

# ANEXO 1: ENTREVISTA ZARADEMP

<b>CODIGO DE ENTREVISTADO</b> .....	_ _ _ _
<b>FECHA DE LA ENTREVISTA</b> .....	_ _ _ _ _ _ _
	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

---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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: \_\_\_\_\_

2.- DATOS SOCIO - DEMOGRAFICOS

DEMOGRAFICOS

FECHA DE NACIMIENTO: ..... 02001

SEXO: (1. Varón, 2. Mujer)..... 02002

ESTADO CIVIL: (1. Soltero, 2. Casado/pareja, 3. Separado/divorciado, 4. Viudo, 5. Religioso)..... 02003

RESIDENCIA DE NACIMIENTO:

Provincia \_\_\_\_\_ Municipio 02004

LUGAR DE MAYOR TIEMPO DE RESIDENCIA:

Provincia \_\_\_\_\_ Municipio 02005

Años vividos ..... 02006

AÑOS VIVIDOS EN ZARAGOZA ..... 02007

CARACTERISTICAS SOCIO-ECONOMICO-CULTURALES

NIVEL DE INSTRUCCIÓN ..... 02008

- 1.- Analfabeto
2.- Alfabeto
8.- No sabe/ sin datos
9.- No preguntado

EDAD DE INICIO DE LOS ESTUDIOS (AÑOS) ..... 02009

EDAD DE FINALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS (AÑOS) ..... 02010

MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS (FORMALES) COMPLETADOS: ..... 02011

- 01.- Ninguno
02.- Primarios incompletos
03.- Primarios completos
04.- Formación profesional (escuela de oficio) incompleta
05.- Formación profesional (escuela de oficio) completa
06.- Bachillerato incompleto (incluye elemental)
07.- Bachillerato completo (hasta 6º y/o preU)
08.- Graduado, diplomado o tres años de licenciatura o universidad incompleta
09.- Licenciado, ingeniero superior
88.- No sabe/ sin datos
99.- No preguntado

SITUACIÓN LABORAL PRINCIPAL DESARROLLADA ..... 02012

- 01.- Ama de casa
02.- Desempleado

- 03.- Capataz agropecuario
- 04.- Peón agropecuario
- 05.- Propietario agropecuario
- 06.- Trabajador manual no cualificado ni especializado
- 07.- Trabajador manual cualificado o especializado
- 08.- Pequeño negociante
- 09.- Encargado de almacén, negocio
- 10.- Servicio doméstico
- 11.- Trabajador no especializado del sector servicios
- 12.- Auxiliar administrativo
- 13.- Oficinista/empleador de nivel medio
- 14.- Oficinista/empleador de alto nivel
- 15.- Profesional medio (profesor instituto, cargo directivo en sucursal bancaria u otra empresa menor, etc)
- 16.- Profesional alto (liberal, profesor universidad, ejecutivo en empresa, etc)
- 17.- Militar, policía, cuerpos seguridad
- 18.- Invalidez, incapacidad laboral
- 19.- Otros. Especificar: \_\_\_\_\_
- 88.- No sabe/ sin datos
- 99= No preguntado

**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 léntamente 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	Frecuenci a	Código
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 03003	<input type="checkbox"/> 03004	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03005
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 03006	<input type="checkbox"/> 03007	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03008
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 03009	<input type="checkbox"/> 03010	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03011
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 03012	<input type="checkbox"/> 03013	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03014
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 03015	<input type="checkbox"/> 03016	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03017
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 03018	<input type="checkbox"/> 03019	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03020
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 03021	<input type="checkbox"/> 03022	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 03027	<input type="checkbox"/> 03028	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03029	
b) Alucinógenos	<input type="checkbox"/> 03030	<input type="checkbox"/> 03031	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03032	
c) Cannabis (Hachís, marihuana)	<input type="checkbox"/> 03033	<input type="checkbox"/> 03034	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03035	
d) Otros psicoestimulantes (anfetaminas, cocaína)	<input type="checkbox"/> 03036	<input type="checkbox"/> 03037	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03038	
e) Barbitúricos	<input type="checkbox"/> 03039	<input type="checkbox"/> 03040	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03041	
f) Otros hipnóticos y sedantes (BZD, etc)	<input type="checkbox"/> 03042	<input type="checkbox"/> 03043	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03044	
g) Tranquilizantes (neurolépticos)	<input type="checkbox"/> 03045	<input type="checkbox"/> 03046	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03047	
h) Otros. Especificar: _____	<input type="checkbox"/> 03048	<input type="checkbox"/> 03049	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 riego.*

(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)? ¿CUÁLES? ..... |\_\_| .....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:

<i>Calle</i> .....	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
<i>Número</i> .....	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
<i>Ciudad</i> .....	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
<i>Provincia</i> .....	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
<i>País</i> .....	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>

===== 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:

<i>Nombre del centro/institución</i> .....	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
<i>Planta o calle</i> .....	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
<i>Ciudad</i> .....	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
<i>Provincia</i> .....	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>
<i>País</i> .....	Correcto <input type="checkbox"/>	Incorrecto <input type="checkbox"/>

**MINI EXAMEN COGNOSCITIVO**

- **ORIENTACION** (no preguntar, puntuar a partir de las respuestas correspondientes de la sección de orientación GMS)

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°:* |\_|..... (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)

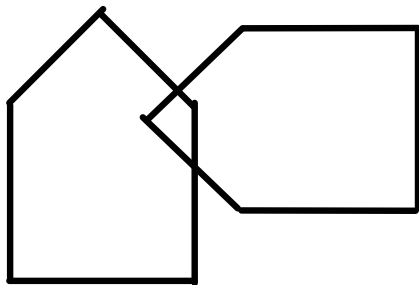
.....04032

*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 TORCIESE 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)**.....Nº de episodios  
 |\_\_||\_\_| 05028  
 Edad 1º episodio.....|\_\_||\_\_||\_\_|
- 05029  
 Edad último episodio.....|\_\_||\_\_||\_\_|
- 05030  
 Hospitalizado.....|\_\_|
- 05031  
 TAC cerebral u otras pruebas diagnósticas.....|\_\_|
- 05032  
 Tratamiento .....|\_\_|
- 05033

- **AIT (<24 horas)** .....Nº de episodios  
 |\_\_||\_\_| 05034  
 Edad 1º 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 nº 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.- Sí

(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.- Sí

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

Con pérdida de conciencia    Sin pérdida de conciencia

Nº 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.- Sí

(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 DE INTOLERANCIA 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 se realiza 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 fúe 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, hipotiroideos
- 2.- Sí, hipertiroideos
- 3.- Sí, ambos
- 4.- Sí, desconocido

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

- 0.- No
- 1.- Sí, hipotiroideos
- 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 ..... |\_|\_|\_|  
05093

Consumo promedio (antes del último año). DIARIO ..... |\_|\_|\_|  
05094

Edad fin ..... |\_|\_|\_|\_|  
05095

Nº años ..... |\_|\_|\_|  
05096

- **Pipas** Consumo actual (en el último año). DIARIO ..... |\_|\_|\_|  
05097

Consumo promedio (antes del último año). DIARIO ..... |\_|\_|\_|  
05098

Edad fin ..... |\_|\_|\_|\_|  
05099

Nº años ..... |\_|\_|\_|  
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 ..... |\_|\_|\_|  
 05102  
 Consumo actual (en el último año). FIN DE SEMANA..... |\_|\_|\_|  
 05103  
 Consumo promedio (antes del último año). DIARIO ..... |\_|\_|\_|  
 05104  
 Consumo promedio (antes del último año). FIN DE SEMANA|\_|\_|\_|  
 05105  
 Edad fin ..... |\_|\_|\_|\_|  
 05106  
 N° años ..... |\_|\_|\_|  
 05107

- **Cerveza (botellines)**..... Consumo actual (en el último año). DIARIO  
 |\_|\_|\_| 05108  
 Consumo actual (en el último año). FIN DE SEMANA..... |\_|\_|\_|  
 05109  
 Consumo promedio (antes del último año). DIARIO ..... |\_|\_|\_|  
 05110  
 Consumo promedio (antes del último año). FIN DE SEMANA|\_|\_|\_|  
 05111  
 Edad fin ..... |\_|\_|\_|\_|  
 05112  
 N° años ..... |\_|\_|\_|  
 05113

- **Destilados (copas)**..... Consumo actual (en el último año). DIARIO  
 |\_|\_|\_| 05114  
 Consumo actual (en el último año). FIN DE SEMANA..... |\_|\_|\_|  
 05115  
 Consumo promedio (antes del último año). DIARIO ..... |\_|\_|\_|  
 05116  
 Consumo promedio (antes del último año). FIN DE SEMANA|\_|\_|\_|  
 05117  
 Edad fin ..... |\_|\_|\_|\_|  
 05118  
 N° años ..... |\_|\_|\_|  
 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 períodos

a) *Problemas de salud, caídas o accidentes* ..... |\_|\_|  
 05120  
 b) *Ha descuidado las comidas, labores del hogar, higiene personal, autocuidado.* |\_|\_|  
 05121



c) Ha perdido alguna vez un trabajo o ha sido incapaz de trabajar .....   
05122

d) Toma alcohol para dormir .....   
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)

Multiple horizontal lines for text entry.

JUICIO: Persona muy sana (sólo catarros) .....

05136

- 0.- Si
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
<b>ACV: POR EJEMPLO, ¿ALGUNO DE ELLOS TUVO PROBLEMAS DE RIEGO/INFARTO/EMBOLIA A LA CABEZA?</b> (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
<b>Edad de comienzo</b> ..... (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
<b>EPILEPSIA: ¿Y CONVULSIONES/ATAQUES EPILÉPTICOS?</b> (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

<b>DOWN: ¿HA HABIDO ALGÚN CASO DE RETRASO MENTAL/ MONGOLISMO EN LA FAMILIA?</b>	<input type="checkbox"/> 06010	<input type="checkbox"/> 06019	<input type="checkbox"/> 06028	<input type="checkbox"/> 06037	<input type="checkbox"/> 06046	<input type="checkbox"/> 06055
<b>PARKINSON: ¿Y ENFERMEDAD DE PARKINSON?</b> (formular la pregunta, si es preciso, como se ha hecho en antecedentes médicos)	<input type="checkbox"/> 06011	<input type="checkbox"/> 06020	<input type="checkbox"/> 06029	<input type="checkbox"/> 06038	<input type="checkbox"/> 06047	<input type="checkbox"/> 06056
<b>DIABETES: ¿Y DIABETES/AZÚCAR A LA SANGRE?</b> (formular la pregunta, si es preciso, como se ha hecho en antecedentes médicos)	<input type="checkbox"/> 06012	<input type="checkbox"/> 06021	<input type="checkbox"/> 06030	<input type="checkbox"/> 06039	<input type="checkbox"/> 06048	<input type="checkbox"/> 06057
<b>DEMENCIA: AHORA ME GUSTARÍA SABER SI ¿ALGUIEN DE SU FAMILIA LLEGÓ A IRSE DE CABEZA CUANDO FUE MAYOR?</b>	<input type="checkbox"/> 06013	<input type="checkbox"/> 06022	<input type="checkbox"/> 06031	<input type="checkbox"/> 06040	<input type="checkbox"/> 06049	<input type="checkbox"/> 06058
<b>Edad de comienzo.....</b> (estimar el posible punto medio)	<input type="checkbox"/> 06014	<input type="checkbox"/> 06023	<input type="checkbox"/> 06032	<input type="checkbox"/> 06041	<input type="checkbox"/> 06050	<input type="checkbox"/> 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.

<b>GRADO DE PARENTESCO</b>	<input type="checkbox"/> 06060	<input type="checkbox"/> 06072	<input type="checkbox"/> 06084	<input type="checkbox"/> 06096	<input type="checkbox"/> 06108	<input type="checkbox"/> 06120
<b>DEPRESIÓN:</b>						
<b>Diagnóstico.....</b>	<input type="checkbox"/> 06061	<input type="checkbox"/> 06073	<input type="checkbox"/> 06085	<input type="checkbox"/> 06097	<input type="checkbox"/> 06109	<input type="checkbox"/> 06121
<b>Tratamiento.....</b>	<input type="checkbox"/> 06062	<input type="checkbox"/> 06074	<input type="checkbox"/> 06086	<input type="checkbox"/> 06098	<input type="checkbox"/> 06110	<input type="checkbox"/> 06122
..						

<b>MANÍA:</b> <i>Diagnóstico</i> .....	<input type="checkbox"/> 06063	<input type="checkbox"/> 06075	<input type="checkbox"/> 06087	<input type="checkbox"/> 06099	<input type="checkbox"/> 06111	<input type="checkbox"/> 06123
<i>Tratamiento</i> ..... ....	<input type="checkbox"/> 06064	<input type="checkbox"/> 06076	<input type="checkbox"/> 06088	<input type="checkbox"/> 06100	<input type="checkbox"/> 06112	<input type="checkbox"/> 06124
<b>ESQUIZOFRENIA:</b> <i>Diagnóstico</i> .....	<input type="checkbox"/> 06065	<input type="checkbox"/> 06077	<input type="checkbox"/> 06089	<input type="checkbox"/> 06101	<input type="checkbox"/> 06113	<input type="checkbox"/> 06125
<i>Tratamiento</i> .....	<input type="checkbox"/> 06066	<input type="checkbox"/> 06078	<input type="checkbox"/> 06090	<input type="checkbox"/> 06102	<input type="checkbox"/> 06114	<input type="checkbox"/> 06126
<b>ALCOHOLISMO:</b> <i>Diagnóstico</i> .....	<input type="checkbox"/> 06067	<input type="checkbox"/> 06079	<input type="checkbox"/> 06091	<input type="checkbox"/> 06103	<input type="checkbox"/> 06115	<input type="checkbox"/> 06127
<i>Tratamiento</i> ..... .	<input type="checkbox"/> 06068	<input type="checkbox"/> 06080	<input type="checkbox"/> 06092	<input type="checkbox"/> 06104	<input type="checkbox"/> 06116	<input type="checkbox"/> 06128
<b>OTROS</b> (especificar): _____:						
<i>Diagnóstico</i> .....	<input type="checkbox"/> 06069	<input type="checkbox"/> 06081	<input type="checkbox"/> 06093	<input type="checkbox"/> 06105	<input type="checkbox"/> 06117	<input type="checkbox"/> 06129
.....						
<i>Tratamiento</i> .....	<input type="checkbox"/> 06070	<input type="checkbox"/> 06082	<input type="checkbox"/> 06094	<input type="checkbox"/> 06106	<input type="checkbox"/> 06118	<input type="checkbox"/> 06130
.....						
<b>SUICIDIO:</b> <i>Diagnóstico</i> .....	<input type="checkbox"/> 06071	<input type="checkbox"/> 06083	<input type="checkbox"/> 06095	<input type="checkbox"/> 06107	<input type="checkbox"/> 06119	<input type="checkbox"/> 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 PREOCCUPE 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 DOLORES 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 períodos 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 autculpa obvia por "pecadillos" pasados o del presente. (No se incluye una ligera o justificada autculpa). ....|\_| 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 SIENTE) 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 nº 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

Quando 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).

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





<p><i>La forma evolutiva que más se ajusta al paciente es (ver glosario):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deterioro lento progresivo.</li> <li>2. Deterioro escaleriforme.</li> <li>3. Fase única.</li> <li>4. Episodios repetidos con períodos de normalidad.</li> <li>5. Trastorno bipolar.</li> <li>6. Fluctuaciones sin recuperación entre ellas</li> <li>7. Brotes (esquizofrenia).</li> <li>8. Desarrollo (paranoia, trast. personalidad).</li> </ol>	<p>_____ _____  09011</p>	<p>_____ _____  09023</p>	<p>_____ _____  09035</p>	<p>_____ _____  09049</p>
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

10.- STATUS FUNCIONAL

INCAPACIDAD FISICA

JUICIOS:

El paciente ¿está enfermo físicamente en el momento actual (en contraste con estar 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 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 ULTIMO MES?.....

(En caso de ninguna, aclarar el motivo) | 10004

- 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

Table with 2 columns: Activity (e.g., Uso de pequeñas cantidades de dinero) and Code (e.g., 10005).

Realizar tareas domésticas sencillas (hacer café, uso de electrodomésticos)(Lawton)	_   10010
Preparar las comidas (Lawton)	_   10011
Lavar la ropa (Lawton)	_   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	_   10013
Incontinencia (Katz)	_   10014
Vestirse (Katz)	_   10015
Lavarse (Katz)	_   10016
Alimentarse (Katz)	_   10017
Ir al servicio (Katz)	_   10018
Trasladarse ( cama, silla, coche) (Katz)	_   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	_   100 20
Habilidades especiales, aficiones o hobbies	_   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



**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.....   
 .....13001

**DEPRESIÓN:** Ojos húmedos: lleno de lágrimas o llorando. ....   
 .....13002

**MUY LENTO EN TODOS SUS MOVIMIENTOS** .....   
 .....13003

**DIFICULTADES DE PENSAMIENTO:** Parece confuso.....   
 .....13004

**DIFICULTADES DE PENSAMIENTO:** Parece indeciso .....   
 .....13005

**INCOMODIDAD SOCIAL:** Parece indebidamente suspicaz .....   
 .....13006

**CONCENTRACIÓN:** Dificultad clara para concentrarse en la entrevista.....   
 .....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:**



- 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) Llora/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		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16002	<input type="checkbox"/> 16003	<input type="checkbox"/> 16004	<input type="checkbox"/> 16005
PRINCIPAL ALTERNATIVO		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16006	<input type="checkbox"/> 16007	<input type="checkbox"/> 16008	<input type="checkbox"/> 16009
SECUNDARIO		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16010	<input type="checkbox"/> 16011	<input type="checkbox"/> 16012	<input type="checkbox"/> 16013
TERCIARIO		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16014	<input type="checkbox"/> 16015	<input type="checkbox"/> 16016	<input type="checkbox"/> 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.

