 1. Deterioro
- 2. Incapacidad
- 9. Desconocido

Deterioro RDC Modificado: Disminución en la calidad del desempeño en las actividades mas importantes (percibido por otros). Por lo general, esto requiere una disminución en la cantidad. Por ejemplo, puede manifestarse en una persona que se demora diez horas para hacer algo que normalmente toma cinco.

Incapacidad RDC Modificada: Incapacidad completa para desempeñar sus actividades en el hogar, estudio o trabajo durante dos días seguidos; hospitalización durante dos días; tratamiento con terapia electroconvulsiva o presencia de alucinaciones o delirios.

En caso de deterioro o incapacidad: *Especificar:* _____

No Sí No sabe

63. **Disfunción RDC menor**

Si respondió “Sin cambio” en la pregunta 62: *¿Su funcionamiento en otra área de su vida estuvo afectado?* 0 1 9

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

63.a) **ENTREVISTADOR:** *¿Si respondió “no” en las preguntas 58 a 63, existe alguna evidencia de estrés significativo?* 0 1 9

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

ENTREVISTADOR: Si la persona es de sexo **MASCULINO** o **NUNCA HA ESTADO EMBARAZADA**, pase a la pregunta 65, página 44.

No Sí No sabe

64. *¿Este episodio ocurrió durante el embarazo (codifique 1) o después del parto (codifique 2)?* 0 1 2 9

64.a) **En caso afirmativo:** *¿Cuál fue la fecha del parto?*

--	--	--

Mes

--	--	--	--

Año

F. DEPRESIÓN MAYOR

Otro episodio

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
65. ¿Este episodio ocurrió durante o inmediatamente después de una enfermedad física grave?	0	1	9

ENTREVISTADOR: Las siguientes enfermedades, entre otras, pueden ser relevantes: hipotiroidismo, evento cerebro-vascular, esclerosis múltiple, mononucleosis, hepatitis, cáncer, enfermedad de Parkinson, VIH, enfermedad de Cushing u otros trastornos endocrinos.

En caso afirmativo: Especificar. _____

66. ¿Este episodio comenzó después de empezar a tomar algún medicamento?	0	1	9
--	---	---	---

ENTREVISTADOR: Pueden ser precipitante importantes: alfametildopa, propranolol, reserpina, interferon y esteroides. Trate de diferenciar los precipitantes de drogas prescritas para tratar los primeros síntomas de depresión, como hipnóticos para el insomnio.

En caso afirmativo: Especificar medicamentos: _____

67. ¿Este episodio comenzó mientras usted estaba usando drogas ilícitas?	0	1	9
--	---	---	---

ENTREVISTADOR: Las siguientes drogas, entre otras, pueden ser relevantes: anfetaminas, barbitúricos, cocaína, "calmantes", tranquilizantes.

En caso afirmativo: Especifique la droga y cantidad: _____

68. ¿Este episodio empezó después de un aumento en el consumo de alcohol?	0	1	9
---	---	---	---

En caso afirmativo: Especificar. _____

68.a) ¿Este episodio comenzó después de una disminución del consumo de alcohol?	0	1	9
---	---	---	---

En caso afirmativo: Especificar. _____

69. ¿Este episodio ocurrió después de la muerte de alguien cercano?	0	1	9
---	---	---	---

69.a) **En caso afirmativo:** Especificar relación: _____

69.b) **Fecha de muerte:**

--	--	--

Mes

--	--	--	--

Año

F. DEPRESIÓN MAYOR

Otro episodio

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
70. <i>¿Durante este episodio de depresión, tuvo usted una semana o más, durante la cual su ánimo cambiaba frecuentemente de la tristeza a la irritabilidad o aún a la euforia?</i>	0	1	9
70.a) <i>¿Durante este episodio de depresión, experimentó alguno de estos síntomas?</i>			
70.a.1) <i>¿Hiperactividad – correr, tener mucho proyectos o agitación física?</i>	0	1	9
70.a.2) <i>¿Hablar más de lo usual o hablar apresuradamente?</i>	0	1	9
70.a.3) <i>¿Rapidez de pensamiento, cambios bruscos de un tema a otro?</i>	0	1	9
70.a.4) <i>¿Sentimientos de grandiosidad / ser más importante, especial, poderoso?</i>	0	1	9
70.a.5) <i>¿Necesitar menos sueño / tener energía después de poco o ningún sueño?</i>	0	1	9
70.a.6) <i>¿Distracción de la atención por cosas sin importancia?</i>	0	1	9
70.a.7) <i>¿Hacer cosas arriesgadas por placer - compras, sexo, conducción imprudente, etc.?</i>	0	1	9

ENTREVISTADOR: Registre el número de respuestas afirmativas en las preguntas 70.a.1 a 70.a.7

TOTAL

Si el total es **menor que tres**, pase a la pregunta 71

70.a.9) *¿Durante cuánto tiempo estuvieron presentes estos síntomas?*

Días

Semanas

F. DEPRESIÓN MAYOR

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
71. ENTREVISTADOR: ¿Existió al menos un episodio “limpio”? Un episodio “limpio” es aquel que no fue desencadenado por una enfermedad física, abuso de alcohol o drogas, precipitantes orgánicos, o un duelo.	0	1	9

En caso afirmativo:

72. ¿Cuántos episodios “limpios” ha tenido?

72.a) ¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo un episodio “limpio” de depresión?

72.b) ¿Qué edad tenía la última vez que tuvo un episodio “limpio” de depresión?

73. En caso de no haber tenido episodios “limpios”:

73.a) ¿Cuántos episodios “no limpios” ha tenido?

73.b) ¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo un episodio “no limpio” de depresión?

73.c) ¿Qué edad tenía la última vez que tuvo un episodio “no limpio” de depresión?

74. ¿Cuál fue la duración en semanas del episodio depresivo más largo?

75. ¿Cuántas veces fue hospitalizado por un episodio de depresión?

75.a) ¿Cuántas veces estuvo en un programa de Hospital de Día por un episodio de depresión?

76. ¿Cuántas veces ha estado en terapia electroconvulsiva por depresión?

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
77. ¿Alguna vez se sintió acelerado o hiperactivo después de un tratamiento para depresión?	0	1	9

En caso afirmativo: *Describe:* _____

78. Sus **DEPRESIONES** tienden a comenzar en alguna estación en particular? Codifique la respuesta

	0	1	2	3	4	5	9
--	---	---	---	---	---	---	---

0. Sin patrón
 1. Invierno
 2. Primavera
 3. Verano
 4. Otoño
 5. Vive en un país sin estaciones
 9. No sabe

G. MANÍA / HIPOMANÍA

Ahora voy a hacerle otras preguntas acerca de su estado de ánimo

	No	Sí	No sabe
1.a) <i>¿Alguna vez ha tenido un período en el cual se sentía extremadamente bien, o animado, que era claramente diferente de su manera de ser normal? (Esto era algo más que sencillamente sentirse bien)</i>	0	1	9
1.b) <i>¿Alguna vez ha tenido un período en el cual se sentía inusualmente irritable, que era claramente diferente de su manera de ser normal, en el que gritara a la gente o iniciara peleas o discusiones?</i>	0	1	9
Si las respuestas a las preguntas 1.a o 1.b son afirmativas, pase a la pregunta 1.e			
1.c) <i>¿Alguna vez ha tenido períodos, aun de uno o dos días de duración, en los cuales se sentía inusualmente contento, irritable o enérgico?</i>	0	1	9
1.d) <i>¿Ha tenido momentos en los cuales se sentía mucho más enérgico que lo usual y necesitaba menos sueño que lo habitual?</i>	0	1	9
<p>ENTREVISTADOR: Explore síntomas adicionales si es necesario, utilizando otras preguntas (por ejemplo, <i>¿Alguna vez experimentó sensación de rapidez en su pensamiento o necesidad de estar hablando continuamente? ¿Se sentía con demasiada seguridad en sí mismo? ¿Estaba más impulsivo que de costumbre? ¿Hacía planes poco realistas? ¿Aumentó sus actividades?</i> Reúna y registre la información de cualquier estado de ánimo (aun leve) que parezca cualitativamente diferente del buen humor normal y que indique hipomanía. Escriba la respuesta incluyendo la descripción del ánimo por parte del paciente:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>			
1.e) Si cualquiera de las preguntas 1.a a 1.d, tiene respuesta afirmativa: <i>¿Esto se mantuvo persistentemente a lo largo del día, o de forma intermitente por dos días o más?</i>	0	1	9
1.f) ENTREVISTADOR: <i>¿Sospecha de un episodio pasado o actual por las respuestas o comportamiento del sujeto o por otra información?</i>	0	1	9

Pase a H. Distimia / Ciclotimia (página 64) ←

2. *¿Se ha sentido así recientemente (por ejemplo, durante los últimos 30 días)?* 0 1 9

2.a) **En caso afirmativo:** *¿Cuánto tiempo se ha sentido así?*

Días		Semanas		

G. MANÍA / HIPOMANÍA

Episodio más grave

3. *Piense en el período de su vida en el cual usted se sentía inusualmente bien, animado o irritable, que fue más extremo.*

¿Cuándo comenzó? –

--	--	--

Mes

--	--	--	--

Año

3.a) **ENTREVISTADOR:** Calcule la edad.

--	--

Edad

3.b) *¿Cuánto tiempo duró ese período?*

--

Días

--	--	--

Semanas

No Sí

4. **ENTREVISTADOR:** ¿El episodio más grave también es el actual?

0 1

G. MANÍA / HIPOMANÍA

Episodio más grave

Durante el episodio más grave...:

Codifique la respuesta

5. **ENTREVISTADOR:** Especifique y codifique si el estado de ánimo del sujeto era:

1 2 3

- 1. Irritable
- 2. Eufórico/expansivo
- 3. Tanto irritable como eufórico

No Sí No sabe

6. *¿Estaba más activo de lo usual, ya sea sexual, social o laboralmente? o ¿tenía inquietud física?*

0	1	9
---	---	---

7. *¿Estaba más hablador de lo usual o sentía la necesidad de estar hablando continuamente?*

0	1	9
---	---	---

8. *¿Sus pensamientos eran veloces o hablaba tan rápido que era difícil para la gente seguir su conversación?*

0	1	9
---	---	---

9. *¿Se sentía una persona muy importante, o que tenía poderes, planes, talentos o habilidades especiales?*

0	1	9
---	---	---

10. *¿Necesitaba dormir menos de lo usual?*

0	1	9
---	---	---

En caso afirmativo:

10.a) *¿Cuántas horas dormía por la noche?*

Horas

--	--

10.b) *¿Cuántas horas duerme usualmente?*

Horas

--	--

11. *¿Le daba dificultad concentrarse porque su atención saltaba de una cosa a otra?*

0	1	9
---	---	---

12. *¿Hizo algo que lo pudo haber metido en problemas- como comprar cosas, hacer negocios, tener indiscreciones sexuales o conducir peligrosamente?*

0	1	9
---	---	---

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

13. **ENTREVISTADOR:** Registre el número de cuadros con respuestas afirmativas en las preguntas 6 a 12

TOTAL CUADROS

--

ENTREVISTADOR: Si es sólo una o ninguna respuesta afirmativa, pase a **H. Distimia / Ciclotimia (página 64)**



13.a) *¿Durante este episodio, esos síntomas estuvieron presentes la mayor parte del tiempo al menos una semana?* (**ENTREVISTADOR:** Revise los síntomas en las preguntas 6 a 12 junto con estado de ánimo eufórico/irritable o entregue al sujeto la hoja de inventario de síntomas maníacos para que la revise)

0 1 9

G. MANÍA / HIPOMANÍA

Episodio más grave

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
14. <i>¿Podría decirse que su comportamiento era suficientemente provocador, ofensivo, arrogante o manipulador como para causarle problemas con su familia, amigos o compañeros de trabajo?</i>	0	1	9

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

15. <i>¿Estaba tan expansivo que era casi imposible sostener una conversación con usted?</i>	0	1	9
--	---	---	---

16. <i>¿Durante este episodio, tenía creencias o ideas que más tarde supo que no eran ciertas? Explore: ¿Creía que tenía poderes y habilidades que otros no poseían? ¿Tenía una misión especial encomendada quizá por Dios? ¿Alguien quería hacerle algún mal? ¿Que tan convencido estaba?</i>	0	1	9
---	---	---	---

ENTREVISTADOR: Si se sospechan delirios, explore más para determinar el contenido y si las creencias se mantenían con firmeza. Codifique con base en esta información y describa.

En caso afirmativo:

16.a) <i>¿Estas creencias ocurrieron justo antes o después de este episodio?</i>	0	1	9
--	---	---	---

16.b) **En caso afirmativo:** *¿Cuánto tiempo estuvieron presentes antes de que comenzara el episodio?*

Días

--	--	--

16.c) **En caso afirmativo:** *¿Cuánto tiempo permanecieron después de que su ánimo volvió a la normalidad?*

Días

--	--	--

16.d) ENTREVISTADOR: <i>¿Duró más de 14 días?</i>	0	1	9
--	---	---	---

17. <i>¿Veía o escuchaba cosas que otras personas no podían ver ni escuchar?</i>	0	1	9
--	---	---	---

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

En caso afirmativo:

17.a) <i>¿Estas experiencias ocurrieron justo antes o después de este episodio? desaparecido?</i>	0	1	9
---	---	---	---

17.b) **En caso afirmativo:** *¿Cuánto tiempo estuvieron presentes antes de que comenzara el episodio?*

Días

--	--	--

17.c) **En caso afirmativo:** *¿Cuánto tiempo permanecieron después de que su ánimo volvió a la normalidad?*

Días

--	--	--

17.d) ENTREVISTADOR: <i>¿Duró más de 14 días?</i>	0	1	9
--	---	---	---

G. MANÍA / HIPOMANÍA

Episodio más grave

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>		
18. Si la respuesta a las preguntas 16 o 17 es afirmativa: ENTREVISTADOR: ¿Los síntomas psicóticos tenían un contenido inconsistente con temas maníacos como aumento de la importancia, riqueza, poder, conocimiento o una relación especial con una deidad o una persona famosa?	0	1	9		
18.a) En caso afirmativo: ENTREVISTADOR: ¿El sujeto estaba tan absorto con los síntomas psicóticos que excluía otros síntomas o preocupaciones?	0	1	9		
19. ¿Buscó o recibió ayuda de un médico u otros profesionales?	0	1	9		
20. ¿Le prescribieron medicamentos?	0	1	9		
En caso afirmativo: Especificar. _____ _____					
21. ¿Durante este episodio fue admitido a un hospital (incluyendo hospital de día)?	0	1	9		
21.a) En caso afirmativo: ¿Durante cuánto tiempo (hospitalizado)?			Días <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>		
21.b) En caso afirmativo: ¿Durante cuánto tiempo (hospital de día)?			Días <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>		
22. ¿Recibió terapia electroconvulsiva (tratamiento de electrochoques)?	0	1	9		

ENTREVISTADOR: Si el paciente fue hospitalizado dos días o más, le hicieron terapia electroconvulsiva o tuvo síntomas psicóticos, pase a la pregunta 25 y codifique incapacidad

Codifique la respuesta

23. ¿Su mayor responsabilidad durante este episodio era en el trabajo, hogar, estudio u otra actividad?	1	2	3	4
1. Trabajo				
2. Hogar				
3. Estudio				
4. Otros				

Si respondió "Otros": Especificar: _____

G. MANÍA / HIPOMANÍA

Episodio más grave

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
24. <i>¿Su funcionamiento (en ese rol) se vio afectado?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar: _____			

24.a) <i>¿Ocurrió algo como consecuencia de esto (como separación marital, ausentismo laboral o del colegio, pérdida del trabajo o menores calificaciones)?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar: _____			

24.b) <i>¿Alguien notó cambios en su funcionamiento?</i>	0	1	9

Codifique la respuesta

25. **ENTREVISTADOR:** Codifique con base en las respuestas a las preguntas 15 a 24 0 1 2 3 9

- 0. Sin cambio
- 1. Deterioro
- 2. Incapacidad
- 3. Mejoramiento
- 9. Desconocido

Deterioro RDC Modificado: Disminución del funcionamiento no tan grave como para necesitar incapacidad.

Incapacidad RDC Modificada: Incapacidad completa para desempeñar sus actividades en el hogar, estudio o trabajo durante dos días seguidos; hospitalización durante dos días; tratamiento con terapia electroconvulsiva; presencia de alucinaciones o delirios o incapacidad completa para mantener una conversación

Mejoramiento: Mejoría en la función.

Especificar: _____

G. MANÍA / HIPOMANÍA

Episodio más grave

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
26. Disfunción RDC menor			
Si respondió “Sin cambio” en la pregunta 25: ¿El funcionamiento en otra área de su vida estuvo afectado?	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar. _____ _____			
27. ¿Este episodio ocurrió durante o inmediatamente después de una enfermedad física grave?	0	1	9
ENTREVISTADOR: Las siguientes enfermedades, entre otras, pueden ser relevantes: esclerosis múltiple, VIH, hipertiroidismo, lupus, enfermedad de Cushing, tumores cerebrales, encefalitis.			
En caso afirmativo: Especificar. _____ _____			
28. ¿Este episodio comenzó después de empezar a usar descongestionantes, esteroides o algún otro medicamento?	0	1	9
ENTREVISTADOR: Puede ser relevante L-DOPA, entre otros. Los antidepresivos no son considerados precipitantes orgánicos por el DSM -III-R y el RDC.			
En caso afirmativo: Especificar medicamentos: _____ _____			
29. ¿Este episodio se inició poco después de comenzar a tomar un antidepresivo, de terapia electroconvulsiva o fototerapia?	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar: _____ _____			
30. ¿Estaba consumiendo cocaína u otras drogas ilícitas, o estaba bebiendo más licor de lo usual justo antes de que comenzara el episodio?	0	1	9
ENTREVISTADOR: Las anfetaminas, entre otros, pueden ser relevantes.			
En caso afirmativo:			
30.a) ¿Cocaína?	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar: _____			
30.b) ¿Otras drogas ilícitas?	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar. _____			

G. MANÍA / HIPOMANÍA

Episodio más grave

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
30.c) ¿Aumento del consumo de alcohol?	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar. _____			
31. ¿Durante este episodio y a lo largo de una o más semanas, su ánimo cambió frecuentemente de la irritabilidad o exaltación a la tristeza o depresión?	0	1	9
31.a) ¿Durante este episodio también experimentó alguno de estos síntomas?			
31.a.1) ¿Disminución o aumento del apetito?	0	1	9
31.a.2) ¿Incapacidad de dormir cuando lo deseaba o sueño excesivo?	0	1	9
31.a.3) ¿Sentirse más lento?	0	1	9
31.a.4) ¿Sentirse fatigado o con disminución de la energía?	0	1	9
31.a.5) ¿Perder el interés en actividades placenteras?	0	1	9
31.a.6) ¿Sentimiento de culpa o de minusvalía?	0	1	9
31.a.7) ¿Dificultad para pensar o retener información escrita?	0	1	9
31.a.8) ¿Ideas de suicidio o pensar mucho en la muerte?	0	1	9

31.a.9) **ENTREVISTADOR:** Registre el número de respuestas afirmativas a las preguntas 31.a.1 a 31.a.8:

TOTAL

Si el total es menor que 4, pase a la pregunta 32

31.a.10) ¿Cuánto tiempo estuvieron presentes los síntomas?

Días o Semanas

G. MANÍA / HIPOMANÍA

Otro episodio

32. **ENTREVISTADOR:** Remítase a las instrucciones que siguen a continuación e indique si puede registrarse otro episodio de manía / hipomanía

<u>No</u>	<u>Sí</u>
0	1

Pase a la pregunta 60, página 62

Se debe registrar otro episodio de manía si existe un “episodio actual” que no fue codificado como “episodio más grave” o el “episodio más grave” fue mixto, relacionado con factores orgánicos o tratamiento antidepresivo o era de cualquier manera cuestionable, atípico o marginal.

Basado en la “Revisión general de alteraciones psiquiátricas” o en exploraciones adicionales, identifique el episodio grave más reciente que el sujeto recuerde bien.

Describa brevemente cómo se seleccionó el “otro episodio”:

32.a) *¿El episodio seleccionado también es el episodio actual (en los últimos 30 días)?* 0 1

32.b) *¿Cuándo comenzó?*

--	--	--

Mes

--	--	--	--

Año

Edad

--	--

32.c) **ENTREVISTADOR:** Registre la edad

Semanas

32.d) *¿Cuánto tiempo (duró / ha durado ese período)?*

--	--	--

G. MANÍA / HIPOMANÍA

Otro episodio

Durante este episodio...

Codifique la respuesta

33. **ENTREVISTADOR:** Especifique y codifique si el afecto del sujeto era:

1 2 3

- 1. Irritable
- 2. Eufórico/expansivo
- 3. Tanto irritable como eufórico

No Sí No sabe

34. *¿Estaba más activo de lo usual, ya sea sexual, social o laboralmente? o ¿tenía inquietud física?*

0	1	9
---	---	---

35. *¿Estaba más hablador de lo usual o sentía la necesidad de estar hablando continuamente?*

0	1	9
---	---	---

36. *¿Sus pensamientos eran veloces o hablaba tan rápido que era difícil para la gente seguir su conversación?*

0	1	9
---	---	---

37. *¿Se sentía una persona muy importante, o que tenía poderes, planes, talentos o habilidades especiales?*

0	1	9
---	---	---

38. *¿Necesitaba dormir menos de lo usual?*

0	1	9
---	---	---

En caso afirmativo:

38.a) *¿Cuántas horas dormía por la noche?*

Horas

--	--

38.b) *¿Cuántas horas duerme usualmente?*

Horas

--	--

39. *¿Le daba dificultad concentrarse porque su atención saltaba de una cosa a otra?*

0	1	9
---	---	---

40. *¿Hizo algo que lo pudo haber metido en problemas- como comprar cosas, hacer negocios, tener indiscreciones sexuales o conducir peligrosamente?*

0	1	9
---	---	---

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

41. **ENTREVISTADOR:** Registre el número de cuadros con respuestas afirmativas en las preguntas 34 a 40

TOTAL CUADROS

--

ENTREVISTADOR: Si es sólo una o ninguna respuesta afirmativa, pase a **H. Distimia / Ciclotimia (página 64)**



41.a) *¿Durante este episodio, esos síntomas estuvieron presentes la mayor parte del tiempo al menos una semana? (ENTREVISTADOR: Revise los síntomas en las preguntas 34 a 40 junto con estado de ánimo eufórico/irritable o entregue al sujeto la hoja de inventario de síntomas maníacos para que la revise)*

0 1 9

G. MANÍA / HIPOMANÍA

Otro episodio

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
42. <i>¿Podría decirse que su comportamiento era suficientemente provocador, ofensivo, arrogante o manipulador como para causarle problemas con su familia, amigos o compañeros de trabajo?</i>	0	1	9

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

43. <i>¿Estaba tan expansivo que era casi imposible sostener una conversación con usted?</i>	0	1	9
--	---	---	---

44. *Durante este episodio, ¿ tenía creencias o ideas que más tarde supo que no eran ciertas? **Explore:** ¿ Creía que tenía poderes y habilidades que otros no poseían? ¿ tenía una misión especial encomendada quizá por Dios? ¿ alguien quería hacerle algún mal? ¿ Que tan convencido estaba?*

ENTREVISTADOR: Si se sospechan delirios, explore más para determinar el contenido y si las creencias se mantenían con firmeza. Codifique con base en esta información y describa.

En caso afirmativo:

44.a) <i>¿Estas creencias ocurrieron justo antes o después de este episodio?</i>	0	1	9
--	---	---	---

44.b) **En caso afirmativo:** *¿Cuánto tiempo estuvieron presentes antes de que comenzara el episodio?*

Días

--	--	--

44.c) **En caso afirmativo:** *¿Cuánto tiempo permanecieron después de que su ánimo volvió a la normalidad?*

Días

--	--	--

44.d) ENTREVISTADOR: <i>¿Duró más de 14 días?</i>	0	1	9
--	---	---	---

45. <i>¿Veía o escuchaba cosas que otras personas no podían ver ni escuchar?</i>	0	1	9
--	---	---	---

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

En caso afirmativo:

45.a) <i>¿Estas experiencias ocurrieron justo antes o después de este episodio?</i>	0	1	9
---	---	---	---

45.b) **En caso afirmativo:** *¿Cuánto tiempo estuvieron presentes antes de que comenzara el episodio?*

Días

--	--	--

45.c) **En caso afirmativo:** *¿Cuánto tiempo permanecieron después de que su ánimo volvió a la normalidad?*

Días

--	--	--

45.d) ENTREVISTADOR: <i>¿Duró más de 14 días?</i>	0	1	9
--	---	---	---

G. MANÍA / HIPOMANÍA

Otro episodio

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
52. <i>¿Su funcionamiento (en ese rol) se vio afectado?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar: _____			

52.a) <i>¿Ocurrió algo como consecuencia de esto (como separación marital, ausentismo laboral o del colegio, pérdida del trabajo o menores calificaciones)?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar: _____			

52.b) <i>¿Alguien notó cambios en su funcionamiento?</i>	0	1	9

Codifique la respuesta

53. **ENTREVISTADOR:** Codifique con base en las respuestas a las preguntas 43 a 52

- 0. Sin cambio
- 1. Deterioro
- 2. Incapacidad
- 3. Mejoramiento
- 9. Desconocido

Deterioro RDC Modificado: Disminución del funcionamiento no tan grave como para necesitar incapacidad.

Incapacidad RDC Modificada: Incapacidad completa para desempeñar sus actividades en el hogar, estudio o trabajo durante dos días seguidos; hospitalización durante dos días; tratamiento con terapia electroconvulsiva; presencia de alucinaciones o delirios o incapacidad completa para mantener una conversación

Mejoramiento: Mejoría en la función.

Especificar: _____

G. MANÍA / HIPOMANÍA

Otro episodio

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
54. Disfunción RDC menor			
Si respondió “Sin cambio” en la pregunta 53: <i>¿El funcionamiento en otra área de su vida estuvo afectado?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: <i>Especificar.</i> _____ _____			
55. <i>¿Este episodio ocurrió durante o inmediatamente después de una enfermedad física grave?</i>	0	1	9
ENTREVISTADOR: Las siguientes enfermedades, entre otras, pueden ser relevantes: esclerosis múltiple, VIH, hipertiroidismo, lupus, enfermedad de Cushing, tumores cerebrales, encefalitis.			
En caso afirmativo: <i>Especificar.</i> _____ _____			
56. <i>¿Este episodio comenzó después de empezar a usar descongestionantes, esteroides o algún otro medicamento?</i>	0	1	9
ENTREVISTADOR: Puede ser relevante L-DOPA, entre otros. Los antidepresivos no son considerados precipitantes orgánicos por el DSM -III-R y el RDC.			
En caso afirmativo: <i>Especificar medicamentos:</i> _____ _____			
57. <i>¿Este episodio se inició poco después de comenzar a tomar un antidepresivo, de terapia electroconvulsiva o fototerapia?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: <i>Especificar:</i> _____ _____			
58. <i>¿Estaba consumiendo cocaína u otras drogas ilícitas o estaba bebiendo más licor de lo usual, justo antes de que comenzara el episodio?</i>			
ENTREVISTADOR: Las anfetaminas, entre otros, pueden ser relevantes.			
En caso afirmativo:			
58.a) <i>¿Cocaína?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: <i>Especificar:</i> _____			
58.b) <i>¿Otras drogas ilícitas?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: <i>Especificar.</i> _____			

G. MANÍA / HIPOMANÍA

Otro episodio

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
58.c) <i>¿Aumento del consumo de alcohol?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar. _____			
59. <i>¿Durante este episodio y a lo largo de una o más semanas, su ánimo cambió frecuentemente de la irritabilidad o exaltación a la tristeza o depresión?</i>	0	1	9
59.a) <i>¿Durante este episodio también experimentó alguno de estos síntomas?</i>			
59.a.1) <i>¿Disminución o aumento del apetito?</i>	0	1	9
59.a.2) <i>¿Incapacidad de dormir cuando lo deseaba, o sueño excesivo?</i>	0	1	9
59.a.3) <i>¿Sentirse más lento?</i>	0	1	9
59.a.4) <i>¿Sentirse fatigado o con disminución de la energía?</i>	0	1	9
59.a.5) <i>¿Perder el interés en actividades placenteras?</i>	0	1	9
59.a.6) <i>¿Sentimiento de culpa o de minusvalía?</i>	0	1	9
59.a.7) <i>¿Dificultad para pensar o retener información escrita?</i>	0	1	9
59.a.8) <i>¿Ideas de suicidio o pensar mucho en la muerte?</i>	0	1	9
59.a.9) ENTREVISTADOR: Registre el número de respuestas afirmativas a las preguntas 59.a.1 a 59.a.8:	TOTAL	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 30px; display: inline-block;"></div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; width: 400px;"> Si el total es menor que 4, pase a la pregunta 59.b </div>			
59.a.10) <i>¿Cuánto tiempo estuvieron presentes los síntomas?</i>	Días ó Semanas		
	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
59.b) <i>¿Cuántos episodios como éste ha tenido?</i>	Episodios		
	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		

ENTREVISTADOR: ¿El “episodio más grave”, el “otro episodio”, o ambos fueron episodios mixtos?
 Si ambos fueron mixtos, trate de establecer si hubo un episodio en el que se hubieran llenado los criterios de manía y que no fuera mixto, y recodifique “Otro episodio” desde la pregunta 32, página 55.

G. MANÍA / HIPOMANÍA

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
60. ENTREVISTADOR: ¿Existió al menos un episodio “limpio” de manía / hipomanía? Un episodio “limpio” es aquel que no fue desencadenado por una enfermedad física, abuso de alcohol o drogas o precipitantes orgánicos.	0	1	9

En caso afirmativo:

60. ¿Cuántos episodios “limpios” ha tenido?	□	□	
---	---	---	--

60.a) ¿Qué edad tenía la <u>primera</u> vez que tuvo un episodio “limpio”?	□	□	
--	---	---	--

60.b) ¿Qué edad tenía la <u>última</u> vez que tuvo un episodio “limpio”?	□	□	
---	---	---	--

61. En caso de no haber tenido episodios “limpios”:

61.a) ¿Cuántos episodios “no limpios” ha tenido?	□	□	
--	---	---	--

61.b) ¿Qué edad tenía la <u>primera</u> vez que tuvo un episodio “no limpio”?	□	□	
---	---	---	--

61.c) ¿Qué edad tenía la <u>última</u> vez que tuvo un episodio “no limpio”?	□	□	
--	---	---	--

62. ¿Cuántas veces fue hospitalizado por un episodio de manía?	□	□	
--	---	---	--

62.a) Cuantas veces estuvo en un programa de Hospital de Día por un episodio de manía?	□	□	
--	---	---	--

Codifique la respuesta

63. Sus episodios tienden a comenzar en alguna estación en particular?	0	1	2	3	4	5	9
--	---	---	---	---	---	---	---

- 0. Sin patrón
- 1. Invierno
- 2. Primavera
- 3. Verano
- 4. Otoño
- 5. Vive en un país si estaciones
- 9. No sabe

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No Sabe</u>
64. ¿Alguna vez ha pasado rápidamente de sentirse eufórico a sentirse normal, o de sentirse eufórico a sentirse deprimido sin pasar por un período de estado de ánimo normal?	0	1	9

Codifique la respuesta

64.a) En caso afirmativo: Este cambio en su estado de ánimo ocurrió:	1	2	3
---	---	---	---

- 1. En pocas horas
- 2. En pocos días
- 3. En pocas semanas?

G. MANÍA / HIPOMANÍA

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
65. <i>¿Alguna vez ha tenido un año en el cual tuvo varios episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos o mixtos?</i>	0	1	9

En caso afirmativo:

65.a) <i>¿Está seguro de haber mejorado entre episodio y episodio?</i>	0	1	9
--	---	---	---

En caso afirmativo:

65.a.1) *¿Por cuánto tiempo?*

Semanas

--	--

Episodios

65.b) *¿En total, cuántos episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos o mixtos tuvo durante ese año?*

--	--

H. DISTIMIA / CICLOTIMIA

DISTIMIA

ENTREVISTADOR: Los pacientes con trastorno bipolar no pueden llenar criterios DSM-III-R / DSM-IV para distimia. Sin embargo, es **opcional** continuar en esta sección. De otra manera, para pacientes bipolares con trastorno bipolar pase a Ciclotimia (pregunta 7, página 65).

Le he preguntado sobre episodios de depresión que fueron graves. Algunas personas tienen episodios menos graves que persisten durante años. Ahora queremos preguntar sobre períodos como esos.

	No	Sí	No sabe
1. ¿Alguna vez ha tenido un período de un año o más, en el cual se sentía triste, decaído o deprimido casi todo el día, la mayoría de los días?	0	1	9
Pase a la pregunta 7, página 65	←		
1.a) ¿Cuándo comenzó el período más largo con estas características?	Mes		Año
1.b) ¿Cuándo finalizó este período?	Mes		Año

ENTREVISTADOR: Para niños o adolescentes, pase a Ciclotimia (pregunta 7) si el período en las preguntas 1.a y 1.b es inferior a un año.
Para adultos, pase a Ciclotimia (pregunta 7) si el período en las preguntas 1.a y 1.b es inferior a dos años

2. ¿Tuvo un episodio grave de depresión durante los primeros dos años de este período o en los seis meses previos al comienzo de éste?	0	1	9
3. ¿Justo antes y durante este período, tuvo un cambio en el uso de drogas ilícitas, alcohol o medicamentos prescritos o presentó una enfermedad física grave?	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar. _____			

ENTREVISTADOR: Si respondió afirmativamente a las preguntas 2 o 3, puede identificar otro período?
 En caso **afirmativo**, recodifique las preguntas 1.a y 1.b.
 En caso **negativo**, pase a ciclotimia (pregunta 7)
Opcional: El entrevistador puede continuar con los síntomas específicos de distimia

4. ¿Durante este periodo...			
4.a) ...comía más?	0	1	9
4.b) ...tenía disminución del apetito?	0	1	9
4.c) ...tenía dificultades para dormir?	0	1	9
4.d) ...dormía demasiado?	0	1	9

H. DISTIMIA / CICLOTIMIA

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No Sabe</u>
4.e) ...se cansaba fácilmente?	0	1	9
4.f) ...tenía sentimientos de minusvalía o incapacidad?	0	1	9
4.g) ...tenía dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	0	1	9
4.h) ...se sentía con desesperanza?	0	1	9
4.i) ENTREVISTADOR: Registre el número de respuestas afirmativas en las preguntas 4.a a 4.h. Nota: Los elementos que estén encerrados en cuadros cuentan como una sola respuesta afirmativa.			

TOTAL

ENTREVISTADOR: Si es menor que 2, pase a la pregunta 7

5. ¿Durante ese episodio, alguna vez estuvo su estado de ánimo normal por más de dos meses seguidos — es decir, dos meses en los cuales usted no se sentía triste, bajado o nostálgico?	0	1	9
6. ¿Durante ese período de dos años, notó diferencias en la forma como manejaba su trabajo, estudio o labores en la casa o se afectó otra área de su vida?	0	1	9

En caso afirmativo: Especificar. _____

6.a) ENTREVISTADOR: Si la respuesta a la pregunta 6 es negativa, hay alguna otra evidencia de malestar clínicamente significativo?	0	1	9
---	---	---	---

En caso afirmativo: Especificar. _____

TRASTORNO CICLOTIMICO

ENTREVISTADOR: Si el sujeto reportó episodios de depresión mayor o manía, debe distinguirlos de los cambios de estado de ánimo fluctuantes y menos graves, típicos de la ciclotimia, comience con preguntas como: “Además de los episodios que mencionó...”

Muchos sujetos con ciclotimia habrán reportado ya, numerosos episodios de hipomanía. En este caso, el entrevistador debe buscar episodios de síntomas depresivos y establecer su cronicidad.

7. ¿Durante un año o más, ha sido una persona con un estado de ánimo muy cambiante — alguien que a menudo estaba horas o días sintiéndose mejor de lo normal o animado y tenía otros momentos en los cuales se sentía decaído o deprimido?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div>	1	9
--	---	---	---

Pase a I. Abuso y Dependencia de Alcohol (página 68)

H. DISTIMIA / CICLOTIMIA

7.a) ¿Cuándo comenzó el período más largo con estas características?

Mes	Año
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

7.b) ¿Cuándo finalizó este período?

Mes	Año
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

ENTREVISTADOR: Para niños o adolescentes, pase a I. Abuso y Dependencia de alcohol (página 68), si el período en las preguntas 7.a a 7.b es inferior a un año. Para adultos, pase a I. Abuso y Dependencia de alcohol (página 68), si el período en las preguntas 7.a a 7.b es inferior a dos años

	No	Sí	No Sabe
8. ¿Tuvo un episodio de depresión o manía durante los primeros dos años de este período?	0	1	9
3. ¿Justo antes y durante este período, tuvo un cambio en el uso de drogas ilícitas, alcohol o medicamentos prescritos o presentó una enfermedad física grave?	0	1	9

En caso afirmativo: Especificar. _____

ENTREVISTADOR: Si respondió afirmativamente a las preguntas 8 o 9, puede identificar otro período?
 En caso **afirmativo**, recodifique las preguntas 7.a y 7.b.
 En caso **negativo**, pase a I. Abuso y Dependencia de Alcohol (página 68)
Opcional: El entrevistador puede continuar con los síntomas específicos de ciclotimia

10.a) ¿Durante este período tuvo usted al menos dos de los siguientes síntomas...:

0	1	9
---	---	---

- Expansivo:**
- ...más activo o enérgico de lo usual?
 - ...hablaba más de lo usual?
 - ...necesitaba menos sueño de lo normal?
 - ...pensamientos rápidos?
 - ...se sentía muy importante?

ENTREVISTADOR: En caso afirmativo, considere volver a la sección de manía (página 47) si no la completó previamente

10.b) Durante este período tuvo usted al menos dos de los siguientes síntomas...:

0	1	9
---	---	---

- Deprimido:**
- ...insomnio o dormir demasiado?
 - ...pérdida del apetito o comer demasiado?
 - ...dificultad para concentrarse?
 - ...pérdida de energía?
 - ...sentimientos de culpa o minusvalía?
 - ...se sentía incapaz de gozar de las cosas?
 - ...pensaba en la muerte?

H. DISTIMIA / CICLOTIMIA

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No Sabe</u>
11. <i>¿Durante este período, alguna vez su ánimo estuvo normal durante más de dos meses seguidos—es decir, dos meses en los cuales no estuvo triste, deprimido, o decaído?</i>	0	1	9
12. <i>¿Durante ese período de dos años, hubo diferencias en la forma como manejaba su trabajo, estudio o sus labores en la casa? o ¿Se afectó otra área de su vida?</i>	0	1	9

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

12.a) ENTREVISTADOR: Si la respuesta a la pregunta 12 es negativa, existe otra evidencia de malestar clínicamente significativo?	0	1	9
---	---	---	---

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

13. *¿Qué edad tenía la primera vez que estuvo un año o más así?*

Edad

--	--

14. *¿Cuánto tiempo duró este período?*

Meses

--	--	--

I. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

Le voy a hacer una serie de preguntas sobre su uso de alcohol y drogas. Utilizaré la expresión “a menudo” en algunas de las preguntas; por ello, nosotros queremos decir tres o más veces. Ahora, quiero hacerle algunas preguntas sobre bebidas alcohólicas como cerveza, vino, champaña o licores más fuertes como vodka, ginebra, o whisky.

- | | <u>No</u> | <u>Sí</u> | <u>No Sabe</u> |
|--|-----------|-----------|----------------|
| 1. ¿Alguna vez ha tomado una bebida alcoholica? | 0 | 1 | 9 |
| 1.a) En caso negativo: ¿Usted ha tomado al menos un trago de alcohol? | 0 | 1 | 9 |

Pase a J. Tabaco, marihuana y otras drogas (página 77)

SITIO OPCIONAL

- | | <u>No</u> | <u>Sí</u> |
|---|-----------|-----------|
| 2. Comencemos con la última semana. ¿Ha tomado alguna bebida que tuviera alcohol? | 0 | 1 |

Pase a la pregunta 4

Nos gustaría saber el número de bebidas alcohólicas que usted tomó cada día en la última semana. Comencemos con el día de ayer que fue _____ (Registre el nombre del día de la semana)

3. ¿Qué cantidad de (tipo de bebida) tomó el (día) (Registrar en la columna I)
- 3.a) ¿Cuántos minutos gastó consumiendo esa cantidad? (Registrar en la columna II)

ENTREVISTADOR: Pregunte por todos los tipos de bebidas y luego pase al día siguiente. Si la respuesta es “no sé” o “no puedo recordar”, codifique UUU.

Día de la última semana	<u>Cerveza</u>		<u>Vino</u>		<u>Licor</u>	
	I. Botellas	II. Minutos	I. Copas	II. Minutos	I. Copas	II. Minutos
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

- | | <u>No</u> | <u>Sí</u> |
|--|-----------|-----------|
| 4. ¿Podría decirse que su manera de beber o no beber de la semana pasada fue típica de sus hábitos de consumo? | 0 | 1 |

I. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

No Sí No Sabe

5. ¿Usted ha bebido por lo menos una vez a la semana, por seis meses o más?

0

1

9

Pase a la pregunta 7

5.a) **En caso afirmativo:** ¿Qué edad tenía cuando empezó a beber con esa regularidad?

Edad

--	--

SITIO OPCIONAL

ENTREVISTADOR: Si la respuesta a la pregunta 4 es negativa, continúe. Si no es así pase a la pregunta 7.

Nos gustaría saber el número de bebidas alcohólicas que usted ha tomado cada día en una semana típica de los últimos seis meses.

6. Durante una semana típica, ¿Qué cantidad de (tipo de bebida) toma el (día) (Registrar en la columna I)

3.a) ¿Cuántos minutos gastó consumiendo esa cantidad? (Registrar en la columna II)

ENTREVISTADOR: Pregunte por todos los tipos de bebidas y luego pase al día siguiente. Si la respuesta es “no sé” o “no puedo recordar”, codifique UUU.

Día de la última semana	<u>Cerveza</u>		<u>Vino</u>		<u>Licor</u>	
	I. Botellas	II. Minutos	I. Copas	II. Minutos	I. Copas	II. Minutos
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

No Sí

7. ¿Alguna vez se ha emborrachado? Es decir, ¿hablaba de forma arrastrada, o no podía mantenerse de pie?

0

1

Si la respuesta es negativa en las preguntas 5 y 7, pase a J. Tabaco, Marihuana y otras drogas de abuso (página 77)

I. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

8. ¿Cuál es el mayor número de tragos que ha tomado en un período de 24 horas?

Tragos	

Escriba la respuesta: _____

**Equivalentes
Licores Fuertes**
1 copa = 1 trago
1/4 litro = 6 tragos
1/2 litro = 12 tragos
3/4 litro = 20 tragos
1 litro = 24 tragos

Equivalentes de vinos
1 botella = 6 tragos
1 copa = 1 trago

Equivalentes de cerveza
1 botella o lata = 1 trago
1 caja = 24 tragos

Si son tres tragos o menos, pase a J. Abuso y dependencia de tabaco, marihuana y otras drogas (página 77)

9. ¿Alguna vez ha sentido que debería dejar de beber?

SITIO OPCIONAL

9.a) **En caso afirmativo:** ¿Qué edad tenía la primera vez que sintió que debía dejar de beber?

Edad de Inicio

--	--

<u>No</u>	<u>Sí</u>
0	1
0	1
0	1
0	1

10. ¿Lo ha molestado la gente al criticarlo por su forma de beber?

11. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por haber bebido?

12. ¿Alguna vez ha tomado un trago temprano en la mañana para mejorar sus nervios o para quitarse un guayabo?

Si todas las respuestas a las preguntas 9 a 12 son negativas, pase a J. Abuso y dependencia de tabaco, marihuana y otras drogas (página 77)

*13. ¿Ha intentado a menudo dejar o disminuir la bebida?

0	1
---	---

SITIO OPCIONAL

13.a) **En caso afirmativo:** ¿Qué edad tenía la primera vez?

Edad

--	--

*14. ¿Alguna vez ha intentado dejar o disminuir la bebida y se dio cuenta de que no podía?

0	1
---	---

15. ¿Más de una vez, usted ha bebido desahorada y continuamente por un par de días o mas, sin volver a la sobriedad?

<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>Una vez</u>
0	1	2

SITIO OPCIONAL

15.a) **En caso afirmativo:** ¿Qué edad tenía la primera vez?

Edad

--	--

I. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

	<u>No</u>	<u>Sí</u>
*16. <i>¿A menudo, ha comenzado a beber después de haberse prometido que no lo haría o ha bebido más de lo que se había propuesto?</i>	0	1
*17. <i>¿Alguna vez ha tenido un período en el cual gastaba tanto tiempo bebiendo o recuperándose de los efectos del alcohol que tenía poco tiempo para cualquier otra cosa?</i>	0	1
18. <i>¿Su manera de beber hizo que...:</i>		
18.a) <i>...tuviera problemas en el trabajo o en el estudio?</i>	0	1
18.b) <i>...se metiera en peleas?</i>	0	1
18.c) <i>...escuchara recriminaciones por parte de su familia, amigos, médicos o curas?</i>	0	1
18.d) <i>...perdiera amigos?</i>	0	1
*18.e) Si alguna de las preguntas 18.a a 18.d es afirmativa: <i>¿Continuó usted bebiendo después de saber que hacerlo le causaba cualquiera de estos problemas?</i>	0	1

SITIO OPCIONAL

18. f) **En caso afirmativo en las preguntas 18.a a 18.d:** *¿Cuántos años tenía la primera vez que usted (Mencione los ítems con respuesta afirmativa en las preguntas 18.a a 18.d)?*

Edad

--	--

19. *¿Alguna vez necesitó beber mucho más para obtener el mismo efecto, o se dio cuenta de que no se emborrachaba con la cantidad que antes consumía?* 0 1

En caso afirmativo:

ENTREVISTADOR: Entregue al sujeto la tarjeta “A” de uso de alcohol.

- *19.a) *¿Diría usted que 50% o más?* 0 1
20. *Algunas personas tratan de controlar su bebida poniéndose reglas como no beber antes de las 5:00 PM, o nunca beber solo. ¿Se ha puesto usted reglas para controlar su bebida?* 0 1
- *21. *¿Alguna vez ha dejado o reducido actividades a causa de la bebida—como deportes, trabajo o reunirse con amigos o parientes?* 0 1
- 21.a) **En caso afirmativo:** *¿Esto ha sucedido más de una vez?* 0 1
22. *¿Ha tenido problemas al conducir carro, como accidentarse por haber bebido?* 0 1

SITIO OPCIONAL

22.a) **En caso afirmativo:** *¿Qué edad tenía la primera vez que esto pasó?*

Edad

--	--

I. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

No Sí

23. *¿Alguna vez lo han arrestado por conducir ebrio?*

0 1

SITIO OPCIONAL

23.a) **En caso afirmativo:** *¿Qué edad tenía la primera vez que esto pasó?*

Edad

--	--

24. *¿Alguna vez ha sido arrestado o detenido por la policía, aun por unas pocas horas, a causa de su comportamiento al estar borracho (además de conducir ebrio)?*

0 1

SITIO OPCIONAL

24.a) **En caso afirmativo:** *¿Qué edad tenía la primera vez que esto pasó?*

Edad

--	--

*25. *¿A menudo ha estado bajo los efectos del alcohol en situaciones en las cuales se incrementaban las probabilidades de hacerse daño – por ejemplo conducir, utilizar cuchillos, maquinaria o armas, cruzar la calle, escalar o nadar?*

0 1

*26. *¿Su bebida o los guayabos han hecho a menudo que falte al trabajo o lo han alejado de sus responsabilidades domésticas?*

0 1

SITIO OPCIONAL

26.a) **En caso afirmativo:** *¿Qué edad tenía la primera vez que esto pasó?*

Edad

--	--

27. *¿Ha tenido más de una vez “lagunas” en las que no perdía el conocimiento, pero bebía tanto que al día siguiente no recordaba las cosas que dijo o hizo?*

0 1

SITIO OPCIONAL

27.a) **En caso afirmativo:** *¿Qué edad tenía la primera vez que esto pasó?*

Edad

--	--

28. *¿Alguna vez bebió cosas inusuales como alcohol antiséptico, enjuagues bucales, extracto de vainilla, jarabe para la tos o cualquier otra sustancia que contenga alcohol?*

0 1

29. *¿En situaciones en las cuales no podía beber, alguna vez tuvo tal deseo por hacerlo que no era capaz de pensar en nada diferente?*

0 1

30. *¿Alguna vez ha bebido mientras tomaba medicamentos o droga, sabiendo que era peligroso mezclarlas con alcohol?*

0 1

I. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

ENTREVISTADOR: Complete la columna “**Alguna vez**”. Posteriormente, complete la columna “**Ocurrieron juntos**” si la respuesta a la pregunta 31.l es afirmativa

	<u>Alguna vez</u>		<u>Ocurrieron juntos</u>	
	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Sí</u>
31. <i>¿Alguna vez tuvo alguno de los siguientes problemas cuando dejó de beber?</i>				
31.a) <i>¿No era capaz de dormir?</i>	0	1	0	1
31.b) <i>¿Se sentía ansioso, deprimido o irritable?</i>	0	1	0	1
31.c) <i>¿Sudaba mucho?</i>	0	1	0	1
31.d) <i>¿Sentía que su corazón latía rápido?</i>	0	1	0	1
31.e) <i>¿Presentaba náuseas o vómito?</i>	0	1	0	1
31.f) <i>¿Se sentía débil?</i>	0	1	0	1
31.g) <i>¿Presentaba dolores de cabeza?</i>	0	1	0	1
31.h) <i>¿Presentaba temblor?</i>	0	1	0	1
31.i) <i>¿Veía cosas que realmente no estaban ahí?</i>	0	1	0	1
31.j) <i>¿Presentaba Delirium Tremens, es decir se sentía fuera de sí mismo, extremadamente tembloroso o muy asustado o nervioso?</i>	0	1	0	1
31.k) <i>¿Presentaba ataques o convulsiones en los cuales perdía la conciencia, caía al piso y tenía dificultades para recordar lo sucedido?</i>	0	1	0	1
<p>ENTREVISTADOR: Si todas las respuestas son negativas, pase a la pregunta 32, página 74. Sí únicamente una respuesta es afirmativa, pase a la pregunta 31.n</p>				
*31.l) <i>¿Alguna vez ocurrieron dos o más síntomas juntos?</i>	0	1		
<p>ENTREVISTADOR: En caso afirmativo, vuelva al principio de la Pregunta 31 para preguntar: 31.m) <i>¿Cuáles?</i> (codifique en la columna “Ocurrieron juntos”)</p>				
			<u>No</u>	<u>Si</u>
*31.n) <i>¿En tres o más ocasiones diferentes, ha tomado un trago para evitar cualquiera de estos síntomas o hacer que desaparezcan?</i>	0	1		

I. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

No Sí

32. *Existen otros problemas de salud que pueden resultar después de estar bebiendo excesivamente por largos períodos. ¿Alguna vez la bebida...:*

32.a) *...le causó enfermedad del hígado o ictericia?*

0 1

32.b) *...le causó enfermedad del estómago o le hizo vomitar sangre?*

0 1

32.c) *...hizo que sus pies presentaran hormigueo o entumecimiento durante muchas horas?*

0 1

32.d) *...le causó problemas de memoria, aun cuando no estaba bebiendo?*

0 1

32.e) *...le produjo pancreatitis?*

0 1

32.f) *...dañó su corazón (cardiomiopatía)?*

0 1

32.g) *...le causó otros problemas?*

0 1

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

Sí todas las respuestas son negativas, pase a la pregunta 33

*32.h) *¿Alguna vez continuó bebiendo, a pesar de saber que la bebida le causaba problemas de salud?*

0 1

*33. *¿Alguna vez ha continuado bebiendo a pesar de saber que tenía una enfermedad física que podía empeorar con la bebida?*

0 1

En caso afirmativo: *Especificar la enfermedad* _____

I. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

	<u>No</u>	<u>Sí</u>
34. <i>¿Mientras bebía, alguna vez empezó a presentar problemas psicológicos o empeoraron los que tenía, como por ejemplo sentirse deprimido o perseguido; dificultad para pensar con claridad; oír, oler o ver cosas o sentirse nervioso?</i>	0	1

En caso afirmativo: Especifique cuales problemas, lea bien la subpregunta apropiada para confirmar la respuesta y codifique.

Especificar: _____

34.a) <i>¿Sentirse deprimido o con desinterés por las cosas durante más de 24 horas hasta el punto de interferir con su funcionamiento?</i>	0	1
34.b) <i>¿Sentirse perseguido o suspicaz con las personas durante más de 24 horas hasta el punto de interferir con sus relaciones?</i>	0	1
34.c) <i>¿Tener problemas para pensar con claridad que interferían con su funcionamiento?</i>	0	1
34.d) <i>¿Oír, oler o ver cosas que no existían?</i>	0	1
34.e) <i>¿Sentirse nervioso o sobresaltarse con facilidad hasta el punto de interferir con su funcionamiento?</i>	0	1

Pase a la pregunta 35



*34.f) <i>¿Continuó usted bebiendo después de saber que le producía alguno de estos problemas?</i>	0	1
--	---	---

35. <i>¿Alguna vez ha ido a alcohólicos anónimos(AA) o ha recibido tratamiento por problemas con el alcohol?</i>	0	1
--	---	---

En caso afirmativo: *¿Este tratamiento fue ...*

35.a) <i>...instaurado por un profesional?</i>	0	1
35.b) <i>...Alcohólicos Anónimos u otro grupo de autoayuda?</i>	0	1
35.c) <i>...programa ambulatorio de alcoholismo?</i>	0	1
35.d) <i>... programa de hospitalización para alcoholismo?</i>	0	1
35.e) <i>...otros?</i>	0	1

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

ENTREVISTADOR: Revise las respuestas a las preguntas 9 a 35. Si todas ellas fueron negativas pase a la pregunta 39, página 76.
Luego revise la hoja de inventario B de alcohol. Si hay menos de tres cuadros marcados pase a la pregunta 37, página 76.

I. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

DSM – IV

No Sí

36. *Usted me contó que tuvo estas experiencias, tales como (Revise los síntomas con asterisco (*) en las preguntas 13–35 y entregue la hoja de inventario B de alcohol al sujeto). ¿Mientras bebía tuvo al menos tres de estos simultáneamente en el mismo período de 12 meses?*

0 1

ENTREVISTADOR: Los criterios requieren ítems de tres cuadros diferentes de la hoja de inventario.

(En caso afirmativo)

36.a) *¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo al menos tres de estas experiencias durante el mismo período de 12 meses?*

Edad

--	--

36.b) *¿Qué edad tenía la última vez que tuvo al menos tres de estas experiencias durante el mismo período de 12 meses?*

Edad

--	--

DSM-III-R

37. **ENTREVISTADOR:** Codifique **SI**, en caso de que mínimo dos síntomas del trastorno hayan persistido por al menos un mes o hayan ocurrido en un período mas largo de tiempo.

0 1

Si no es claro, preguntar: *Usted me contó que tuvo estas experiencias, (Revise los síntomas con asterisco (*) en las preguntas 13 a 35 y entregue la hoja de inventario A de alcohol al sujeto). ¿Mientras bebía, tuvo un período de por lo menos un mes en el cual ocurrieran mínimo dos de estos persistentemente?*

ENTREVISTADOR: Los criterios requieren ítems de dos cuadros diferentes de la hoja de inventario.

Si la respuesta es negativa: *¿Alguna vez tuvo un período mas largo de tiempo durante el cual al menos dos de estos síntomas ocurrieron repetidamente?*

0 1

En caso afirmativo:

37.a) *¿Qué edad tenía la primera vez que ocurrieron persistentemente al menos dos de estas experiencias?*

Edad

--	--

37.b) *¿Qué edad tenía la última vez que al menos dos de estas experiencias ocurrieron persistentemente?*

Edad

--	--

SITIO OPCIONAL

38. *¿Qué edad tenía la primera (segunda / tercera) vez que tuvo cualquiera de estos problemas relacionados con alcohol? ¿Cuál fue el primer (segundo / tercer) problema que experimentó?*

Edad

38.a) Primero: _____

--	--

38.b) Segundo: _____

--	--

38.c) Tercero: _____

--	--

39. *¿Cuándo fue la última vez que tomó un trago (que contuviera alcohol)?*

Mes			

Año			

**J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO,
MARIHUANA Y OTRAS DROGAS**

TABACO

SITIO OPCIONAL

ENTREVISTADOR: Comience calificando los ítems marcados con asterisco (*) en la lámina para Tabaco

3.a) *¿Cuándo usted estaba fumando de forma regular, cuántos días a la semana lo hacía usualmente?*

Días

ENTREVISTADOR: Codifique 0 si es menos de una vez al día.

*3.b) *¿Cuántos cigarrillos fumaba normalmente en un día?*

Cigarrillos

--	--

ENTREVISTADOR: Si fuma 20 o más cigarrillos, más de dos días a la semana marque la hoja de inventario.

3.c) *¿Durante cuánto tiempo fumó esta cantidad de cigarrillos a ese ritmo?*

Meses

--	--

o

Años

--	--

ENTREVISTADOR: Si es menos de dos semanas, codifique 00.

3.d) *¿Qué edad tenía la primera vez que fumó esa cantidad de cigarrillos?*

Edad

--	--

3.e) *¿Qué edad tenía la última vez que fumó cigarrillos a ese ritmo?*

--	--

Piense en el período mayor de un mes en el cual fumaba más.

Codifique la respuesta

4. *¿Durante ese período en el cual fumaba más, al cuánto tiempo después de levantarse fumaba el primer cigarrillo?*

1 2 3 4 9

1. Cinco minutos
2. Entre 6 y 30 minutos
3. Entre 31 y 60 minutos
4. Más de una hora
9. No sabe

No Sí

5. *¿Durante ese período en el que fumaba más, usualmente lo hacía en mayor cantidad en las primeras horas del día después de despertarse que durante el resto del día?*

0 1

6. *¿Durante ese período en el que fumaba más, usualmente tenía dificultad para no fumar en sitios donde era prohibido hacerlo, por ejemplo aviones, teatros, secciones de "no fumadores" en restaurantes o edificios de oficinas, o quizá en situaciones en las cuales alguien le pidió que no lo hiciera?*

0 1

Codifique la respuesta

7. *¿Durante ese período en que el que fumaba más, cuál cigarrillo fue más difícil de dejar?*

0 1

0. *¿El primero de la mañana?*
1. *¿El de después de las comidas, ver televisión o algún otro?*

**J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO,
MARIHUANA Y OTRAS DROGAS**

TABACO

SITIO OPCIONAL

	<u>No</u>	<u>Sí</u>
8. <i>¿Durante ese período en el que fumaba más, hubo épocas en las cuales fumó aun estando tan enfermo que debía estar en cama la mayor parte del día?</i>	0	1

ENTREVISTADOR: Si sólo esta pasando la sección de Tabaco abreviada, pase a Marihuana (pregunta 22, página 84).

Ahora quisiera que pensara en todo el tiempo que ha fumado mientras le pregunto sobre experiencias que a veces tiene la gente cuando fuma cigarrillos. (Si usted ya no fuma, quisiera preguntarle por la época en la cual fumaba)

9. <i>¿Alguna vez fumó en cadena? Es decir, ¿Fumó varios cigarrillos uno detrás de otro?</i>	0	1
--	---	---

9.a) **En caso afirmativo:** *¿Durante cuántas horas seguidas fumó así?*

Horas	

**ENTREVISTADOR: Si es menos de una hora, codifique 00.
Si es menos de tres horas, pase a la pregunta 10**

*9.b) **En caso afirmativo:** *¿Cuál es el período de tiempo más largo en el cual ha fumado de esa forma todos los días o casi todos los días?*

Días	Semanas

ENTREVISTADOR: Si es mayor de 7 días, marque la hoja de inventario.

	<u>No</u>	<u>Sí</u>
*10. <i>¿A menudo ha dejado de hacer o ha gastado menos tiempo en actividades importantes como trabajar, practicar deporte, ir a cine, visitar amigos o familiares porque allí no podía fumar?</i>	0	1
*11. <i>¿A menudo ha fumado mucho más de lo que pretendía o durante más días seguidos? (por ejemplo, fumar medio paquete o más cuando estaba tratando de limitarse a uno o dos cigarrillos)</i>	0	1
*11.a) <i>¿A menudo ha visto que se le acabaron los cigarrillos antes de lo pensado?</i>	0	1
12. <i>¿Ha fumado en situaciones en las cuales era peligroso fumar, por ejemplo, en la cama, en bombas de gasolina, utilizando disolventes de pintura o líquidos de limpieza?</i>	0	1
12.a) En caso afirmativo: <i>¿Esto sucedió un total de tres o más veces?</i>	0	1
12.b) En caso afirmativo: <i>¿Esto sucedió tres o más veces en un período de 12 meses?</i>	0	1
*13. <i>¿A menudo ha deseado dejar de fumar?</i>	0	1

En caso afirmativo: *Especificar (Exceptuar embarazo):* _____

**J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO,
MARIHUANA Y OTRAS DROGAS**

TABACO

SITIO OPCIONAL

13.a) ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar? No 0 Sí 1

Pase a la pregunta 14

13.b) ¿Cuántas veces ha tratado de dejarlo? Veces

--	--	--

13.b.1) **Si no sabe:** ¿Fueron tres veces o más? 0 1

13.c) ¿Siempre fue capaz de dejar de fumar cuando lo intentó? 0 1

13.c.1) **En caso afirmativo:** ¿Fue por más de un mes? 0 1

*13.c.2) **Si la respuesta es negativa para 13.c o 13.c.1:** ¿Ha sido incapaz de dejar de fumar al menos un mes, tres veces o más? 0 1

14. ¿Desde que comenzó a fumar regularmente, cuál ha sido el período más largo que ha pasado sin utilizar ningún tipo de tabaco por cualquier razón como estar enfermo, perder el interés en el tabaco, o tener la intención de dejarlo?

Días	o	Meses

ENTREVISTADOR: Si no ha ocurrido, codifique 00.
Si es menos de un día, codifique 01. Si es más de un mes, codifique meses.

14.a) ¿Alguna vez ha asistido a un grupo de autoayuda para dejar o reducir el uso de tabaco? No 0 Sí 1

14.b) ¿Alguna vez ha probado chicles o parches de nicotina para dejar o reducir el uso de tabaco? 0 1

14.c) ¿Alguna vez ha probado cigarrillos sin nicotina para dejar o reducir el uso de tabaco? 0 1

14.d) ¿Ha intentado cualquier otra forma de tratamiento o medicina para dejar o reducir el uso de tabaco? 0 1

En caso afirmativo: Especificar. _____

Pase a la pregunta 15

14.e) ¿Qué edad tenía la primera vez que probó alguno de estos métodos para dejar de fumar? Edad

--	--

14.d) ¿Qué edad tenía la última vez que probó alguno de estos métodos para dejar de fumar?

--	--

**J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO,
MARIHUANA Y OTRAS DROGAS**

TABACO

SITIO OPCIONAL

ENTREVISTADOR: Complete la columna **Alguna vez**, y posteriormente la columna **Ocurren juntos** si la respuesta a la pregunta 15.b es afirmativa

	<u>Alguna vez</u>		<u>Ocurren juntos</u>	
	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Sí</u>
15. <i>Le voy a preguntar acerca de algunos problemas que pudo haber tenido cuando ha fumado menos de lo usual o ha dejado de hacerlo. Piense en el momento en el cual tuvo más problemas cuando dejaba o disminuía el cigarrillo. Durante esa época...:</i>				
15.a.1) <i>¿estaba más irritable, bravo o frustrado?</i>	0	1	0	1
15.a.2) <i>¿estaba nervioso o ansioso?</i>	0	1	0	1
15.a.3) <i>¿estaba con inquietud motora?</i>	0	1	0	1
15.a.4) <i>¿tenía problemas para concentrarse?</i>	0	1	0	1
15.a.5) <i>¿su corazón latía más despacio?</i>	0	1	0	1
15.a.6) <i>¿se sentía triste o deprimido?</i>	0	1	0	1
15.a.7) <i>¿aumentó su apetito o ganó peso?</i>	0	1	0	1
15.a.8) <i>¿tenía dificultades para dormir?</i>	0	1	0	1
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 5px auto; width: 60%;"> ENTREVISTADOR: Si todas las respuestas son negativas, pase a la pregunta 16. Si las respuestas a las preguntas 1 a 3 son afirmativas pase a la pregunta 15.c) </div>				
*15.b) Si cuatro o más respuestas son afirmativas en las preguntas 15.a.1 a 15.a. 8: ¿Ocurrieron al menos cuatro síntomas juntos en las primeras 24 horas después de haber suspendido o disminuido el cigarrillo?				
	0	1		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 5px auto; width: 60%;"> ENTREVISTADOR: Si la respuesta es afirmativa, vuelva al principio de la pregunta 15 para indagar: 15. b. 1) <i>¿Cuáles?</i> (Codifique en la columna Ocurren juntos) </div>				
15.b.2) <i>¿Qué edad tenía la primera vez que estos problemas ocurrieron juntos?</i>				
15.b.3) <i>¿Qué edad tenía la última vez que estos problemas ocurrieron juntos?</i>				
15.c) <i>¿Los problemas que tuvo después de dejar o disminuir el cigarrillo, interfirieron con las responsabilidades de su trabajo, estudio u hogar?</i>			0	1
*15.d) <i>¿Comenzó usted a fumar de nuevo o a utilizar fuentes nicotina para evitar los problemas de disminuir o dejar el cigarrillo?</i>			0	1

**J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO,
MARIHUANA Y OTRAS DROGAS**

TABACO

SITIO OPCIONAL

	<u>No</u>	<u>Sí</u>
16. <i>¿Tuvo usted un deseo tan fuerte de fumar que no podía pensar en otra cosa?</i>	0	1
17. <i>¿Alguna vez el hecho de fumar lo ha tornado nervioso, tembloroso o le ha causado algún otro problema emocional o mental?</i>	0	1
17.a) En caso afirmativo: <i>¿Los problemas derivados de fumar como sentirse nervioso, tembloroso u otros, interfirieron con su funcionamiento?</i>	0	1
En caso afirmativo: <i>Especificar:</i> _____		

*17.b) En caso afirmativo: <i>¿Continuó usted fumando después de saber que el cigarrillo le producía estos problemas?</i>	0	1
18. <i>¿El hecho de fumar le ha causado algún problema de corazón, de presión arterial, de pulmones, tos persistente u otras dificultades de salud?</i>	0	1
Si son otros problemas: <i>Especificar:</i> _____		

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Pase a la pregunta 19</div> ←		
*18.a) <i>¿Continuó usted fumando después de saber que el cigarrillo le producía este o estos problemas?</i>	0	1
*19. <i>¿Ha continuado fumando a pesar de tener otra enfermedad seria que usted sabía, empeoraba con fumar, por ejemplo asma o bronquitis?</i>	0	1
En caso afirmativo: <i>Especificar.</i> _____		

*20. <i>¿Después de estar fumando por un tiempo, notó que los cigarrillos tenían menor efecto sobre usted que antes?</i>	0	1
20.a) <i>¿Después de estar fumando regularmente, necesitó fumar más cigarrillos cada día?</i>	0	1
*20.b) En caso afirmativo: <i>¿Fue 50% o más? Por ejemplo, ¿si fumaba 10 cigarrillos diarios, lo aumentaría a 15 diarios, o de 20 pasaría a fumar 30?</i>	0	1

**J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO,
MARIHUANA Y OTRAS DROGAS**

TABACO

SITIO OPCIONAL

ENTREVISTADOR: Si están marcados menos de tres cuadros en la hoja de inventario de Tabaco, pase a Marihuana, pregunta 22, página 84.

ENTREVISTADOR: Muestre al sujeto la hoja de inventario de Tabaco

	<u>No</u>	<u>Sí</u>
21. <i>Quisiera revisar las experiencias que usted tuvo cuando fumaba cigarrillos.</i> <i>Usted dijo: (Lea los síntomas marcados en la hoja de inventario de tabaco)</i>	0	1

<i>¿Alguna vez tuvo tres experiencias o más cuadros en un período de 12 meses?</i>	0	1
--	---	---

En casoafirmativo: *¿Cuáles?*

ENTREVISTADOR: Marque con un círculo los síntomas que se agrupan. Deben ser de tres cuadros diferentes.

21.a) *¿Qué edad tenía la primera vez?*

Edad	

21.b) *¿Qué edad tenía la última vez?*

Edad	

**J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO,
MARIHUANA Y OTRAS DROGAS**

MARIHUANA

	No	Sí							
22. ¿Alguna vez ha consumido marihuana?	0	1							
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Pase a Otras Drogas (pregunta 38, página 87)</div>									
22.a) En caso afirmativo: ¿Ha consumido marihuana por lo menos 21 veces en un solo año?	0	1							
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Pase a Otras Drogas (pregunta 38, página 87)</div>									
23. ¿Cuál ha sido el período de tiempo más largo en el que consumía marihuana casi todos los días?	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
23.a) ¿Cuándo fue?	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-right: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Mes Año </div>								
*24. ¿Alguna vez ha tenido un período de un mes o más en el cual pasaba gran parte de su tiempo consumiendo marihuana o bajo sus efectos?	0	1							
25. ¿Mientras usaba marihuana, alguna vez empezó a tener o empeoraron problemas psicológicos como sentirse deprimido o paranoide, tener dificultades para pensar claramente, oír, oler o ver cosas, o sentirse nervioso?	0	1							
<p>En caso afirmativo: Especifique cuáles problemas, lea la subpregunta apropiada para confirmar las respuestas y codifique.</p> <p>Especificar: _____</p>									
25.a) ¿Sentirse deprimido o con falta de interés en las cosas por más de 24 horas hasta el punto que interfería con su funcionamiento?	0	1							
25.b) ¿Sentirse paranoide o suspicaz con la gente durante más de 24 horas hasta el punto que interfería con su funcionamiento?	0	1							
25.c) ¿Tenía problemas para concentrarse o para pensar con claridad hasta el punto que interfería con su funcionamiento?	0	1							
25.d) ¿Oía, olía o veía cosas que no existían?	0	1							
25.e) ¿Se sentía nervioso o se sobresaltaba fácilmente hasta el punto que interfería con su funcionamiento?	0	1							
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Pase a la pregunta 26</div>									
*25.f) ¿Continuó usted usando marihuana después de saber que le producía esos problemas?	0	1							
*26. ¿A menudo ha deseado o intentado dejar de consumir marihuana?	0	1							

**J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO,
MARIHUANA Y OTRAS DROGAS**

MARIHUANA

	<u>No</u>	<u>Sí</u>
*27. <i>¿Alguna vez intentó dejar la marihuana y se dio cuenta de que no era capaz?</i>	0	1
*28. <i>¿A menudo ha utilizado marihuana más frecuentemente o en mayor cantidad de lo que pretendía?</i>	0	1
29. <i>¿Alguna vez requirió cantidades más grandes de marihuana para conseguir el mismo efecto, o se dio cuenta de que ya no podía sentir lo mismo que con la cantidad de antes?</i>	0	1
En caso afirmativo:		
*29.a) <i>¿Diría usted que 50% o más?</i>	0	1
*30. <i>¿Alguna vez, suspender o disminuir el consumo de marihuana lo hizo sentir mal físicamente? (ocurrencia de síntomas como nerviosismo, insomnio, sudoración, náuseas y diarrea.)</i>	0	1
En caso afirmativo: Especificar. _____		

*30.a) En caso afirmativo: <i>¿A menudo ha utilizado marihuana para hacer que los síntomas de abstinencia desaparezcan o para evitar que aparezcan?</i>	0	1
*31. <i>¿A menudo ha estado bajo el efecto de marihuana en una situación en la cual se incrementaban las probabilidades de hacerse daño – por ejemplo conduciendo; utilizando cuchillos, maquinaria o armas; cruzando el tráfico; escalando o nadando?</i>	0	1
32. <i>¿Alguna vez alguien lo recriminó por su uso de marihuana?</i>	0	1
*32.a) En caso afirmativo: <i>¿Continuó el uso de marihuana después de darse cuenta de que le estaba causando este problema?</i>	0	1
*33. <i>¿A menudo ha suspendido o reducido de forma importante actividades con amigos o familiares o en el trabajo mientras usaba marihuana?</i>	0	1
*34. <i>¿A menudo ha estado bajo los efectos de la marihuana o padeciendo sus efectos secundarios en el estudio, trabajo o al realizar los quehaceres domésticos?</i>	0	1
35. <i>¿Alguna vez su consumo de marihuana le causó problemas legales, como ser arrestado por conducta inapropiada, posesión o venta?</i>	0	1

ENTREVISTADOR: Si las respuestas a las preguntas 24 a 35 son todas negativas, pase a la pregunta 37.b, página 86. Posteriormente revise la hoja de inventario B de Marihuana. Si se llenaron menos de tres casillas, pase a la pregunta 37, página 86.

**J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO,
MARIHUANA Y OTRAS DROGAS**

MARIHUANA

DSM-IV

- | | <u>No</u> | <u>Sí</u> |
|---|---|---|
| 36. <i>Usted me dijo que tuvo experiencias tales como (Revise las respuestas afirmativas a las preguntas marcadas con asterisco(*) 24 a 35 y entregue al sujeto la hoja de inventario B de Marihuana). ¿Mientras usaba marihuana, alguna vez tuvo tres o más de estas en cualquier período de 12 meses?</i> | 0 | 1 |
| En caso afirmativo: | | |
| 36.a) <i>¿Qué edad tenía la <u>primera</u> vez que presentó al menos tres de estas experiencias en el mismo período de 12 meses?</i> | Edad | |
| | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
| 36.b) <i>¿Qué edad tenía la <u>última</u> vez que presentó al menos tres de estas experiencias en el mismo período de 12 meses?</i> | Edad | |
| | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |

DSM-III-R

- | | | |
|--|---|---|
| 37. ENTREVISTADOR: Codifique SÍ , en caso de que por lo menos dos síntomas del trastorno hayan persistido por un período de mínimo un mes. | 0 | 1 |
| Si es poco claro, preguntar: <i>Usted me dijo que tuvo experiencias tales como (Revise las respuestas afirmativas a las preguntas marcadas con asterisco(*) 13 a 35 y entregue al sujeto la hoja de inventario A de Marihuana). ¿Mientras usaba marihuana, existió al menos un mes durante el cual mínimo dos de estos ocurrieron de forma persistente?</i> | 0 | 1 |
| Si la respuesta es NO: <i>¿Alguna vez existió un período de tiempo mayor durante el cual al menos dos de estos ocurrieron de forma repetida?</i> | 0 | 1 |
| 37.a) En caso afirmativo: | | |
| 37.a.1) <i>¿Qué edad tenía la <u>primera</u> vez que mínimo dos de estas experiencias ocurrieron persistentemente?</i> | Edad | |
| | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
| 37.a.2) <i>¿Qué edad tenía la <u>última</u> vez que mínimo dos de estas experiencias ocurrieron persistentemente?</i> | Edad | |
| | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
| 37.b) <i>¿Cuándo fue la última vez que consumió marihuana?</i> | Mes | Año |
| | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |

**J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO,
MARIHUANA Y OTRAS DROGAS**

OTRAS DROGAS

ENTREVISTADOR: Entregue al sujeto la tarjeta A de Abuso de drogas.

	<u>No</u>	<u>Sí</u>
38. <i>¿Alguna vez ha usado cualquiera de estas drogas para sentirse bien o animarse, para sentirse más activo o alerta o cuando no fueron prescritas? ¿Alguna vez ha utilizado una droga prescrita en mayores cantidades o durante más tiempo que el indicado?</i>	0	1

38.a) **En caso afirmativo:** *¿Cuáles?*

A Cocaína	B Estimulantes	C Sedantes	D Opiáceos	E PCP	F Alucinógenos	G Solventes	H Otros	I Combinación	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	No
1	1	1	1	1	1	1	1	1	Sí

Si no ha consumido drogas **pase a K. Psicosis (página 94)**

38.b) **ENTREVISTADOR:** Para cada droga pregunte: *¿Cuántas veces la ha utilizado en su vida?*

Si no sabe, pregunte: *¿Diría usted que más de 10 veces?*

	A Cocaína	B Estimulantes	C Sedantes	D Opiáceos	E PCP	F Alucinógenos	G Solventes	H Otros	I Combinación
# veces	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>								

38.c) **Sólo para usuarios de cocaína y PCP:** *¿Qué edad tenía la primera vez que usó la droga?:*

	Cocaína	PCP
	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	<u>No</u>	<u>Sí</u>

38.d) *¿Alguna vez se ha inyectado una droga?* 0 1

ENTREVISTADOR: Si todas las drogas de la pregunta 38.b fueron usadas menos de 11 veces, pase a K. Psicosis (página 94)

Para las drogas empleadas 11 veces o más, organice de acuerdo con el número de veces utilizadas y pregunte sobre las dos de uso más frecuente.

39. *¿Cuánto tiempo duró el período más largo en el que usó (droga) casi todos los días?*

	A Cocaína	B Estimulantes	C Sedantes	D Opiáceos	E Otros
Días	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>				

ENTREVISTADOR: Si nunca la ha usado diariamente, codifique **000**.

**J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO,
MARIHUANA Y OTRAS DROGAS**

OTRAS DROGAS

	A Cocaína	B Estimulantes	C Sedantes	D Opiáceos	E Otros	
46. f) <i>¿Tener temblor?</i>			0 1	0 1	0 1	No Sí
46. g) <i>¿Sudar o tener fiebre?</i>			0 1	0 1	0 1	No Sí
46. h) <i>¿Tener náuseas o vómito?</i>			0 1	0 1	0 1	No Sí
46. i) <i>¿Tener diarrea o dolor abdominal?</i>			0 1	0 1	0 1	No Sí
46. j) <i>¿Lagrimo o rinorrea?</i>				0 1	0 1	No Sí
46. k) <i>¿Tener dolores musculares?</i>				0 1	0 1	No Sí
46. l) <i>¿Bostezar?</i>				0 1	0 1	No Sí
46. m) <i>¿Taquicardia?</i>			0 1	0 1	0 1	No Sí
46. n) <i>¿Convulsiones o ataques?</i>			0 1		0 1	No Sí

En caso afirmativo: *¿Cuántas veces?*

ENTREVISTADOR: Si las respuestas a las preguntas 46.a a 46.n son todas negativas, pase a la pregunta 49.

*47. <i>¿Hubo un momento en el cual dos o más de esos síntomas ocurrieran simultáneamente porque usted no estaba consumiendo droga?</i>	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	No Sí
*48. <i>¿A menudo ha utilizado droga para hacer que esos síntomas de abstinencia desaparezcan o para evitar su aparición?</i>	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	No Sí
*49. <i>¿El consumo de droga le produjo cualquier otro problema de salud, además de la abstinencia?</i>	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	No Sí

En caso afirmativo: Especificar: _____

**J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO,
MARIHUANA Y OTRAS DROGAS**

OTRAS DROGAS

	A Cocaína	B Estimulantes	C Sedantes	D Opiáceos	E Otros	
53. c) <i>¿Tenía problemas para pensar claramente lo cual interfería con su funcionamiento?</i>	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	No Sí
53. d) <i>¿Oía, veía u olía cosas que no existían?</i>	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	No Sí
53. e) <i>¿Se sentía nervioso o se sobresaltaba fácilmente por más de 24 horas hasta el punto que interfería con su funcionamiento?</i>	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	No Sí
53. f) Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas 53.a a 53.e: <i>¿Continuó usando la droga a pesar de saber que le producía estos problemas?</i>	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	No Sí
54. <i>¿Ha estado bajo los efectos de la droga en una situación en la cual aumentaban las probabilidades de hacerse daño, como por ejemplo mientras conducía, usaba cuchillos, maquinaria o armas, cruzaba las calles, escalaba o nadaba?</i>	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	No Sí

ENTREVISTADOR: Si las respuestas a las preguntas 40 a 54 son todas negativas, pase a la pregunta 58, página 93. Posteriormente revise la hoja de inventario B de drogas. Si hay menos de tres cuadros marcados pase a la pregunta 56, página 92.

DSM-IV

55. Usted habló de experiencias como (revise las respuestas afirmativas a las preguntas 40 a 54 marcadas con asterisco (*) y entregue la hoja de inventario B de Drogas al sujeto). <i>¿Mientras estaba usando drogas tuvo por lo menos tres de estos simultáneamente en el mismo período de 12 meses?</i>	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	No Sí
---	--------	--------	--------	--------	--------	----------

En caso afirmativo:

55. a) *¿Qué edad tenía la primera vez que ocurrieron esas experiencias en el mismo período de 12 meses?*

--	--	--	--	--

Edad

55. b) *¿Qué edad tenía la última vez que ocurrieron esas experiencias en el mismo período de 12 meses?*

--	--	--	--	--

Edad

**J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO,
MARIHUANA Y OTRAS DROGAS**

OTRAS DROGAS

DSM-III-R

	A	B	C	D	E	
	Cocaína	Estimulantes	Sedantes	Opiáceos	Otros	

56. **ENTREVISTADOR:** Codifique **SÍ** en caso de que al menos dos síntomas del trastorno hayan persistido mínimo un mes o hayan ocurrido repetidamente durante un período más largo.

	0	0	0	0	0	No
	1	1	1	1	1	Sí

Si no es claro, pregunte: *Usted habló de experiencias como (revise las respuestas afirmativas a las preguntas 40 a 54 marcadas con asterisco (*) y entregue la hoja de inventario A de Drogas al sujeto). ¿Mientras estaba usando drogas, alguna vez tuvo mínimo dos de estos persistentemente durante un período de al menos un mes?*

En caso negativo: *¿Alguna vez hubo un período más largo durante el cual al menos dos de estos ocurrieron persistentemente?*

En caso afirmativo:

56. a) *¿Qué edad tenía la primera vez que ocurrieron al menos dos de esas experiencias persistentemente?*

	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Edad				
--	---	---	---	---	---	------

56. b) *¿Qué edad tenía la última vez que ocurrieron al menos dos de esas experiencias persistentemente?*

	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Edad				
--	---	---	---	---	---	------

	<u>No</u>	<u>Sí</u>
57. <i>¿Alguna vez ha recibido tratamiento para un problema de drogas?</i>	0	1

En caso afirmativo: *¿Este tratamiento fue...*

57. a) *...recomendado con un profesional?* 0 1

57. b) *...Narcóticos Anónimos u otro grupo de autoayuda?* 0 1

57. c) *...un programa ambulatorio?* 0 1

57. d) *...un programa intrahospitalario?* 0 1

57. e) *...otro?* 0 1

En caso afirmativo: Especificar: _____

**J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO,
MARIHUANA Y OTRAS DROGAS**

OTRAS DROGAS

58. *¿Cuándo fue la última vez que usted usó...:*

	Mes	Año							
58. a) <i>...cocaína?</i>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
58. b) <i>...estimulantes?</i>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
58. c) <i>...sedantes, hipnóticos o tranquilizantes?</i>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
58. d) <i>...opiáceos?</i>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
58. e) <i>...otras drogas?</i>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				

K. PSICOSIS

Ahora, me gustaría leerle una lista de experiencias que otras personas han reportado. Dígame cuáles ha tenido.

ENTREVISTADOR: Por cada respuesta afirmativa, haga las siguientes preguntas estándar:

- ¿Estaba convencido?
- ¿Cómo lo explicó?
- ¿Cambió su conducta?
- ¿Con qué frecuencia ocurrió?
- ¿Cuánto tiempo duró?

Registre un ejemplo de cada respuesta positiva en los márgenes.

1. ¿Ha tenido un momento en el cual...	No	Sí	Sospecha	No sabe
1.a) ..oía voces? Por ejemplo, algunas personas han tenido la experiencia de escuchar voces de personas susurrando o que les hablan, aun cuando no estaba alguien presente.	0	1	2	9
1.b)...tenía visiones o veía cosas que no eran visibles para otros?	0	1	2	9
1.c)...tenía creencias o ideas que otros no compartían o que después comprobó que no eran ciertas, como por ejemplo: la gente estaba en contra suya, alguien trataba de hacerle daño, las personas hablaban de usted, o creía que le enviaban mensajes especiales a través de la radio o la televisión?	0	1	2	9
1.d) ...tenía conductas inusuales, hablaba de forma confusa o sin sentido (fuera de la manía, la depresión o ambos), o su cuerpo quedaba en una sola posición de manera que no podía moverse?	0	1	2	9
1.e) ...pasaba varios días sin cuidar su aspecto personal, sentía que no tenía que decir, parecía sin emociones o presentaba emociones inapropiadas? (fuera de la manía, la depresión o ambos).	0	1	2	9

ENTREVISTADOR: Si no hay evidencia de psicosis, de cualquier fuente, pase a L. Personalidad Esquizotípica (página 115) o, sólo si es aplicable, pase a M. SIS (página M.1).

1.f) Si cualquier pregunta 1.a a 1.e tiene respuesta afirmativa: ¿Alguno de esos síntomas ocurrió de forma persistente durante todo un día o intermitentemente a lo largo de tres días?	0	1	2	9
---	---	---	---	---

En caso de cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1.a a 1.f: Describir:

ENTREVISTADOR: Pase a L. Esquizotipia (página 115) o, sólo si es aplicable, a M.SIS (página M.1).

K. PSICOSIS

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>			
2. <i>¿Está usted experimentando actualmente (síntomas psicóticos)?</i>	0	1	9			
2. a) En caso afirmativo: <i>¿Hace cuánto tiempo comenzaron?</i>	Días <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Semanas <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
3. Si la respuesta es negativa: <i>¿Qué edad tenía la última vez que los tuvo?</i>	Edad <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					
3. a) <i>¿Cuánto duraron esos síntomas?</i>	Días <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Semanas <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>			
4. <i>¿Desde que usted comenzó a experimentar (síntomas psicóticos) volvió a ser como era normalmente por los menos dos meses?</i>	0	1	9			

DELIRIOS

ENTREVISTADOR: En caso de ausencia de delirio (pregunta 1.c) pase a alucinaciones (pregunta 22, página 99)

ENTREVISTADOR: Por cada respuesta afirmativa use las preguntas estándar y registre los ejemplos en el espacio que está después de esta sección.

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
5. Delirios persecutorios <i>¿Ha sentido que hay personas que lo persiguen o que deliberadamente están tratando de hacerle daño?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: <i>Especificar.</i> _____ _____			
6. Delirios celotípicos <i>¿Ha estado convencido de que su (esposo/esposa/novio/novia) está siéndole infiel? ¿Qué lo hizo pensar así?</i> _____ _____	0	1	9
7. Delirios de culpa o pecado <i>¿Ha estado convencido de que usted cometió un crimen o un pecado muy grande, o merece castigo?</i>	0	1	9
8. Delirios de grandeza <i>¿Ha sentido que tenía muchos más poderes, talentos o habilidades especiales que el resto de la gente?</i> (Pregunte: ¿Tiene un propósito, misión o identidad especial?)	0	1	9

K. PSICOSIS

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
<p>9. Delirios religiosos <i>¿Ha tenido creencias o experiencias religiosas que otras personas no compartían?</i></p> <p>En caso afirmativo: Especificar: _____</p> <p>_____</p>	0	1	9
<p>10. Delirios somáticos <i>¿Alguna vez ha tenido cambios en la forma o en el funcionamiento de su cuerpo para los cuales su médico no pudo encontrar explicación?</i></p> <p>En caso afirmativo: Especificar: _____</p> <p>_____</p> <p>(Pregunte: ¿Cáncer incurable, parálisis intestinal, putrefacción de las entrañas?)</p>	0	1	9
<p>11. Delirios erotomaníacos <i>¿Alguna vez ha creído que otra persona está enamorada de usted cuando no había motivos reales para pensarlo?</i></p>	0	1	9
<p>12. Delirios de referencia <i>¿Alguna vez ha visto cosas en los periódicos o en la televisión que parecen referirse específicamente a usted o contienen mensajes especiales para usted? ¿Ha estado seguro de que la gente lo está mirando o está hablando o riéndose de usted?</i></p>	0	1	9
<p>13. Delirios de ser controlado <i>¿Ha sentido que está siendo controlado o poseído por una fuerza externa o una persona?</i></p>	0	1	9
<p>14. Emisión de pensamiento <i>¿Ha sentido que sus pensamientos se emiten de tal forma que otros pueden oírlos?</i></p>	0	1	9
<p>15. Inserción de pensamiento <i>¿Ha sentido que sus pensamientos no son propios sino que han sido puestos en su mente por una fuerza externa?</i></p>	0	1	9
<p>16. Robo de pensamiento <i>¿Alguna vez ha sentido que sus pensamientos son robados de su mente por alguna fuerza externa?</i></p>	0	1	9

17. *¿Cuánto ha durado el período más largo de delirios?*

Días		Semanas			
------	--	---------	--	--	--

K. PSICOSIS

ENTREVISTADOR: Este espacio puede ser usado para describir las respuestas afirmativas a las preguntas 5 a 16

K. PSICOSIS

Código de respuesta

18. *¿Cuándo usted creía en (Delirios)...*
...estaba muy confundido acerca del sitio donde usted se encontraba o el momento del día?
...tenía problemas de memoria? 0 1 2 3 9
- ENTREVISTADOR:** Evalúe si había alteraciones del estado de conciencia cuando el sujeto presentaba los delirios
- 0. **No:** No había alteraciones del estado de conciencia
 - 1. **Cuestionable**
 - 2. **Definido:** La conciencia estaba alterada por medicamentos, sustancias psicoactivas o condición médica general.
 - 3. **Definido:** La conciencia estaba alterada pero no por medicamentos, sustancias psicoactivas o condición médica general
 - 9. **No sabe:** No hay información
19. **ENTREVISTADOR:** Evalúe la naturaleza fragmentaria de los delirios 0 1 2 9
- 0. **Ninguno:** Todos los delirios estaban alrededor de un solo tema, como persecución
 - 1. **Algo fragmentados:** Temas algo diferentes pero posiblemente relacionados
 - 2. **Definitivamente fragmentados:** Temas no relacionados
 - 9. **No se sabe**
20. **ENTREVISTADOR:** Evalúe el grado de generalización de los delirios 0 1 9
- 0. **No generalizados**
 - 1. **Generalizados:** Los delirios están en la mayor parte de los aspectos de la vida del paciente o lo preocupan la mayor parte del tiempo
 - 9. **No se sabe**
21. **ENTREVISTADOR:** Evalúe qué tan extraños son los delirios. 0 1 2 9
- 0. **No son extraños** (por ejemplo, infidelidad del conyugue)
 - 1. **Algo extraños:** (por ejemplo, el sujeto está siendo perseguido por brujas)
 - 2. **Definitivamente extraños:** (por ejemplo, un hombrecito verde de Marte ha estado grabando sus sueños y los está llevando a su casa)
 - 9. **No se sabe**

K. PSICOSIS

ALUCINACIONES

ENTREVISTADOR: Si no hay historia de alucinaciones (preguntas 1.a y 1.b), pase a Comportamiento desorganizado (pregunta 32, página 100)

ENTREVISTADOR: Por cada respuesta afirmativa use las preguntas estándar y registre los ejemplos en las márgenes.

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
22. Auditivas – Voces, Ruidos, Música			
<i>¿Alguna vez ha escuchado sonidos o voces que otras personas no pueden oír?</i>	0	1	9
22. a) En caso afirmativo: <i>¿Decían cosas malas acerca de usted o lo amenazaban?</i>	0	1	9
23. Auditivas – Comentarios			
<i>¿Alguna vez ha escuchado voces que describen o comentan lo que usted está haciendo o pensando?</i>	0	1	9
24. Auditivas – Dos o más voces			
<i>¿Alguna vez ha oído dos o más voces hablando una con la otra?</i>	0	1	9
25. Eco de pensamiento			
<i>¿Alguna vez ha escuchado que sus pensamientos son repetidos o tienen eco?</i>	0	1	9
26. Somáticas o táctiles			
<i>¿Alguna vez ha tenido sensaciones inusuales o extrañas en su cuerpo cuando no había algo que pudiera explicarlas?</i>	0	1	9
(Pregunte: <i>¿ electricidad en su cuerpo, partes de su cuerpo que se mueven o crecen, o algo está siendo insertado en su cuerpo contra su voluntad?)</i>			
27. Olfatorias			
<i>¿Alguna vez ha experimentado algún olor extraño que usted no podía explicar o que otros no notaran?</i>	0	1	9
28. Visuales			
<i>¿Alguna vez ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no pueden ver?</i>	0	1	9
28. b) En caso afirmativo: <i>¿Esto ocurre únicamente cuando se está quedando dormido o se está despertando?</i>	0	1	9
29. Gustativas			
<i>¿Alguna vez ha tenido un sabor extraño en su boca que no podía explicar?</i>	0	1	9
30. ¿Cuánto duró su período más largo con alucinaciones?	Días	Semanas	
	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	

K. PSICOSIS

Código de respuesta

31. *Cuando usted estaba alucinando...*
...estaba muy confundido acerca del sitio donde usted se encontraba o el momento del día?
...tenía problemas de memoria? 0 1 2 3 9

ENTREVISTADOR: Evalúe si había alteraciones del estado de conciencia cuando el sujeto presentaba las alucinaciones

- 0. **No:** No había alteraciones del estado de conciencia
- 1. **Cuestionable**
- 2. **Definido:** La conciencia estaba alterada por medicamentos, sustancias psicoactivas condición médica general.
- 3. **Definido:** La conciencia estaba alterada pero no por medicamentos, sustancias psicoactivas o condición médica general
- 9. **No sabe:** No hay información

CONDUCTA DESORGANIZADA

ENTREVISTADOR: Si no hay historia de conductas desorganizadas, alteraciones de la forma del pensamiento, o conducta motora catatónica (pregunta 1.d) pase a Abulia (pregunta 46, página 101)

ENTREVISTADOR: Por cada respuesta afirmativa use las preguntas estándar y registre ejemplos en los márgenes.

- | | <u>No</u> | <u>Sí</u> | <u>No sabe</u> |
|--|-----------|-----------|----------------|
| 32. <i>¿Ha tenido conductas inusuales como hurgar basuras, vestir ropa rara, o recolectar cosas que para los demás no tenían valor?</i> | 0 | 1 | 9 |
| 33. <i>¿Ha tenido momentos en los cuales ha hecho cosas que otras personas consideraban social o sexualmente inapropiadas, desorganizadas o reprochables? Por ejemplo, estar muy agresivo o hacer cosas sin sentido.</i> | 0 | 1 | 9 |

34. *¿Cuánto duraron esas conductas desorganizadas?*
- | Días | Semanas | | |
|------|---------|--|--|
| | | | |

ALTERACIONES DE LA FORMA DEL PENSAMIENTO

ENTREVISTADOR: Estas preguntas no necesitan ser contestadas si las siguientes conductas (preguntas 35 a 52) pueden deducirse de la apariencia o las respuestas del sujeto.

- | | <u>No</u> | <u>Sí</u> | <u>No sabe</u> |
|--|-----------|-----------|----------------|
| <i>¿Alguna vez la gente se ha quejado de que su lenguaje es confuso o sin sentido?</i> | 0 | 1 | 9 |

En caso afirmativo: *¿Cómo lo describían?:* _____

ENTREVISTADOR: Si el sujeto es incapaz de describir su patrón de lenguaje del pasado, codifique basado en la observación o en NO SABE

K. PSICOSIS

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>			
35. Lenguaje desorganizado (Lenguaje incoherente o ilógico)	0	1	9			
36. Lenguaje extraño (Lenguaje disgregado, vago, sobreelaborado, circunstancial, metafórico, pérdida de asociaciones)	0	1	9			
37. <i>¿Cuánto tiempo duraron las alteraciones de la forma del pensamiento?</i>	Días <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Semanas <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				

CONDUCTA MOTORA CATATÓNICA

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
38. Rigidez <i>¿Su cuerpo se quedaba rígido, en una sola posición, de tal manera que no podía moverse?</i>	0	1	9
39. Estupor <i>¿Ha tenido períodos en los cuales es incapaz de hablar, moverse o responder a lo que está alrededor de usted?</i>	0	1	9
40. Excitación <i>¿Ha estado tan inquieto que no paraba de moverse de un lado a otro sin propósito? (aparte de la manía)</i>	0	1	9
41. Inmovilidad evidenciada como catalepsia (incluida flexibilidad cerea) <i>¿Ha permanecido en la misma posición por largos períodos de tiempo y podía quedar con las posturas en las que lo ponían otras personas?</i>	0	1	9
42. Negativismo extremo <i>¿Se ha encontrado a sí mismo sin poder evitar negarse a las instrucciones de los otros o permanecía mudo (es decir, no hablaba por largos períodos de tiempo)?</i>	0	1	9
43. Manierismos <i>¿Hacía movimientos con parte o todo su cuerpo que eran inusuales o se repetían una y otra vez sin tener capacidad de controlarlos usted mismo?</i>	0	1	9
44. Ecolalia o ecopraxia <i>¿Se encontró a sí mismo repitiendo las palabras o los movimientos de la gente y no podía dejar de hacerlo?</i>	0	1	9

ABULIA / APATIA

ENTREVISTADOR: Si no hay abulia, alolia o aplanamiento afectivo (pregunta 1.e) pase a la pregunta 53, página 102.

46. <i>¿Ha estado muchos días seguidos sin ganas de arreglarse o podía comenzar las cosas pero no podía acabarlas?</i>	0	1	9
--	---	---	---

ENTREVISTADOR: Este ítem se puntúa sólo cuando el individuo es incapaz de iniciar y mantener actividades dirigidas hacia un objetivo

K. PSICOSIS

47. ¿Cuánto tiempo duró el período con abulia o apatía? Días Semanas

ALOGIA

No Sí No sabe

48. **Alogia**
¿Ha sentido frecuentemente que no tenía qué decir? ¿Otros han comentado que usted no habla mucho incluso cuando alguien le hace preguntas o que toma mucho tiempo para responder? 0 1 9

49. ¿Cuánto tiempo duró el período con alogia? Días Semanas

AFECTO

No Sí No sabe

50. *¿Alguna vez ha parecido como si usted no tuviera emociones?* 0 1 9

51. *¿Alguna vez ha mostrado emociones que no correspondían a los que le estaba pasando?* 0 1 9

49. ¿Cuánto tiempo duró el período con afecto plano / inapropiado? Días Semanas

CRITERIO A DE ESQUIZOFRENIA

53. ENTREVISTADOR: Compruebe si el sujeto ha reportado síntomas en cada una de las siguientes categorías:

	<u>No</u>	<u>Sí</u>
53. a) Delirios (preguntas 5 a 16)	0	1
En caso afirmativo: 53. b) Delirios extraños (pregunta 21 codificada 2)	0	1
53. c) Alucinaciones (preguntas 22 a 29)	0	1
En caso afirmativo: 53. d) Dos o más voces (pregunta 24) o una voz que comentaba lo que pensaba o hacía	0	1
53. e) Lenguaje desorganizado (por ejemplo, pérdida de asociaciones o incoherencia) (preguntas 35 a 36)	0	1
53. f) Conducta muy desorganizada o catatónica (preguntas 32 a 33, 38 a 44)	0	1
53. g) Síntomas negativos (por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia)(preguntas 46, 48, 50 a 51)	0	1

Si el total es dos o menos, pase a la pregunta 55

TOTAL

54. **ENTREVISTADOR:** ¿Alguna vez el sujeto ha tenido dos o más de los síntomas de las categorías anteriores (53 a, c, e, f o g) la mayor parte del tiempo por lo menos un mes, o ha sido tratado exitosamente para síntomas de dos o más de esas categorías?
(Pregunte por cada uno de los síntomas, si es necesario, de las respuestas afirmativas a las preguntas 5 a 52) 0 1

54. a) ¿Alguna vez, el sujeto ha tenido (53. b o 53.d) la mayor parte del tiempo por un mes o ha sido tratado exitosamente para esto? 0 1

K. PSICOSIS

- | | <u>No</u> | <u>Sí</u> |
|--|---|---|
| 55. <i>¿Alguna vez ha tenido un período en el cual ha estado con (síntomas psicóticos) y no se sentía (deprimido/animado o excitado)</i> | 0 | 1 |
| 55. a) En caso afirmativo: <i>¿Esos síntomas duraron más de una semana y no se sentía (deprimido/excitado)?</i> | 0 | 1 |
| <i>¿Cuánto tiempo duraron esos síntomas sin que usted se sintiera (deprimido / animado)?</i> | | |
| Días | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | Semanas |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 55. b) (Si la respuesta a las preguntas 55 o 55.a es negativa): ENTREVISTADOR: Revise todos los síntomas psicóticos codificados durante la depresión y codifique SI en caso de que hubiera síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo durante el episodio depresivo mayor. | 0 | 1 |

Pase a N. Evaluación de comorbilidad (página 117) o si es aplicable, a M.SIS (página M.1)

ENTREVISTADOR: No pase fuera de la sección de psicosis si el sujeto tiene un trastorno psiquiátrico crónico con formas psicóticas.

APARICION DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O DEL PRIMER EPISODIO

- | 56. <i>¿Qué edad tenía la primera vez que estuvo experimentando (describa delirios, alucinaciones o los otros criterios de esquizofrenia que se hayan mencionado previamente)?</i> | | Edad | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
|--|---|---|---|
| 57. <i>¿Cuánto duraron esos (síntomas psicóticos)?</i> | Días | Semanas | |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | |

K. PSICOSIS

CARACTERIZACIÓN DEL EPISODIO ACTUAL O MÁS RECIENTE

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
61. <i>¿Durante el episodio actual o el más reciente ha estado experimentando...</i>			
61. a) <i>...un episodio de tristeza o depresión?</i>	0	1	9
61. b) <i>...un episodio de manía?</i>	0	1	9
62. <i>¿El episodio actual o más reciente apareció después de un incremento o un consumo excesivo de alcohol?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar: _____			

63. <i>¿El episodio actual o más reciente apareció después del uso de sustancias psicoactivas?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar: _____			

64. <i>¿El episodio actual o más reciente apareció después de una enfermedad médica grave?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar: _____			

65. <i>¿El episodio actual o más reciente apareció después del uso de medicamentos?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar: _____			

66. <i>¿El episodio actual o más reciente apareció después de un evento vital extremadamente estresante (como el incendio de su casa o la muerte violenta de un miembro de la familia)?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar: _____			

67. a) <i>¿Durante el episodio actual o más reciente, hubo cambios en su funcionamiento laboral, familiar o social? (Es decir, ¿usted era incapaz de hacer su trabajo, ir a la escuela, hacer los oficios domésticos o realizar sus actividades de autocuidado?)</i> <i>¿Hubo una disminución en su capacidad para relacionarse con su familia, amigos o ambos?</i>	0	1	9

ENTREVISTA TADOR: Codifique para deterioro si durante el curso del trastorno, el funcionamiento en áreas como el trabajo, las relaciones sociales y el autocuidado está muy por debajo del nivel más alto alcanzado antes de la aparición del trastorno (o cuando la aparición es en la niñez o en la adolescencia, falla para alcanzar el nivel esperado de desarrollo social).

K. PSICOSIS

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
67. b) En caso afirmativo: <i>¿Ha tenido un cambio en su funcionamiento que continuó la mayor parte del tiempo después de que este episodio comenzó?</i>	0	1	9
68. Psicosis reactiva breve según DSM-III-R <i>¿Durante el episodio actual o más reciente, experimentó cambios en su estado de ánimo intensos e impredecibles o se sentía confuso?</i>	0	1	9
69. Si es mujer: <i>¿El episodio actual o más reciente comenzó dentro de las cuatro semanas posteriores a un parto?</i>	0	1	9

K. PSICOSIS

SINTOMAS PRODROMICOS O RESIDUALES

ENTREVISTADOR: Complete el período prodrómico primero y después el período residual. Si el sujeto está psicótico, complete el período psicótico únicamente, luego pase a la pregunta 71, página 108.

No cuente como positivos aquellos síntomas que son producidos por un trastorno del estado de ánimo o por uso de sustancias psicoactivas.

Establecer el período prodrómico:

70. *Ahora me gustaría preguntarle por el año anterior al inicio de sus (síntomas psicóticos). Durante ese tiempo usted...*

(Preguntar después de completar las preguntas 70.a a 70.n para el período prodrómico)

Establecer el período residual:

Ahora me gustaría preguntarle sobre el año posterior a la finalización de sus (síntomas psicóticos). Durante ese tiempo usted...

	Período prodrómico			Período residual		
	No	Sí	No sabe	No	Sí	No sabe
70. a) <i>...se mantenía lejos de la familia y amigos, se volvió socialmente aislado?</i>	0	1	9	0	1	9
70.b) <i>...tenía problemas para hacer su trabajo, ir a la escuela o realizar sus labores domésticas?</i>	0	1	9	0	1	9
70. c) <i>...hacía cosas inusuales, como coleccionar basura, hablar solo en público o guardar comida?</i>	0	1	9	0	1	9
70. d) <i>...se descuidó en su aseo y presentación personal?</i>	0	1	9	0	1	9
70. e) <i>...parecía no tener emociones o expresaba emociones que no tenían relación con lo que estaba pasando? (por ejemplo, lloraba o reía en momentos equivocados)</i>	0	1	9	0	1	9
70. f) <i>...hablaba de manera que era difícil entenderlo, gastaba mucho tiempo para decir lo que quería o le faltaban palabras (sin tener impedimentos para hablar)?</i>	0	1	9	0	1	9
70. g) <i>...tenía creencias inusuales o pensamiento mágico (por ejemplo, supersticiones, creencias en la clarividencia, telepatía, sexto sentido, pensar que “otros pueden sentir mis sentimientos”)? ¿Tenía ideas que no eran del todo ciertas? ¿ Pensaba que otros hablaban de usted cuando realmente no era así?</i>	0	1	9	0	1	9
70. h) <i>...tenía experiencias visuales o auditivas inusuales (por ejemplo, susurros, crujidos)? ¿Sentía la presencia de una fuerza o persona que realmente no estaba allí? o ¿Sentía que el mundo era irreal?</i>	0	1	9	0	1	9
70. i) <i>...tenía problemas para continuar haciendo las cosas o no tenía interés o energía?</i>	0	1	9	0	1	9

K. PSICOSIS

	Período prodrómico			Período residual		
	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
70. j) <i>...pensaba que las cosas que estaban alrededor suyo como programas de TV o artículos de revistas, tenían un significado especial para usted? ¿Pensaba que la gente hablaba o se reía de usted? ¿Pensaba que estaba recibiendo mensajes especiales por otras vías?</i>	0	1	9	0	1	9
70.k) <i>...se ponía nervioso cuando estaba rodeado de gente, asistía a fiestas u otros eventos sociales? o ¿Toleraba mal las críticas?</i>	0	1	9	0	1	9
70. l) <i>...le preocupaba que la gente estuviera en su contra? ¿Sentía que la mayor parte de las personas eran sus enemigos? o ¿Pensaba que se burlaban de usted?</i>	0	1	9	0	1	9

PARA LOS SINTOMAS PRODROMICOS UNICAMENTE

	Semanas		
70. m) <i>¿Cuánto duraron esas experiencias antes de que tuviera (formas activas de psicosis)?</i>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
70. n) <i>¿Ese año fue típico de su manera de ser normal?</i>	0	1	9

ENTREVISTADOR: Vuelva al principio de la pregunta 70 para establecer el período residual y codifique en la columna **Período residual**

	Semanas		
70. o) <i>¿Cuánto duraron esas experiencias después de que las (formas activas de psicosis) desaparecieron?</i>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
70. p) <i>¿Volvió a tener su manera de ser normal? (como era el sujeto antes de la aparición de los primeros síntomas).</i>	0	1	9

K. PSICOSIS

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO, TIPO MANÍACO

ENTREVISTADOR: Si el sujeto nunca ha tenido episodios de manía o hipomanía, pase a la pregunta 81, página 110.

Usted mencionó antes que había tenido períodos en los cuales se había sentido (maníaco)

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
71. ¿Alguna vez, los (delirios o alucinaciones) ocurrieron cuando usted se estaba sintiendo extremadamente bien o animado o cuando se estaba sintiendo inusualmente irritable?	0	1	9

En caso afirmativo: Registre la respuesta: _____

Pase a la pregunta 81, página 110

72. Los (delirios o alucinaciones) correspondieron a los episodios maníacos descritos previamente?	0	1	9
--	---	---	---

ENTREVISTADOR: Indique si los episodios corresponden a los períodos maníacos descritos en las sección de Manía.

Pase a la pregunta 75

	<u>Código de respuesta</u>		
73. ENTREVISTADOR: Especifique y codifique si el estado de ánimo del sujeto era:		1	2

1. Únicamente irritable
2. Eufórico (con o sin irritabilidad)

73. a) ¿Durante el período en el cual se sentía especialmente bien o animado y con (síntomas psicóticos) estaba experimentando alguno de estos síntomas?

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
73. a. 1) ¿Hiperactividad – muchos proyectos o agitación física?	0	1	9
73. a. 2) ¿Estaba más hablador de lo usual, hablaba rápido?	0	1	9
73. a. 3) ¿Sus pensamientos eran veloces, saltaba de un tema a otro?	0	1	9
73. a. 4) ¿Ideas de grandeza – ser más importante, especial o poderoso?	0	1	9
73. a. 5) ¿Disminución de la necesidad de dormir?	0	1	9
73. a. 6) ¿Se distraía con cosas sin importancia?	0	1	9
73. a. 7) ¿Hacía cosas arriesgadas para obtener placer – comprar, sexo, conducción, etc?	0	1	9

74. **ENTREVISTADOR: Introduzca el número de síntomas definidos.**
 (Si es eufórico, tres criterios)
 (Si es irritable únicamente, cuatro criterios)

ENTREVISTADOR: Si este episodio no llena criterios para manía (por ejemplo, no hay evidencia de delirios o alucinaciones durante la manía), pase a la pregunta 81, página 110.

K. PSICOSIS

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>			
75. <i>¿Esos episodios ocurrieron <u>únicamente</u> después de la ingesta o abstinencia de drogas o alcohol?</i>	0	1	9			
76. ENTREVISTADOR: <i>¿El sujeto llenó el criterio A para esquizofrenia?</i>	0	1				
76. a) En caso afirmativo: <i>¿El sujeto llenó el criterio A para esquizofrenia durante un episodio de manía?</i>	0	1	9			
76. b) (Si la respuesta a la pregunta 76. a es NO SABE) <i>Pregunte si el sujeto ha reportado síntomas en cada una de las siguientes categorías durante el episodio de manía referido en la pregunta 72 o 73:</i>			←			
76. b. 1) Delirios	0	1				
76. b. 1. a) En caso afirmativo: Delirios extraños	0	1				
76. b. 2) Alucinaciones	0	1				
76. b. 2. a) En caso afirmativo: Dos o más voces, o voces que comentan los pensamientos y actos del sujeto.	0	1				
76. b. 3) Lenguaje desorganizado	0	1				
76. b. 4) Conducta muy desorganizada o catatónica	0	1				
76. b. 5) Síntomas negativos	0	1				
77. Presencia de síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo <i>Codifique SÍ en caso de que los síntomas psicóticos que ocurrieron durante algún episodio maníaco no fueran consistentes con los temas de aumento de la importancia, del poder y del conocimiento o relación especial con una deidad o una persona famosa.</i>	0	1	9			
78. Persistencia de síntomas psicóticos con ausencia de síntomas del estado de ánimo <i>¿Alguna vez, los (delirios y alucinaciones) continuaron después de que su estado de ánimo volvió a la normalidad?</i>	0	1	9			
78. a) En caso afirmativo: <i>¿Cuál ha sido el período más largo en el que ha tenido delirios y alucinaciones después de que su ánimo volvió a la normalidad?</i>			<div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">Semanas</div> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>			
79. <i>¿Alguna vez (otros síntomas psicóticos como trastornos de la forma del pensamiento, comportamiento extraño y catatonía) continuaron después de que su ánimo volvió a la normalidad?</i>	0	1	9			
79. a) En caso afirmativo: <i>¿Cuál ha sido el período más largo en el que ha tenido esos síntomas después de que su ánimo volvió a la normalidad?</i>			<div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">Semanas</div> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>			
80. ENTREVISTADOR: <i>¿Los síntomas afectivos fueron relativamente breves con respecto a los psicóticos?</i>	0	1	9			

ENTREVISTADOR: Breve = Menos del 30%. Codifique la pregunta 80 con **SÍ**, en caso de que la duración total de los episodios afectivos sea menor que el 30% del tiempo con respecto a la duración total de la psicosis. Si es necesario, utilice las siguientes preguntas para clarificar: “Ya que usted presentó primero (delirios /alucinaciones), ¿qué porcentaje de tiempo estuvo maníaco?¿Qué porcentaje de tiempo su estado de ánimo fue normal?”

K. PSICOSIS

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO, TIPO DEPRESIVO

ENTREVISTADOR: Si el sujeto nunca ha tenido episodios de depresión, pase a la pregunta 91, página 111.

Usted mencionó antes que había tenido períodos en los cuales se había sentido (deprimido) durante al menos una semana.

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
81. <i>¿Alguna vez, los (delirios o alucinaciones) ocurrieron cuando usted se estaba sintiendo especialmente deprimido?</i>	0	1	9

En caso afirmativo: Registre la respuesta: _____

Pase a la pregunta 91, página 111

82. <i>Los (delirios o alucinaciones) correspondieron a los episodios depresivos descritos previamente?</i>	0	1	9
---	---	---	---

ENTREVISTADOR: Indique si los episodios maníacos corresponden a los períodos maníacos descritos en las sección de Manía.

Pase a la pregunta 85

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
83. <i>¿Durante el período en el cual se sentía especialmente deprimido y con (síntomas psicóticos) estaba experimentando alguno de estos síntomas?</i>			
83. a) <i>¿Disminución del deseo de comer o comía excesivamente?</i>	0	1	9
83. b) <i>¿Incapacidad de dormir cuando quería o sueño excesivo?</i>	0	1	9
83. c) <i>¿Se sentía enlentecido?</i>	0	1	9
83. d) <i>¿Tenía fatiga o pérdida de la energía?</i>	0	1	9
83. e) <i>¿Pérdida de interés en actividades placenteras?</i>	0	1	9
83. f) <i>¿Tenía sentimientos de culpabilidad o de minusvalía?</i>	0	1	9
83. g) <i>¿Se sentía incapaz de pensar o de retener información escrita?</i>	0	1	9
83. h) <i>¿Tenía ideas de suicidio o pensaba mucho en la muerte?</i>	0	1	9

84. **ENTREVISTADOR: Introduzca el número de síntomas definidos.**

84. a) *¿Está actualmente con un episodio?* 0 1

ENTREVISTADOR: Si este episodio no llena criterios para depresión (por ejemplo, no hay evidencia de delirios o alucinaciones durante la depresión), pase a la pregunta 91, página 111.

85. <i>¿Esos episodios ocurrieron <u>únicamente</u> después de la ingesta o abstinencia de drogas o alcohol?</i>	0	1	9
--	---	---	---

K. PSICOSIS

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>			
86. ENTREVISTADOR: ¿El sujeto llenó el criterio A para esquizofrenia?	0	1				
86. a) En caso afirmativo: ¿El sujeto llenó el criterio A para esquizofrenia durante un episodio de depresión?	0	1	9			
86. b) (Si la respuesta a la pregunta 86. a es NO SABE) Pregunte si el sujeto ha reportado síntomas en cada una de las siguientes categorías durante el episodio de depresión referido en la pregunta 82 u 83:			←			
86. b. 1) Delirios	0	1				
86. b. 1. a) En caso afirmativo: Delirios extraños	0	1				
86. b. 2) Alucinaciones	0	1				
86. b. 2. a) En caso afirmativo: Dos o más voces, o voces que comentan los pensamientos y actos del sujeto.	0	1				
86. b. 3) Lenguaje desorganizado	0	1				
86. b. 4) Conducta muy desorganizada o catatónica	0	1				
86. b. 5) Síntomas negativos	0	1				
87. Presencia de síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo Codifique SÍ en el caso de que los síntomas psicóticos que ocurrieron durante algún episodio depresivo no fueran consistentes con los temas de inutilidad personal, culpa, etc.	0	1	9			
88. Persistencia de síntomas psicóticos con ausencia de síntomas del estado de ánimo ¿Alguna vez, los (delirios y alucinaciones) continuaron después de que su estado de ánimo volvió a la normalidad?	0	1	9			
88. a) En caso afirmativo: ¿Cuál ha sido el período más largo en el que ha tenido delirios y alucinaciones después de que su ánimo volvió a la normalidad?			<div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">Semanas</div> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>			
89. ¿Alguna vez (otros síntomas psicóticos como trastornos de la forma del pensamiento, comportamiento extraño y catatonía) continuaron después de que su ánimo volvió a la normalidad?	0	1	9			
89. a) En caso afirmativo: ¿Cuál ha sido el período más largo en el que ha tenido esos síntomas después de que su ánimo volvió a la normalidad?			<div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">Semanas</div> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>			
90. ENTREVISTADOR: ¿Los síntomas afectivos fueron relativamente breves con respecto a los psicóticos?	0	1	9			

ENTREVISTADOR: Breve = Menos del 30%. Codifique la pregunta 90 con **SÍ**, en caso de que la duración total de los episodios afectivos sea menor que el 30% del tiempo con respecto a la duración total de la psicosis. Si es necesario, utilice las siguientes preguntas para clarificar: “Ya que usted presentó primero (delirios /alucinaciones), ¿qué porcentaje de tiempo estuvo deprimido?¿Qué porcentaje de tiempo su estado de ánimo fue normal?”

POLIDIPSIA

91. ¿Alguna vez ha consumido exceso de líquidos en un largo período de tiempo de tal forma que tuvo problemas de sodio, convulsiones, confusión, dificultades del tracto urinario u otra complicación médica?	0	1	9
---	---	---	---

K. PSICOSIS

PATRON DE SÍNTOMAS

Esta evaluación debe ser hecha únicamente a personas con episodios psicóticos

Código de respuesta

92. **ENTREVISTADOR: Encierre en un círculo el patrón que describe apropiadamente la evolución de los episodios psicóticos:**

1 2 3 4 5

1. **Continuamente positivo:** El sujeto tiene predominantemente síntomas positivos cuando está enfermo. Durante los períodos de remisión, él o ella pueden tener síntomas negativos leves o estar relativamente asintomáticos.
2. **Predominantemente negativo:** El sujeto puede tener períodos de psicosis leve con algunos delirios y alucinaciones, pero las características predominantes durante la mayor parte de su enfermedad son síntomas negativos. Por lo tanto, está en un estado de déficit crónico la mayoría del tiempo con períodos cortos de delirios, alucinaciones y desorganización social.
3. **Predominantemente positivo que se convierte en predominantemente negativo:** Inicialmente, el sujeto presenta algunos episodios caracterizados por síntomas positivos, y posteriormente, empiezan a presentarse entre estos espacios cada vez más amplios de estados de déficit. Eventualmente, permanece en un estado de déficit por un período prolongado (por ejemplo, dos o tres años), durante los cuales puede tener episodios cortos ocasionales de síntomas positivos leves.
4. **Negativo que se convierte en positivo:** El sujeto empieza en un estado de déficit con una historia de pobre funcionamiento premórbido. Luego, desarrolla un cuadro psicótico florido, el cual es relativamente prominente y persistente, y posteriormente no vuelve a estar mucho tiempo en estado de déficit. Es probable que este patrón sea bastante raro. Los sujetos que presentan un historial de pobre ajuste premórbido y que simplemente retornan a este nivel de funcionamiento entre los episodios, deberían clasificarse como patrón 1 y no como 4.
5. **Mezcla continua de síntomas positivos y negativos:** El patrón se caracteriza por la presencia simultánea de psicosis activa continua y síntomas negativos.

K. PSICOSIS

CLASIFICACIÓN DEL CURSO LONGITUDINAL DE LA ESQUIZOFRENIA

Código de respuesta

93. **Estas especificaciones sólo pueden ser aplicadas después de que ha transcurrido un año desde la aparición inicial de los síntomas de la fase activa.**

1 2 3 4 5 6

1. **Episódico con síntomas residuales interepisódicos:** Cuando el curso es caracterizado por episodios que cumplen el Criterio A de esquizofrenia y hay síntomas residuales clínicamente significativos entre los episodios. Se puede adicionar **Con síntomas negativos prominentes** si existen síntomas negativos prominentes durante estos períodos residuales.
2. **Episódico sin síntomas residuales interepisódicos:** Cuando el curso es caracterizado por episodios que cumplen el Criterio A de esquizofrenia y no hay síntomas residuales clínicamente significativos entre los episodios.
3. **Continuo:** Cuando los síntomas característicos del Criterio A de esquizofrenia están presentes todo (o la mayor parte) del curso del trastorno. Se puede adicionar **Con síntomas negativos prominentes** si también están presentes síntomas negativos prominentes.
4. **Episodio único en remisión parcial:** Cuando se ha presentado un solo episodio que cumple el Criterio A de esquizofrenia y permanecen algunos síntomas residuales clínicamente significativos. Se puede adicionar **Con síntomas negativos prominentes** si los síntomas residuales incluyen síntomas negativos prominentes.
5. **Episodio único en remisión total:** Cuando se ha presentado un solo episodio que cumple el Criterio A de esquizofrenia y no permanecen síntomas residuales clínicamente significativos.
7. **Otro o un patrón inespecífico:** Si ha estado presente otro patrón o un patrón inespecífico.

K. PSICOSIS

PATRON DE GRAVEDAD

Código de respuesta

94. **ENTREVISTADOR:** Encierre en un círculo el patrón apropiado según las siguientes descripciones:

1 2 3 4 5

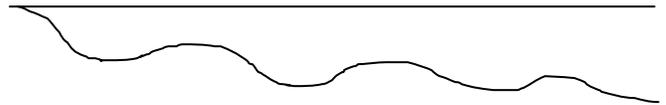
1. **Episódico:** Los episodios del trastorno están intercalados por períodos de salud o cercanos a la normalidad.



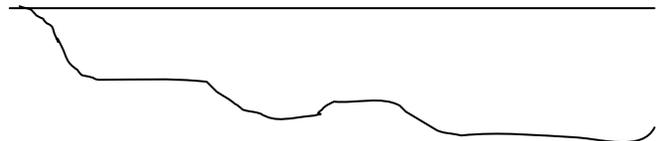
2. **Deterioro leve:** Los períodos de enfermedad se presentan pero también hay períodos extensos cercanos a la normalidad, con alguna capacidad para trabajar y un funcionamiento social casi normal o normal.



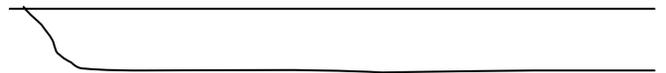
3. **Deterioro moderado:** El sujeto puede experimentar ocasionalmente alguna resolución de los síntomas, pero su curso general es hacia abajo culminado en un grado relativamente importante de discapacidad social y ocupacional.



4. **Deterioro grave:** El trastorno del sujeto se ha vuelto crónico resultando en una incapacidad para mantener un empleo (fuera de un taller protegido) y en deterioro social.



5. **Relativamente estable:** El trastorno del sujeto no ha cambiado significativamente.



**L. CARACTERISTICAS DE
PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA**

Para centros que no usan el SIS

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
1. ENTREVISTADOR: ¿Tiene sospechas razonables de alguna fuente (por ejemplo, en las secciones Revisión general de alteraciones psiquiátricas o Psicosis, conducta o apariencia durante la entrevista, información de familiares, registros médicos) de que el sujeto puede tener características de personalidad esquizotípica?	0	1	9

Pase a N. Comorbilidad (página 117) ←

La próxima parte de la entrevista está destinada a conocer más acerca de su personalidad, es decir, la clase de persona que es usted en general. Por favor, responda cuál es la forma que ha sido más típica de usted durante la mayor parte de su vida adulta (excluyendo las épocas en las cuales ha estado deprimido o maníaco).

ENTREVISTADOR: Estos ítems se refieren al funcionamiento usual del sujeto independientemente de otra enfermedad psiquiátrica (por ejemplo, la época en la cual una persona con trastorno depresivo mayor no está deprimida).

<i>En general, ¿Usted...</i>	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
2. <i>...se mantiene lejos de su familia y amigos, llegando a estar socialmente aislado sin amigos cercanos, ni confidentes?</i>	0	1	9
3. <i>...tiene problemas para hacer su trabajo, ir a estudiar o realizar las labores domésticas?</i>	0	1	9
4. <i>...hace cosas inusuales como coleccionar basura, hablar solo en público, guardar comida o utilizar ropa rara?</i>	0	1	9
5. <i>...no cuida su higiene y presentación personal?</i>	0	1	9
6. <i>... aparenta no tener emociones, no responde con emoción cuando esto es lo apropiado o muestra emociones que no están de acuerdo con lo que está ocurriendo?</i>	0	1	9
7. <i>...habla de manera que es difícil entenderle, tiene dificultad para llegar al punto o se le pierden las palabras (lo cual no es producido por impedimentos de lenguaje)?</i>	0	1	9
8. <i>...tiene creencias inusuales o pensamiento mágico (por ejemplo, supersticiones, clarividencia, telepatía, sexto sentido, pensar que "otros pueden sentir mis sentimientos")?</i>	0	1	9
9. <i>...tiene experiencias visuales o auditivas inusuales (por ejemplo, susurros o crujidos), sentir la presencia de una fuerza o persona que no está allí o sentir que el mundo es irreal?</i>	0	1	9
10. <i>...piensa que las cosas que están alrededor suyo, como programas de televisión o artículos de periódico, tienen un significado especial para usted? ...piensa que la gente habla o se ríe de usted? ...piensa que recibe mensajes especiales de otras formas?</i>	0	1	9

L. CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
11. ...se pone nervioso cuando hay gente alrededor o si va a fiestas u otros eventos sociales?	0	1	9
12. ...está preocupado de que haya gente en contra suya? ...siente que la mayor parte de las personas son sus enemigos? ...tiene ideas que no son completamente ciertas, como pensar que otros se referían a usted cuando en realidad no era así? ...piensa que la gente se burla de usted?	0	1	9

Esta parte se dejó intencionalmente en blanco. La sección opcional M. SIS se inserta aquí.

N. EVALUACIÓN DE COMORBILIDAD

ENTREVISTADOR: Se debe aplicar esta sección a los sujetos que tienen historia significativa de abuso de alcohol, marihuana u otra droga junto con evidencia de depresión, manía, hipomanía, distimia o psicosis.

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
ENTREVISTADOR: ¿Se puede aplicar esta sección al sujeto?	0	1	9

Pase a O. Conducta suicida (página 119) ←

ENTREVISTADOR: Registre los que ocurrió primero. Código de respuesta

1. *Usted mencionó antes sus (cambios de ánimo / síntomas psicóticos) y que también estaba usando en gran cantidad (alcohol / drogas). Piense en la primera vez que usted tuvo alguno de esos problemas. ¿Qué ocurrió primero, (cambios de ánimo / síntomas psicóticos) o (alcohol / drogas)?* 1 2 3 4

1. Los cambios de ánimo / síntomas psicóticos ocurrieron primero.
2. El abuso de alcohol / drogas ocurrió primero
3. Los cambios de ánimo / síntomas psicóticos y el abuso de alcohol / drogas ocurrieron al mismo tiempo.
4. No es claro.

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
1. a) Si la respuesta fue 1. Los cambios de ánimo / síntomas psicóticos ocurrieron primero: ¿Tuvo usted los (cambios de ánimo / síntomas psicóticos) justo antes de que comenzara a usar excesivamente (alcohol / drogas)?	0	1	9

En caso afirmativo:

1. a. 1) ¿Cuánto tiempo tuvo (cambios de ánimo / síntomas psicóticos) antes de comenzar a usar excesivamente (alcohol / drogas)?

Días	Semanas		

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
1. b) Si la respuesta fue 2. El abuso de alcohol / drogas ocurrió primero: ¿Estuvo usando excesivamente (alcohol / drogas) justo antes de que comenzara a tener (cambios de ánimo / síntomas psicóticos)?	0	1	9

En caso afirmativo:

1. b. 1) ¿Cuánto tiempo usó excesivamente (alcohol / drogas) antes de comenzar a tener (cambios de ánimo / síntomas psicóticos)?

Días	Semanas		

ENTREVISTADOR: Si en total, únicamente hubo un episodio de cambios de ánimo / síntomas psicóticos, pase a **O. Conducta suicida** (página 119)

N. EVALUACIÓN DE COMORBILIDAD

ENTREVISTADOR: Entregue la tarjeta de comorbilidad al sujeto

2. *Ahora me gustaría que pensara en otros episodios de (cambios de ánimo / síntomas psicóticos) y dígame cuál de las afirmaciones de la tarjeta caracterizan mejor esos episodios*

1. Las dificultades emocionales / de pensamiento siempre ocurrieron primero
2. El abuso de alcohol / drogas siempre ocurrió primero.
3. Las dificultades emocionales / de pensamiento y el abuso de alcohol / drogas siempre ocurrieron al mismo tiempo.
4. No existe un patrón estricto (a veces las dificultades emocionales / de pensamiento ocurrieron primero, y otras veces el abuso de alcohol / drogas)
5. Las dificultades emocionales / de pensamiento y el abuso de alcohol / drogas siempre ocurrieron independientemente.
6. No es claro

1 2 3 4 5

Pase a la pregunta 4

Haga la pregunta 3, pero pase a la 4

Pase a O. Conducta suicida (página 119)

No Sí No sabe

3. *¿Alguna vez, sus episodios (de ánimo / de psicosis) continuaron después de que usted dejó de usar (alcohol / drogas) excesivamente?*

0 1 9

3. a) **En caso afirmativo:** *¿Por cuánto tiempo continuó el episodio más largo (de ánimo / de psicosis) después de que dejó de usar excesivamente (alcohol / drogas)?*

Días Semanas

--	--	--	--

4. *¿Alguna vez continuó el uso excesivo de (alcohol / drogas) después de que un episodio (de ánimo / de psicosis) cesó?*

0 1 9

3. a) **En caso afirmativo:** *¿Por cuánto tiempo continuó usando (alcohol / drogas) después de que el episodio (de ánimo / de psicosis) cesó?*

Días Semanas

--	--	--	--

O. CONDUCTA SUICIDA

Ahora, voy a preguntarle sobre conductas suicidas.

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
1. ¿Usted ha tratado de matarse?	0	1	9

Pase a la pregunta 23, página 124

1. a) **En caso afirmativo:** ¿Cuántas veces ha tratado de matarse?

Veces	

Si ocurrió **sólo una vez**, pase a la pregunta 2, página 120

1. b) ¿Cuántos de esos intentos requirieron atención médica (por ejemplo sondas, lavados de estómago, intubación, etc)?

Veces	

1. c) ¿Qué edad tenía la primera vez que trató de matarse?

Edad	

1. d) Hábleme acerca de la vez o las veces que ha tratado de matarse.

ENTREVISTADOR: Pregunte por medios, intento, si otras personas estaban presentes en el momento del intento, y que intervención médica o psiquiátrica recibió.

O. CONDUCTA SUICIDA

Ahora, le voy a preguntar por el episodio más grave de conducta suicida.

ENTREVISTADOR: Si ha tenido más de dos intentos, explore los dos episodios más graves en términos del intento o la intervención médica requerida.

ENTREVISTADOR: Para las siguientes preguntas, interroge sobre el intento más grave.

2. *¿Cómo trató de matarse?*

Registre la respuesta: _____

3. *¿Qué edad tenía?*

Edad	

<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
-----------	-----------	----------------

4. *¿Requirió tratamiento médico después de este intento?*

0	1	9
---	---	---

5. *¿Estuvo hospitalizado después del intento?*

0	1	9
---	---	---

En caso afirmativo:

Código de respuesta

5. a) *¿En un hospital general?*

0	1	2	9
---	---	---	---

- 0. No
- 1. Sí, en la sala de Urgencias
- 2. Sí, en la sala de Hospitalización
- 9. No sabe

5. b) *¿En un hospital psiquiátrico?*

0	1	2	9
---	---	---	---

En caso afirmativo: Anotar si fue voluntaria o involuntariamente

- 0. No
- 1. Sí, voluntariamente
- 2. Sí, involuntariamente
- 9. No sabe

<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
-----------	-----------	----------------

6. *¿Usted quería morir?*

0	1	9
---	---	---

7. *¿Pensó que moriría por lo que había hecho?*

0	1	9
---	---	---

Código de respuesta

8. **ENTREVISTADOR:** Evalúe la intencionalidad del intento más grave

1	2	3	9
---	---	---	---

- 1. Sin intención o con mínima intención, gesto manipulador
- 2. Con intención definida, pero ambivalente
- 3. Intención seria, esperaba morir
- 9. Sin información, no está seguro.

O. CONDUCTA SUICIDA

Código de respuesta

9. **ENTREVISTADOR:** Evalúe la **letalidad** del intento más serio. 1 2 3 4 5 6 9
1. **Sin peligro** (sin efecto, mantuvo las píldoras en la mano).
 2. **Mínimo** (rasguños en la muñeca)
 3. **Leve** (10 tabletas de un AINE, gastritis leve)
 4. **Moderado** (10 tabletas de hipnóticos, brevemente inconsciente)
 5. **Grave** (se cortó la garganta)
 6. **Extremo** (paro respiratorio, coma prolongado)
 7. **Sin información, no está seguro.**
10. **ENTREVISTADOR:** Evalúe la **premeditación** del intento más grave. 1 2 3 9
1. **Impulsivo** (Menos de una hora de planeación, usó los materiales que tenía a la mano).
 2. **Algo premeditado** (Había tenido ideas de suicidio varias horas o días antes, o pensaba intermitentemente en el suicidio, antes de intentarlo).
 3. **Cuidadosamente premeditado** (Ideas de suicidio persistentes por semanas, meses o más tiempo antes del intento)
 4. **No hay información o no está seguro.**
- | | <u>No</u> | <u>Sí</u> | <u>No sabe</u> |
|--|-----------|-----------|----------------|
| 11. ¿La conducta suicida descrita ocurrió durante un episodio de...
(Encierre en un círculo todos los que sean aplicables) | | | |
| ...depresión? | 0 | 1 | 9 |
| ...mixto (trastorno bipolar)? | 0 | 1 | 9 |
| ...abuso de alcohol? | 0 | 1 | 9 |
| ...abuso de drogas? | 0 | 1 | 9 |
| ...psicosis? | 0 | 1 | 9 |
| ...otro? | 0 | 1 | 9 |
| En caso afirmativo: Especificar. _____
_____ | | | |
| 12. ENTREVISTADOR: ¿El intento de suicidio ocurrió por medios violentos? (Los intentos de suicidio violentos incluyen: con armas de fuego, ahorcamiento, o saltar desde lugares elevados) | 0 | 1 | 9 |

O. CONDUCTA SUICIDA

SITIO OPCIONAL

ENTREVISTADOR: Si no va a llenar este sitio opcional, pase a la pregunta 23 (página 124)

ENTREVISTADOR: Para las siguientes preguntas, interroge sobre el segundo intento más grave.

13. *¿Cómo trató de matarse?*

Registre la respuesta: _____

14. *¿Qué edad tenía?*

Edad

--	--

No Sí No sabe

15. *¿Requirió tratamiento médico después de este intento?*

0 1 9

16. *¿Estuvo hospitalizado después del intento?*

0 1 9

En caso afirmativo:

Código de respuesta

16. a) *¿En un hospital general?*

0 1 2 9

0. No

1. Sí, en la sala de Urgencias

2. Sí, en la sala de Hospitalización

9. No sabe

16. b) *¿En un hospital psiquiátrico?*

0 1 2 9

En caso afirmativo: Anotar si fue voluntaria o involuntariamente

0. No

1. Sí, voluntariamente

2. Sí, involuntariamente

9. No sabe

No Sí No sabe

17. *¿Usted quería morir?*

0 1 9

18. *¿Pensó que moriría por lo que había hecho?*

0 1 9

Código de respuesta

19. **ENTREVISTADOR:** Evalúe la **intencionalidad** del segundo intento más grave

1 2 3 9

1. Sin intención o con mínima intención, gesto manipulador

2. Con intención definida, pero ambivalente

3. Intención seria, esperaba morir

9. Sin información, no está seguro.

O. CONDUCTA SUICIDA

SITIO OPCIONAL

Código de respuesta

20. **ENTREVISTADOR:** Evalúe la **letalidad** del segundo intento más serio. 1 2 3 4 5 6 9
1. **Sin peligro** (sin efecto, mantuvo las píldoras en la mano).
 2. **Mínimo** (rasguños en la muñeca)
 3. **Leve** (10 tabletas de un AINE, gastritis leve)
 4. **Moderado** (10 tabletas de hipnóticos, brevemente inconsciente)
 5. **Grave** (se cortó la garganta)
 6. **Extremo** (paro respiratorio, coma prolongado)
 9. **Sin información, no está seguro.**
21. **ENTREVISTADOR:** Evalúe la **premeditación** del intento más grave. 1 2 3 9
1. **Impulsivo** (Menos de una hora de planeación, usó los materiales que tenía a la mano).
 2. **Algo premeditado** (Había tenido ideas de suicidio varias horas o días antes, pensaba intermitentemente en el suicidio, antes de intentarlo).
 3. **Cuidadosamente premeditado** (Ideas de suicidio persistentes por semanas, meses o más antes del intento)
 9. **No hay información, o no está seguro.**
- | | <u>No</u> | <u>Sí</u> | <u>No sabe</u> |
|---|-----------|-----------|----------------|
| 22. <i>¿La conducta suicida descrita ocurrió durante un episodio de...</i>
(Encierre en un círculo todos los que sean aplicables) | | | |
| ...depresión? | 0 | 1 | 9 |
| ...mixto (trastorno bipolar)? | 0 | 1 | 9 |
| ...abuso de alcohol? | 0 | 1 | 9 |
| ...abuso de drogas? | 0 | 1 | 9 |
| ...psicosis? | 0 | 1 | 9 |
| ...otro? | 0 | 1 | 9 |

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

O. CONDUCTA SUICIDA

CONDUCTA VIOLENTA

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
23. <i>¿Cuándo estaba enfadado o irritable, hubo momentos en los cuales hirió a alguien de tal manera que requirió atención médica?</i>	0	1	9

En caso afirmativo: *Describir:* _____

Pase a la pregunta 25

24. *¿Esa conducta ocurrió durante un episodio de...*
(Encierre en un círculo todos los que sean aplicables)

...depresión?	0	1	9
...mixto (trastorno bipolar)?	0	1	9
...abuso de alcohol?	0	1	9
...abuso de drogas?	0	1	9
...psicosis?	0	1	9
...otro?	0	1	9

En caso afirmativo: *Especificar.* _____

CONDUCTA AUTOAGRESIVA SIN INTENTO DE SUICIDIO

25. <i>¿Alguna vez se ha herido intencionalmente cuando estaba alterado pero no tenía intención de suicidarse?</i>	0	1	9
--	---	---	---

ENTREVISTADOR: *Usted puede preguntar: ¿Alguna vez se cortó (o quemó, rasguñó, o golpeó) a sí mismo, cuando estaba solo y la intención era hacerse daño o desfigurarse para aliviar el malestar emocional?*

Pase a P: Trastornos de ansiedad (página 126)

En caso afirmativo: *Describir:* _____

O. CONDUCTA SUICIDA

26. *¿Por qué lo hizo?*

Describe: _____

27. **ENTREVISTADOR:** Encierre en un círculo la palabra **Sí** en la columna **Alguna vez** si se da cualquiera de las razones ofrecidas a continuación; pregunte si estas razones se pueden aplicar a la mayoría de episodios de autoagresión y codifique en la segunda columna.

	Alguna vez			Mayoría de episodios		
	No	Sí	No sabe	No	Sí	No sabe
27. a) Como una queja para pedir ayuda	0	1	9	0	1	9
27. b) Para aliviar el malestar emocional	0	1	9	0	1	9
27. c) Para demostrar dolor interno	0	1	9	0	1	9
27. d) Para hacer que alguien regrese	0	1	9	0	1	9
27. e) Para dejar de percibirse sin sentimientos	0	1	9	0	1	9
27. f) Otro	0	1	9	0	1	9
Describir: _____ _____						

28. *¿Esa conducta ocurrió durante un episodio de...*
(Encierre en un círculo todos los que sean aplicables)

<i>...depresión?</i>	0	1	9
<i>...mixto (trastorno bipolar)?</i>	0	1	9
<i>...abuso de alcohol?</i>	0	1	9
<i>...abuso de drogas?</i>	0	1	9
<i>...psicosis?</i>	0	1	9
<i>...otro?</i>	0	1	9

En caso afirmativo: Especificar. _____

P. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre ciertas situaciones y reacciones que usted puede haber experimentado.

OBSESIONES

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
1. <i>¿Alguna vez ha estado preocupado por pensamientos absurdos, que se presentan una y otra vez a pesar de que usted trata de no tenerlos?</i>	0	1	9

Si no es claro: *¿Esos pensamientos continúan molestando así trate de librarse de ellos o ignorarlos?*

(Algunos ejemplos pueden ser: pensar que sus manos están sucias sin importar que las hayan lavado, urgencia repetitiva de maldecir estando en la iglesia o sentir que ha atropellado a alguien con su carro)

Pase a la pregunta 2 ←

En caso afirmativo:

1. a) *¿Cuáles fueron?* _____

1. b) *¿Qué hizo usted al respecto?* _____

1. c) **ENTREVISTADOR:** Codifique **NO** si los pensamientos, impulsos o imágenes son simplemente preocupaciones excesivas por problemas de la vida real. 0 1 9

1. d) **ENTREVISTADOR:** Codifique **SI** en caso de que la persona trate de ignorar o suprimir tales pensamientos o trate de neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción. 0 1 9

1. e) **ENTREVISTADOR:** ¿La persona reconoce que las obsesiones vienen de adentro (no de afuera como en la inserción de pensamiento)? 0 1 9

1. f) **ENTREVISTADOR:** Codifique **SI** en caso de que los pensamientos no parezcan relacionados con otros trastornos del EJE I que estén presentes (por ejemplo, depresión mayor, manía, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por uso de sustancias) o una condición médica general. 0 1 9

COMPULSIONES

2. <i>¿Alguna vez ha tenido actos que repite una y otra vez sin poder resistirse, y que hace con el fin de sentirse menos ansioso, como lavarse las manos, contar cosas o chequear? (Otro ejemplo puede ser hacer las cosas en cierto orden y tener que empezar de nuevo si se confunde)</i>	0	1	9
--	---	---	---

Si la respuesta a las preguntas 1 y 2 es negativa, pase a la pregunta 11. Si la respuesta es negativa sólo a la pregunta 2, pase a las pregunta 4.

P. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No sabe</u>			
En caso afirmativo:						
2. a) <i>¿Qué era lo que hacía una y otra vez?</i> _____ _____						
2. b) <i>¿Qué le daba miedo que pasara si usted no lo hacía?</i> _____ _____						
2. c) ENTREVISTADOR: Codifique SÍ en caso de que la conducta sea realizada para neutralizar o prevenir que ocurra algo, aunque no esté conectado de manera realista con lo que se quiere neutralizar o prevenir.	0	1	9			
2. d) ENTREVISTADOR: Codifique SÍ en caso de que los pensamientos no tengan relación con otro trastorno del EJE I que esté presente (por ejemplo, depresión mayor, manía, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por uso de sustancias) o una condición médica general.	0	1	9			
3. <i>¿Alguna vez ha sentido que esas conductas son excesivas e irrazonables?</i>	0	1	9			
4. <i>¿Cuánto tiempo se gasta haciendo (compulsión) o pensando en (obsesión) cada día?</i>			Minutos <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
5. <i>¿Usted buscó ayuda de alguien, como un médico u otro profesional?</i>	0	1	9			
6. <i>¿Tomó algún medicamento?</i>	0	1	9			
En caso afirmativo: Especificar: _____						
7. <i>¿Qué efecto tuvieron las (obsesiones o compulsiones) en su vida?</i> _____ _____ _____						
7. a) <i>¿Esas (obsesiones o compulsiones) lo molestaron mucho?</i>	0	1	9			
7. b) <i>¿Interfirieron significativamente con la manera como usted manejaba su trabajo, estudio, quehaceres domésticos o relaciones sociales?</i>	0	1	9			
7. c) <i>¿Esas (obsesiones o compulsiones) le produjeron mucha ansiedad o malestar?</i>	0	1	9			
8. <i>¿Qué edad tenía la <u>primera vez</u> que tuvo (obsesiones o compulsiones)?</i>			Edad <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
9. <i>¿Qué edad tenía la <u>última vez</u> que tuvo (obsesiones o compulsiones)?</i>			Edad <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
10. <i>¿Alguna vez tuvo (obsesiones o compulsiones) en un momento distinto a aquel comprendido dentro de dos meses después de tener (Depresión /Psicosis)?</i>	0	1	9			

P. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNO DE PÁNICO

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
11. <i>¿Alguna vez ha tenido ataques de pánico o de ansiedad en los cuales usted se sentía súbitamente muy asustado en situaciones que usualmente no son consideradas como amenazantes?</i>	0	1	9

11. a) **Si la respuesta es negativa:** *¿Alguna vez ha tenido episodios súbitos e inexplicables de síntomas físicos como taquicardia o palpitaciones, sensación de mareo o desmayo, sudoración o temblor? ¿Ha tenido episodios súbitos e inexplicables de opresión en el pecho o sensación de asfixia?*

0
0

Pase a Trastorno fóbico (pregunta 31, página 131)

12. **Describa los momentos y situaciones en los cuales ocurrieron los (síntomas indicados anteriormente).** (¿Los ataques son predecibles?)

12. a) ENTREVISTADOR: Codifique NO si los ataques son siempre predecibles. Codifique SÍ en caso de que los ataques fueran inicialmente inesperados y posteriormente se desencadenaran por un estímulo en particular.	0	1	9
---	---	---	---

12. b) ENTREVISTADOR: Codifique NO si los ataques estaban asociados exclusivamente con ejercicio físico o situaciones que amenazaban la vida.	0	1	9
---	---	---	---

ENTREVISTADOR: Complete la columna **Alguna vez** primero, y luego la columna **Mayoría de ataques**.

	Alguna vez			Mayoría de ataques		
	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
13. <i>¿Durante los ataques, experimentó alguno de los siguientes síntomas?</i>						
13. a) <i>¿Taquicardia o palpitaciones?</i>	0	1	9	0	1	9
13. b) <i>¿Sofocación?</i>	0	1	9	0	1	9
13. c) <i>¿Sudoración?</i>	0	1	9	0	1	9
13. d) <i>¿Temblor?</i>	0	1	9	0	1	9
13. e) <i>¿Oleadas de calor o escalofrío?</i>	0	1	9	0	1	9
13. f) <i>¿Dolor u opresión en el pecho?</i>	0	1	9	0	1	9
13. g) <i>¿Dificultad para respirar?</i>	0	1	9	0	1	9
13. h) <i>¿Mareo, vértigo o inestabilidad ?</i>	0	1	9	0	1	9

P. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

	Alguna vez			Mayoría de ataques		
	No	Sí	No sabe	No	Sí	No sabe
13. i) <i>¿Entumecimiento o parestesias?</i>	0	1	9	0	1	9
13. j) <i>¿Miedo a morir durante el ataque?</i>	0	1	9	0	1	9
13. k) <i>¿Nauseas o malestar abdominal?</i>	0	1	9	0	1	9
13. l) <i>¿Sentir que usted o lo que está alrededor suyo es extraño o irreal?</i>	0	1	9	0	1	9
13. m) <i>¿Sentir que se está volviendo loco o perdiendo el control?</i>	0	1	9	0	1	9

ÚNICAMENTE PARA “ALGUNA VEZ”

ENTREVISTADOR: Si hay menos de dos síntomas, pase a Trastorno Fóbico (pregunta 31, página 131).

ENTREVISTADOR: Si más de dos síntomas son codificados con **SÍ** en la pregunta 13.a a 13.m, revise los ítems correspondientes en la sección D. Somatización (preguntas 3.e, 6.e, 9.b, 15.a, 15.b, 15.c) para estar seguro de que no le ocurrió únicamente durante ataques de pánico. Si es así, recodifique esos ítems como **NO** en la sección de somatización.

ENTREVISTADOR: Vuelva al principio de la pregunta 13 para preguntar *¿Cuáles síntomas ocurrieron en la mayoría de ataques?*

ÚNICAMENTE PARA “MAYORÍA DE ATAQUES”

14. Cuente los síntomas positivos en “**Mayoría de ataques**” y regístrelos aquí.

No	Sí
0	1
9	9

15. *¿Hubo un momento en el cual cuatro de esos síntomas ocurrieron juntos?*

Si la respuesta a la pregunta 14 es **dos o menos** y a la pregunta 15 es **NO**, pase a Trastorno Fóbico (pregunta 31, página 131)

En caso afirmativo:

15. a) *¿Esos síntomas se desarrollaron y volvieron intensos en menos de 10 minutos?* 0 1 9

15. a. 1) **En caso afirmativo:** *¿Esto pasó más de una vez?* 0 1 9

16. *¿Cuántos ataques de pánico ha tenido?*

--	--

17. *¿Alguna vez ha tenido por lo menos cuatro de esos ataques en un período de cuatro semanas?* 0 1 9

18. a) *¿Después de un ataque, ha sentido miedo de tener otro?* 0 1 9

18. b) *¿Ha estado preocupado por las implicaciones y consecuencias del ataque?* 0 1 9

P. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>		
18. c) <i>¿Ha cambiado su comportamiento a causa de sus ataques?</i>	0	1	9		
En caso afirmativo: <i>Especificar.</i> _____					

18. c. 1) En caso afirmativo a las preguntas 18a, b o c: <i>¿Cuánto duró el miedo, la preocupación o el cambio en su comportamiento?</i>	Semanas <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 60px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> </table>				
19. <i>¿Buscó ayuda de alguien, como un médico u otro profesional?</i>	0	1	9		
20. <i>¿Tomó medicamentos para esos ataques?</i>	0	1	9		
En caso afirmativo: <i>Especificar:</i> _____					

21. <i>¿Usted tenía <u>únicamente</u> ataques cuando había consumido mucha cafeína o alcohol o había tomado drogas como anfetaminas?</i>	0	1	9		
En caso afirmativo: <i>Especificar:</i> _____					

22. a) <i>¿Alguna vez el médico le dijo que tenía una condición médica (por ejemplo, hipertiroidismo) que podía ser la causa de sus ataques?</i>	0	1	9		
22. b) <i>¿Alguna vez el médico le dijo que tenía una condición médica (por ejemplo, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno de estrés posttraumático) que podía ser la causa de sus ataques?</i>	0	1	9		
23. <i>¿Qué edad tenía la <u>primera vez</u> que tuvo un ataque de pánico?</i>	Edad <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 60px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> </table>				
24. <i>¿Qué edad tenía la <u>última vez</u> que tuvo un ataque de pánico?</i>	Edad <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 60px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> </table>				
25. <i>¿Alguna vez ha tenido ataques de pánico durante un episodio de depresión?</i>	0	1	9		
26. <i>¿Alguna vez ha tenido ataques de pánico durante un episodio de manía?</i>	0	1	9		
27. <i>¿Alguna vez ha tenido ataques de pánico en algún otro momento?</i>	0	1	9		

SITIO OPCIONAL					
	<u>Ninguno</u>	<u>Algunos</u>	<u>La mayoría</u>	<u>Todos</u>	<u>No sabe</u>
28. <i>¿Qué proporción de ataques de pánico ha ocurrido durante una depresión?</i>	0	1	2	3	9
29. <i>¿Qué proporción de ataques de pánico ha ocurrido durante una manía?</i>	0	1	2	3	9
30. <i>¿Qué proporción de ataques de pánico ha ocurrido en otros momentos?</i>	0	1	2	3	9

P. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNOS FÓBICOS

No Sí No sabe

31. *¿Alguna vez ha tenido un miedo excesivo de ...*

31. a) **Agorafobia**

...salir solo, estar solo en medio de la multitud o en almacenes, o en lugares donde es difícil escapar o conseguir ayuda?

0 1 9

31. b) **Social**

...hacer ciertas cosas delante de la gente como hablar, comer o escribir?

0 1 9

31. c) **Simple / Específica**

...ciertos animales, las alturas o estar encerrado?

0 1 9

Pase a Q. Trastornos de la conducta alimentaria (página 134)

32. *¿Se ha desviado de su camino para evitar...*

32. a) **Miedo(s) agorafóbico(s)?**

0 1 9

32. b) **Miedo(s) social(es)?**

0 1 9

32. c) **Miedo(s) simple(s) / específico(s)?**

0 1 9

Pase a Q. Trastornos de la conducta alimentaria (página 134)

33. **Describe el o los miedos por categorías:** Si se ha desarrollado evitación, registre qué motivó a la persona a evitar la situación (por ejemplo, miedo del desarrollo súbito de un ataque de síntomas, vergüenza o humillación). Para agorafobia, registre si ha ocurrido en el pasado un ataque de pánico o un ataque de síntomas limitados o si es únicamente un miedo de desarrollar un ataque.

33. a) **Miedo(s) agorafóbico(s):** _____

33. a. 1) **ENTREVISTADOR:** ¿Hubo conductas de evitación durante o justo después de un ataque de pánico? 0 1 9

33. b) **Miedo(s) social(es):** _____

33. b. 1) **ENTREVISTADOR:** ¿Hubo conductas de evitación durante o justo después de un ataque de pánico? 0 1 9

P. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

	Agorafobia			Social			Simple/Específica		
	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
38. c) Fobia simple/específica, únicamente ENTREVISTADOR: Codifique SÍ en caso de que los síntomas no sean explicados mejor por otro trastorno (Por ejemplo, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés posttraumático, ansiedad de separación o trastorno de pánico)	0	1	9	0	1	9	0	1	9
39. <i>¿Buscó ayuda de alguien, como un médico u otro profesional?</i> En caso afirmativo: Especificar:	0	1	9	0	1	9	0	1	9
40. <i>¿Alguna vez tuvo este problema en un momento diferente a los dos meses previos o posteriores a tener (depresión/psicosis)?</i>	0	1	9	0	1	9	0	1	9
41. <i>¿Qué edad tenía la primera vez que presentó este problema?</i>									
42. <i>¿Qué edad tenía la última vez que presentó este problema?</i>									
44. Fobia social únicamente Si la respuesta a la pregunta 43 es 17 o menos, codifique SÍ en caso de que la fobia haya durado menos de seis meses				0	1	9			

Q. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Ahora, le voy a hacer unas preguntas acerca de sus hábitos alimenticios y su peso

ANOREXIA NERVIOSA

- | | <u>No</u> | <u>Sí</u> | <u>No sabe</u> | | |
|---|---|----------------|----------------|--|--|
| 1. ¿Alguna vez ha tenido un período en cual pesaba mucho menos de lo que la otra gente pensaba que debería pesar? | 0 | 1 | 9 | | |
| Pase a Bulimia (pregunta 14, página 135) | ← | | | | |
| 2. ¿En esa época, había perdido peso a propósito o mientras usted estaba creciendo mantuvo intencionalmente su peso bajo? | 0 | 1 | 9 | | |
| Pase a Bulimia (pregunta 14, página 135) | ← | | | | |
| 3. ¿Cuál fue su peso más bajo en ese tiempo? | Kilogramos | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> | | | | |
| | | | | | |
| 4. ¿Cuál era su talla? Registre la respuesta: _____ | Centímetros | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> | | | | |
| | | | | | |
| 5. ¿Qué edad tenía? | Años | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> | | | | |
| | | | | | |
| | <u>Pequeña</u> | <u>Mediana</u> | <u>Grande</u> | | |
| 6. ENTREVISTADOR: Registre la contextura corporal | 1 | 2 | 3 | | |

CRITERIOS DE PESO PARA ANOREXIA (15% POR DEBAJO DEL PESO ESPERADO)							
HOMBRES				MUJERES			
Estatura	Contextura pequeña	Contextura mediana	Contextura grande	Estatura	Contextura pequeña	Contextura mediana	Contextura grande
Cms	Kg	Kg	Kg	Cms	Kg	Kg	Kg
157	45	48	51	147	36	39	43
160	46	49	53	150	37	40	44
162	47	50	54	152	38	41	45
165	48	51	55	155	39	43	46
168	49	53	57	157	41	44	47
170	51	54	58	160	42	45	49
173	53	56	60	162	43	46	50
175	54	57	62	165	44	47	51
178	56	59	63	167	46	49	53
180	58	61	65	170	47	51	54
183	59	63	67	173	49	53	56
185	61	64	69	175	50	54	58
188	62	66	71	178	52	55	59
190	64	68	72	180	53	57	61
193	65	70	74	183	55	58	62

*Para mujeres entre 18 y 25 años de edad, reste 0.45 Kg por cada año por debajo de los 25.

- | | <u>No</u> | <u>Sí</u> | <u>No sabe</u> |
|--|-----------|-----------|----------------|
| 6. a) ENTREVISTADOR: ¿El peso (pregunta 3) es mayor que el encontrado en la tabla para la talla, género y contextura? | 0 | 1 | 9 |

En caso afirmativo, pase a Bulimia (pregunta 14, página 135)

Q. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
7. <i>¿En algún momento, se ha sentido gordo o se ha visto gordo de alguna manera?</i>	0	1	9
8. <i>¿Ha sentido mucho miedo de volverse gordo?</i>	0	1	9
9. Si es mujer: <i>¿Sus períodos menstruales cesaron sin que estuviera embarazada?</i>	0	1	9
9. a) En caso afirmativo: <i>¿Dejó de tener tres ciclos consecutivos?</i>	0	1	9
10. <i>¿Tuvo algún trastorno médico que le causara la pérdida de peso?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar: _____			
11. <i>¿Bajó de peso después de usar pastillas para adelgazar, anfetaminas, cocaína u otra sustancia?</i>	0	1	9
En caso afirmativo: Especificar: _____			
12. <i>¿Qué edad tenía la <u>primera vez</u> que su peso estaba por debajo de _____?</i>			Edad <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
13. <i>¿Qué edad tenía la <u>última vez</u> que su peso estaba por debajo de _____?</i>			Edad <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>

BULIMIA

14. <i>¿Ha tenido algún momento en su vida en el cual tuviera episodios de voracidad (Por ejemplo, consumo rápido de grandes cantidades de comida en un período corto de tiempo, usualmente menos de dos horas)?</i>	0	1	9
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-right: 20px;">Pase a R. Juego patológico (página 137)</div> ←			
15. <i>¿Durante esos episodios de voracidad tenía miedo de no poder parar de comer o de perder el control sobre su alimentación?</i>	0	1	9
16. <i>¿Ha tenido episodios de voracidad con una frecuencia mínima de dos veces a la semana durante al menos tres meses?</i>	0	1	9
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-right: 20px;">Pase a la pregunta 19</div> ←			
17. <i>¿Qué edad tenía la <u>primera vez</u> que tuvo episodios regulares de voracidad?</i>			Edad <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
18. <i>¿Qué edad tenía la <u>última vez</u> que tuvo episodios regulares de voracidad?</i>			Edad <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>

Q. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

No Sí No sabe

19. Conductas compensatorias

¿Hizo algo después de los episodios de voracidad, como...

19. a) *...provocarse el vómito?*

19. b) *...tomar laxantes o diuréticos?*

19. c) *...dieta estricta?*

19.d) *...ayuno?*

19.e) *...mucho ejercicio?*

19. f) *...otros?*

En caso afirmativo especificar: _____

Pase a la pregunta 20

0
0
0
0
0
0
0

1	9
1	9
1	9
1	9
1	9
1	9
1	9

19. g) *¿Tuvo conductas compensatorias con una frecuencia de al menos dos veces por semana durante tres meses?*

0 1 9

20. *¿En ese momento, usted estaba más preocupada por el peso y la figura que la mayoría de personas de su edad?*

0 1 9

21. **ENTREVISTADOR:** *¿Las respuestas a las preguntas 16 y 19.g son afirmativas?*

0

1 9

Pase a R. Juego patológico (página 137)

22. *¿Estos episodios de voracidad y las conductas compensatorias ocurrieron con una frecuencia mínima de dos veces por semana durante al menos tres meses?*

0

1 9

Pase a R. Juego patológico (página 137)

23. *¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo episodios regulares de voracidad acompañados de conductas compensatorias?*

Edad

--	--

24. *¿Qué edad tenía la última vez que tuvo episodios regulares de voracidad acompañados de conductas compensatorias?*

Edad

--	--

No Sí No sabe

25. **ENTREVISTADOR:** Si el sujeto cumplió criterios para anorexia, pregunte:
¿Esos episodios de voracidad acompañados de conductas compensatorias ocurrieron durante algún episodio de anorexia?

0 1 9

R. JUEGO PATOLÓGICO

	No	Sí	No sabe		
1. <i>¿Alguna vez ha jugado o apostado muy frecuentemente o demasiado?</i>	0	1	9		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Pase a S. Personalidad antisocial</div> ←					
2. <i>¿Jugó o juega en grandes cantidades o por un período de tiempo mayor al que pretendía?</i>	0	1	9		
3. <i>¿Necesita o necesitó aumentar el tamaño o frecuencia de las apuestas para lograr emocionarse?</i>	0	1	9		
4. <i>¿Se vuelve o se volvía irritable o inquieto si no podía jugar?</i>	0	1	9		
5. <i>¿Sufre o sufrió repetidas pérdidas tratando de ganar lo que ha perdido?</i>	0	1	9		
6. <i>¿Está o estuvo frecuentemente preocupado con el juego?</i>	0	1	9		
7. <i>¿Ha hecho intentos repetidos de dejar o reducir el juego?</i>	0	1	9		
8. <i>¿Ha sido frecuentemente negligente con sus obligaciones familiares, sociales o laborales por estar jugando?</i>	0	1	9		
9. <i>¿Alguna vez ha dejado de asistir a importantes actividades sociales, laborales o recreativas por causa del juego?</i>	0	1	9		
10. <i>¿Ha continuado jugando a pesar de las deudas u otras consecuencias?</i>	0	1	9		
11. <i>¿Sigue o siguió jugando para escapar de sentimientos como tristeza o depresión, desesperanza, culpa o ansiedad?</i>	0	1	9		
12. <i>¿Ha cometido actos ilegales como falsificación, fraude, robo o desfalco para financiar el juego?</i>	0	1	9		
13. <i>¿Delega o delegó a otros el pago de crisis financieras causadas por el juego?</i>	0	1	9		
14. <i>¿Miente o mintió a los miembros de su familia, terapeutas u otros para ocultar la magnitud de su juego?</i>	0	1	9		
15. ENTREVISTADOR: Cuento los síntomas positivos y anótelos aquí.	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
15. a) ENTREVISTADOR: ¿La respuesta a la pregunta 15 es cuatro o más?	0	1	9		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Pase a S. Personalidad antisocial (página 138)</div> ←					
16. <i>¿Qué edad tenía la <u>primera vez</u> que jugó de forma intensa?</i>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin-top: -10px;">Edad</div>				
17. <i>¿Qué edad tenía la <u>última vez</u> que jugó de forma intensa?</i>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin-top: -10px;">Edad</div>				
18. <i>¿Ha recibido ayuda para su problema con el juego?</i>	0	1	9		
19. <i>¿Este problema lo tuvo en momentos diferentes a un episodio maníaco?</i>	0	1	9		

S. PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Ahora, me gustaría hacerle unas preguntas de cuando usted era más joven

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
1. Antes de los 15 años...			
1. a. 1) ...se escapaba de la escuela frecuentemente?	0	1	9
En caso afirmativo:			
1. a. 2) ...¿Qué edad tenía la primera vez?			<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
1. b) ...se escapó de su casa más de una vez toda la noche o se escapó de la casa y nunca más volvió?	0	1	9
1. c) ...iniciaba frecuentemente peleas físicas?	0	1	9
1. d) ...usó en más de una ocasión un arma, por ejemplo un garrote, un revólver o un cuchillo en una pelea?	0	1	9
1. e) ...en más de una ocasión, robó cosas o falsificó una firma para hacer un cheque o usar una tarjeta de crédito?	0	1	9
1. f) ...frecuentemente fue malo con los animales, incluyendo mascotas, o hirió a un animal intencionalmente?	0	1	9
1. g) ...hirió intencionalmente a una persona (pero no durante una pelea)	0	1	9
1. h) ...alguna vez prendió fuego donde no debía hacerlo?	0	1	9
1. j) ...alguna vez destruyó la propiedad de otra persona a propósito?	0	1	9
1. k) ...frecuentemente intimidaba o amenazaba a otros?	0	1	9
1. l) ...decía frecuentemente mentiras?	0	1	9
En caso afirmativo: ¿Porqué decía tantas mentiras? _____			

ENTREVISTADOR: Codifique SÍ , en caso de que la intención fuera obtener bienes o favores, o para evitar obligaciones. Codifique NO si el sujeto mentía para evitar el abuso físico o sexual.			
Pase a la pregunta 2 ←			
1. m) ...alguna vez forzó a alguien a tener sexo con usted?	0	1	9
1. n) ...alguna vez tomó dinero o la propiedad de alguna persona, amenazándola o usando la fuerza, por ejemplo arrebatar un bolso o atracar a alguien?	0	1	9
2. ENTREVISTADOR: Cuente los síntomas positivos (1.a a 1.n) y anótelos aquí.			<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

S. PERSONALIDAD ANTISOCIAL

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sabe</u>
2. a) ENTREVISTADOR: ¿La respuesta a la pregunta 2 es tres o más?	0	1	9

Pase a T. Escala de evaluación global (página 141) ←

3. ¿Qué edad tenía la primera vez que usted (lista de síntomas positivos en la pregunta 1)			
--	--	--	--

4. ¿Por causa de (lista de síntomas positivos en la pregunta 1) hubo cambios en su vida social o en la forma como usted manejaba su estudio trabajo o quehaceres domésticos?	0	1	9
--	---	---	---

En caso afirmativo: Especificar: _____

ENTREVISTADOR: Para las preguntas 5 a 15 pregunte si es necesario a los sujetos con evidencia de manía, esquizofrenia, o trastornos por uso de sustancias:

¿Este (comportamiento) siempre fue producido por su uso de alcohol/drogas?

¿Ese (comportamiento) siempre ocurrió durante un episodio de manía o psicosis?

En caso afirmativo: No cuente como episodios positivos aquellos relacionados con manía o psicosis

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>Sólo con alcohol o drogas</u>
Ahora, voy a hacerle unas preguntas acerca de usted después de los 15 años.			
5. ¿En los últimos cinco años, ha estado desempleado seis meses o más por razones diferentes a estar estudiando, enfermo, en huelga, jubilado o en la cárcel?	0	1	2

6. ¿Cuándo estaba trabajando, frecuentemente se ausentó del trabajo sin estar enfermo o faltaba repetidamente porque no quería ir?	0	1	2
--	---	---	---

ENTREVISTADOR: Codifique **NO** si la ausencia era causada por la enfermedad de un familiar.

7. ¿Después de los 15 años, se retiró de tres o más trabajos sin tener otro trabajo en perspectiva?	0	1	2
---	---	---	---

8. ¿Después de los 15 años, ha hecho repetidamente cosas por las cuales pudiera ser arrestado, como robar, realizar actividades ilegales como vender drogas u objetos robados, destruir propiedad o molestar a otros?	0	1	2
---	---	---	---

9. ¿Después de los 15 años, con frecuencia ha arrojado cosas o ha golpeado o atacado a alguien físicamente (incluyendo a su esposa/esposo, compañero o hijos)?	0	1	2
--	---	---	---

10. ¿Después de los 15 años, ha dejado de pagar las deudas o fallado en otras responsabilidades financieras como el sostenimiento de los hijos o de otras personas que dependen de usted?	0	1	2
---	---	---	---

S. PERSONALIDAD ANTISOCIAL

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>Sólo con alcohol o drogas</u>		
11. <i>¿Después de los 15 años, ha viajado de un sitio a otro sin saber donde se iba a quedar o en qué iba a trabajar, o no ha tenido un lugar estable para vivir por un mes o más?</i>	0	1	2		
12. <i>¿Después de los 15 años, ha mentido frecuentemente, usado alias o engañado a otros por un beneficio o placer temporal?</i>	0	1	2		
13. <i>¿Después de los 15 años, ha recibido tres o más multas por exceso de velocidad o ha conducido estando intoxicado?</i>	0	1	2		
14. <i>¿Después de los 15 años, ha sido responsable de un niño?</i>	0	1	2		
Pase a la pregunta 16	←				
15. <i>¿Después de los 15 años, alguien le ha dicho que no cuidaba adecuadamente a su hijo (o a un niño de quien fuera responsable) como...</i>					
15. a) <i>...no dar suficiente comida?</i>	0	1	2		
15. b) <i>...no lo mantenía limpio, lo cual hacía que se enfermara?</i>	0	1	2		
15. c) <i>...no lo llevaba al médico cuando estaba gravemente enfermo?</i>	0	1	2		
15. d) <i>...lo dejaba con los vecinos porque no era capaz de cuidarlo en casa?</i>	0	1	2		
15. e) <i>...no organizaba que alguien cuidara del niño cuando usted no estaba?</i>	0	1	2		
15. f) <i>...en más de una ocasión se quedó sin dinero para el cuidado del niño porque lo gastó en usted mismo?</i>	0	1	2		
16. <i>¿Después de los 15 años, ha sido fiel a la persona con quien mantenía una relación romántica o amorosa por un año o más? Es decir, ¿no tuvo aventuras ni relaciones de una noche durante ese tiempo?</i>	0	1			
ENTREVISTADOR: Codifique SÍ en caso de que el sujeto <u>nunca</u> haya sostenido una relación monogámica por más de un año					
17. <i>¿Sintió que estaba bien haber robado, herido, destruido, o (liste otros actos antisociales de las preguntas 8 - 13)</i>	0	1			
18. <i>¿Qué edad tenía la última vez que hizo estas cosas?</i>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>				

T. ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL (GAS)

ENTREVISTADOR: Registre el nivel más bajo de funcionamiento del sujeto durante el último mes (o en el momento de la admisión si está hospitalizado). Registre el funcionamiento actual independientemente del tratamiento o pronóstico

	<u>No</u>	<u>Sí</u>
1. ¿El sujeto está hospitalizado?	0	1
2. GAS: En el peor momento del episodio actual	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. GAS: Durante el último mes	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Clasifique el nivel de funcionamiento más bajo del sujeto durante la última semana, seleccionando el rango menor que describe su funcionamiento en un hipotético continuo de enfermedad mental. Por ejemplo, un sujeto cuya “conducta está considerablemente influenciada por delirios” (rango 21 a 30), debería recibir una clasificación que se ubique en dicho rango, aun cuando tenga “deterioros importantes en varias áreas” (rango 31 a 40). Use niveles intermedios cuando sea apropiado. Clasifique el funcionamiento real independientemente de si el sujeto está recibiendo o no medicamentos y puede ser ayudado por él mismo o alguna otra forma de tratamiento.

91-100 Funcionamiento superior en una amplia gama de actividades, los problemas de la vida nunca parecen escapar a su control, es buscado por otros a causa de su calidez e integridad. No presenta síntomas.

81-90 Buen funcionamiento en todas las áreas, muchos intereses, socialmente efectivo, generalmente satisfecho con la vida. Puede haber o no síntomas transitorios y preocupaciones “cotidianas” que se escapan a su control sólo ocasionalmente.

71-80 Hay sólo un leve deterioro en el funcionamiento, diversos grados de preocupaciones y problemas “cotidianos” que en ocasiones escapan a su control. Pueden estar presentes o no síntomas mínimos.

61-70 Algunos síntomas leves (por ejemplo, estado de ánimo depresivo e insomnio leve) O BIEN algunas dificultades en varias áreas de funcionamiento, pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas y la mayor parte de la gente no entrenada no lo consideraría una persona “enferma”.

51-60 Síntomas moderados O BIEN funciona generalmente con algo de dificultad (por ejemplo, pocos amigos y afecto apagado, estado de ánimo depresivo y desconfianza en sí mismo patológica, estado de ánimo eufórico y presión por hablar, conducta antisocial moderadamente severa).

41-50 Cualquier sintomatología o deterioro serio en el funcionamiento que la mayoría de los médicos clínicos pensaría que requiere obviamente tratamiento o atención (por ejemplo, preocupación o gestos suicidas, rituales obsesivos graves, frecuentes ataques de ansiedad, severa conducta antisocial, deseo compulsivo por beber, síndrome maniaco leve pero definido).

31-40 Deterioro importante en varias áreas, como en el trabajo, relaciones familiares, discernimiento, pensamiento o estado de ánimo (por ejemplo, la mujer deprimida evita los amigos, descuida la familia, es incapaz de efectuar las labores domésticas), O BIEN presenta algún deterioro en el análisis de la realidad o comunicación (por ejemplo, en ciertos momentos el habla es oscura, ilógica o no viene al caso), O BIEN ha tenido un intento de suicidio.

21-30 Incapaz de funcionar en casi todas las áreas (por ejemplo, se queda en cama todo el día) O BIEN su conducta está considerablemente influenciada ya sea por delirios o alucinaciones O BIEN presenta un serio deterioro en la comunicación (por ejemplo, a veces es incoherente o no responde) o en su discernimiento (por ejemplo, actúa de manera absolutamente inapropiada).

11-20 Necesita algún grado de supervisión para impedir herir a otros o herirse a sí mismo, o para mantener un mínimo de higiene personal (por ejemplo, reiterados intentos de suicidio, conducta frecuentemente violenta, excitación maniaca, mancha con excrementos) O BIEN grave deterioro en su comunicación (por ejemplo, sumamente incoherente o se queda mudo).

1-19 Necesita supervisión constante durante varios días para impedir que hiera a otros o se hiera a sí mismo (por ejemplo, requiere una unidad de cuidado intensivo con observación especial por parte del personal), no hace intento alguno por mantener un mínimo de higiene personal o realiza serios actos suicidas con la clara intención y esperanza de morir.

APLANAMIENTO O EMBOTAMIENTO AFECTIVO

1. Expresión facial no cambiante

• No hay expresión facial no-cambiante. El sujeto es normal o lábil.	0
• Cuestionable	1
• Leve : Ocasionalmente, la expresión del sujeto no es como se esperaría.	2
• Moderada : La expresión del sujeto está muy disminuida, pero no ausente.	3
• Marcada : La cara del sujeto tiene un aspecto plano, pero hay pequeñas expresiones afectivas que surgen ocasionalmente	4
• Severa : La cara del sujeto es totalmente inexpresiva y cambia muy poco durante toda la entrevista.	5

Observaciones: _____

2. Disminución de los movimientos espontáneos

• No hay disminución de los movimientos espontáneos. El sujeto se mueve normalmente o es hiperactivo.	0
• Cuestionable	1
• Leve : Alguna disminución en los movimientos espontáneos.	2
• Moderada : El sujeto se mueve tres o cuatro veces durante la entrevista	3
• Marcada : El sujeto se mueve una o dos veces durante la entrevista	4
• Severa : El sujeto permanece inmóvil durante la entrevista.	5

Observaciones: _____

3. Disminución de gestos expresivos

• No hay disminución de los gestos expresivos. El sujeto usa gestos expresivos normal o excesivamente	0
• Cuestionable	1
• Leve : Alguna disminución de los gestos expresivos.	2
• Moderada : El sujeto usa su cuerpo como una ayuda en la expresión por lo menos tres o cuatro veces	3
• Marcada : El sujeto usa su cuerpo como una ayuda en la expresión por sólo una o dos veces	4
• Severa : El sujeto nunca usa su cuerpo como una ayuda en la expresión.	5

Observaciones: _____

4. Pobre contacto visual

• No hay pobre contacto visual. Hay buen contacto y expresión visual	0
• Cuestionable	1
• Leve : Alguna disminución en el contacto y la expresión visual.	2
• Moderada : El contacto visual del sujeto está disminuido a la mitad de los normal	3
• Marcada : El contacto visual del sujeto es muy infrecuente	4
• Severa : El sujeto nunca mira al entrevistador	5

Observaciones: _____

U.SANS

5. Falta de respuesta afectiva

• No hay falta de respuesta afectiva	0
• Cuestionable	1
• Leve : Ligera pero definitiva falta de respuesta afectiva	2
• Moderada : El sujeto presenta ocasionalmente falta de respuesta afectiva	3
• Marcada : El sujeto presenta falta de respuesta afectiva la mayor parte del tiempo	4
• Severa : El sujeto no tiene respuesta afectiva, aun incitándole.	5

Observaciones: _____

6. Falta de inflexiones vocales

• No hay falta de inflexiones vocales. Presenta las inflexiones normales.	0
• Cuestionable	1
• Leve : Ligera disminución de las inflexiones vocales	2
• Moderada : El entrevistador nota varios casos de aplanamiento en las inflexiones vocales.	3
• Marcada : Obvia disminución de las inflexiones vocales.	4
• Severa : El lenguaje del sujeto es continuamente monótono	5

Observaciones: _____

7. Evaluación global de aplanamiento afectivo

• No hay aplanamiento. Afecto normal	0
• Cuestionable	1
• Leve aplanamiento afectivo	2
• Moderado aplanamiento afectivo	3
• Marcado aplanamiento afectivo	4
• Grave aplanamiento afectivo	5

Observaciones: _____

ALOGIA

8. Pobreza del lenguaje

• No hay pobreza en el lenguaje: Una cantidad sustancial y apropiada de respuestas que incluyen información adicional	0
• Cuestionable	1
• Leve : Respuestas ocasionales que no incluyen información elaborada aunque ésta sea apropiada	2
• Moderada : Algunas respuestas no incluyen información apropiadamente elaborada, y algunas respuestas son monosílabas o muy breves	3
• Marcada : Las respuestas raramente tienen más de una frase o unas pocas palabras.	4
• Severa : El sujeto dice casi nada y ocasionalmente no responde las preguntas	5

Observaciones: _____

U.SANS

9. Pobreza en el contenido del lenguaje

• No hay pobreza en el contenido del pensamiento	0
• Cuestionable	1
• Leve : Respuestas ocasionales que son muy vagas para ser comprensibles o pueden ser marcadamente condensadas.	2
• Moderada : Frecuentes respuestas que son vagas o que pueden ser marcadamente condensadas. Toman por lo menos un cuarto de la entrevista	3
• Marcada : Por lo menos la mitad del lenguaje del sujeto está compuesto por respuestas vagas o incomprensibles.	4
• Severa : Casi todo el lenguaje es vago, incomprensible o puede ser marcadamente condensado	5

Observaciones: _____

10. Bloqueos

• No hay bloqueos	0
• Cuestionable	1
• Leve : En un período de 45 minutos de entrevista se notó en un sólo momento	2
• Moderada : En un período de 45 minutos de entrevista ocurrió dos veces	3
• Marcada : En un período de 45 minutos de entrevista ocurrió tres o cuatro veces	4
• Severa : En un período de 45 minutos de entrevista ocurrió más de cuatro veces.	5

Observaciones: _____

11. Aumento del tiempo de latencia de respuestas

• No hay	0
• Cuestionable	1
• Leve : Ocasionalmente se presentan breves pausas antes de responder	2
• Moderada : Frecuentemente se presentan pausas de varios segundos antes de responder	3
• Marcada : Usualmente se presentan pausas que duran de 10 a 15 segundos antes de responder	4
• Severa : Largas pausas antes de todas las respuestas	5

Observaciones: _____

12. Evaluación global de alogia

• No hay alogia	0
• Cuestionable	1
• Leve : Ligeramente pero definitivo empobrecimiento del lenguaje	2
• Moderada : Evidencia significativa de pensamiento empobrecido	3
• Marcada : El pensamiento del sujeto parece empobrecido la mayor parte del tiempo	4
• Severa : El pensamiento del sujeto parece empobrecido todo el tiempo	5

Observaciones: _____

U.SANS

ABULIA - APATIA

13. Cuidado e higiene

• No hay evidencia de poca higiene o autocuidado	0
• Cuestionable	1
• Leve : Ligera pero definitiva indicación de inatención a la apariencia	2
• Moderada : La apariencia es algo desarreglada. Por ejemplo, cabello graso, o ropas sucias	3
• Marcada : Los intentos de mantener la higiene y el autocuidado son mínimos.	4
• Severa : Las ropas, el cuerpo y el ambiente del sujeto son sucias y malolientes	5

Observaciones: _____

14. Falta de persistencia en el trabajo o la escuela

• No hay evidencia de falta de persistencia en el trabajo o escuela	0
• Cuestionable	1
• Leve : Ligeras indicaciones de falta de persistencia. Por ejemplo, faltar unos días al trabajo o la escuela	2
• Moderada : El sujeto tiene un pobre desempeño en el trabajo o la escuela	3
• Marcada : El sujeto tiene mucha dificultad para mantenerse a un nivel aun por debajo del normal en el trabajo o la escuela	4
• Severa : El sujeto falla consistentemente en el trabajo y la escuela como para mantenerse en los mismos	5

Observaciones: _____

15. Anergia física

• No hay evidencia de anergia física	0
• Cuestionable	1
• Anergia leve	2
• Moderada : El sujeto permanece sentado o acostado sin hacer algo por lo menos un cuarto del tiempo que debería estar despierto	3
• Marcada : El sujeto permanece sentado o acostado sin hacer algo por lo menos la mitad del tiempo en el que debería estar despierto	4
• Severa : El sujeto permanece acostado o sentado sin hacer algo la mayor parte del día	5

Observaciones: _____

16. Evaluación global de abulia - apatía

• No hay abulia ni hipobulia	0
• Cuestionable	1
• Leve , pero definitivamente presente	2
• Hipobulia moderada.	3
• Hipobulia marcada	4
• Abulia severa	5

Observaciones: _____

ANHEDONIA-FALTA DE SOCIABILIDAD

17. Intereses y actividades recreativas

• No hay incapacidad para disfrutar las actividades o intereses recreativos	0
• Cuestionable	1
• Leve incapacidad para disfrutar las actividades recreativas.	2
• Moderada : El sujeto frecuentemente no “está listo” para las actividades recreativas	3
• Marcada : El sujeto tiene poco interés en las actividades recreativas y además las disfruta poco	4
• Severa : El sujeto no tiene interés en las actividades recreativas y además no las disfruta	5

Observaciones: _____

18. Interés y actividad sexual

• No hay incapacidad para disfrutar de las actividades sexuales	0
• Disminución cuestionable en el interés y actividad sexuales	1
• Leve disminución en el interés y actividad sexuales.	2
• Moderada : El sujeto ocasionalmente ha notado disminución del interés en las actividades sexuales y/o del disfrute de las mismas.	3
• Marcada : El sujeto tiene poco interés en las actividades sexuales y/o las disfruta poco.	4
• Severa : El sujeto no tiene interés en las actividades sexuales y/o no las disfruta	5

Observaciones: _____

19. Capacidad para sentir intimidad y cercanía

• No hay incapacidad para sentir intimidad y cercanía	0
• Cuestionable	1
• Leve, pero definitiva incapacidad para sentir intimidad y cercanía	2
• Moderada : El sujeto parece disfrutar con la familia u otros significativos, pero no parece “esperar con placer” las visitas	3
• Marcada : El sujeto parece indiferente con las visitas de la familia o de otros significativos, alegrándose solo levemente	4
• Severa : El sujeto prefiere no hacer contacto o es hostil con familiares o con otros significativos	5

Observaciones: _____

20. Relación con amigos y compañeros

• No hay incapacidad para hacer amistad	0
• Cuestionable incapacidad para hacer amistad	1
• Leve : pero definitiva incapacidad para hacer amistad	2
• Moderada : El sujeto es capaz de interactuar pero ve a sus amigos o conocidos sólo dos o tres veces al mes	3
• Marcada : El sujeto tiene dificultades para formar y mantener amistad. Ve a sus amigos o conocidos una vez al mes	4
• Severa : El sujeto no tiene amigos y no tiene interés en desarrollar lazo social alguno	5

Observaciones: _____

U.SANS

21. Evaluación global de anhedonia-falta de sociabilidad

• No hay evidencia de anhedonia-falta de sociabilidad	0
• Cuestionable evidencia de anhedonia-falta de sociabilidad	1
• Leve evidencia de anhedonia-falta de sociabilidad	2
• Moderada evidencia de anhedonia-falta de sociabilidad	3
• Marcada evidencia de anhedonia-falta de sociabilidad	4
• Severa evidencia de anhedonia-falta de sociabilidad	5

Observaciones: _____

ATENCIÓN

22. Inatención social

• No hay indicación de inatención	0
• Signos cuestionables	1
• Leve pero definitivos signos de inatención	2
• Moderada : El sujeto ocasionalmente pasa por alto lo que está pasando en el ambiente	3
• Marcada : El sujeto frecuentemente pasa por alto lo que está pasando en el ambiente ; tiene problemas de comprensión de lectura	4
• Severa : El sujeto es incapaz de seguir una conversación, recordar lo que ha leído o seguir un programa de televisión	5

Observaciones: _____

23. Inatención durante las pruebas de estado mental

• No hay errores	0
• Cuestionable : No hay errores pero el sujeto realiza la tarea de forma defectuosa o comete un error y lo corrige	1
• Leve pero definitivo (un error)	2
• Moderada (dos errores)	3
• Marcada (tres errores)	4
• Severa (más de tres errores)	5

Observaciones: _____

24. Evaluación global de atención

• No hay indicaciones de inatención	0
• Cuestionable	1
• Leve pero definitiva inatención	2
• Moderada inatención	3
• Marcada inatención	4
• Severa inatención	5

Observaciones: _____

V. SAPS

ALUCINACIONES

1. Alucinaciones auditivas

• No hay alucinaciones auditivas	0
• Cuestionable	1
• Leve : El sujeto oye ruidos o una sola palabra (alucinación simple)	2
• Moderada : Clara evidencia de voces. Ocurren por lo menos semanalmente	3
• Marcada : Clara evidencia de voces. Ocurren casi todos los días	4
• Severa : Las voces ocurren frecuentemente todos los días	5

Observaciones: _____

2. Voces que conversan

• No hay	0
• Cuestionable	1
• Leve : El sujeto oye voces ocasionalmente.	2
• Moderada : Clara evidencia de voces. Ocurren por lo menos semanalmente	3
• Marcada : Clara evidencia de voces. Ocurren casi todos los días	4
• Severa : Las voces ocurren frecuentemente todos los días	5

Observaciones: _____

3. Voces que conversan

• No hay	0
• Cuestionable	1
• Leve : El sujeto oye voces ocasionalmente.	2
• Moderada : Clara evidencia de voces. Ocurren por lo menos semanalmente	3
• Marcada : Clara evidencia de voces. Ocurren casi todos los días	4
• Severa : Las voces ocurren frecuentemente todos los días	5

Observaciones: _____

4. Alucinaciones somáticas o táctiles

• No hay alucinaciones somáticas o táctiles	0
• Cuestionable	1
• Leve : El sujeto experimenta sensaciones peculiares, pero ocurren ocasionalmente.	2
• Moderada : Clara evidencia de alucinaciones somáticas o táctiles. Ocurren por lo menos semanalmente	3
• Marcada : Clara evidencia de alucinaciones somáticas o táctiles. Ocurren casi todos los días	4
• Severa : Las alucinaciones ocurren frecuentemente todos los días	5

Observaciones: _____

V. SAPS

5. Alucinaciones olfatorias

• No hay alucinaciones olfatorias	0
• Cuestionable	1
• Leve : El sujeto experimenta alucinaciones olfatorias, pero ocurren ocasionalmente	2
• Moderada : Clara evidencia de alucinaciones olfatorias. Ocurren por lo menos semanalmente	3
• Marcada : Clara evidencia de alucinaciones olfatorias. Ocurren casi todos los días	4
• Severa : Las alucinaciones ocurren frecuentemente todos los días	5

Observaciones: _____

6. Alucinaciones visuales

• No hay alucinaciones visuales	0
• Cuestionable	1
• Leve : El sujeto experimenta alucinaciones visuales, pero ocurren ocasionalmente	2
• Moderada : Clara evidencia de alucinaciones visuales. Ocurren por lo menos semanalmente	3
• Marcada : Clara evidencia de alucinaciones visuales. Ocurren casi todos los días	4
• Severa : Las alucinaciones ocurren frecuentemente todos los días	5

Observaciones: _____

7. Evaluación global de las alucinaciones

• No hay alucinaciones	0
• Cuestionable	1
• Leve : Las alucinaciones están presentes, pero ocurren con poca frecuencia; a veces el sujeto puede cuestionar su existencia	2
• Moderada : Las alucinaciones son vívidas y ocurren ocasionalmente;	3
• Marcada : Las alucinaciones son bastante vívidas, ocurren frecuentemente y alteran la vida del sujeto	4
• Severa : Las alucinaciones ocurren casi diariamente y son a veces inusuales o extrañas; son vívidas y extremadamente problemáticas.	5

Observaciones: _____

DELIRIOS

8. Delirios persecutorios

• Ninguna idea delirante persecutoria	0
• Cuestionable	1
• Leve : Creencias delirantes que son simples y pueden ser de varios tipos; el sujeto puede cuestionarlas ocasionalmente	2
• Moderada : Ideas delirantes claras y consistentes que están firmemente arraigadas	3
• Marcada : Ideas delirantes consistentes que están firmemente arraigadas y que el sujeto actúa	4
• Severa : Ideas delirantes complejas, bien estructuradas que el sujeto actúa que le preocupan la mayor parte del tiempo; algunos aspectos de la idea delirante y su reacción son bastante extraños	5

Observaciones: _____

V. SAPS

9. Delirios celotípicos

• Ninguna idea delirante celotípica	0
• Cuestionable	1
• Leve : Creencias delirantes que son simples y pueden ser de varios tipos; el sujeto puede cuestionarlas ocasionalmente	2
• Moderada : Ideas delirantes claras y consistentes que están firmemente arraigadas	3
• Marcada : Ideas delirantes consistentes que están firmemente arraigadas y que el sujeto actúa	4
• Severa : Ideas delirantes complejas, bien estructuradas que el sujeto actúa que le preocupan la mayor parte del tiempo; algunos aspectos de la idea delirante y su reacción son bastante extraños	5

Observaciones: _____

10. Delirios de culpa o pecado

• Ninguna idea delirante de culpa	0
• Cuestionable	1
• Leve : Creencias delirantes que son simples y pueden ser de varios tipos; el sujeto puede cuestionarlas ocasionalmente	2
• Moderada : Ideas delirantes claras y consistentes que están firmemente arraigadas	3
• Marcada : Ideas delirantes consistentes que están firmemente arraigadas y que el sujeto actúa	4
• Severa : Ideas delirantes complejas, bien estructuradas que el sujeto actúa que le preocupan la mayor parte del tiempo; algunos aspectos de la idea delirante y su reacción son bastante extraños	5

Observaciones: _____

11. Delirios de grandeza

• Ninguna idea delirante de grandeza	0
• Cuestionable	1
• Leve : Creencias delirantes que son simples y pueden ser de varios tipos; el sujeto puede cuestionarlas ocasionalmente	2
• Moderada : Ideas delirantes claras y consistentes que están firmemente arraigadas	3
• Marcada : Ideas delirantes consistentes que están firmemente arraigadas y que el sujeto actúa	4
• Severa : Ideas delirantes complejas, bien estructuradas que el sujeto actúa que le preocupan la mayor parte del tiempo; algunos aspectos de la idea delirante y su reacción son bastante extraños	5

Observaciones: _____

12. Delirios religiosos

• Ninguna idea delirante religiosa	0
• Cuestionable	1
• Leve : Creencias delirantes que son simples y pueden ser de varios tipos; el sujeto puede cuestionarlas ocasionalmente	2
• Moderada : Ideas delirantes claras y consistentes que están firmemente arraigadas	3
• Marcada : Ideas delirantes consistentes que están firmemente arraigadas y que el sujeto actúa	4
• Severa : Ideas delirantes complejas, bien estructuradas que el sujeto actúa que le preocupan la mayor parte del tiempo; algunos aspectos de la idea delirante y su reacción son bastante extraños	5

V. SAPS

Observaciones: _____

13. Delirios somáticos

• Ninguna idea delirante	0
• Cuestionable	1
• Leve : Creencias delirantes que son simples y pueden ser de varios tipo; el sujeto puede cuestionarlas ocasionalmente	2
• Moderada : Ideas delirantes claras y consistentes que están firmemente arraigadas	3
• Marcada : Ideas delirantes consistentes que están firmemente arraigadas y que el sujeto actúa	4
• Severa : Ideas delirantes complejas, bien estructuradas que el sujeto actúa que le preocupan la mayor parte del tiempo; algunos aspectos de la idea delirante y su reacción son bastante extraños	5

Observaciones: _____

14. Delirios de referencia

• Ninguna idea delirante de referencia	0
• Cuestionable	1
• Leve : Ocasionalmente, ideas delirantes de referencia	2
• Moderada : Han ocurrido máximo una vez por semana	3
• Marcada : Ocurre por lo menos dos o tres veces por semana	4
• Severa : Ocurre frecuentemente	5

Observaciones: _____

15. Delirios de estar controlado

• Ninguna idea delirante de estar controlado	0
• Cuestionable	1
• Leve : El sujeto se ha sentido controlado, pero lo duda ocasionalmente.	2
• Moderada : Clara experiencia de control, lo cual ha ocurrido en dos o tres ocasiones por semana.	3
• Marcada : Clara experiencia de control, las cuales ocurren frecuentemente. El comportamiento puede estar afectado.	4
• Severa : Clara experiencia de control que ocurre frecuentemente, alterando la vida del sujeto, y afectando su comportamiento	5

Observaciones: _____

16. Delirio de lectura de pensamiento

• Ninguna idea delirante de lectura de pensamiento	0
• Cuestionable	1
• Leve : El sujeto ha experimentado que le leen la mente, pero duda de ello ocasionalmente	2
• Moderada : Clara experiencia de lectura de pensamiento, lo cual ha ocurrido en dos o tres ocasiones por semana.	3
• Marcada : Clara experiencia de lectura de pensamiento, las cuales ocurren frecuentemente. El comportamiento puede estar afectado.	4
• Severa : Clara experiencia de lectura de pensamiento lo cual ocurre frecuentemente, alterando la vida del sujeto, y afectando su comportamiento	5

V. SAPS

Observaciones: _____

17. Delirio de emisión de pensamiento

• Ninguna idea delirante de emisión de pensamiento	0
• Cuestionable	1
• Leve : El sujeto ha experimentado emisión de pensamiento, pero lo duda ocasionalmente.	2
• Moderada : Clara experiencia de emisión de pensamiento, lo cual ha ocurrido en dos o tres ocasiones por semana.	3
• Marcada : Clara experiencia de emisión de pensamiento, las cuales ocurren frecuentemente. El comportamiento puede estar afectado.	4
• Severa : Clara experiencia de emisión de pensamiento lo cual ocurre frecuentemente, alterando la vida del sujeto, y afectando su comportamiento	5

Observaciones: _____

18. Delirios de inserción de pensamiento

• Ninguna idea delirante de inserción de pensamiento	0
• Cuestionable	1
• Leve : El sujeto ha experimentado inserción de pensamiento, pero lo duda ocasionalmente.	2
• Moderada : Clara experiencia de inserción de pensamiento, lo cual ha ocurrido en dos o tres ocasiones por semana.	3
• Marcada : Clara experiencia de inserción de pensamiento, las cuales ocurren frecuentemente. El comportamiento puede estar afectado.	4
• Severa : Clara experiencia de inserción de pensamiento lo cual ocurre frecuentemente, alterando la vida del sujeto, y afectando su comportamiento	5

Observaciones: _____

19. Delirios de robo de pensamiento

• Ninguna idea delirante de robo de pensamiento	0
• Cuestionable	1
• Leve : El sujeto ha experimentado robo de pensamiento, pero lo duda ocasionalmente.	2
• Moderada : Clara experiencia de robo de pensamiento, lo cual ha ocurrido en dos o tres ocasiones por semana.	3
• Marcada : Clara experiencia de robo de pensamiento, la cual ocurre frecuentemente. El comportamiento puede estar afectado.	4
• Severa : Clara experiencia de robo de pensamiento lo cual ocurre frecuentemente, alterando la vida del sujeto, y afectando su comportamiento	5

Observaciones: _____

V. SAPS

20. Evaluación global de severidad de delirios

• Ninguna idea delirante	0
• Cuestionable	1
• Leve : El delirio está definitivamente presente, pero a veces el sujeto cuestiona esta creencia	2
• Moderada : El sujeto está convencido de la creencia, pero puede ocurrir infrecuentemente y tiene poco efecto sobre su comportamiento	3
• Marcada : El delirio es firme; ocurre frecuentemente y afecta el comportamiento del sujeto.	4
• Severa : Los delirios son complejos, bien formados y deteriorantes; son constantes y tienen un gran efecto sobre el comportamientos del sujeto; pueden ser extraños	5

Observaciones: _____

COMPORTAMIENTO EXTRAÑO

21. Vestido y apariencia

• No hay	0
• Cuestionable	1
• Leve : Ocasionales rarezas en el vestir o en la apariencia	2
• Moderada : La apariencia es rara y puede llamar la atención.	3
• Marcada : La apariencia es marcadamente extraña	4
• Severa : La apariencia del sujeto es muy fantástica o muy extravagante	5

Observaciones: _____

22. Comportamiento social y sexual

• No hay	0
• Cuestionable	1
• Leve : Oportunidades ocasionales en las cuales tiene un comportamiento algo peculiar	2
• Moderada : Frecuentes oportunidades de comportamiento raro	3
• Marcada : Comportamiento muy extraño	4
• Severa : Comportamiento extremadamente extraño el cual puede ser muy fantástico	5

Observaciones: _____

23. Comportamiento agresivo o agitado

• No hay comportamiento agresivo	0
• Cuestionable	1
• Leve : Oportunidades ocasionales en las que tiene un comportamiento agresivo moderado	2
• Moderada : Frecuentes oportunidades de comportamiento agresivo moderado: por ejemplo, escribir cartas airadas a extraños	3
• Marcada : Comportamiento muy agresivo. Por ejemplo, amenazar gente, peroratas públicas	4
• Severa : Comportamiento extremadamente agresivo. Por ejemplo, mutilar animales o atacar a la gente	5

Observaciones: _____

V. SAPS

24. Comportamiento repetitivo o estereotipado

• No hay	0
• Cuestionable	1
• Leve : Oportunidades ocasionales de comportamiento ritual o estereotipado	2
• Moderada : Frecuentes oportunidades de comportamiento repetitivo o estereotipado. Por ejemplo, rituales en el comer o en el vestir sin significado simbólico	3
• Marcada : Comportamiento muy repetitivo y estereotipado. Por ejemplo, rituales en el comer o en el vestir con significado simbólico	4
• Severa : Rituales extremadamente extraños. Por ejemplo, llevar un diario en un lenguaje incomprensible	5

Observaciones: _____

25. Evaluación global de severidad de comportamiento extraño

• No hay comportamiento extraño	0
• Cuestionable	1
• Leve : Oportunidades ocasionales de comportamiento inusual o aparentemente idiosincrásico; el sujeto tiene usualmente alguna introspección	2
• Moderada : Comportamiento que es claramente apartado de las normas sociales y parece algo extraño; el sujeto puede tener alguna introspección	3
• Marcada : Comportamiento que es marcadamente apartado de las normas sociales y claramente extraño, el sujeto puede tener alguna introspección	4
• Severa : Comportamiento que es extremadamente extraño o fantástico ; puede incluir un sólo acto extremo; por ejemplo, intento de homicidio. El sujeto usualmente no tiene introspección.	5

Observaciones: _____

TRASTORNOS POSITIVOS DE LA FORMA DEL PENSAMIENTO

26. Pérdida de asociaciones

• No hay descarrilamiento	0
• Cuestionable	1
• Leve : Oportunidades ocasionales de descarrilamiento, únicamente leves cambios de tema	2
• Moderada : Varias oportunidades de descarrilamiento ; a veces es difícil seguir al sujeto.	3
• Marcada : Frecuentes oportunidades de descarrilamiento ;con gran dificultad para seguir al sujeto	4
• Severa : El descarrilamiento es tan frecuente y tan extremo que el lenguaje del sujeto es casi incomprensible.	5

Observaciones: _____

27. Pararrespuestas

• No hay	0
• Cuestionable	1
• Leve : Una o dos pararrespuestas	2
• Moderada : Ocasionales pararrespuestas (tres o cuatro)	3
• Marcada : Frecuentes pararrespuestas (más de cuatro veces)	4
• Severa : La tangencialidad es tan grave que entrevistar al sujeto es extremadamente difícil	5

Observaciones: _____

V. SAPS

28. Incoherencia (ensalada de palabras o esquizofasia)

• No hay	0
• Cuestionable	1
• Leve : Oportunidades ocasionales con incoherencia	2
• Moderada : Frecuentes momentos de incoherencia	3
• Marcada : Por lo menos la mitad del lenguaje del sujeto es incomprensible	4
• Severa : Casi todo el lenguaje del sujeto es incomprensible	5

Observaciones: _____

29. Pensamiento ilógico

• No hay	0
• Cuestionable	1
• Leve : Casos ocasionales de pensamiento ilógico	2
• Moderada : Casos frecuentes de pensamiento ilógico (tres o cuatro veces)	3
• Marcada : Buena parte del lenguaje del sujeto es ilógico (más de cuatro veces)	4
• Severa : La mayor parte del lenguaje del sujeto es ilógico	5

Observaciones: _____

30. Circunstancialidad

• No hay	0
• Cuestionable	1
• Leve : Casos ocasionales de circunstancialidad	2
• Moderada : Frecuentes casos de circunstancialidad	3
• Marcada : Casi la mitad del discurso del sujeto es circunstancial	4
• Severa : La mayor parte del discurso del sujeto es circunstancial	5

Observaciones: _____

31. Presión del habla

• No hay	0
• Cuestionable	1
• Leve : Débil presión del habla, algún leve incremento en la cantidad, rapidez o volumen del habla	2
• Moderada : Usualmente toma varios minutos respondiendo a preguntas simples, puede hablar cuando uno no está escuchando o habla más fuerte y rápidamente	3
• Marcada : Frecuentemente toma más de tres minutos en respondiendo una pregunta simple, a veces comienza a hablar sin estímulo social, difícil de interrumpir	4
• Severa : El sujeto habla casi continuamente, no puede ser interrumpido o no calla cuando otros hablan.	5

Observaciones: _____

V. SAPS

32. Facilidad de distracción

• No hay	0
• Cuestionable	1
• Leve : Se distrae una vez durante la entrevista	2
• Moderada : Se distrae dos o cuatro veces durante una entrevista	3
• Marcada : Se distrae cinco o diez veces durante una entrevista	4
• Severa : Se distrae más de diez veces durante una entrevista	5

Observaciones: _____

33. Asociaciones por asonancia

• No hay	0
• Cuestionable	1
• Leve : Ocurre una vez durante la entrevista	2
• Moderada : Ocurre dos a cuatro veces durante una entrevista.	3
• Marcada : Ocurre cinco a diez veces durante una entrevista	4
• Severa : Ocurre más de diez veces, o tan frecuentemente que la entrevista es incomprensible	5

Observaciones: _____

34. Evaluación global de trastornos positivos de la forma del pensamiento

• No hay	0
• Cuestionable	1
• Leve : Oportunidades ocasionales. El discurso del sujeto se puede entender	2
• Moderada : Se presentan trastornos positivos de la forma del pensamiento en frecuentes oportunidades. A veces es difícil entender al sujeto.	3
• Marcada : Frecuentemente, es difícil entender al sujeto	4
• Severa : El sujeto es incomprensible	5

Observaciones: _____

35. AFECTO INAPROPIADO

• El afecto no es inapropiado	0
• Cuestionable	1
• Leve : Por lo menos en un momento se presenta afecto inapropiado	2
• Moderada : El sujeto exhibe en dos a cuatro ocasiones afecto inapropiado	3
• Marcada : El sujeto exhibe en cinco a diez ocasiones afecto inapropiado	4
• Severa : El afecto del sujeto es inapropiado la mayor parte del tiempo	5

Observaciones: _____

**X. EVALUACIÓN DE CONFIABILIDAD
DEL ENTREVISTADO**

ENTREVISTADOR: Indique que tan confiable piensa que es la información dada por el sujeto en las siguientes áreas:

	<u>Buena</u>	<u>Regular</u>	<u>No es confiable</u>
1. SOMATIZACIÓN	1	2	3
2. DEPRESIÓN MAYOR	1	2	3
3. MANÍA	1	2	3
4. ABUSO DE ALCOHOL	1	2	3
5. TABACO, MARIHUANA Y ABUSO DE DROGAS	1	2	3
6. PSICOSIS	1	2	3
7. CONDUCTA SUICIDA Y VIOLENTA	1	2	3
8. TRASTORNOS DE ANSIEDAD	1	2	3
9. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	1	2	3
10. PERSONALIDAD ANTISOCIAL	1	2	3
11. CONFIABILIDAD TOTAL	1	2	3

Por favor explique abajo



Y. RESUMEN NARRATIVO

Y. RESUMEN NARRATIVO