

CODIGO DE ENTREVISTADO	_ _ _ _ _
FECHA DE LA ENTREVISTA	_ _ _ _ _
	día mes año

1.- DATOS DE ENTREVISTADOR y DE LA ENTREVISTA

HORA DE COMIENZO |_|_| |_|_| 01001
hora min

HORA DE FINALIZACION |_|_| |_|_| 01002
hora min

ENTREVISTADOR: Nombre _____ Apellidos _____

CODIGO DE ENTREVISTADOR |_|_|_|_| 01003

ENTREVISTA |_| 01004

- 1.- Completa
- 2.- Incompleta
- 3.- No realizada

PARA ENTREVISTA NO REALIZADA: |_| 01005

- 1.- Traslado de residencia
- 2.- No acepta responder por decisión personal
- 3.- No acepta responder por presión familiar
- 4.- Imposibilidad de responder por enfermedad
- 5.- Fallecimiento
- 6.- Otro (Especificar) _____

EN CASO DE NO RESPONDER POR ENFERMEDAD:

DIAGNOSTICO _____

|_|_|_|_|_| |_|_|
01006

|_|_|_|_|_| |_|_|
01007

EN CASO DE FALLECIMIENTO:

FECHA (Día/mes/año) |_|_|_|_|_|_| .01008

CAUSA _____

|_|_|_|_|_| |_|_|
01009

EN CASO DE ENTREVISTA REALIZADA |_| 01010

- 1.- Presente únicamente el encuestado
- 2.- Presencia familiar NO participativa
- 3.- Presencia familiar participativa positiva
(Ayuda al encuestado a recordar algunos antecedentes personales o familiares)
- 4.- Presencia familiar participativa negativa
(Hace cambiar de opinión al encuestado sistemáticamente o interfiere continuamente la entrevista)
- 5.- Presencia de otra persona

LUGAR DE LA ENTREVISTA |_| 01011

- 1.- Casa del entrevistado
- 2.- Casa de un familiar
- 3.- Hospital
- 4.- Residencia de ancianos
- 5.- Otros. Especificar: _____

CON QUIEN VIVE |_| 01012

- 1.- Solo
- 2.- Con el cónyuge
- 3.- Hijos
- 4.- Otros. Especificar: _____

SUPERVISIÓN DE PERSONAL|_| | 02013

- 0.- No
- 1.- Sí, supervisor en empresa ajena
- 2.- Sí, supervisor en empresa propia

NÚMERO DE TRABAJADORES A SU CARGO|_|_|_| | 02014

- 777.- ninguno, no procede
- 888.- No sabe/ sin datos
- 999.- No preguntado

TRABAJO EN INDUSTRIAS/RAMAS ESPECÍFICAS|_|_| | 02015

- 01.- Textil
- 02.- Metalurgia
- 03.- Alimentación
- 04.- Transportes
- 05.- Ingeniería mecánica
- 06.- Construcción
- 07.- Industrias de la madera
- 08.- Industrias del calzado
- 09.- Industrias del papel
- 10.- Química
- 11.- Eléctrica
- 12.- Imprenta, editorial,...
- 13.- Sanidad
- 14.- Educación
- 15.- Otros
- 16.- No empleado (desempleado, ama de casa)
- 88.- No sabe/ sin datos
- 99.- No preguntado

 * **LO QUE SIGUE A CONTINUACIÓN SE PREGUNTARÁ EN LA PARTE FINAL DE LA ENTREVISTA** *

SITUACIÓN ECONÓMICA: (888= No sabe/ sin datos, 999= No preguntado)

Ingresos mensuales del paciente: (en miles de ptas.)|_|_|_| ..02016

Ingresos mensuales del cabeza de familia (si no es el paciente): (en miles de ptas.)|_|_|_| ..02017

Otros ingresos familiares: _____ (en miles de ptas.)|_|_|_| ..02018

CLASIFICACIÓN NACIONAL DE CLASE SOCIAL (BETÉS Y SARRIÉS):|_|_|_| | 02019

- 01.- Baja/baja
- 02.- Baja/media
- 03.- Baja/alta
- 04.- Media/baja
- 05.- Media/media
- 06.- Media/alta
- 07.- Alta/baja
- 08.- Alta/media
- 09.- Alta/alta
- 88.- No sabe/falta dato
- 99.- No preguntado

3.- ESTADO DE SALUD

Ya verá, como le he explicado, estamos interesados y estamos estudiando el tipo de problemas de salud que puede tener la gente, la población adulta y geriátrica. Si me permite, le haré algunas preguntas. No se preocupe si algunas de las preguntas le parecen curiosas o extrañas, seguro que alguna de ellas no sirve para usted, pero es que debemos preguntar a todos lo mismo.

Esperar hasta que el entrevistado se acomode y esté en disposición de atenderle.

Para empezar, le voy a decir mi apellido y me gustaría que usted lo recordara.

(1) Mi apellido es..... ¿PUEDE REPETIRLO?|_| 03001
(Repetir lentamente el apellido hasta su correcta repetición. Se permiten tres intentos. Se admiten fallos menores de pronunciación).

- 0.- Repetición correcta.
- 1.- No puede repetirlo

Bien, pues en relación con su salud, que es el motivo principal de esta entrevista: ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE?

Si contesta afirmativamente, dejarle hablar brevemente, anotar en resumen lo que diga espontáneamente y, a continuación, preguntar lo siguiente:

Quizás tenga usted algún informe médico a mano, ¿PODRÍA ENSEÑÁRMELO?

En caso afirmativo, reservar TODA la información obtenida para la sección ANTECEDENTES MEDICOS más adelante.

MEDICACION

Luego comentamos en detalle estos informes/estas enfermedades que ha tenido/tiene. Si no le importa, querría preguntarle también si:

(2) ¿ESTÁ VD. TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? (0. No, 1. Si)|_| 03002

==== Si no toma ningún medicamento, pasar a la pregunta n° 3

¿CUÁLES SON Y CON QUÉ FRECUENCIA LAS TOMA?

(Pedir los frascos y comprobar la información).

ATC (Anatomical Therapeutic Chemical). Ver codificación.

(Prescripción= 1.- Facultativa documentada, 2.- Facultativa NO documentada, 3.- Iniciativa propia, 8.- Duda)

(Frecuencia= 1.- A diario/casi diario, 2.- Esporádico)

Nombres	AT C	Prescripción	Frecuencia	Código
	_	_ 03003	_ 03004	_ _ _ _ 03005
	_	_ 03006	_ 03007	_ _ _ _ 03008
	_	_ 03009	_ 03010	_ _ _ _ 03011
	_	_ 03012	_ 03013	_ _ _ _ 03014
	_	_ 03015	_ 03016	_ _ _ _ 03017
	_	_ 03018	_ 03019	_ _ _ _ 03020

	_	_ 03021	_ 03022	_ _ _ _ 03023
--	---	----------	----------	----------------

JUICIO RESUMEN|_| 03024

- 0.- NO está tomando medicamentos prescritos por el médico para problemas mentales o emocionales.
- 1.- Está tomando medicamentos prescritos por el médico para problemas mentales o emocionales.
- 2.- Está tomando medicamentos NO prescritos por el médico para problemas mentales o emocionales.

ABUSO DE DROGAS

(3) ¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO DEL QUE NO PUEDA PRESCINDIR (por ejemplo, pastillas

|_| 03025
para dormir, o para tranquilizarse), O ALGUNA DROGA?
(Alguna de las drogas adictivas o que originan hábito, listadas abajo)

- 0.- No
- 1.- Sí

- En caso afirmativo rellenar **COMPLETAMENTE** la tabla:

- Puntuar en la columna Actual: 0.- No
- 1.- consumo esporádico
 - 2.- abuso, consumo diario/casi diario
 - 8.- duda
 - 9.- No procede
- Puntuar en Años de consumo: 88.- No Recuerda
- 99.- No Procede

- En caso negativo, ¿LO HA HECHO ALGUNA VEZ?, ¿CUÁNDO?|_| ..03026

- 0.- No
- 1.- Sí

En caso afirmativo rellenar **COMPLETAMENTE** la tabla:

- Puntuar en la columna Pasado: 0.- No
- 1.- consumo esporádico
 - 2.- abuso, consumo diario/casi diario
 - 8.- duda
 - 9.- No procede
- Puntuar en Años de consumo: 88.- No Recuerda
- 99.- No Procede

	Actual	Pasado	Años consumo	Sustancia
a) Opio, alcaloides del opio, heroína, morfina sintéticas como analgésicos (por ejemplo: Petidina, Metadona, Dihidrocodeína)	_ 03027	_ _ _ _ 03028	_ _ _ _ 03029	
b) Alucinógenos	_ 03030	_ _ _ _ 03031	_ _ _ _ 03032	
c) Cannabis (Hachís, marihuana)	_ 03033	_ _ _ _ 03034	_ _ _ _ 03035	
d) Otros psicoestimulantes (anfetaminas, cocaína)	_ 03036	_ _ _ _ 03037	_ _ _ _ 03038	
e) Barbitúricos	_ 03039	_ _ _ _ 03040	_ _ _ _ 03041	
f) Otros hipnóticos y sedantes (BZD, etc)	_ 03042	_ _ _ _ 03043	_ _ _ _ 03044	
g) Tranquilizantes (neurolépticos)	_ 03045	_ _ _ _ 03046	_ _ _ _ 03047	

h) Otros. Especificar: _____	_ 03048	_ _ 03049	_ _ _ 03050	
------------------------------	----------	------------	--------------	--

4.- EXPLORACION COGNOSCITIVA

MEMORIA

Fijándose en la información recogida en la sección anterior, iniciar la siguiente pregunta repitiendo los datos, por ejemplo: *Veo que tiene/ha tenido problemas de tensión/corazón/diabetes, etc. Por todos ellos le voy a ir preguntando. Veo que también ha tenido problemas de riesgo.*

(1) *En caso positivo, ¿LE HA AFECTADO LA MEMORIA?*

En caso negativo, veo que recuerda bien los datos, ¿CONSERVA BIEN LA MEMORIA? 04001

(2) *Si responde que tiene problemas: ¿SUPONE ELLO UN PROBLEMA PARA VD.?*

El entrevistado, subjetivamente, tiene dificultades con su memoria, es un problema para él 04002

(3) *¿HA TENDIDO RECIENTEMENTE TENDENCIA A OLVIDAR COSAS? (¿DE QUÉ TIPO DE COSAS SE OLVIDA VD.?) (¿DE LOS NOMBRES DE SUS FAMILIARES O AMIGOS PRÓXIMOS?) (?DE DÓNDE HA DEJADO LAS COSAS?)* 04003

0.- No olvidos

1.- Olvida los nombres de familiares o amigos, o los confunde (no se incluyen errores pasajeros)

2.- Olvida dónde ha dejado las cosas

3.- Olvida ambas cosas

===== Si no hay olvidos, pasar a la pregunta n° 5

(4) *Aproximadamente, ¿CUÁNDO COMENZÓ A NOTARLO?:* 04004

1.- Ocurrió por primera vez durante los últimos 1-2 años

2.- Ocurrió por primera vez durante los últimos años 3-4 años

3.- Ocurrió por primera vez durante los últimos 5-10 años

4.- Ocurrió por primera vez hace más de 10 años

* (5) *¿RECUERDA MI APELLIDO (SE LO DIJE AL PRINCIPIO)? ¿CUÁL ES?* 04005

0.- Lo recuerda perfectamente

1.- No recuerda correctamente el nombre del entrevistador (se permiten errores mínimos de pronunciación)

(6) *Por cierto, ¿ME CONOCÍA A MÍ ANTERIORMENTE, ME HA VISTO VD. ANTES? Si no está seguro ¿ME HA VISTO EN LA ÚLTIMA SEMANA? En caso afirmativo: ¿CUÁNDO? ¿DÓNDE? ¿CÓMO FUÉ? ¿QUÉ ESTABA HACIENDO? ¿QUÉ LLEVABA PUESTO? ¿QUÉ HICIMOS JUNTOS? ¿QUÉ LE DIJE?* 04006

0.- No confabula

1.- Da una respuesta positiva y una explicación sencilla dentro de los límites de sus posibilidades, pero el entrevistador sabe que es incorrecto, por ej: "Vd. fue el doctor que me examinó ayer".

2.- Confabulación

(7) **OBSERVACION**

Habla divagando, pero las ideas están razonablemente bien formadas 04007

(8) *(Ahora tengo que hacerle una pregunta sencilla) ¿CÓMO SE LLAMA EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO?*

No recuerda el nombre del Presidente del Gobierno 04008

(Si lo dice mal: Bien en realidad se llama.....)

(9) *¿QUIÉN FUÉ EL ANTERIOR PRESIDENTE DEL GOBIERNO?*

No recuerda el nombre del anterior Presidente del Gobierno 04009

(10) **OBSERVACION**

En opinión del entrevistador, el entrevistado tiene dificultades con su memoria 04010

ORIENTACION

(11) *También hablando de la memoria: ¿RECUERDA EN QUÉ AÑO NACIÓ?:* 04011

0.- Lo recuerda

1.- El/ella no lo sabe decir

2.- Incompleto, irrelevante o sin respuesta

Anotar el año de nacimiento dado 04012

(12) *¿QUÉ EDAD TIENE?* 04013

- 0.- Correcto
- 1.- El/ella no lo sabe decir
- 2.- Incorrecto o irrelevante

Anotar la edad dada|_|_|_| 04014

===== Si no existen discrepancias entre la edad y la fecha de nacimiento pasar a la pregunta 14

(13) **No acaban de salirme bien las cuentas al sumar sus años, ¿PUEDE VD. AYUDARME?**.....|_| 04015

- 0.- No comete error
- 1.- Muestra una marcada inseguridad acerca de sus años/edad y su fecha de nacimiento
- 2.- El entrevistado no corrige la discrepancia entre la fecha de nacimiento que ha declarado y su edad (ignorar un error de un sólo año)
- 3.- Error de 2 o 3 años
- 4.- Error de más de 3 años

* (14) **A veces, cuando uno no está del todo bien, puede tener dificultades para recordar la fecha..**

**¿PUEDE DECIRME QUÉ DÍA DEL MES ES HOY? ¿QUÉ DÍA DE LA SEMANA? ¿QUÉ MES?
¿QUÉ ESTACIÓN? ¿QUÉ EPOCA DEL AÑO? ¿QUÉ AÑO?**

Anotar la fecha indicada (incluye día de la semana, día del mes, mes, estación y año).

Se valorarán estos ítems en el MEC más adelante.

===== Si recuerda perfectamente la fecha, pasar a la pregunta 15.

- 0.- Correcto
- 1.- Error en un sólo día/mes/año
- 2.- Error en más de un día/mes (se permite, por ej., marzo en la 1ª semana de abril)/año

Error en día de la semana|_| 04016

Error en el mes|_| 04017

El/ella no sabe el mes|_| 04018

Al menos parte de la respuesta es incompleta, irrelevante o no hay respuesta|_| 04019

Error en el año|_| 04020

El/ella no sabe el año|_| 04021

===== Si es entrevistado en un lugar distinto a su propia casa, pasar a la pregunta 16

* (15) **¿SABE CUÁL ES SU DIRECCIÓN POSTAL (PARA LAS CARTAS, CORREO)? Hacer más preguntas para ver la dirección completa y asegurarse que el entrevistado sabe o no los cinco ítems del MEC:**

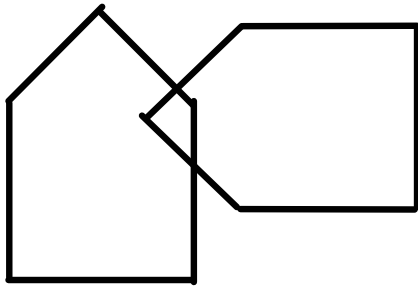
Calle.....	Correcto _	Incorrecto _
Número.....	Correcto _	Incorrecto _
Ciudad.....	Correcto _	Incorrecto _
Provincia.....	Correcto _	Incorrecto _
País	Correcto _	Incorrecto _

===== Si se le entrevista en casa, pasar al MEC

* (16) **¿CÓMO SE LLAMA ESTE LUGAR DONDE ESTAMOS AHORA? Hacer más preguntas para ver la dirección completa y asegurarse que el entrevistado sabe o no los cinco ítems del MEC:**

Nombre del centro/institución.....	Correcto _	Incorrecto _
Planta o calle.....	Correcto _	Incorrecto _
Ciudad.....	Correcto _	Incorrecto _
Provincia.....	Correcto _	Incorrecto _
País	Correcto _	Incorrecto _

- **ORIENTACION** (*no preguntar; puntuar a partir de las respuestas correspondientes de la sección de orientación GMS*) Puntuación
- Día Fecha Mes Estación Año (5) ..04022
- Calle/Hospital N° calle/Planta Ciudad Provincia Nación (5) ..04023
-**FIJACION**
- Ahora, por favor, le voy a pedir que repita estas 3 palabras:*
- Peseta** **Caballo** **Manzana**
- Repetirlas hasta que las aprenda y contar los intentos, n.º:* (3) ..04024
- Acuérdese de ellas, porque se las preguntaré dentro de un rato.*
-**CONCENTRACION Y CALCULO**
- Si tiene 30 pts y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando?*
- 27 24 21 18 15 (5) ..04025
- Repita: 5-9-2 (hasta que los aprenda y contar los intentos):*
- Ahora hacia atrás (comenzando por el último)* (3) ..04026
-**MEMORIA**
- ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?*
- Peseta Caballo Manzana (3) ..04027
-**LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN**
- Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto?*
- Repetirlo con el reloj: ¿Qué es esto?* (2) ..04028
- Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros"*(1) ..04029
- Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?. Se parecen en que son frutas.*
- ¿Qué son (o en qué se parecen) el rojo y el verde?*
- ¿Qué son (o en qué se parecen) un perro y un gato?* (2) ..04030
- Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad*
y póngalo en el suelo/mesa (3) ..04031
- Lea esto y haga lo que dice:*
- CIERRE LOS OJOS**(1) ..04032
- Escriba una frase (algo que tenga sentido):*
- _____ (1) 04033
- Copie este dibujo:*(1) ..04034



PUNTUACION TOTAL.....() |_|_| ..04035

PUNTUACION TOTAL CORREGIDA.....(35) |_|_| ..04036

NIVEL DE CONCIENCIA |_| 04037

- 1.- Alerta
- 2.- Obnubilación
- 3.- Estupor
- 4.- Coma

JUICIO.-

Competencia del entrevistado para completar el MEC |_| ..04038

- 0.- No hubo problemas en la administración
- 1.- El entrevistado es analfabeto
- 2.- El entrevistado tiene algún problema físico que le impide el cumplimiento del MEC
- 3.- El entrevistado está demasiado demenciado como para completar el MEC
- 4.- Circunstancias sociales impiden la administración
- 5.- Se interrumpe la entrevista sin poder completar el test

Número de preguntas ausentes del MEC (preguntas codificadas como 8 o 9)..... |_|_| ..04039

(17) ¿ES VD. DIESTRO O ZURDO? ¿CON QUÉ MANO CORTA EL PAN (ETC) O TIRARÍA UNA PELOTA?:... |_| 04040

- 1.- Diestro
- 2.- Zurdo

5.- ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES

HIPERTENSION ARTERIAL

- (1) ¿LE HA DICHO ALGÚN MÉDICO QUE TIENE LA TENSIÓN, LA TENSIÓN ARTERIAL, ALTA?|_| 05001
 0.- No
 1.- Sí

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 7

- (2) ¿QUÉ TENSIÓN, QUÉ CIFRAS LE HAN DADO? (en mmHg).
 Anotar tensión arterial máxima|_|_|_|_| 05002

Anotar tensión arterial mínima|_|_|_|_| 05003

- (3) ¿LE HAN DICHO SI ERA GRAVE?|_| 05004

0.- No era grave o no se le dijo

1.- Se le explicó que era grave

- (4) ¿LE HAN PUESTO ALGUNA VEZ TRATAMIENTO PARA LA TENSIÓN? ¿TOMA AHORA ALGÚN MEDICAMENTO PARA LA TENSIÓN?.

0.- No

1.- Sí

Alguna vez|_| 05005

Ahora|_| 05006

- (5) ¿CÓMO FUÉ DIAGNOSTICADO? ¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ?|_| 05007

0.- Nadie

1.- Médico de cabecera

2.- Especialista

3.- Un médico (sin especificar)

- (6) EDAD EN QUE LE DESCUBRIERON LA HTA|_|_|_|_| 05008

ANGINA DE PECHO

- * (7) ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ "ANGINA DE PECHO"?|_| 05009
Dolor precordial, con opresión (a veces irradiado) durante 15 minutos o menos
(en relación con esfuerzo, pero también puede ser en reposo).

0.- No

1.- Sí

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 11

- (8) ¿QUIÉN SE LO DIAGNOSTICÓ Y/O TRATÓ?|_| 05010

0.- Nadie

1.- Médico de cabecera

2.- Especialista

3.- Un médico (sin especificar)

- (9) ¿TOMA TRATAMIENTO?|_| 05011

0.- Sin tratamiento

1.- Dudoso que esté siguiendo tratamiento para esa enfermedad

2.- Sigue tratamiento específico para esa enfermedad

- (10) Exámenes complementarios|_| 05012

0.- No

1.- Sí

Especificar: _____

INFARTO DE MIOCARDIO (IAM)

- * (11) ¿HA TENIDO EN ALGUNA OCASIÓN UN INFARTO DE MIOCARDIO?.

....."Ataque al corazón", diagnosticado por un médico 05013
Hospitalizado. 05014

0.- No
 1.- Sí

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 19

(12) **¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ EL I.A.M.? (Información dada por el paciente)** 05015

0.- Nadie
 1.- Médico de cabecera
 2.- Especialista
 3.- Un médico (sin especificar)

(13) **¿TOMA TRATAMIENTO?** 05016

0.- Sin tratamiento
 1.- Dudoso que esté siguiendo tratamiento para esa enfermedad
 2.- Sigue tratamiento específico para esa enfermedad

(14) **NÚMERO DE INFARTOS AGUDOS DE MIOCARDIO SUFRIDOS** 05017

88.- No sabe/falta dato
 99.- No preguntado

(15) **EDAD DEL PRIMER INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO** 05018

888.- No sabe/falta dato
 999.- No preguntado

(16) **EDAD DEL ÚLTIMO INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO** 05019

888.- No sabe/falta dato
 999.- No preguntado

(17) **¿TIENE ALGÚN ESTUDIO QUE CONSTATE EL DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?** 05020

0.- No
 1.- Sí

(18) **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS** 05021

0.- No
 1.- Sí

Especificar: _____

**ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR (ACV)
 Y ACCIDENTE /ATAQUE ISQUEMICO TRANSITORIO (TIA)**

* (19) **¿LE HA SUCEDIDO ALGUNA VEZ....DE REPENTE.....**

0.- No
 1.- Sí

a) **QUE SE LE QUEDASE PARALIZADA LA CARA O ALGUNA PARTE DE LA CARA?** 05022

b) **QUE SE LE DESVIASE O TORCIERE LA BOCA?** 05023

- c) **QUE SE QUEDASE SIN HABLA...O CON ALGUNA DIFICULTAD IMPORTANTE PARA HABLAR?** 05024
- d) **QUE SE LE HA QUEDADO PARALIZADO UN BRAZO O UNA PIERNA?** 05025
- e) **QUE SE QUEDASE CIEGO DE UN OJO, DE REPENTE?** 05026
- f) **LE HA DICHO ALGÚN MÉDICO QUE TUVO.....(subrayar la respuesta literal del paciente):**
 embolia, derrame cerebral, coágulo, trombosis, hemorragia cerebral, apoplejía, hemiplejía,
 parálisis, infarto cerebral, ictus, otros: especificar: 05027

===== Si puntúa 0 en todas, pasar a la pregunta n° 22

- (20) **¿Y CUÁNTO TIEMPO LE DURÓ, FUÉ CUESTIÓN DE UNOS MINUTOS...HASTA UN DÍA?**
¿O LE DURÓ INCLUSO MÁS DE UN DÍA? De las contestaciones a estas preguntas se tendrá ya
 idea de si ha tenido/no ha tenido un ACV o un AIT.

- **ACV (>24 horas)** N° de episodios 05028
 Edad 1° episodio 05029
 Edad último episodio 05030
 Hospitalizado 05031
 TAC cerebral u otras pruebas diagnósticas 05032
 Tratamiento 05033
- **AIT (<24 horas)** N° de episodios 05034
 Edad 1° episodio 05035
 Edad último episodio 05036
 Hospitalizado 05037
 TAC cerebral u otras pruebas diagnósticas 05038
 Tratamiento 05039

- (21) **DESDE QUE HA TENIDO ESE/ESOS ATAQUE/S, ¿HA NOTADO POR CASUALIDAD QUE SE ALEGRA O SE**
ENTRISTECE DEMASIADO CUANDO LE SUCEDE ALGÚN ACONTECIMIENTO?; ES DECIR, QUE TIENE
.....DIFICULTADES PARA CONTROLAR SU ALEGRÍA O SU TRISTEZA?.

.....Se describen risas o llantos apropiados pero incontrolables y prolongados
05040

EPILEPSIA

- * (22) **¿HA TENIDO ALGUNA VEZ EPILEPSIA O ATAQUES EPILÉPTICOS?.**

.....Si contesta negativamente a lo anterior, preguntar: **¿HA TENIDO ALGUNA VEZ ATAQUES, TRAS LOS**
.....CUALES SE QUEDABA "SIN RESPONDER" Y SE CAÍA AL SUELO? ("con sacudidas" (de brazos y
.....piernas, que no podía controlar), la cara morada, ruidos con la boca, sobre todo si hubo pérdida
.....de conciencia, incontinencia de esfínteres, mordedura de lengua u otras lesiones por la caída
.....y período de confusión y sueño posterior)
05041

- 0.- No
 1.- Sí, 1 vez
 2.- Sí, 2 o más veces

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 29

- (23) **¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ LA EPILEPSIA?** 05042

- 0.- Nadie
 1.- Médico de cabecera
 2.- Especialista
 3.- Un médico (sin especificar)

- (24) **¿HA TOMADO ALGUNA VEZ MEDICACIÓN PARA LA EPILEPSIA? (self report).** 05043

- 0.- No
 1.- Sí

- (25) **¿TOMA HABITUALMENTE MEDICACIÓN PARA LA EPILEPSIA? (self report).** 05044

- 0.- No

1.- Si

- (26) EDAD DEL PRIMER ATAQUE EPILÉPTICO|_|_|_| 05045
- (27) EDAD DEL ÚLTIMO ATAQUE EPILÉPTICO|_|_|_| 05046
- (28) ¿ES EL ENTREVISTADO UN CASO BIEN DIAGNOSTICADO DE EPILEPSIA?|_| 05047

TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFALICO (TCE)

- * (29) ¿HA TENIDO EL ENTREVISTADO ALGUNA VEZ UN GOLPE GRAVE EN LA CABEZA, CAYÓ
..... VIOLENTAMENTE SOBRE SU CABEZA, O TUVO CONMOCIÓN O CONTUSIÓN CEREBRAL?
..... ¿LLEGÓ A PERDER EL CONOCIMIENTO, LA CONCIENCIA? |_|
.....05048

0.- No
1.- Si

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 30

Con pérdida de conciencia *Sin pérdida de conciencia*

-N° de episodios |_|_|_|05049 |_|_|_| 05055
- Edad 1º episodio |_|_|_|05050 |_|_|_|_| 05056
- Edad último episodio |_|_|_|05051 |_|_|_|_| 05057
- Médico |_|05052 |_| 05058
- Hospitalizado |_|05053 |_| 05059
- TAC cerebral u otras pruebas diagnósticas |_|05054 |_| 05060

- * (30) ¿HA BOXEADO ALGUNA VEZ O FUÉ BOXEADOR? ¿A QUÉ EDAD?
Antes de los 18 años |_| 05061
Después de los 18 años |_| 05062

ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP)

- (31) ¿LE HA DICHO ALGÚN MÉDICO QUE TIENE ALGÚN PROBLEMA DE PARKINSON (ENFERMEDAD) DE
..... PARKINSON?. |_|
.....05063

.....Si sugiere que sí, hay informes, etc., pueden ser innecesarias las preguntas siguientes:

- (32) ¿HA NOTADO ALGUNA VEZ LENTITUD DE MOVIMIENTOS (O RIGIDEZ)....POR EJEMPLO, AL
.....LEVANTARSE DE LA CAMA, O AL PASEAR CON LA FAMILIA (QUE SE QUEDE VD. ATRÁS), ETC?. |_|
.....05064
- (33) ¿HA NOTADO OTRAS DIFICULTADES AL CAMINAR O AL GIRAR, AL DAR LA VUELTA, DE TAL
.....MODO QUE HAYA LLEGADO A TENER INCLUSO CAÍDAS, CAÍDAS FRECUENTES (SIN MOTIVO
.....APARENTE)?. |_|
.....05065
- (34) ¿Y TEMBLORES? ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ TEMBLOR DE LA CABEZA, BRAZOS O DE LAS
.....PIERNAS QUE LE HAYAN DURADO MÁS DE UN DÍA?. |_|
.....05066

===== Si puntúa 0 en todas, pasar a la pregunta n° 39

- (35) ¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ LA ENFERMEDAD DE PARKINSON? |_| 05067

0.- Nadie
1.- Médico de cabecera
2.- Especialista
3.- Un médico (sin especificar)

- (36) ¿TOMA EL PACIENTE HABITUALMENTE MEDICACIÓN PARA LA E.P.? (self-report) |_| 05068

0.- No
1.- Si

- (37) EDAD EN QUE LE FUÉ DIAGNOSTICADA LA E.P.|_|_|_| 05069

(38) ¿ES EL ENTREVISTADO UN CASO BIEN DIAGNOSTICADO DE E.P.?|_| 05070

- 0.- No
- 1.- Sí, posible
- 2.- Sí, probable o definitivo

DIABETES MELLITUS (DM)

* (39) ¿SUFRE DE DIABETES (AZÚCAR)?|_| 05071

- 0.- No
- 1.- Sí

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 44

(40) ¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ LA DIABETES?|_| 05072

- 0.- Nadie
- 1.- Médico de cabecera
- 2.- Especialista
- 3.- Un médico (sin especificar)

(41) ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO LLEVA?

- 0.- No
- 1.- Sí

a) Insulina|_| 05073

b) Antidiabéticos/hipoglucemiantes orales|_| 05074

c) Sólo con dieta para la diabetes|_| 05075

(42) EDAD A LA QUE SE LE DIAGNOSTICÓ LA DIABETES|_|_|_| 05076

- 777.- No informado
- 888.- No sabe/falta dato
- 999.- No preguntado

(43) ¿ES EL ENTREVISTADO UN CASO ESTUDIADO Y DIAGNOSTICADO DE DIABETES O DEINTOLERANCIA A LA GLUCOSA? |_|
.....05077

- 0.- No
- 1.- Sí, diabetes
- 2.- Sí, intolerancia a la glucosa

ENFERMEDADES TIROIDEAS

* (44) ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ BOCIO?(Colocar la mano sobre la parte anterior del cuello mientras serealiza la pregunta).¿SUFRE TRASTORNOS DEL TIROIDES, HIPERTIROIDISMO O HIPOTIROIDISMO? |_|
.....05078

- 0.- No
- 1.- Sí, hipertiroidismo
- 2.- Sí, hipotiroidismo
- 3.- Sí, tipo primario

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 51

(45) ¿CUÁNDO COMENZÓ? Edad a la que fue diagnosticada por 1ª vez la enf. tiroidea|_|_|_| 05079

- 777.- No informado
- 888.- No sabe/falta dato
- 999.- No preguntado

(46) ¿CÓMO FUÉ DIAGNOSTICADO? ¿QUIÉN LE DIAGNOSTICÓ?|_| 05080

- 0.- Nadie
- 1.- Médico de cabecera

- 2.- Especialista
- 3.- Un médico (sin especificar)

(47) ¿HA TOMADO ALGUNA VEZ MEDICACIÓN PARA EL TIROIDES? (self report)|_| 05081

- 0.- No
- 1.- Sí, hipotiroides
- 2.- Sí, hipertiroideos
- 3.- Sí, ambos
- 4.- Sí, desconocido

(48) ¿TOMA ACTUALMENTE MEDICACIÓN PARA EL TIROIDES? (self report)|_| 05082

- 0.- No
- 1.- Sí, hipotiroides
- 2.- Sí, hipertiroideos
- 3.- Sí, ambos
- 4.- Sí, desconocido

(49) ¿HA RECIBIDO ALGÚN OTRO TRATAMIENTO PARA EL TIROIDES?|_| 05083

- 0.- No
- 1.- Intervención quirúrgica
- 2.- Yodo radioactivo

(50) ¿ES EL ENTREVISTADO UN CASO BIEN DIAGNOSTICADO DE PATOLOGÍA TIROIDEA?|_| 05084

- 0.- No
- 1.- Sí, hipotiroideo
- 2.- Sí, hipertiroideo

MENOPAUSIA

(Sólo para mujeres; asumir que todas las mujeres >= 65 años tienen menopausia).

* (51) ¿A QUÉ EDAD TUVO LA MENOPAUSIA (SE LE RETIRÓ LA REGLA)?|_|_| 05085

- 77.- Hombre, Mujer reglante

(52) CAUSA DE LA MENOPAUSIA|_| 05086

- 0.- Natural
- 1.- No natural (fármacos, cirugía, irradiación)

EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO DEL PACIENTE

(53) EDAD DE LA MADRE CUANDO NACIÓ EL ENTREVISTADO.

.....¿ERA MUY MAYOR SU MADRE CUANDO VD. NACIÓ? ¿QUÉ EDAD TENÍA? |_|_|
|_|_|05087

- 888.- No sabe/falta dato
- 999.- No preguntado

TABACO

(54) ¿FUMA O HA FUMADO ALGUNA VEZ?|_| 05088

- 0.- No, nunca
- 1.- Sí, fuma actualmente
- 2.- Ha sido fumador, pero ahora no fuma

===== Si puntúa 0, pasar a la pregunta n° 55

¿CUÁNTOS AÑOS APROXIMADAMENTE HA ESTADO FUMANDO?
¿CUÁNTOS CIGARRILLOS/PUROS/PIPAS SE FUMABA AL DÍA DE PROMEDIO?
Si ha dejado de fumar, ¿CUÁNDO DEJÓ DE FUMAR? Si sigue fumando, ¿CUÁNTOS
CIGARRILLOS/PUROS/PIPAS SE FUMA AL DÍA DE PROMEDIO EN ESTE ÚLTIMO AÑO?

- Cigarrillos Consumo actual (en el último año). DIARIO|_|_| 05089
- Consumo promedio (antes del último año). DIARIO|_|_| 05090
- Edad fin|_|_|_| 05091
- Nº años|_|_| 05092

- Puros	Consumo actual (en el último año). DIARIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05093
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05094
	Edad fin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05095
	Nº años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05096
- Pipas	Consumo actual (en el último año). DIARIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05097
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05098
	Edad fin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05099
	Nº años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05100

ALCOHOL, OTROS TOXICOS (Excluidas medicación y drogas de abuso)

* (55) ¿**BEBE O HA BEBIDO VINO O CUALQUIER OTRO TIPO DE ALCOHOL?** 05101

- 0.- No, nunca
 1.- Sí, toma bebidas alcohólicas habitualmente
 2.- Sí, toma bebidas alcohólicas ocasionalmente
 3.- Ha bebido, pero ahora no bebe

===== Si puntúa 0, pasar a **JUICIOS**

¿**QUÉ TIPO DE BEBIDAS TOMA HABITUALMENTE?**
 ¿**CUÁNTO BEBE UN DÍA NORMAL?**
 ¿**CUÁNTOS AÑOS HA ESTADO BEBIENDO?**
 ¿**CUÁNDO DEJÓ DE TOMAR ALCOHOL?**

*Anotar literalmente las respuestas del paciente. Con posterioridad, ya se calculará
 la cantidad de alcohol/día*

- Vino (vasos)	Consumo actual (en el último año). DIARIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05102
	Consumo actual (en el último año). FIN DE SEMANA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05103
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05104
	Consumo promedio (antes del último año). FIN DE SEMANA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05105
	Edad fin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05106
- Cerveza (botellines)	Nº años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05107
	Consumo actual (en el último año). DIARIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05108
	Consumo actual (en el último año). FIN DE SEMANA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05109
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05110
	Consumo promedio (antes del último año). FIN DE SEMANA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05111
- Destilados (copas)	Edad fin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05112
	Nº años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05113
	Consumo actual (en el último año). DIARIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05114
	Consumo actual (en el último año). FIN DE SEMANA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05115
	Consumo promedio (antes del último año). DIARIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05116
	Consumo promedio (antes del último año). FIN DE SEMANA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05117
	Edad fin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05118
	Nº años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05119

(56) ¿**HA PENSADO VD. ALGUNA VEZ QUE DEBERÍA BEBER MENOS? ¿ES EL ACOHOL DE**

..... **ALGUNA FORMA UN PROBLEMA PARA VD./ÉL-ELLA?**

..... *Sólo si responde afirmativamente (o se sospecha objetivamente), preguntar*
 **¿QUÉ TIPO DE PROBLEMA?. Elaborar los siguientes JUICIOS en relación con la bebida**

- 0.- No
 1.- Ocasionalmente
 2.- Frecuentemente o por largos periodos

a) Problemas de salud, caídas o accidentes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05120
b) Ha descuidado las comidas, labores del hogar, higiene personal, autocuidado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05121
c) Ha perdido alguna vez un trabajo o ha sido incapaz de trabajar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05122
d) Toma alcohol para dormir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05123

e) Intoxicación/embriaguez en el último año.....|_| 05124

JUICIO: Los actuales síntomas ¿podrían deberse a intoxicación alcohólica?|_| 05125

- 0.- No
- 1.- Parcialmente
- 2.- Enteramente

(57) ¿HA RECIBIDO VD./ÉL-ELLA ALGUNA VEZ TRATAMIENTO O AYUDA PARA EL PROBLEMA DE

.....LA BEBIDA, POR UN MÉDICO, POR ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS O ALGUNA OTRA INSTITUCIÓN.

a) Ha recibido tratamiento o ayuda por la bebida|_| 05126

b) Ha sido ingresado alguna vez en un hospital a causa de la bebida|_| 05127

c) Ha tenido alguna vez delirium tremens, ver visiones, temblores, fuertes sacudidas, etc|_| 05128

d) Ha perdido alguna vez la memoria a causa del alcohol|_| 05129

===== Si el sujeto es menor de 65 años, pasar a JUICIOS

(58) Sólo par mayores de 65 años. DESPUÉS DE CUMPLIR LOS 65, ¿DIRÍA VD. QUE BEBE

.....MÁS, MENOS O APROXIMADAMENTE LO MISMO QUE CUANDO ERA JOVEN? |_|

.....05130

- 0.- Sin cambios
- 1.- Se describe disminución a partir de los 65 años
- 2.- Se describe aumento a partir de los 65 años

****JUICIOS**

a) Se sospecha problema de alcoholismo, pero por la actitud del paciente se obvia la sección.....|_| 05131

b) El entrevistador opina que el sujeto tiene un problema con la bebida|_| 05132

c) Ha estado bebiendo de forma excesiva durante más de cinco años de su vida|_| 05133

d) Ha sufrido graves trastornos mentales debido a la bebida.....|_| 05134

En caso afirmativo, y si el sujeto ha dejado la bebida, juzgar lo siguiente:

e) El trastorno mental ha continuado durante al menos 3 semanas tras dejar la bebida (puntuar 9 si sigue bebiendo)|_| 05135

OTROS PROBLEMAS MEDICO/QUIRURGICOS

(59) ¿HA TENIDO/TIENE ALGÚN OTRO PROBLEMA DE SALUD, ALGUNA OTRA ENFERMEDAD?

¿ME PUEDE DAR ALGÚN DETALLE DE LA MISMA?

PUEDEN DESCRIBIRSE AQUÍ DETALLES NUEVOS O ADICIONALES DE LA HISTORIA NEUROLÓGICA/MÉDICA/QUIRÚRGICA SI SE CONSIDERA OPORTUNO (ATENCIÓN: SÓLO ENFERMEDADES RELEVANTES)

JUICIO: *Persona muy sana (sólo catarros)* 05136

- 0.- Sí
- 1.- No

6.- ANTECEDENTES MEDICO/PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES

(1) **AHORA QUERÍA PREGUNTARLE POR SU FAMILIA CERCANA, SI NO LE IMPORTA. APARTE DE SUS PADRES, ¿CUÁNTOS HERMANOS HA TENIDO?, ¿ALGUNO GEMELO?, (en caso afirmativo ¿ERAN GEMELOS IDÉNTICOS?), ¿Y CUÁNTOS HIJOS HA TENIDO?**

- a) N° hermanos nacidos vivos (incluido el entrevistado): 06001
 b) N° hermanos gemelos del paciente: 06002
 c) N° hermanos mellizos del paciente: 06003
 d) N° hijos nacidos vivos: 06004
 e) N° total parientes 1° grado (padres + hermanos + hijos): 06005

(2) **YO LE QUIERO PREGUNTAR, SOBRE TODO, POR SUS FAMILIARES MÁS DIRECTOS (PADRES, HERMANOS E HIJOS), ¿ALGUNO DE ELLOS HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE LAS QUE HEMOS HABLADO ANTERIORMENTE?**

Cada columna corresponde a un pariente. Anotar el grado de parentesco según la siguiente codificación (Atención: siempre por línea directa, no valen conyuges):

- 1.- Padre
- 2.- Madre
- 3.- Hermano/a no gemelo
- 4.- Hermano/a gemelo/mellizo
- 5.- Hijo/a
- 6.- Nietos
- 7.- Otros (abuelos, tíos, primos, sobrinos) (Especificar grado de parentesco, si hay varios incluir orden de listado _____)
- 8.- Parentesco dudoso o desconocido
- 9.- No preguntado

Para cada patología:

- 1.- Dudoso
- 2.- Seguro.

GRADO DE PARENTESCO	<input type="text"/> 06006	<input type="text"/> 06015	<input type="text"/> 06024	<input type="text"/> 06033	<input type="text"/> 06042	<input type="text"/> 06051
ACV: POR EJEMPLO, ¿ALGUNO DE ELLOS TUVO PROBLEMAS DE RIEGO/INFARTO/ EMBOLIA A LA CABEZA? (formular la pregunta, si es preciso, como se ha hecho en antecedentes médicos)	<input type="text"/> 06007	<input type="text"/> 06016	<input type="text"/> 06025	<input type="text"/> 06034	<input type="text"/> 06043	<input type="text"/> 06052
Edad de comienzo (estimar el posible punto medio)	<input type="text"/> 06008	<input type="text"/> 06017	<input type="text"/> 06026	<input type="text"/> 06035	<input type="text"/> 06044	<input type="text"/> 06053
EPILEPSIA: ¿Y CONVULSIONES/ ATAQUES EPILÉPTICOS? (formular la pregunta, si es preciso, como se ha hecho en antecedentes médicos)	<input type="text"/> 06009	<input type="text"/> 06018	<input type="text"/> 06027	<input type="text"/> 06036	<input type="text"/> 06045	<input type="text"/> 06054
DOWN: ¿HA HABIDO ALGÚN CASO DE RETRASO MENTAL/ MONGOLISMO EN LA FAMILIA?	<input type="text"/> 06010	<input type="text"/> 06019	<input type="text"/> 06028	<input type="text"/> 06037	<input type="text"/> 06046	<input type="text"/> 06055
PARKINSON: ¿Y ENFERMEDAD DE PARKINSON? (formular la pregunta, si es preciso, como se ha hecho en antecedentes médicos)	<input type="text"/> 06011	<input type="text"/> 06020	<input type="text"/> 06029	<input type="text"/> 06038	<input type="text"/> 06047	<input type="text"/> 06056
DIABETES: ¿Y DIABETES/AZÚCAR A LA SANGRE? (formular la pregunta, si es preciso, como se ha hecho en antecedentes médicos)	<input type="text"/> 06012	<input type="text"/> 06021	<input type="text"/> 06030	<input type="text"/> 06039	<input type="text"/> 06048	<input type="text"/> 06057
DEMENCIA: AHORA ME GUSTARÍA SABER SI ¿ALGUIEN DE SU FAMILIA LLEGÓ A IRSE DE CABEZA CUANDO FUE MAYOR?	<input type="text"/> 06013	<input type="text"/> 06022	<input type="text"/> 06031	<input type="text"/> 06040	<input type="text"/> 06049	<input type="text"/> 06058

<i>Edad de comienzo</i> (estimar el posible punto medio)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 06014	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 06023	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 06032	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 06041	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 06050	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 06059
---	--	--	--	--	--	--

- (3) **¿HA HABIDO EN SUS FAMILIARES CERCANOS (PADRES, HERMANOS, HIJOS) ALGUNA OTRA ENFERMEDAD DE NERVIOS O MENTAL, POR EJEMPLO: ¿HA TENIDO ALGUIEN ALGUNA DEPRESIÓN?** Si se sospecha que sí: **¿LLEGÓ A INTENTAR HACERSE DAÑO A SÍ MISMO?**, en caso afirmativo: **¿PUEDE DECIRME CÓMO ERA LA ENFERMEDAD?, ¿FUE TRATADO POR ALGÚN MÉDICO POR ESE PROBLEMA?, ¿CÓMO FUE TRATADO, ¿LLEGÓ A SER HOSPITALIZADO?**

Para las enfermedades mentales, codificar:

Diagnóstico:

- 1.- diagnóstico inseguro.
- 2.- diagnóstico bastante probable.
- 8.- no sabe/no contesta.
- 9.- no preguntado.

Tratamiento:

- 1.- enfermedad no tratada por médico.
- 2.- enfermedad tratada por médico.
- 3.- enfermedad tratada por consultas externas de psiquiatría.
- 4.- enfermedad tratada mediante ingreso psiquiátrico.
- 8.- no sabe/no contesta.
- 9.- no preguntado.

GRADO DE PARENTESCO	<input type="text"/> 06060	<input type="text"/> 06072	<input type="text"/> 06084	<input type="text"/> 06096	<input type="text"/> 06108	<input type="text"/> 06120
DEPRESIÓN: Diagnóstico	<input type="text"/> 06061	<input type="text"/> 06073	<input type="text"/> 06085	<input type="text"/> 06097	<input type="text"/> 06109	<input type="text"/> 06121
Tratamiento	<input type="text"/> 06062	<input type="text"/> 06074	<input type="text"/> 06086	<input type="text"/> 06098	<input type="text"/> 06110	<input type="text"/> 06122
MANÍA: Diagnóstico	<input type="text"/> 06063	<input type="text"/> 06075	<input type="text"/> 06087	<input type="text"/> 06099	<input type="text"/> 06111	<input type="text"/> 06123
Tratamiento	<input type="text"/> 06064	<input type="text"/> 06076	<input type="text"/> 06088	<input type="text"/> 06100	<input type="text"/> 06112	<input type="text"/> 06124
ESQUIZOFRENIA: Diagnóstico	<input type="text"/> 06065	<input type="text"/> 06077	<input type="text"/> 06089	<input type="text"/> 06101	<input type="text"/> 06113	<input type="text"/> 06125
Tratamiento	<input type="text"/> 06066	<input type="text"/> 06078	<input type="text"/> 06090	<input type="text"/> 06102	<input type="text"/> 06114	<input type="text"/> 06126
ALCOHOLISMO: Diagnóstico	<input type="text"/> 06067	<input type="text"/> 06079	<input type="text"/> 06091	<input type="text"/> 06103	<input type="text"/> 06115	<input type="text"/> 06127
Tratamiento	<input type="text"/> 06068	<input type="text"/> 06080	<input type="text"/> 06092	<input type="text"/> 06104	<input type="text"/> 06116	<input type="text"/> 06128
OTROS (especificar)::	<input type="text"/> 06069	<input type="text"/> 06081	<input type="text"/> 06093	<input type="text"/> 06105	<input type="text"/> 06117	<input type="text"/> 06129
Diagnóstico	<input type="text"/> 06070	<input type="text"/> 06082	<input type="text"/> 06094	<input type="text"/> 06106	<input type="text"/> 06118	<input type="text"/> 06130
Tratamiento	<input type="text"/> 06071	<input type="text"/> 06083	<input type="text"/> 06095	<input type="text"/> 06107	<input type="text"/> 06119	<input type="text"/> 06131
SUICIDIO: Diagnóstico	<input type="text"/> 06071	<input type="text"/> 06083	<input type="text"/> 06095	<input type="text"/> 06107	<input type="text"/> 06119	<input type="text"/> 06131

- (4) **APARTE DE ESTOS PARIENTES MÁS CERCANOS, ¿ALGÚN OTRO FAMILIAR HA TENIDO PROBLEMAS DE ESE TIPO?, POR EJEMPLO ¿ALGÚN ABUELO, TÍO, PRIMO, ETC?** Si existe alguno, regresar a las tablas anteriores, especificar el parentesco según la codificación dada y completar los ítems que correspondan.

7.- MEDICIONES

TENSION ARTERIAL

(1) **Realizar dos tomas de tensión arterial, espaciadas por un intervalo de 2-3 minutos.**

a) *Tensión arterial sistólica. Primera medición: (mmHg)*.....|_|_|_|_| 07001

b) *Tensión arterial sistólica- Segunda medición: (mmHg)*.....|_|_|_|_| 07002

c) *Tensión arterial diastólica. Primera medición: (mmHg)*|_|_|_|_| 07003

d) *Tensión arterial diastólica. Segunda medición: (mmHg)*.....|_|_|_|_| 07004

e) *Posición en que fue tomada la T.A*..... |_| 07005

- 1.- sentado
- 2.- tumbado

ANTROPOMETRÍA

(2) **Peso (Aproximarse hasta 1 decimal): (Kg)** .|_|_|_|_|, |_| 07006

JUICIO: Fiabilidad en el dato |_| 07007

- 0.- Seguro (el sujeto se ha pesado recientemente)
- 1.- Dudoso (no lo recuerda con exactitud, da un valor aproximado)

(3) **Altura (Aproximarse hasta 1 decimal): (cm)** .|_|_|_|_|, |_| 07008

8.- EXPLORACIÓN PSIQUIÁTRICA (GMS-B, HAS)

PREOCUPACION

AHORA, SI NO LE IMPORTA, ME GUSTARÍA PREGUNTARLE POR EL ÚLTIMO MES, ¿CÓMO SE HA SENTIDO DURANTE EL ÚLTIMO MES?. POR EJEMPLO:

(1). **¿LE PREOCUPA ALGUNA COSA?** 08001

===== Si no menciona ninguna preocupación, pasar a la pregunta n° 6

(2). **¿DE QUÉ SE PREOCUPA VD.?** Tema o contenido de las preocupaciones, si lo hay.

- a) *Su propia salud*..... 08002
- b) *La salud de otros*..... 08003
- c) *Sus negocios (incluyendo la pensión)*..... 08004
- d) *Problemas familiares (aparte de la salud)*..... 08005

(3). Si tiene hijos: **¿Y, EN CONCRETO, HAY ALGO EN LA RELACIÓN CON SUS HIJOS QUE LE PREOCUPE O LE ALTERE? ¿QUÉ ES?**

Alterado o preocupado por las relaciones con sus hijos..... 08006

(4). **¿CUÁNTO SE PREOCUPA VD.?**

- a) *Se preocupa mucho (p. ej. de una o dos cosas)*..... 08007
- b) *Es preocupadizo, se preocupa de casi todo ahora*..... 08008

(5). **¿ES DESAGRADABLE PREOCUPARSE TANTO?, (¿PUEDE VD. DEJAR DE PREOCUPARSE?, ¿LE VIENEN ESTOS PENSAMIENTOS CONSTANTEMENTE A LA CABEZA?)**

Preocupación desagradable que le viene constantemente a la cabeza o que no puede detener. 08009

ANSIEDAD GENERAL

* (6). **¿SE ASUSTA VD., SE PONE NERVIOSO? (¿LE OCURRE ESTO ÚLTIMAMENTE?) (¿QUÉ LE HACE SENTIRSE ASÍ?)**

Hay ansiedad o miedo subjetivos, no proporcionales al suceso que los ocasiona..... ..08010

(7). **¿HA TENIDO VD. COMO CRISIS O ATAQUES DE MIEDO, (INCLUSO DE PÁNICO_) EN LOS QUE SE HAYA VISTO OBLIGADO A HACER ALGO EN CONCRETO PARA DETENERLOS?**

Episodio crítico de ansiedad que el sujeto intenta detener p. ej. pidiendo ayuda, acudiendo al médico/urgencias, saliendo corriendo de la habitación.
08011

===== Si no hay crisis de pánico, pasar a la pregunta n° 8

Determinar el n° de crisis de pánico:

- a) *En la última semana*:..... 08012
- b) *En el último mes*:..... 08013
- c) *En el último año*:..... 08014

TENSION

* (8). **¿ESTÁ CANSADO? (¿EXHAUSTO?)** Si responde: No **¿Y POR LA NOCHE?**

Está cansado o exhausto por el día o por la noche..... ..08015

(9). ¿TIENE DIFICULTADES PARA RELAJARSE, PARA RELAJAR SU CUERPO?

Dificultades para descansar (relajarse)..... ..08016

(10). ¿TIENE DOLOR DE CABEZA? ¿EN QUÉ PARTE? ¿CÓMO SON? 08017

0.- No

1.- Refiere dolores de cabeza.

2.- Refiere cefaleas tensionales, por ej: "bandas alrededor de la cabeza", "presión", "tensión en la nuca", "pesadez".

Como dolores tensionales no anotar las migrañas, p. ej., dolor de cabeza unilateral, pulsátil, con distorsión visual y náusea.

IRRITABILIDAD

(11). ¿ESTÁ VD. ÚLTIMAMENTE MÁS IRRITABLE (ENFADADO)?, ¿Y LE OCURRE A MENUDO?, (¿INCLUSO CADA DÍA?), (¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO?)

a) Admite su irritabilidad (enfado)..... ..08018

b) Irritable casi todos los días durante al menos dos semanas en el último mes.08019

(12). Y CON VD. MISMO, ¿SE ENFADA CON VD. MISMO?

Se enfada consigo mismo.08020

SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS

(13). ¿HA NOTADO LOS LATIDOS DE SU CORAZÓN (PALPITACIONES) O SE HA ENCONTRADO TEMBLOROSO EN EL ÚLTIMO MES? (¿CUANDO ESTO NO ERA DEBIDO AL EJERCICIO?) ¿QUÉ SUCEDIÓ?, ¿HA TENIDO OTROS SÍNTOMAS COMO, POR EJEMPLO: SEQUEDAD DE BOCA, DIFICULTADES PARA RESPIRAR, SENSACIÓN DE AHOGO, MALESTAR, DOLOR EN EL PECHO, NÁUSEAS, PROBLEMAS EN LA TRIPA, MAREOS, ESCALOFRÍOS, ETC?

a) Palpitaciones (p. ej, el paciente es consciente de los latidos de su corazón, no debido al ejercicio pero a menudo acompañado de ansiedad. 08021

b) Temblores ligeros o de grado medio debidos a la ansiedad.08022

c) Otros signos corporales de ansiedad (especificar _____)..... ..08023

TRASTORNOS SOMATICOS

(14). ¿QUÉ TAL APETITO TIENE? ¿COME BIEN? (¿HA COMIDO ÚLTIMAMENTE MÁS O MENOS DE LO NORMAL?) . 08024

0.- Apetito normal

1.- Disminución de la apetencia por la comida.

2.- Aumento de la apetencia por la comida.

===== Si come bien, pasar a la pregunta n° 16.

(15). ¿A QUÉ SE DEBE? ¿LLEVA PASÁNDOLE ESTO CASI TODOS LOS DÍAS DE ESTE ÚLTIMO MES?

Mal apetito sin alteración médica conocida y sin náuseas o dispepsia.08025

Alteración del apetito presente casi todos días durante al menos 2 semanas en el último mes.... ..08026

1.- Disminución del apetito

2.- Aumento del apetito

* (16). ¿HA PERDIDO PESO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? (¿HA GANADO PESO?)¿CUÁNTO? ¿Y EN EL ÚLTIMO MES? .. 08027

0.- No

1.- Ha perdido 4.5 Kg o más durante los últimos 3 meses.

2.- Ha perdido 4.5 Kg o más durante el último mes.

3.- Ha ganado 4.5 Kg o más durante el último mes.

(17). ¿HA TENIDO PROBLEMAS PARA DORMIR ÚLTIMAMENTE? (¿HA TOMADO ALGO PARA DORMIR?) ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO LLEVA OCURRIÉNDOLE? ¿QUÉ SUELE PASAR?

Problemas o cambio reciente en el patrón de sueño..... ..08028

===== Si no hay problemas, pasar a la pregunta
n° 22 .

Tipo de alteración..... ..08029

- 1.- Padece insomnio la mayor parte de la noche y duerme principalmente durante el día.
- 2.- Marcado insomnio la mayor parte de las noches, durante al menos 2 semanas en el último mes.
- 3.- Marcado y excesivo sueño la mayor parte de las noches, durante al menos dos semanas en el último mes

(18). Sólo si no ha quedado claro, insistir: **PERDONE QUE INSISTA UN POCO. EN CONCRETO ¿HA TENIDO DIFICULTADES PARA CONCILIAR EL SUEÑO, PARA QUEDARSE DORMIDO? ¿PERMANECE DESPIERTO MUCHO TIEMPO?**

Dificultad para conciliar el sueño. Si toma hipnóticos, valorar lo que el entrevistado cree que ocurriría si no los tomara. . 08030

(19). **¿SE DESPIERTA POR LA NOCHE?**

Interrupción del sueño por la noche.(Se incluye cuando el entrevistado se despierta tras un sueño ligero y no puede dormirse de nuevo durante más tiempo). Si toma hipnóticos, valorar lo que el entrevistado cree que ocurriría si no los tomara. 08031

(20). **FINALMENTE, ¿SE DESPIERTA TEMPRANO POR LAS MAÑANAS, DEMASIADO TEMPRANO, SIN PODER VOLVERSE A DORMIR? ¿A QUÉ HORA OCURRE ESTO? ¿CUÁL ES SU HORA NORMAL DE LEVANTARSE?¿CUÁNTAS VECES LE HA OCURRIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS?**

Despierta sobre 2 horas o más antes de la hora normal de despertarse y no puede volver a dormirse casi todas las noches durante al menos 2 semanas en el último mes. . 08032

(21). **¿POR QUÉ SE DESPIERTA? (¿CUÁL ES LA DIFICULTAD?) ¿ES UN PROBLEMA (FÍSICO), DEL TIPO DE TENER QUE IR AL BAÑO, O POR ALGÚN DOLOR? ¿LE MOLESTA EL RUIDO? .** 08033

- 0.- Principalmente se debe o procede de una causa física corporal, o ruidos, etc.
- 1.- La dificultad se debe a pensamientos o ánimos alterados, o a la tensión emocional (p. ej., permanece despierto con sentimientos o pensamientos depresivos-ansiosos).

SOLEDAD

* (22). **¿SE SIENTE VD. SÓLO, TIENE SOLEDAD?**

Admite sentirse solo, en soledad (subjetivo)..... ..08034

===== Si no se siente solo, pasar a la pregunta
n° 25

(23). **ESTA SOLEDAD, ¿LE PREOCUPA, LE AFECTA MUCHO? ¿LA PUEDE EVITAR?**

- a) *Se siente solo, en soledad (subjetivo) y no puede hacer nada por evitarlo.* ..08035
- b) *Preocupado o deprimido por su actual soledad.* ..08036

(24). **Y PARA EL FUTURO, ¿LE PREOCUPA LA POSIBILIDAD (PERSPECTIVA) DE ESTAR (VIVIR) SOLO (SIN OTRAS PERSONAS) EN EL FUTURO?**

Le preocupa estar solo, sin otras personas (objetivo), en el futuro..... ..08037

DEPRESION

* (25). **¿QUÉ ME DICE DE SU ESTADO DE ÁNIMO?, (¿HA ESTADO VD. BAJO DE ÁNIMOS, INCLUSO TRISTE (DEPRIMIDO, INFELIZ) ÚLTIMAMENTE ?)**

Estado de ánimo deprimido..... ..08038

(26). ¿HA LLEGADO A LLORAR ÚLTIMAMENTE? (¿CON QUÉ FRECUENCIA?)

Ha llorado.....|_| ..08039

===== Si ha llorado, pasar a la pregunta n° 29

(27). ¿HA TENIDO GANAS DE LLORAR SIN LLEGAR A HACERLO? (¿CON QUÉ FRECUENCIA?)

Se ha sentido con ganas de llorar.....|_| ..08040

(28). Si el entrevistado no admite estar deprimido, haber llorado o haber querido llorar, INSISTIR: **SE SUELE CONSIDERAR QUE LAS PERSONAS DE EDAD A MENUDO ESTÁN BAJOS DE ÁNIMO, CON TENDENCIA A ESTAR TRISTES PERO, A PESAR DE ELLO, VD. SE ENCUENTRA BIEN, ¿ES ASÍ?** .|_| 08041

===== Si no existen indicios de depresión, pasar a pregunta n° 39.

* (29). ¿ESTÁ VD. ASÍ TODO EL TIEMPO? ¿CUÁNTO LE HA DURADO ESE ESTADO DE ÁNIMO, ESA DEPRESIÓN? (¿SÓLO UNAS POCAS HORAS O MÁS?) ..|_| 08042

- 1.- La depresión, llanto o ganas de llorar dura más de unas pocas horas ocasionales.
- 2.- La depresión, llanto o ganas de llorar está presente la mayor parte del tiempo.

¿DURANTE CUANTO TIEMPO LA HA TENIDO?

Presente durante al menos dos semanas seguidas en el último mes.....|_| ..08043

(30). ¿VARÍA SU ESTADO DE ÁNIMO MUCHO EN EL MISMO DÍA, ES CAMBIANTE, FLUCTÚA MUCHO?

Humor fluctuante.....|_| ..08044

(31). ¿A QUÉ HORA DEL DÍA SE SIENTE PEOR?

- Si en ninguno de los periodos siguientes, puntuar: 0.
- Si es severa durante todo el día, puntuar 1 en los 3 ítems.

a) Sobre todo por la mañana.....|_| ..08045

b) Sobre todo por la tarde.....|_| ..08046

c) Sobre todo por la noche.....|_| ..08047

(32). ¿HAY ALGO QUE ALIVIE SU DEPRESIÓN_ LAS VISITAS, LAS NOTICIAS AGRADABLES, LAS DISTRACCIONES?_ ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO SE ALIVIA? .|_| 08048

- 1.- Alguna experiencia placentera alivia la depresión, pero las visitas o actividades de entretenimiento no la alivian o sólo la alivian 1 ó 2 horas
- 2.- Anhedonia profunda: nada alivia la depresión.

CULPABILIDAD

(33). ¿TIENDE VD. A REPROCHARSE ALGO, A SENTIRSE POCO ÚTIL_ O INCLUSO A SENTIRSE CULPABLE? Sólo si sugiere que sí, continuar: ¿DE QUÉ? (¿QUIERE DECIR QUE DE HECHO SE SIENTE INÚTIL?) (¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA SINTIÉNDOSE ASÍ?) (¿CREE VD. QUE ES RAZONABLE SENTIRSE ASÍ?)

a) Excesiva autoculpa obvia por "pecadillos" pasados o del presente. (No se incluye una ligera o justificada autoculpa). ..|_| 08049

b) Menciona arrepentimientos del pasado que pudieran o no ser justificables.....|_| ..08050

c) Se siente inútil o con una severa culpa casi todos los días durante al menos dos semanas....|_| ..08051

d) Inutilidad o culpa de intensidad delirante la mayoría de los días.....|_| ..08052

SUICIDIO

(34). **VEO QUE HA ESTADO BAJO DE ÁNIMOS,** (resumir los síntomas observados), **¿CÓMO VE (O SIENDE) SU FUTURO? (¿CÓMO CREE QUE LE SALDRÁN LAS COSAS EN EL FUTURO?) (¿QUÉ ESPERA DEL FUTURO?)**

No es pesimista, pero no tiene expectativas (vive día a día,"a mi edad no hay futuro") (profundizar en el tema). .|_| 08053

Si es pesimista: ¿POR QUÉ? ¿SE HA SENTIDO REALMENTE DESESPERADO (SIN ESPERANZAS)?

Si se evade: ¿HAY ALGO EN SU FUTURO EN LO QUE VD. NO QUIERA PENSAR?

a) *Es pesimista, el futuro le parece negro, no ve futuro o su futuro le es inaguantable.....|_| ..08054*

b) *Sensación general de desesperación.|_| ..08055*

c) *Pesimismo obviamente justificado por las circunstancias.|_| ..08056*

(35). **¿HA LLEGADO A SENTIR QUE LA VIDA NO MERECE SER VIVIDA?**

Lo ha sentido.|_| ..08057

===== Si no lo ha sentido, pasar a la pregunta n° 39

(36). **¿HA SENTIDO VD. ALGUNA VEZ QUE PREFERIRÍA ESTAR MUERTO? (PORQUE LA VIDA HA LLEGADO A SER UNA CARGA PARA VD.) ¿HA QUERIDO ALGUNA VEZ TERMINAR CON TODO? (¿HA PENSADO HACER ALGO AL RESPECTO VD. MISMO?) (¿SUICIDARSE?)**

Ha tenido pensamientos suicidas o ha deseado estar muerto.....|_| ..08058

===== Si nunca lo ha sentido, pasar a la pregunta n° 39.

(37). **¿CUÁNDO OCURRIÓ ESTO? ¿ULTIMAMENTE? (¿EN EL ÚLTIMO MES?) (¿CUÁNTAS VECES?)** .|_| 08059

0.- Nunca

1.- Alguna vez en el último mes.

2.- En el último año.

Los deseos de estar muerto han durado al menos dos semanas en el último mes.|_| ..08060

===== Si no lo ha sentido en el último mes, pasar a la pregunta n° 39

(38). **¿LLEGÓ A INTENTAR ALGO AL RESPECTO, HACERSE DAÑO HACE POCO TIEMPO? ¿CUÁNDO? ¿QUÉ HIZO? (¿O QUÉ PLANEÓ HACER?) ¿POR QUÉ PIENSA QUE SE SINTIÓ ASÍ?** .|_| 08061

1.- Ha rechazado el suicidio, pero ha deseado estar muerto, porque la vida es una carga.

2.- Ha hecho o planeado algo para suicidarse

****(39). **OBSERVACION**

Parece (al verlo o escucharlo) tenso, preocupado, deprimido o miedoso|_| ..08062

===== Si no presenta estos síntomas, pasar a la pregunta n° 40

- a) Parece tenso o preocupado.|_| ..08063
- b) Se le escucha triste, apagado, pesimista o deprimido.|_| ..08064
- c) Parece aprensivo o miedoso.....|_| ..08065
- d) Ojos húmedos: llenos de lágrimas o llorando.|_| ..08066

LENTITUD

* (40). **¿SE VE VD. (ESTÁ) LENTO EN SUS MOVIMIENTOS (FÍSICOS)?**

Lentitud subjetiva de movimientos.|_| ..08067

(41). **¿SE VE VD. CON MUY Poca ENERGÍA (PARA HACER LAS COSAS QUE QUIERE HACER)? ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA OCURRIÉNDOLE? ¿ES VD. ASÍ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?**

- a) Restricción subjetiva de energía.|_| ..08068
- b) Presente casi todos los días durante al menos dos semanas.|_| ..08069

(42). **¿PUEDE HACER SUS TAREAS O SU ACTIVIDAD HABITUAL? (Valorar sólo las restricciones no impuestas por el ambiente).**

Hace menos de lo normal.....|_| ..08070

===== Si no hay enlentecimiento, falta de energía o reducción de actividad, pasar a la pregunta de observación n° 48.

(43). **¿CUÁNDO COMENZÓ ESTE PROBLEMA (EL ENLENTECIMIENTO, LA PÉRDIDA DE ENERGÍA, LA REDUCCIÓN DE ACTIVIDAD)? ¿LE HA IDO A PEOR EN LOS ÚLTIMOS MESES?**

Comenzó o empeoró en los últimos 3 meses.|_| ..08071

(44). **¿SE SIENTE PEOR EN ALGÚN MOMENTO DEL DÍA?** |_| 08072

- 0.- No hay diferencias
- 1.- Lentitud o falta de energía peor por la mañana.
- 2.- La lentitud o falta de energía aumenta en las últimas horas de la tarde.

(45). **¿ESTÁ PRESENTE CASI TODOS LOS DÍAS?**

La lentitud ha estado presente casi todos los días durante al menos dos semanas.|_| ..08073

(46). **¿QUÉ PASA CUANDO ALGUIEN LE VISITA O VD. TIENE QUE SALIR? ¿SE CANSA DEMASIADO?**

No soporta incluso estas actividades normalmente placenteras.|_| ..08074

(47). **¿PERMANECE VD. AHORA MUCHO TIEMPO SENTADO (O MÁS TIEMPO EN LA CAMA DE LO NORMAL) POR FALTA DE ENERGÍA?**

Está sentado o en la cama por falta de energía.|_| ..08075

* (48). **OBSERVACION**

Muy lento en todos sus movimientos.|_| ..08076

INTERÉS

(49). **¿SE INTERESA POR LAS COSAS? (¿MANTIENE SUS INTERESES?)**

- Tiene menos interés por las cosas de lo que es normal para él/ella.|_| ..08077
- (50). **¿DISFRUTA VD. CON ALGO?, ¿QUÉ LE GUSTA HACER ÚLTIMAMENTE? (¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO?)**
- Prácticamente no disfruta con nada.|_| ..08078

===== Si no ha descendido su interés, pasar a la pregunta n° 54.

- (51). **¿CUÁNDO NOTÓ VD. ESTA PÉRDIDA DE INTERÉS (O QUE NO DISFRUTA)? ¿CUÁNDO COMENZÓ? ¿HA APARECIDO RECIENTEMENTE? ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO?** . . |
_|08079
- 1.- Pérdida de interés/disfrute gradual durante algunos años.
2.- La pérdida de interés/disfrute ha ocurrido sólo en los últimos 3 meses.
- (52). **¿LE PASA CASI TODOS LOS DÍAS?**
- Sin interés/disfrute casi todos los días durante al menos 2 semanas el último mes.|_| ..08080
- (53). **¿Y A QUÉ SE DEBE?, ¿LO SABE?, CONSIDERA QUE SE DEBE A ESTAR DEPRIMIDO O NERVIOSO?**
- Demasiado deprimido o nervioso.|_| ..08081

CONCENTRACION

- * (54). **¿CÓMO ESTÁ DE CONCENTRACIÓN ?** Sólo sondear.
¿PUEDE VD. CONCENTRARSE, POR EJEMPLO, EN UN PROGRAMA DE T.V. (RADIO, PELÍCULA)? (¿PUEDE VD. VERLO-ESCUCHARLO ENTERO?) (¿LE OCURRE A MENUDO?)
- Dificultad de concentración para el entretenimiento.|_| ..08082
- (55). **¿LEE VD.? ¿PUEDE CONCENTRARSE EN LO QUE LEE? (¿LE OCURRE A MENUDO?)**
- Dificultad de concentración en la lectura.|_| ..08083

===== Si no existen dificultades, pasar a la pregunta n° 57

- (56). **¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA ESTO MOLESTÁNDOLE?**
- Dificultad de concentración en cualquiera de sus formas casi todos los días durante al menos dos semanas. .|_| 08084
- * (57). **OBSERVACION**
- Dificultad obvia de concentración en la entrevista.|_| ..08085

DIFICULTADES DEL PENSAMIENTO

- (58). **OBSERVACION**
- a) Parece confuso (se le mezclan los pensamientos, no puede pensar claramente)|_| ..08086
- b) Parece indeciso|_| ..08087

DUELO Y ACONTECIMIENTOS VITALES

- (59). **ME HA DICHO VD. QUE ESTÁ DEPRIMIDO/TIENE PROBLEMAS DE MEMORIA/ETC. ¿A QUÉ LO ATRIBUYE VD. Y, EN CONCRETO, ¿PUEDO PREGUNTARLE SI ALGUIEN CERCANO A VD. /ÉL-ELLA HA MUERTO RECIENTEMENTE? ¿DE QUIÉN SE TRATABA? ¿CUÁNDO SUCEDIÓ?**

- a) Padre, hermano o hijo fallecido|_| 08088
- b) Otra persona, muy próxima al paciente ha fallecido|_| 08089
- 0.- No ha fallecido nadie.
- 1.- En las últimas 6 semanas.
- 2.- Más de 6 semanas pero menos de 6 meses.
- 3.- Más de 6 meses pero menos de 3 años.
- 4.- Más de 3 años.

Especificar el tiempo transcurrido _____

(60). **¿HA SUCEDIDO ALGUNA OTRA COSA RECIENTEMENTE QUE LE HAYA CONTRARIADO / INQUIETADO SERIAMENTE? (¿QUÉ SUCEDIÓ? ¿ CUÁNDO SUCEDIÓ?), ¿LE HA IMPEDIDO SU PREOCUPACIÓN HACER ALGUNA DE LAS COSAS QUE HARÍA NORMALMENTE (ACTIVIDADES SOCIALES, ETC)?**

- a) El acontecimiento altera seriamente la rutina normal.|_| ..08090
- b) Anotar cuánto hace que ocurrió el acontecimiento (nº meses)|_|_|_| ..08091
- c) Valorar si el acontecimiento principal precede al episodio actual de enfermedad.|_| ..08092

Especificar el acontecimiento _____

JUICIOS:

Independientemente del tiempo que hace que ocurrió el acontecimiento, casi todos los actuales síntomas pueden ser atribuidos:

- a) a la pérdida de una persona cercana.|_| ..08093
- b) a la pérdida de un animal de compañía.|_| ..08094
- c) al serio / importante acontecimiento vital distinto del duelo (valorado más arriba).|_| ..08095

Teniendo en cuenta la severidad de la pérdida y el lapso de tiempo, esto no puede considerarse un duelo normal. (Ej: hay una enfermedad depresiva superpuesta, no consigue reconciliarse con la pérdida, etc.). |_| 08096

- 0.- Normal
- 1.- Probablemente anormal
- 2.- Definitivamente anormal.

PERSECUCION

(61). **¿CÓMO SE LLEVA CON LA GENTE NORMALMENTE?¿LE HACEN SENTIRSE MAL FÁCILMENTE?**

- Se siente mal fácilmente.|_| ..08097

(62). **A VECES NOS DICEN LAS PERSONAS (DE EDAD) QUE ALGUNA VEZ SIENTEN QUE LA GENTE ESTÁ HABLANDO MAL DE ELLOS, ¿LE HA OCURRIDO A VD.? Si sugiere que sí, preguntar: ¿HA LLEGADO A PENSAR QUE SE RÍEN DE VD.?**

- Ha tenido esa sensación.|_| ..08098

===== Si la anterior pregunta puntúa 0, pasar a pregunta n° 64

(63). **¿CREE QUE REALMENTE ES CIERTO O ES QUIZÁS UNA FORMA DE PENSAR SUYA? (¿ESTÁ VD. SEGURO?)** ..|_| 08099

- 1.- Probablemente no es verdad.
- 2.- Considera que es cierto.
- 3.- Está convencido de que es cierto.

* (64). **NO ESPERAMOS QUE SE TRATE CON TODO EL MUNDO PERO ¿HAY ALGUIEN ESPECIAL -NO NECESITA DECIRME QUIÉN- CON QUIEN TENGA PARTICULAR DIFICULTAD PARA RELACIONARSE?**

- Hay alguna/varias personas.....|_| ..08100

(65). **OBSERVACION**

- Parece indebidamente suspicaz.|_| ..08101

DISTORSION DE LA PERCEPCION

(66). **¿LE ESTÁ OCURRIENDO ÚLTIMAMENTE ALGUNA COSA RARA O EXTRAÑA, ALGO QUE NO PUEDE EXPLICAR? ¿ME PUEDE PONER ALGÚN EJEMPLO?. YO LE AYUDO, POR EJEMPLO, ¿ESTÁ SINTIENDO, VIENDO, OYENDO, ETC. ALGO RARO?**

Cree que le sucede algo extraño.|_| ..08102

Especificar tipo de alucinaciones: _____

JUICIO:

a) Tiene otros delirios. Especificar: _____|_| ..08103

b) Tiene otras alucinaciones. Especificar: _____|_| ..08104

c) Tiene otros síntomas psicóticos. Especificar: _____|_| ..08105

Cuando el entrevistado es valorado como "caso" psiquiátrico, es decir, cuando hay alguna psicopatología relevante como: deterioro cognoscitivo, depresión, ansiedad, psicosis (ideas delirantes, alucinaciones, etc), independientemente del diagnóstico, se continúa explorando la historia del trastorno actual (si se trata de un caso de deterioro cognoscitivo, recoger la información de un informador externo fiable).

Cuando el entrevistado no es caso, preguntar por posibles enfermedades psiquiátricas pasadas.

9.- ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES

Si la enfermedad documentada hasta ahora no parece ser un trastorno depresivo, preguntar: Y, EN CONCRETO, ¿HA TENIDO VD. ALGUNA DEPRESIÓN?, ¿CÓMO FUE?

Para explorar cualquier otra enfermedad psiquiátrica, utilizar la pregunta siguiente:

¿APARTE DE LO QUE ME HA CONTADO, HA SUFRIDO EL/ELLA-VD., ALGUNA VEZ OTRA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE NERVIOS, EMOCIONAL O PSIQUIÁTRICO? (En caso afirmativo ¿CÓMO FUE?)

Cada columna corresponde a una enfermedad psiquiátrica. En caso de "Otros" especificar diagnóstico: _____

	Demencia y déficit cognitivo	Depresión Actual	Antecedentes de Depresión	Otras
DIAGNÓSTICO: Sólo cuando éstos parezcan haber sido dados al informador/sujeto por un médico; en caso contrario puntuar 88) (ver glosario):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09001	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09012	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09024	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09036
COMIENZO: VD. ME HA DICHO QUE ESTÁ DEPRIMIDO/NERVIOSO, ETC., ¿CUÁNDO NOTÓ VD. QUE ALGUNA COSA IBA MAL? Puntuar la duración en semanas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09002	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09013		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09037
Edad al comienzo del primer episodio de enfermedad.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09003		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09025	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09038
Edad al comienzo del último episodio de enfermedad.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09014	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09026	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09039
Nº EPISODIOS PREVIOS: ¿CUÁNTAS (ENFERMEDADES) (EPISODIOS) COMO LA ACTUAL HA TENIDO? Puntuar el n.º de enfermedades con al menos 4 semanas de normalidad entre ellas. (no contar la enfermedad actual). 0.- 0; 1.- 1; 2.- 2; 3.- 3; 4.- 4 ó más			<input type="checkbox"/> 09027	<input type="checkbox"/> 09040
FORMA DE COMIENZO: ¿SUCEDIÓ DE REPENTE, O VINO LENTAMENTE? Valorar el comienzo. 1.- sucedió en un máximo de 24 horas. 2.- más de un día, pero menos de una semana. 3.- una semana o más, pero menos de un mes. 4.- un mes o más.	<input type="checkbox"/> 09004	<input type="checkbox"/> 09015	<input type="checkbox"/> 09028	<input type="checkbox"/> 09041
EVOLUCIÓN DESDE INICIO: ¿HA EMPEORADO O HA MEJORADO, DESDE QUE COMENZÓ EL PROBLEMA? 1.- Se describe un deterioro. 2.- Se describe una mejoría. 3.- No hay cambios o muy pequeños en la condición descrita.	<input type="checkbox"/> 09005	<input type="checkbox"/> 09016	<input type="checkbox"/> 09029	<input type="checkbox"/> 09042

EMPEORAMIENTOS/EXACERBACIONES: Si hubo empeoramiento: <i>¿CUÁNDO COMENZÓ ESE EMPEORAMIENTO?</i> 0.- sin exacerbaciones sintomáticas 1.- en los últimos 3 días 2.- 4-7 días 3.- 8-28 días 4.- Más de 28 días	<input type="checkbox"/> 09006	<input type="checkbox"/> 09017		<input type="checkbox"/> 09043
PERÍODOS NORMALIDAD: <i>DURANTE EL/LOS PERÍODO/S DE MEJORÍA, ¿SE ENCONTRABA TOTALMENTE BIEN? Si dice que sí, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA SUCEDIDO ESTO?</i> 0.- Nunca 1.- una vez 2.- dos veces 3.- tres veces 4.- cuatro o más		<input type="checkbox"/> 09018	<input type="checkbox"/> 09030	<input type="checkbox"/> 09044
CAMBIOS SINTOMÁTICOS: <i>LOS SÍNTOMAS QUE ME HA COMENTADO, ¿HAN SIDO/FUERON LOS MISMOS/IGUALES DESDE QUE COMENZÓ EL PROBLEMA?</i> 1.- Los síntomas han sido de un tipo particular (aunque pueden haber mejorado o empeorado, p. ej.: depresión, euforia o síntomas orgánicos). 2.- Los síntomas han sido de diferentes tipos, p. ej.: depresión seguida de confusión. Especificar: _____	<input type="checkbox"/> 09007	<input type="checkbox"/> 09019	<input type="checkbox"/> 09031	<input type="checkbox"/> 09045
TRATAMIENTO: <i>POR CIERTO, ¿QUIÉN LE ATIENDE/ATENDIÓ, QUIÉN LE TRATA/TRATÓ SU PROBLEMA?</i> 0.- No fue tratado. 1.- Tratado por médico de familia. 2.- Atendido en consulta, ambulatorio por psiquiatra. 3.- Ingresado en hospital. Especificar: _____	<input type="checkbox"/> 09008	<input type="checkbox"/> 09020	<input type="checkbox"/> 09032	<input type="checkbox"/> 09046
TTO. FARMACOLÓGICO: <i>¿LE HAN RECETADO ALGUNA MEDICACIÓN POR ESTE PROBLEMA?, ¿LE PRODUJO ALGUNA MEJORÍA? Valorar la respuesta al tratamiento:</i> 0.- Ninguno 1.- Respuesta pobre 2.- Buena 3.- Muy buena	<input type="checkbox"/> 09009	<input type="checkbox"/> 09021	<input type="checkbox"/> 09033	<input type="checkbox"/> 09047
TTO. ELECTROCONVULSIVO (TEC): <i>¿Y ALGÚN OTRO TIPO DE TRATAMIENTO, ELÉCTRICO, ETC? Valorar la respuesta al tratamiento TEC:</i> 0.- Ninguno 1.- Respuesta pobre 2.- Buena 3.- Muy buena	<input type="checkbox"/> 09010	<input type="checkbox"/> 09022	<input type="checkbox"/> 09034	<input type="checkbox"/> 09048
<i>La forma evolutiva que más se ajusta al paciente es (ver glosario):</i> 1. Deterioro lento progresivo. 2. Deterioro escaleriforme. 3. Fase única. 4. Episodios repetidos con períodos de normalidad. 5. Trastorno bipolar. 6. Fluctuaciones sin recuperación entre ellas 7. Brotes (esquizofrenia). 8. Desarrollo (paranoia, trast. personalidad).	<input type="checkbox"/> 09011	<input type="checkbox"/> 09023	<input type="checkbox"/> 09035	<input type="checkbox"/> 09049

10.- STATUS FUNCIONAL

INCAPACIDAD FISICA

JUICIOS:

El paciente ¿está enfermo físicamente en el momento actual (en contraste con estar 10001 incapacitado por una antigua enfermedad)?.

- 0.- No
- 1.- Leve
- 2.- Moderadamente grave
- 3.- Enfermedad grave

¿Podría la enfermedad física (no intoxicación por alcohol o drogas) ser una explicación 10002 suficiente para los síntomas mentales o psiquiátricos, por ejemplo, delirio debido a una infección aguda?.

- 0.-No
- 1.- Probablemente no
- 2.- Bastante probable
- 3.- Casi seguro

Si el paciente es sordo (puntuar mientras necesite ayuda en la audición ("hearing aid"). 10003

- 0.- Oye bien
- 1.- Oye la entrevista con dificultad
- 2.- Casi toda la conversación tiene que hacerse gritando o repitiendo varias veces
- 3.- Casi totalmente sordo
- 4.- Totalmente sordo

(1) ¿CUÁNTAS VECES HA SALIDO VD./EL-ELLA FUERA DE CASA EN EL ÚLTIMO MES? 10004

(En caso de ninguna, aclarar el motivo)

- 0.- Alguna
- 1.- No puede valerse por sí mismo y nadie le ayuda.
- 2.- No podría valerse por sí mismo, incluso con ayuda.
- 3.- Puede valerse pero no sale de casa.
- 4.- Podría valerse con ayuda y teniéndola disponible no hace uso de ella.

(2) Realizar las preguntas mínimas necesarias para rellenar las siguientes tablas:

Para los ítems de la tabla, utilizar el código siguiente:

- 0.- Independiente
- 1.- Precisa ayuda
- 2.- Dependiente
- 3.- Nunca lo hace
- 8.- No consta
- 9.- No preguntado

Uso de pequeñas cantidades de dinero (Lawton)	<input type="checkbox"/> 10005
Realizar llamadas telefónicas (Lawton)	<input type="checkbox"/> 10006
Uso del transporte público (Lawton)	<input type="checkbox"/> 10007
Responsabilizarse de la toma de medicación (Lawton)	<input type="checkbox"/> 10008
Orientarse en calles familiares (Lawton)	<input type="checkbox"/> 10009
Realizar tareas domésticas sencillas (hacer café, uso de electrodomésticos)(Lawton)	<input type="checkbox"/> 10010
Preparar las comidas (Lawton)	<input type="checkbox"/> 10011
Lavar la ropa (Lawton)	<input type="checkbox"/> 10012

Para los ítems de la tabla, utilizar el código siguiente:

- 0.- Independiente
- 1.- Precisa ayuda
- 2.- Dependiente
- 8.- No consta
- 9.- No preguntado

Orientarse dentro de casa	<input type="checkbox"/> 10013
Incontinencia (Katz)	<input type="checkbox"/> 10014
Vestirse (Katz)	<input type="checkbox"/> 10015
Lavarse (Katz)	<input type="checkbox"/> 10016
Alimentarse (Katz)	<input type="checkbox"/> 10017
Ir al servicio (Katz)	<input type="checkbox"/> 10018
Trasladarse (cama, silla, coche) (Katz)	<input type="checkbox"/> 10019

Para los ítems de la tabla, utilizar el código siguiente:

- 0.- Lo habitual
- 1.- Ha disminuido
- 2.- Ha cesado
- 8.- No consta
- 9.- No preguntado

Participación en actos sociales o comunitarios	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 100 20
Habilidades especiales, aficiones o hobbies	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 100 21

11.- PREGUNTAS AL INFORMANTE

Si existen dudas del rendimiento del paciente en la exploración cognoscitiva o el paciente no ha colaborado lo suficiente, hacer las preguntas necesarias (a ser posible una única pregunta) al informante para contestar lo siguiente

¿SE HA UTILIZADO UN INFORMANTE? y en caso afirmativo ¿QUIÉN?|_| 11001

- 0.- No existe informante
- 1.- El cónyuge
- 2.- Un hijo
- 3.- Otro familiar
- 4.- Otra persona (vecino, amigo, religiosa, etc.)

===== Si no existe ningún informante, pasar a **JUICIOS**

MEMORIA:|_| 11002

- 0.- No dificultades.
- 1.- Dificultades de memoria notables pero no hay cambios en los últimos 1 ó 2 años
- 2.- Dificultades de memoria notables que ha empeorado en los últimos 1 ó 2 años

TIPO DE OLVIDOS:|_| 11003

- 0.- No tiene olvidos.
- 1.- El sujeto olvida repetidamente donde deja las cosas
- 2.- El sujeto olvida los nombres de amigos y miembros de la familia.
- 3.- El sujeto olvida repetidamente donde deja las cosas y olvida los nombres de amigos y familiares

DISFASIA:|_| 11004

(Dificultades para usar o encontrar la palabra exacta en una conversación, o incluso ha parecido confuso a la hora de usarlas).

- 0.- No
- 1.- Sí

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD:|_| 11005

(El paciente no se da cuenta de que está enfermo)

- 0.- No
- 1.- Sí

DESDE QUE ESTÁ ENFERMO, HA CAMBIADO SU MANERA DE SER:|_| 11006

- 0.- Sin cambios.
- 1.- Más irritable.
- 2.- Muestra falta de interés o afecto
- 3.- Excesivamente suspicaz o desconfiado respecto a los demás.
- 4.- Acusa a los familiares/cuidadores de tratarle mal, de robarle, etc.

*** JUICIOS**

- 0= No es cierto
- 1= Probablemente
- 2= Claramente, es cierto

a) El paciente, en el estado cognoscitivo en que ahora se encuentra, no podría desarrollar su trabajo habitual.|_| ..11007

b) El actual estado cognoscitivo del paciente data del nacimiento o se debe a patología anterior (sugiere oligofrenia) y no se debe a enfermedad mental en los últimos años (que sugeriría demencia o similar)|_| ..11008

12.- CONSIDERACIONES FINALES

¿LE HA OCURRIDO ALGUNA OTRA COSA DURANTE ESTE ÚLTIMO MES QUE YO NO LE HAYA PREGUNTADO O INCLUIDO EN ESTA ENTREVISTA?

Anotar aquí cualquier punto que parezca ser importante o no usual, referente a la entrevista, no incluido en el programa. Valorar siempre que sea posible toda información contemplada aquí en su ítem adecuado. Por favor, usar esta sección para describir completamente la psicopatología no valorada adecuadamente en el programa, o cuando se dude de su adecuada o apropiada valoración.

¡¡ATENCIÓN!! Esta sección deberá leerse!! , UTILICE LETRAS MAYUSCULAS.

!!! ATENCION!!!

Formular la pregunta de *SITUACION ECONOMICA*==> **PAGINA 3** (Sección 2)

EN CASO DE POSIBLE "CASO", ¿ACEPTARIA UNA ENTREVISTA CON UN MEDICO ESPECIALISTA?

=No; =Sí

13.- ÍTEMS OBSERVACIÓN GMS

PUNTAJES CONDUCTUALES

(Códigos: 0 1 2 8 9)

Puntuar los ítems siguientes sólo si la entrevista no ha sido completada

DEPRESIÓN: Parece triste o afligido o deprimido.....	<input type="checkbox"/>	13001
DEPRESIÓN: Ojos húmedos: lleno de lágrimas o llorando.....	<input type="checkbox"/>	13002
MUY LENTO EN TODOS SUS MOVIMIENTOS	<input type="checkbox"/>	13003
DIFICULTADES DE PENSAMIENTO: Parece confuso.....	<input type="checkbox"/>	13004
DIFICULTADES DE PENSAMIENTO: Parece indeciso.....	<input type="checkbox"/>	13005
INCOMODIDAD SOCIAL: Parece indebidamente suspicaz.....	<input type="checkbox"/>	13006
CONCENTRACIÓN: Dificultad clara para concentrarse en la entrevista.....	<input type="checkbox"/>	13007

EXPRESION EMOCIONAL DISMINUIDA:

- a) Cara inexpresiva. No muestra expresión en la conversación..... 13008
- b) Voz monótona. No se muestra expresivo en la conversación..... 13009
- c) No hay gestos acompañantes al habla..... 13010
- d) No se muestra una emoción apropiada cuando se comentan ideas normales o delirantes las cuales normalmente producirían algún tipo de emoción..... 13011
- e) Estado de ánimo uniformemente aplanado, independientemente del tono de la conversación (indiferencia, aceptación apática)..... 13012

EXPRESIÓN EMOCIONAL EXCESIVA:

- a) Pequeños accesos incontrolables de llanto..... 13013
- b) Pequeños accesos incontrolables de risa..... 13014

RISA:

- a) Exaltado, eufórico, aunque quizás esté cambiando hacia irritabilidad o depresión..... 13015
- b) Alegría contagiosa..... 13016

DESCARADO: bromas estúpidas, comentarios poco serios..... 13017

POCO COOPERADOR etc.: Intenta comenzar una riña o discusión..... 13018

ABANDONO PERSONAL:

- a) Las ropas están sucias, desarregladas o huelen mal..... 13019
- b) Pelo despeinado, enredado o enmarañado..... 13020
- c) Sin afeitarse, con mocos en la nariz, cara sucia, etc..... 13021

CONDUCTA: Inquieto:

- a) Se mantiene sin estar quieto o torciéndose en el asiento..... 13022
- b) Se levanta y se mueve alrededor sin descanso..... 13023

MOVIMIENTOS ESPECIALES:

- a) Movimientos coreiformes (movimientos involuntarios de la cabeza, cuerpo o miembros en reposo continuos, sin propósito, espasmódicos)..... 13024
- b) Movimientos atetósicos (movimientos de la lengua, mandíbulas o miembros continuos, sin propósito, lentos, retorcidos)..... 13025

- c) Movimientos parkinsonianos (temblor de las manos repetido y regular característico en reposo. Descrito como "contar monedas", como si el entrevistado estuviera contando monedas entre el pulgar y la punta de los dedos)..... 13026

BIZARRO, RARO:

- a) Movimientos estilizados, algo más que balancearse en la silla o balancear los pies..... 13027
 b) Movimientos repetitivos estereotipados, p. ej.: moverse en la silla, frotando cosas, etc..... 13028
 c) Toma posturas extrañas sin ninguna razón aparente. 13029

PÉRDIDA DE LA NORMAL COMPOSTURA SOCIAL:

- a) Deliberadamente rasga, arroja o rompe algo..... 13030
 b) Se toca los genitales, mete el dedo en la nariz, eructa, etc. 13031
 c) Se desnuda o exhibe sus genitales..... 13032
 d) Hace sugerencias sexuales o insinuaciones al entrevistador..... 13033
 e) Palabras o gestos obscenos..... 13034

HABLA: Restricción de la cantidad:

- a) El paciente está totalmente mudo, pronuncia no más de media docena de palabras reconocibles en respuestas a las preguntas en el curso de la entrevista. No incluir los comentarios en alto que se hace a sí mismo..... 13035
 b) El paciente frecuentemente deja de contestar. Hay que repetir las preguntas. No puntuarlo si las respuestas del enfermo son inaudibles o incomprensibles..... 13036

HABLA: Incoherencia:

- a) Calidad vaga y amorfa del habla. No se completa con pensamientos o ideas - Las ideas parecen cambiar de un tema a otro o fundirse unos con otros. El paciente habla de manera bastante libre pero vaga ambiguamente, de tal modo que las ideas comunicadas no son claras -habla vaga, cambiante de una idea a otra o de un tema a otro..... 13037
 b) Irrelevante. El contenido de las respuestas a veces tiene poca relación, si tiene alguna, con lo que se le ha preguntado (No incluir el habla cambiante de un tema a otro o incoherente)... 13038
 c) Habla circunstancial: da muchos detalles innecesarios pero al final alcanza el objetivo que se propone en el habla. 13039
 d) Divagante: habla sin apuntar a un tema concreto, divagando, pero las ideas están razonablemente bien formadas..... 13040

RITMO DEL HABLA:

- a) Habla extremadamente rápida pero puede ser interrumpido..... 13041
 b) Presión del habla: demasiadas palabras, rápido y con pausas infrecuentes y un flujo incontrolado. Habla y habla y se resiste a ser interrumpido..... 13042
 c) "Fuga de Ideas": Una idea sugiere a otra en rápida sucesión, de tal modo que el paciente pronto ha perdido el hilo de la conversación. 13043
 d) Lentitud: Habla muy lenta. Pausas muy bien delimitadas entre palabras..... 13044
 f) Largas pausas antes de contestar a un rasgo característico..... 13045

HABLA: CONTENIDO: Bromas frecuentes, chistes. 13046

PERSEVERACIÓN: Repite las respuestas inapropiadamente. 13047

JUICIO: Los problemas de memoria son más prominentes que los problemas de pensamiento, p. ej. más dificultad para recordar cosas que para deducirlas...... 13048

DIFICULTADES DE COMUNICACION

(Códigos: 0 1 8 9)

DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN NO PATOLÓGICAS:..... 13049

Valorar solamente si contribuyen claramente a las dificultades de comunicación:

(Extranjero. Por ejemplo, español pobre y entrecortado, se precisa intérprete, marcado acento extranjero ó Español que habla aragonés, catalán, gallego... y mal castellano)

DEFECTOS FÍSICOS: *No valorar aquí los defectos de memoria:*

- a) Disfasia (debida a la lesión cerebral, no usa/comprende bien las palabras) 13050
- b) Disartria. (No articula o pronuncia bien las palabras por lesión a nivel cerebral)..... 13051
- c) Disartria (lesión en los órganos fonadores)..... 13052
- d) Pérdida de dientes. 13053
- g) Sordera grave. 13054
- h) Ceguera (casi total)..... 13055
- i) Tartamudeo. 13056
- j) Mutismo debido a un defecto físico..... 13057
- k) Debilidad, cansancio, flojera graves. 13058
- l) Otros..... 13059
- m) Oligofrenia/baja inteligencia..... 13060

CONDUCTAS ESPECÍFICAS:

- a) Por ejemplo, hostil, se niega a contestar, objeta las preguntas, reacio a ser entrevistado. 13061
- b) Fatiga razonable..... 13062
- c) Vago, evasivo, respuestas ambiguas. Se contradice él mismo, circunstancial
(añade detalles innecesarios, pero alcanza el objetivo al final)..... 13063
- d) Confuso pero NO incoherente. 13064
- f) Murmullos, susurros, voz débil. 13065
- g) Farfuleo no debido a defecto físico o drogas. 13066
- h) Otros. Especificar:..... 13067
- i) Condiciones desfavorables durante entrevista (ruidos, etc), que pueden distraer. 13068
- j) El paciente se duerme repetidamente y hay que despertarle. 13069
- k) El paciente parece adormilado en general, pero no se llega a quedar dormido realmente. 13070

DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN PATOLÓGICAS:

- a) Defecto de memoria (Claro): Por ejemplo, desorientado, gran pérdida de memoria, clara
amnesia temporal e incapaz de recordar sucesos relevantes. 13071
- b) Defecto de memoria (dudoso): P. ej., recuerdos vagos, se queja, no convincentemente,
de no poder recordar algo, hace pequeños esfuerzos para recordar, memoria no
disminuida para tópicos neutrales. 13072
- c) Incoherente con conciencia clara: P. ej., irrelevante o bizarro o respuestas impensadas,
ideas no asociadas, charla incoherente, neologismos, perseverancia, fuga de ideas..... 13073

CONDUCTA VÍVIDAMENTE PATOLÓGICA:

- a) P. ej., mantiene su postura ante delirios o alucinaciones..... 13074
- b) Incorpora al entrevistador en sus delirios. 13075
- c) Posturismo (mantiene una postura de cualquier parte del cuerpo extraña o poco común
repetidamente o durante varios minutos seguidos), conducta bizarra..... 13076
- d) Habla para él coherentemente, habla a voces. 13077
- e) Lloro/grita de manera incontrolable..... 13078
- f) Habla a presión (no se le puede interrumpir, no deja intervenir al entrevistador)..... 13079
- g) Gran suspicacia 13080

CONDUCTA AMBIGUAMENTE PATOLÓGICA:

- a) Por ejemplo, mutismo no debido a defecto físico..... 13081
- b) Suspica, negativista (hace claramente lo contrario de lo que el entrevistador le pide
o pregunta) 13082

- c) Distanciamiento o apatía posiblemente debidos a indiferencia o a una profunda depresión...|_| 13083
- d) Muy hablador, pero no hay habla a presión.....|_| 13084
- e) Falta de introspección (insight). Niega totalmente los síntomas o la enfermedad.....|_| 13085
- f) Excitado, agitado, o claramente gozoso/ eufórico (no puede quedarse quieto en la silla, o interrumpe frecuentemente con bromas u observaciones)..|_| 13086
- g) Preocupado por experiencias internas no declaradas u ocultas (preocupación inespecífica).....|_| 13087
- h) Distraibilidad (la atención del entrevistado es atraída frecuentemente por eventos del entorno triviales e irrelevantes)..|_| 13088

INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA

Los síntomas psicopatológicos del sujeto podrían ser debidos a intoxicación por fármacos:.....|_| 13089

- 0.- No
- 1.- Posiblemente
- 2.- Muy probablemente

14.- FIABILIDAD

JUICIO:

Valorar si hay ERRORES o números 8 en las secciones de orientación o memoria, o si hay numerosos 8s en el resto de la entrevista.

· Errores cometidos con conciencia clara (no durmiéndose, o bajo la influencia del alcohol o drogas o delirio debido a enfermedad física aguda:

a) Debidos a agitación, depresión, euforia, etc.....|_| 14001

b) Debidos a un defecto de memoria.....|_| 14002

· Errores cometidos con obnubilación de la conciencia (por ej., el entrevistado se estaba durmiendo, bajo la influencia de alcohol, drogas o delirio debido a enfermedad física aguda.....|_| 14003

· La reacción del entrevistado hacia los errores fue poco intensa, indiferente o eufórica.....|_| ..14004

VALORACIÓN GLOBAL DE LA CONFIANZA EN LOS DATOS|_| 14005

0.- **razonable** (las respuestas dadas por el entrevistado pueden considerarse apropiadas para más o menos todas las preguntas).

1.- **pocas dudas.**

2.- **dudas moderadas.**

3.- **dudas graves.** (el entrevistador considera que el entrevistado fue incapaz o no quiso dar respuestas que pudieran considerarse apropiadas a la mayor parte de las preguntas)

4.- **sin valor.** (respuestas más o menos impensadas, dadas al azar).

SI SE DUDA:|_| 14006

Aparte de las dificultades de comunicación las dudas del entrevistador se deben relativamente a:

0.- No hay dudas.

1.- Exageración o tendencia a decir "sí" indiscriminadamente.

2.- Minimización o tendencia a decir "no" indiscriminadamente.

16.-DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

ESTE ENTREVISTADO ¿ES UN CASO DE DEMENCIA?..... 16001

- 0.- no caso
- 1.- "border line" no caso
- 2.- caso leve
- 3.- caso moderado
- 4.- caso grave

DIAGNOSTICOS GMS-HAS

	Diagnóstico	Código	Certeza	Grado	Pronóstico
PRINCIPAL		16002	16003	16004	16005
PRINCIPAL ALTERNATIVO		16006	16007	16008	16009
SECUNDARIO		16010	16011	16012	16013
TERCIARIO		16014	16015	16016	16017

CODIGOS:

CERTEZA (seguridad) diagnóstica:

- 1.- no hay dudas razonables
- 2.- probablemente correcto
- 3.- difícil de asegurar, pero en conjunto probable
- 4.- muy incierto, pero las alternativas pertenecen a la misma categoría

GRADO DE LA ENFERMEDAD:

- 1.- leve
- 2.- moderado
- 3.- grave

PRONÓSTICO estimado:

- 1.- debería recuperarse satisfactoriamente sin tratamiento o intervención específica.
- 2.- debería mejorar satisfactoriamente sin tratamiento o intervención específica.
- 3.- debería recuperarse completamente con tratamiento o intervención específica.
- 4.- debería mejorar con tratamiento o intervención específica.
- 5.- poco probable que se mejore o recupere con cualquier tipo de intervención.
- 6.- probablemente se deteriore a pesar de toda intervención.