



Formulario de datos generales

ESTUDIO: **Fecha de nacimiento:**

Número de sujeto: | ____EU| ____-| ____| ____|

Tiempo de evaluación: **PRESENT** **Periodo – Replicado** | ____0| ____-| ____0| ____

Entrevistador: **Fecha** | ____-| ____-| ____| ____| **2| 0| ____**

Participante

Apellidos:

Nombre: Iniciales: H/M

Dirección: Calle: Número:

Ciudad: Código postal:

País:

Tel.:

Teléfono móvil:

Email:

Pareja/ esposo/a

Apellidos:

Nombre: Iniciales:..... H/M

Participación en nuevos estudios

Estoy de acuerdo/ no estoy de acuerdo* para que contacten en el futuro conmigo para la posible colaboración en nuevos futuros.

* Borrar lo que no sea aplicable

Comentarios:

ESTATUS de los INSTRUMENTOS

ESTUDIO: EU GEI				Fecha de nacimiento			
Código del sujeto: _____ - _____				_____ - _____ - 1 9 ____			
Status: A. Paciente B. Hermano C. Control				Fecha _____ - _____ - 2 0 ____			
Entrevistador:				Workpackage: 2 / 6			

	1= Completa y fiable	2= Problemas Técnicos	3= Rechazo / Falta de motivación	4= Limitaciones Físicas o Cognitivas	5= El sujeto no comprendió las instrucciones	6= Instrumento no administrado	7= NP
Instrumentos	1	2	3	4	5	6	7
Información General	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOS Modified	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socio Demographic Scales Parte 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socio Demographic Scales Parte 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
List of Threatening Events	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brief Impact of Events	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discrimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bullying	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Childhood Experience of Care & Abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parental Discord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physical Abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychological Abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexual Abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social Environment Assessment Tool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GAF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS Shortened	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OPCRIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIS-R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medication list (WP 2 – WP6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis Experience Questionnaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobacco & Alcohol list	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migration History Core	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migration History in Depth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DCS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DCSF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIGS Relative Form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIGS Pedigree Form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIGS Pedigree Data Form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CTQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BEADS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benton Facial Recognition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degraded Faces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
White Noise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WAIS III:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clave de números	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aritmética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cubos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STUDIE: EU GEI	Fecha de nacimiento
Sujeto Número: __ EU __ - __ __	__ - __ - 1 9 __
Tiempo de intervalo:	Periodo – Replicat 0 __ - 0 __
Entrevistador:	Fecha __ - __ - 2 0 __

Hoja Informativa

¡Por favor, anote la fecha más exacta!

- En caso de que solo este disponible la información sobre el *año de inicio*, por favor anote como fecha de inicio el 1 de julio de ese año
- En caso de que solo este disponible la información sobre el *mes de inicio*, por favor anote como fecha de inicio, el día 15 de ese mes

Fecha de inicio de la psicosis:

Primer día de inicio del episodio psicótico.

El inicio del Episodio Psicótico (diagnóstico definitivo) se define como:

Evidencia clara de delirios, alucinaciones, síntomas de primer rango, síntomas catatónicos por lo menos una semana (es decir, una puntuación ≥ 4 en los siguientes ítems de la PANSS: P1 ‘delirios’, P3 ‘comportamiento alucinatorio’, P5 ‘grandiosidad’, P6 ‘suspicacia’ o A9 ‘contenido inusual del pensamiento’).

Fecha de comienzo del tratamiento:

Primer día de comienzo del tratamiento.

El comienzo del Tratamiento se define como:

La fecha de inicio del tratamiento con anti psicóticos mantenida por lo menos un mes (al menos un 75% cumplimiento) o hasta que se consiga una respuesta significativa (es decir, obtener una puntuación ‘mejoría destacable’ en la escala CGI); cualquiera de las dos opciones que suceda primero.

Duración de la Psicosis no tratada:

Fecha de comienzo del tratamiento – Fecha de comienzo de la Psicosis

Diagnóstico psiquiátrico actual (DSM-IV): _____

Fecha de contacto con los servicios de salud mental

(día/mes/año):

 - -

Fecha de inicio de la psicosis:

 - -

Fecha de comienzo del tratamiento:

 - -

Nr.	Antipsicóticos	Dosis total diaria o dosis depot total	Fecha desde la que se toma de forma regular (al menos 75% del cumplimiento)	Código (debe ser indicado por el investigador)*
1.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
2.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
3.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
4.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>

DURACIÓN DE LA PSICOSIS NO TRATADA en semanas:

* ver listas de medicación de cara a indicar los códigos

Ahora me gustaría hacerte algunas preguntas sobre tu infancia y adolescencia. Estamos interesados en las diferentes experiencias que hayas tenido antes de los 17 años de edad. Algunas de las experiencias que quiero preguntarte pueden volver a traerte a la mente recuerdos desagradables o dolorosos, por lo que si en algún momento no deseas responder a una pregunta, por favor dímelo. Por supuesto, toda la información que proporciones será tratada de forma confidencial.

Todas las preguntas **en negrita** se deben preguntar y exploraciones adicionales se pueden usar cuando sea conveniente.

Me gustaría comenzar preguntándote:

1. ¿Quiénes fueron tus principales figuras parentales (o cuidadores) antes de los 17 años? (ej. Quien te crió)

¿Tus padres aún siguen vivos?

Si la respuesta es **NO**

2. ¿Falleció alguno de tus padres o ambos, antes de que tú tuvieras 17 años?

3. ¿Alguna vez te has separado de alguno de tus padres (más de 6 meses) antes de los 17 años?

Si la respuesta es **SI**

¿Cuál de los padres?

¿Qué edad tenías cuando te separaste por primera vez de ellos?

¿Cuánto tiempo estuvisteis separados?

¿Cuál fue el principal motivo de separación? **Explorar** enfermedad de los padres, divorcio (separación de los padres), trabajo, nunca conocí a mis padres, estuve enfermo, internado, migración, otros

4. ¿Alguna vez te cambiaste de colegio? (otros cambios que no sean el de primaria a secundaria)

5. ¿Alguna vez fuiste expulsado del colegio?

6. ¿Alguna vez te escapaste de casa? (ej., estar fuera más de dos noches)

7. ¿Alguna vez estuviste en un centro de acogida? (ej., centro de menores, acogido)

8. ¿Había periodos en los que tu familia tenía problemas de dinero?

9. ¿Alguna vez te desatendieron tus necesidades básicas? (comida, limpiar la ropa...)

DISCORDIA PARENTAL

10. Tenían tus padres discusiones frecuentes o tensiones extremas entre ellos?

Si la respuesta es **SI** Me gustaría preguntarte un poco más acerca de esto. Para comenzar:

Discordia Parental

¿Me puedes decir, en general, cómo era de buena la relación de tus padres? (Nota. Clarificar la estructura familiar que esta siendo considerada)

¿Crees que eran cercanos entre ellos? ¿Alguna vez les viste demostrando su afecto uno con el otro?

¿Con qué frecuencia discutían?

¿Cómo era?

¿Elevaban el tono de voz?

¿Hubo algún tipo de violencia o tirar cosas?

¿Las discusiones eran delante tuyo?

¿Alguna vez te involucraron?

¿Involucraron a tus hermanos o hermanas?

¿Había mucha tensión en casa?

¿Hubo algún periodo que ellos pararon de hablarse entre ellos?

Violencia

¿Había algún tipo de violencia en casa?

Si la respuesta es **SI** ¿Quién estaba involucrado?

¿Qué ocurría?

¿Como resultado, hubo alguna vez alguna lesión?

¿Algún tratamiento hospitalario?

¿Alguna vez tuvo que llamar a la policía o a alguien con autoridad?

Edad, Duración

¿Qué edad tenías cuando te diste cuenta de las discusiones, tensiones o violencia?

¿Cuánto tiempo duró?

¿Cantas veces sucedió?

¿Cuándo finalizó? ¿Por qué terminó en ese momento?

Apoyo

¿Has hablado con alguien acerca de esto?

Si la respuesta es **SI** **¿Cuándo fue el primer momento que se lo comentaste a alguien?**

¿Fueron de ayuda?

¿Fueron simpáticos?

¿Hubo alguien en particular que fue de gran ayuda?

¿Quién? ¿Qué hizo o dijo?

Si procede, preguntar sobre otras discusiones familiares. Si la respuesta es **SI** para “discusiones frecuentes o tensiones extremas” para otra discusión familiar, repetir todas las preguntas.

ABUSO PSICOLOGICO

11. ¿Alguna vez fuiste tratado con crueldad o atormentado por tus padres o algún familiar?

¿Hubo alguien que intento asustarte?

¿Hubo alguien que te humilló? (ej., te menosprecian o ridiculizaron delante de los demás)

¿Alguna vez sentiste que los castigos en el hogar eran totalmente innecesarios?

Si la respuesta es **SI** Me gustaría preguntarte un poco más acerca de esto. Comenzando por:

Agresor **¿Quien fue el que hizo eso? ¿Qué hizo/hicieron?**

Frecuencia **¿Con qué frecuencia ocurría?**

Edad, Duración **¿Cuándo comenzó?**

¿Cuándo terminó?

Apoyo **¿Se lo comentaste a alguien?**

Si la respuesta es **SI** **¿Cuándo fue el primer momento que se lo comentaste a alguien?**

¿Fueron de ayuda?

¿Fueron simpáticos?

¿Hubo alguien en particular que fue de gran ayuda?

¿Quién? ¿Qué hizo o dijo?

¿A alguien más de tu casa le trataban así? Si la respuesta es **SI**, repetir las preguntas.

ABUSO FISICO

12. ¿Te sucedió alguna vez que te pegaron o te abofetearon, en numerosas ocasiones, suficiente como para causarte daño?

¿Alguna vez tus padres te han pegado?

¿Alguna vez hubo cualquier tipo de violencia hacia ti en el hogar?

Si la respuesta es SI

Me gustaría preguntarte un poco más acerca de esto. Comenzando por:

Agresor

¿Quien te pego?

¿Tus padres te pegaron?

¿Hubo alguien más en el hogar? ¿Quién?

Si la respuesta es SI **¿Fue un tortazo o fue más que eso?**

¿Alguna vez te han golpeado con algo, como un palo o un cinturón?

Si te golpearon con la mano, ¿fue un tortazo o un puñetazo?

¿Alguna vez fue en la cabeza o en la cara?

¿Alguna vez te golpearon fuertemente? ¿Qué ocurrió?

¿Te han herido alguna vez?

¿Tuviste moratones, cortes?

¿Alguna vez has necesitado tratamiento hospitalario o atención medica?

¿Cuál ha sido la peor ocasión?

¿Qué ocurrió?

¿Cuántas veces sucedió?

¿Fue muy aterrador?

¿Hubo algo que fuera particularmente aterrador?

Edad, Duración

¿Cuando comenzó la violencia?

¿Con qué frecuencia sucedió?

¿Durante cuánto tiempo continuó?

¿Cuando finalizó?

¿Por qué terminó en ese momento?

Apoyo

¿Se lo comentaste a alguien?

Si la respuesta es SI

¿Cuándo fue el primer momento que se lo comentaste a alguien?

¿Fueron de ayuda?

¿Fueron simpáticos?

¿Particularmente alguien fue de ayuda? ¿Quién?

¿Qué hicieron o dijeron?

Contacto Oficial

¿Te vió un medico, enfermera o trabajador social en aquel momento? ¿Y la policía?

¿Alguien más de tu casa te pegó? Si la respuesta es SI, repetir las preguntas

ABUSO SEXUAL

¿Tuviste alguna otra experiencia sexual no consentida, con otra persona? Si la respuesta es **SI**, repetir las preguntas

Para terminar, me gustaría hacerte 3 preguntas finales. Antes de los 17 años ...

- 14. ¿Había algún adulto con el que podrías hablar de tus problemas o dialogar tus sentimientos?**
- 15. ¿Había alguna otra persona de tu edad con la que pudieras hablar de tus problemas o dialogar tus sentimientos?**
- 16. ¿Alguna vez te has sentido solo por un periodo de tiempo significativo (ej, 6 meses o más)?**

SCHEDULES	PAGINA
DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS MRC. Parte 1	2
DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS MRC. Parte 2	7
Lista de eventos amenazantes (Q)	10
Experiencias de abuso y cuidado en la infancia	13
Evaluación de la discordia parental	17
Evaluación del abuso psicológico	20
Evaluación de abusos físicos	23
Evaluación del abuso sexual	26
Bullying	29
Discriminación	33
Breve impacto de los eventos	35
Herramienta de evaluación del entorno social	36

ESTUDIO: EU GEI	Fecha de nacimiento
Código del sujeto: ____EU____ - _____	____ - ____ - 1 9 ____
Intervalo de tiempo: Presente	
Periodo – Replicación: 0 ____ 0 ____ 	
Entrevistador:	Fecha ____ - ____ - 2 0 ____

1a. El sujeto es:

O1 Caso

O2 Hermano/a

O3 Control

1. Sexo

O1 Masculino

O2 Femenino

2. Edad

|____|

3. Etnia:

O1 Caucásico

O2 Negro

O3 Mixto

O4 Asiático

O5 Norteafricano

O6 Otros

4. Orígenes Étnicos específicos (España)

O35 España

O29 Alemania

O66 Bulgaria

O44 Francia

O30 Italia

O01 Holanda

O31 Polonia

O36 Portugal

O67 Reino Unido

O39 Rumania

O41 Rusia

O43 Suiza

O40 Ucrania

O68 Argelia

O02 Marruecos

O69 Senegal

O70 Cuba

O71 República Dominicana

O72 Argentina

O73 Bolivia

O74 Brasil

O75 Chile

O76 Colombia

O77 Ecuador

O78 Paraguay

O79 Perú

O80 Uruguay

O81 Venezuela

O22 China

O20 Paquistán

O28 Otras, especificar: _____

5. Lugar de nacimiento

O1 Austria

O2 Bélgica

O3 Francia

O4 Alemania

O5 Irlanda

O6 Italia

O7 España

O8 Suiza

O9 Países Bajos

O10 Turquía

O11 Reino Unido

O12 Brasil

O13 Australia

O14 Otras, especificar: _____

6. Edad de la migración (si procede) | | |

7. Lugar de nacimiento del padre

O1 Austria	O2 Bélgica	O3 Francia	O4 Alemania
O5 Irlanda	O6 Italia	O7 España	O8 Suiza
O9 Países Bajos	O10 Turquía	O11 Reino Unido	O12 Brasil
O13 Australia	O14 Otras, especificar: _____		

8. Lugar de nacimiento de la madre

O1 Austria	O2 Bélgica	O3 Francia	O4 Alemania
O5 Irlanda	O6 Italia	O7 España	O8 Suiza
O9 Países Bajos	O10 Turquía	O11 Reino Unido	O12 Brasil
O13 Australia	O14 Otras, especificar: _____		

9. Lengua maternal:

O1 Inglés	O2 Alemán	O3 Francés	O4 Holandés
O5 Español	O6 Turco	O7 Italiano	O8 Kurdo
O9 Portugués	O10 Otras, especificar: _____		

10. ¿Alguna vez has trabajado? O0 No O1 Si

11. Clase Social (Sujeto)

(solo proporcionar una descripción)

Presente

Principal

a. Titulación profesional

b. ¿Qué haces/hacías fundamentalmente?

c. ¿Cuál era la función de la organización?

d. Clase Social Sujeto (Principal)

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

d. Clase Social Sujeto (Presente)

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

12. Clase Social del padre (otros_____)

(sólo facilitar una descripción)

Presente**Principal****i. Titulación profesional**

i. ¿Qué haces/hacías fundamentalmente?

i. ¿Cuál era la función de la organización?

d. Clase Social del Padre (Principal)

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

d. Clase Social del Padre (Presente)

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

13. Edad de la madre en el nacimiento

14. Edad de la padre en el nacimiento

15. Número de hermanos/as

16. ¿Consideras que tienes o has tenido una discapacidad auditiva?

O0 No

O1 Si

17. ¿La discapacidad auditiva comenzó antes de los 18 años?

O0 No

O1 Si



(Note for DATA ENTRY: open EU_LIVPLA_PREV and EU_LIVPLA_CURR: Living places previously and current)

18. ¿Dónde has vivido durante toda tu vida, comenzando con el lugar de tu nacimiento?

Nº	País	Ciudad	Calle/Código postal	Edad			Cambio de colegio	
				Desde	Hasta			
1.							O ₀ No	O ₁ Si
2.							O ₀ No	O ₁ Si
3.							O ₀ No	O ₁ Si
4.							O ₀ No	O ₁ Si
5.							O ₀ No	O ₁ Si
6.							O ₀ No	O ₁ Si
7.							O ₀ No	O ₁ Si
8.							O ₀ No	O ₁ Si
9.							O ₀ No	O ₁ Si
10.							O ₀ No	O ₁ Si
11.							O ₀ No	O ₁ Si
12.							O ₀ No	O ₁ Si
13.							O ₀ No	O ₁ Si
14.							O ₀ No	O ₁ Si
15.							O ₀ No	O ₁ Si

En la actualidad

Nº	País	Ciudad	Calle/Código postal	Edad				
				Desde		Hasta		



(Note for DATA ENTRY: open **EU_MRC 2_SODEFAM**)

1. Desde que te fuiste de casa de tus padres, ¿has vivido con otras personas? O0 No O1 Si

2. ¿Con quién convives...? (Para b-d: Puntúa en caso de tener 17 años de edad o mayor en ese momento; si no es aplicable, indica N/A)

	Solo	Solo, con hijos	Pareja, cónyuge	Pareja, cónyuge, con hijos	Padres	Otra familia	Amigos	Otros: especificar (ej. Hostal, residencia)	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8_____	O9
b) Hace 1 año	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8_____	O9
c) Hace 5 años	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8_____	O9

3. ¿Eres dueño de tu casa o vives alquilado...? (Para b-d: Puntúa en caso de tener 17 años de edad o mayor en ese momento; si no es aplicable, indica N/A)

	Propiedad privada (suya)	Propiedad privada (familia)	Alquiler (Privado)	Alquiler (del Estado)	Otros, especificar:	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5_____	O9
b) Hace 1 año	O1	O2	O3	O4	O5_____	O9
c) Hace 5 años	O1	O2	O3	O4	O5_____	O9

4. Superocupación/hacinamiento

a) Ahora b) Hace 1 año c) Hace 5 años

1. ¿Con cuántas personas vives?

--	--

--	--

--	--

2. ¿Cuántas habitaciones tienes en casa?
(excluyendo cocina y cuartos de baño)

--	--

--	--

--	--

5. ¿Alguna vez has tenido una relación larga? (un año o más) O0 No O1 Si

6. ¿Cuántos hijos tienes?

--	--

7. ¿Cuál es tu estado civil? (Para b-d: Puntúa para edad de 17 años o tiempos pasados; si no es aplicable, indica N/A)

	Soltero	Casado, en convivencia con alguien	En una relación estable	Divorciado, separado	Viudo	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5	O6
b) Hace 1 año	O1	O2	O3	O4	O5	O6
c) Hace 5 años	O1	O2	O3	O4	O5	O6

8. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que has conseguido?

O1 Colegio, sin graduado

O2 Colegio, con graduado escolar

O3 Secundaria, Bachillerato

O4 Formación profesional (Trabajo relacionado con educación como fontanero, electricista, etc....)

O5 Primer ciclo universitario: 3 años de Universidad

O6 Licenciatura superior, estudios de postgrado (Máster, Doctorado)

9. ¿Cuántos años has estudiado? (desde el principio de la enseñanza obligatoria)

|__|__|

10. ¿Trabajas (trabajo remunerado)? (Para b-d: Puntúa para edad de 17 años o tiempos pasados si no es aplicable, indica N/A)

	Desempleado	Económicamente inactivo ¹	Estudiante	Asalariado a tiempo parcial	Empleado fijo	Autónomo	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7
b) Hace 1 año	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7
c) Hace 5 años	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7

¹ (ej, labores del hogar, enfermedad/discapacidad física, estudiando la carrera, retirado)

11. ¿A cuánto asciende el total de tus ingresos mensuales? (Para b-d: Puntúa para edad de 17 años o tiempos pasados; si no es aplicable, indica N/A)

	a) Ahora		b) Hace 1 año			c) Hace 5 años		
i. Ingreso mensual bruto								
ii. Ingreso inferior a la media	O0 No	O1 Si	O0 No	O1 Si	O3 N/A	O0 No	O1 Si	O3 N/A
iii. Ingresos por debajo del umbral oficial de pobreza	O0 No	O1 Si	O0 No	O1 Si	O3 N/A	O0 No	O1 Si	O3 N/A
iv. Recibo de asistencia social	O0 No	O1 Si	O0 No	O1 Si	O3 N/A	O0 No	O1 Si	O3 N/A
Si la respuesta es SI, especificar:								

12. ¿Cuál es tu religión?

O0 Ninguna	O1 Cristiano	O2 Judío
O3 Musulmán	O4 Otra, especificar _____	

13. ¿Con qué frecuencia asistes a actos religiosos?

O0 Nunca	O1 Una o dos veces al año	O2 Mensualmente	O3 Semanalmente
----------	---------------------------	-----------------	-----------------

Únicamente para los emigrantes de primera generación

14. En una escala del 1 al 10, ¿cómo valorarías tu fluidez en el idioma principal? | | |
 (1=nada fluido, 10= muy fluido)



(Note for DATA ENTRY: open EU_LTE, list of threatening events)

LISTA DE EVENTOS AMENAZANTES

Me gustaría preguntarte sobre los 12 meses antes de... [comienzo, de NOS]. Me gustaría hacerte unas preguntas sobre cosas que te han podido ocurrir o a gente cercana (pareja, hijos, hermanos, padres, otros miembros que viven en el hogar, muy buenos amigos). En los 12 meses anteriores, ¿te ha pasado a ti o a alguien cercano a ti alguno de los siguientes eventos? Si la respuesta es SI, cuándo sucedió (o se inició) [Dé una descripción breve]

Periodo de tiempo: desde 12 meses previos al comienzo de la enfermedad [] hasta la fecha de comienzo []

		SI	NO	FECHA
1. ¿Has tenido alguna enfermedad o lesión grave?		O1	O0	_____
2. ¿Algún familiar cercano ha tenido alguna enfermedad o lesión grave?		O1	O0	_____
3. ¿Ha fallecido alguno de tus padres, de tus hijos o tu pareja?		O1	O0	_____
4. ¿Ha fallecido algún amigo cercano de la familia u otro familiar?		O1	O0	_____
5. Nacimiento de un hijo (tuyo o de tu pareja)		O1	O0	_____
6. ¿Separación de la pareja (con la que convives) por problemas?		O1	O0	_____
7. ¿Separación de una pareja estable (con la que no convivías)?		O1	O0	_____
8. ¿Te han dado alguna noticia importante o reveladora sobre tu pareja o hijos?		O1	O0	_____

SI NO FECHA

9. ¿Tienes graves problemas con la pareja o hijos?

O1 O0

10. ¿Tienes algún problema grave con un amigo cercano, vecino o familiar?

O1 O0

11. ¿Tienes graves problemas en el trabajo?

O1 O0

12. ¿Estás desempleado o buscas trabajo sin éxito?

O1 O0

13. ¿Has sido destituido o despedido de tu trabajo?

O1 O0

14. ¿Te encuentras en una crisis financiera?

O1 O0

15. ¿Tienes graves problemas o deudas financieras (tú o tu pareja)?

O1 O0

16. ¿Tienes problemas graves de vivienda, incluyendo quedarse sin hogar?

O1 O0

17. ¿Tienes problemas con la policía o comparecer ante un tribunal?

O1 O0

18. ¿Te han robado o has perdido algo de valor?

O1 O0

19. ¿Has sido víctima de un asalto o robo (incluyendo en el hogar)?

O1 O0

20. ¿Has sido testigo de un asalto grave u otro evento traumático?

O1 O0

Notas:



(Note for DATA ENTRY; open EU_CECA, Childhood experiences of care and abuse)

Experiencias de abuso y cuidado en la infancia

Ahora me gustaría hacerte algunas preguntas sobre su infancia y adolescencia. Estamos interesados en las diferentes experiencias que hayas tenido antes de los 17 años de edad. Algunas de las experiencias que quiero preguntarte pueden volver a traer a la mente recuerdos que te alteren o dolorosos, por lo que si en algún momento no deseas responder a una pregunta, por favor dímelos. Por supuesto, toda la información que proporciones será tratada de forma confidencial.

- 1. ¿Quiénes fueron tus principales figuras parentales, antes de los 17 años?** [Si es necesario, continuar en una hoja a parte]

0= No Figura de la madre y del padre

1= Padre y madre naturales

2= Madrastra, padre

3= Abuela, padre

4= Otros

1. Estructura Familiar	A. Figura de la madre					B. Figura del padre					C. Tu edad cuando comenzaron a serlo	
1. Primero	O0 O1 O2 O3 O4					O0 O1 O2 O3 O4					0	
2. Segundo	O0 O1 O2 O3 O4					O0 O1 O2 O3 O4						
3. Tercero	O0 O1 O2 O3 O4					O0 O1 O2 O3 O4						
4. Cuarto	O0 O1 O2 O3 O4					O0 O1 O2 O3 O4						
5. Quinta	O0 O1 O2 O3 O4					O0 O1 O2 O3 O4						
6. Sexto	O0 O1 O2 O3 O4					O0 O1 O2 O3 O4						

- 2. ¿Ha fallecido alguno de tus padres o ambos antes de los 17 años?**

- 2.a.** ¿Ha fallecido tu madre? O0 No O1 Si
- 2.b.** ¿Ha fallecido tu padre? O0 No O1 Si
- 2.c.** Si la respuesta es afirmativa, ¿que edad tenias cuando tu madre fallecio? [] []
- 2.d.** Si la respuesta es afirmativa, ¿que edad tenias cuando tu padre fallecio? [] []

- 3. ¿Alguna vez te has separado de tus padres (más de 6 meses) antes de los 17 años?**

- 3.a.** ¿Te has separado de tu madre? O0 No O1 Si
- 3.b.** ¿Te has separado de tu padre? O0 No O1 Si
- 3.c.** Si la respuesta es afirmativa, ¿que edad tenias cuando te separaste de tu madre por primera vez? [] []
- 3.d.** Si la respuesta es afirmativa, ¿que edad tenias cuando te separaste de tu padre por primera vez? [] []
- 3.e.** ¿Cuánto tiempo estuvisteis separados, en años y meses? [] []

3.f. ¿Cuál fue el principal motivo de separación?

- | | | | |
|-----------------------------|-------------------------|--------------|------------------------------|
| O1 Enfermedad de los padres | O2 Divorcio, Separación | O3 Trabajo | O4 Nunca conocí a mis padres |
| O5 Estuve enfermo | O6 Internado | O7 Migración | O8 Otros |

3.g. Especificar:

Antes de los 17 años de edad ...

	0-11 años			12-16 años		
	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
4. ¿Alguna vez te cambiaste de colegio? (otros cambios que no sean el de primaria a secundaria)						
5. ¿Alguna vez fuiste expulsado del colegio?						
6. ¿Alguna vez te escapaste de casa? (ej., estar fuera más de dos noches)						
7. ¿Alguna vez estuviste en un centro de acogida?						
8. ¿Alguna vez tu familia tuvo problemas de dinero?						
9. ¿Alguna vez se desatendieron tus necesidades básicas? (comida, limpieza, vestido..)						
10. ¿Alguna vez hubo discusiones frecuentes o tensiones extremas entre tus padres?						
11. ¿Alguna vez te han tratado con crueldad o te han atormentado tus padres o algún miembro de tu familia?						
12. ¿Te han golpeado o dado un tortazo en varias ocasiones, con intensidad suficiente como para causar una lesión?						
13. ¿Alguna vez has tenido una experiencia sexual no consentida?						
14. ¿Existía algún adulto al que acudieras con tus problemas o le pudieras hablar de tus sentimientos?						
15. Existía algún persona de tu edad al que acudieras con tus problemas o le pudieras hablar de tus sentimientos?						
16. ¿Alguna vez te has sentido solo durante un largo periodo de tiempo? (6 meses o más)						

Notas (facilitar una breve descripción de las respuestas positivas):



(Note for DATA ENTRY: open **EU_BULL-SV**, Bullying)

Bullying

Ahora voy a hacerte algunas preguntas acerca del acoso o bullying por pares (compañeros) que podrías haber experimentado antes de 17 años. Con el término acoso o bullying me refiero cuando la gente tiene una edad similar a la tuya:

Cosas dichas con maldad, dolorosas o que se han burlado de ti o te han llamado por nombres descalificadores que hacen daño; Ignorado completamente o excluido por tu grupo de amigos o te han dejado de lado a propósito; Golpeado, pateado o empujado, o encerrado en una habitación; Han contado mentiras o han extendido rumores acerca de ti; Otras cosas hirientes.

Nosotros no consideramos bullying cuando alguna de esas cosas se hace de una manera amistosa o lúdica.

1. ¿Alguna vez te ha hecho bullying un otro niño o adolescente?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| O0 Nunca | O3 Frecuentemente (mensualmente+) |
| O1 Raramente (una o dos veces) | O4 Muy frecuentemente (semanalmente+) |
| O2 Ocasionalmente (más de dos veces,
menos de mensualmente) | |

¿Qué sucedió? _____

2. ¿Alguna vez has sido herido por otro niño o adolescente? (Por ejemplo, quemadas, moretones, cortadas, otros)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| O0 Nunca | O3 Frecuentemente (mensualmente+) |
| O1 Raramente (una o dos veces) | O4 Muy frecuentemente (semanalmente+) |
| O2 Ocasionalmente (más de dos veces,
menos de mensualmente) | |

3. ¿Alguna vez has sido perjudicado de forma emocional o psicológica por otro niño o adolescente? (Por ejemplo, miedo, malos sueños, sentirse enfermo, evitar un lugar determinado, lloraba, otros)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| O0 Nunca | O3 Frecuentemente (mensualmente+) |
| O1 Raramente (una o dos veces) | O4 Muy frecuentemente (semanalmente+) |
| O2 Ocasionalmente (más de dos veces,
menos de mensualmente) | |

4. ¿Como fué de severo el bullying?

- | | |
|--------------|---|
| O0 Ninguna: | o solo burlas de menor importancia que no molestan |
| O1 Algo: | Poco frecuente el acoso físico o psicológico: No hay lesiones físicas y sólo malestar por un período muy breve de tiempo |
| O2 Moderado: | Frecuente intimidación física o psicológica que conducen a lesiones leves o reacciones emocionales transitorias (llanto, miedo, evitación, malos sueños) |
| O3 Marcado: | Graves y frecuentes daños físicos o psicológicos, extremadamente traumáticos y evitación de lugares y las personas que participan en estas experiencias, pesadillas frecuentes. |

5. ¿Alguna vez has hecho bullying hacia otro niño o adolescente?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| O0 Nunca | O3 Frecuentemente (mensualmente+) |
| O1 Raramente (una o dos veces) | O4 Muy frecuentemente (semanalmente+) |
| O2 Ocasionalmente (más de dos veces,
menos de mensualmente) | |



(Note for DATA ENTRY: open EU_DISCR, Discrimination)

Discriminación

En las siguientes preguntas nos interesa la forma en que otras personas te han tratado a tí o tus creencias acerca de cómo otras personas te han tratado. ¿Me puedes decir si alguno de las siguientes situaciones te han ocurrido alguna vez? Por favor, indica el número de veces, la edad a la que ocurrió por primera vez y destaca la razón principal por la que ocurrió Entonces:

Por alguna razón, alguna vez has sido injustamente...

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
-----------	-----------	--------------------	---------------------------------

1. Despedido

O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
----	----	---	---

Razón principal:	O1 Género	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

2. No te han cogido para un trabajo

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

3. Te han denegado una promoción/ascenso laboral

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

4. Detenido o interrogado por la policía

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	------------------------

5. Tratado por el sistema judicial

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

Discriminación

Por alguna razón, alguna vez has sido injustamente...							Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):			
6. Desaconsejado de cara a continuar con estudios educativos				O1	O0		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Prevenido de que no compraras o alquilaras un piso o una casa				O1	O0		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Tratado por tus vecinos o tu familia				O1	O0		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Te han denegado un préstamo o una hipoteca				O1	O0		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Recibido un servicio peor que otra gente				O1	O0		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Tratado cuando estabas recibiendo atención medica				O1	O0		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Tratado al utilizar el transporte publico				O1	O0		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Note for DATA ENTRY: open EU_BIE, Brief Impact of Events)

Breve impacto de los eventos

Las siguientes preguntas constituyen una lista de las dificultades que a veces tienen las personas después de los eventos estresantes de la vida. En relación con cualquiera de los eventos anteriores que hayas experimentado bien sea en tu infancia como en los 12 meses antes del inicio de la enfermedad [el investigador resume los eventos], o también por cualquier otro evento o dificultad que te haya ocurrido en otro momento- Por favor, indica el grado en que has experimentado las siguientes dificultades en los ÚLTIMOS SIETE DÍAS. ¿En qué medida has estado de angustiado o molesto por estas dificultades? Elige *una* opción para cada ítem. Si esto no te ha ocurrido en los últimos siete días en absoluto, por favor marca "nada". **Si no hay eventos, no completar.**

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. Pensé en ello, cuando tuve la intención de...	O0	O1	O2	O3	O4
2. Me sentí vigilado o en guardia	O0	O1	O2	O3	O4
3. Otras cosas hacen que siga pensando en ello	O0	O1	O2	O3	O4
4. Era consciente de que todavía tenía un montón de sentimientos al respecto, pero no pude superarlos	O0	O1	O2	O3	O4
5. Traté de no pensar en ello	O0	O1	O2	O3	O4
6. Tuve problemas para concentrarme	O0	O1	O2	O3	O4
7. Tuve sueños sobre ello	O0	O1	O2	O3	O4
8. Me vinieron a la mente imágenes sobre ello	O0	O1	O2	O3	O4

8^a. ¿A qué acontecimiento vital que hayamos comentado anteriormente, se refieren estas experiencias? (especificar y matizar si ocurrieron antes del inicio)

.....

HERRAMIENTA DE EVALUACION DEL ENTORNO SOCIAL

Todas las preguntas se refieren al barrio [según lo definido por ti] en el que actualmente vives (o vivías en el momento de inicio).

Código Postal: |_____|_____|_____|____|

1. El participante ¿se ha mudado de barrio desde el inicio?

O0 No

O1 Sí

2. Delito y alteración del orden público

Por favor califica la **frecuencia** de los siguientes eventos o problemas en tu vecindario (1 en absoluto es común, 5 es muy común)

	En absoluto es frecuente	Es muy frecuente			No se
a. Robo en tiendas, iglesias, centros comunitarios u otros servicios locales	O1	O2	O3	O4	O5
b. Personas que intenten asaltar las casas o coches de los demás	O1	O2	O3	O4	O5
c. Vandalismo en la propiedad de otras personas	O1	O2	O3	O4	O5
d. Los niños faltan al colegio (absentismo)	O1	O2	O3	O4	O5
e. Ataques a los animales (animales de compañía, ganado o animales no domesticados)	O1	O2	O3	O4	O5

3. Acción e Intervención Comunitaria

Por favor califica la **probabilidad de que la gente del vecindario tome medidas** si les parece necesario
(1 en absoluto es frecuente 5 es muy frecuente)

	En absoluto es frecuente	Es muy frecuente			No se
a. Alguien robe en la tienda, iglesia, centro comunitario u otro local de amenidad	O1	O2	O3	O4	O5
b. Alguien asalta una casa o coche	O1	O2	O3	O4	O5
c. Alguien cause daños en la propiedad de otros (ej. vandalismo, graffiti)	O1	O2	O3	O4	O5
d. Absentismo de los niños	O1	O2	O3	O4	O5
e. Alguien abusa o maltrata a un animal	O1	O2	O3	O4	O5

HERRAMIENTA DE EVALUACION DEL AMBIENTE SOCIAL

4. Acción e intervención comunitaria

Por favor califica **como las personas toman medidas** si son observadas en tu vecindario (1 en absoluto es probable, 5 es muy probable)

	En absoluto es frecuente	Es muy frecuente	No se
a. Alguien robando en una tienda, iglesia, centro comunitario o en otros locales recreativos	O1	O2	O3
b. Alguien robando en una casa o coche	O1	O2	O3
c. Alguien causando daños en las propiedades de otros (ej. vandalismo, grafiti)	O1	O2	O3
d. Niños faltando al colegio	O1	O2	O3
e. Alguien abusando o maltratando a un animal	O1	O2	O3
		O4	O5
		O4	O5
		O5	O9
		O5	O9
		O5	O9

5. La identidad, redes y cooperación de la vecindad [Vinculación, conexión y la unión del capital social]

Por favor califica **si estás de acuerdo** con las siguientes afirmaciones sobre **tu vecindario**

(1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo , 4: de acuerdo, 5: fuertemente de acuerdo)

En mi vecindario...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No se
a. La gente en mi vecindario comparte valores y creencias similares	O1	O2	O3	O4	O5	O9
b. La gente en mi vecindario puede ser de fiar	O1	O2	O3	O4	O5	O9
c. La gente en mi vecindario está dispuesta a ayudar a los demás	O1	O2	O3	O4	O5	O9
d. Mi vecindario tiene un fuerte sentido de identidad/comunidad	O1	O2	O3	O4	O5	O9
e. La gente en mi vecindario lucharía contra el planteamiento del cierre de una entidad publica (ej., un colegio, el periódico o correos)	O1	O2	O3	O4	O5	O9
f. En mi vecindario, diferentes grupos de gente (ej., religión, etnia, grupos políticos) podrían llegar a cooperar por la mejora del área	O1	O2	O3	O4	O5	O9
g. El gobierno local escucha los puntos de vista de la gente/grupos de mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5	O9
h. La Policía, Oficiales de ayuda a la comunidad son respetados por la gente en mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5	O9
i. El Hospital local juega un papel muy importante en la comunidad	O1	O2	O3	O4	O5	O9

HERRAMIENTA DE EVALUACION DEL AMBIENTE SOCIAL**6. Diversidad étnica y cooperación en tu vecindario**

Por favor, indica tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre tu vecindario (1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4: de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. La mayoría de la gente es caucásica	O1	O2	O3	O4	O5
b. La gente viene de diferentes orígenes	O1	O2	O3	O4	O5
c. Personas de diferentes grupos étnicos generalmente se llevan bien entre sí					
d. Personas de grupos étnicos minoritarios a menudo sufren abusos físicos o verbales	O1	O2	O3	O4	O5
e. Hay muchas tiendas especializadas y servicios para las personas de grupos étnicos minoritarios	O1	O2	O3	O4	O5

7. Construcción (física) del medio ambiente

Por favor, indica la frecuencia de las siguientes situaciones en tu vecindario (1 en absoluto es frecuente, 5 es muy frecuente)

	En absoluto es frecuente			Es muy frecuente	
a. Espacios verdes (ej. Jardines, campos, parques, bosques, campos de juego)	O1	O2	O3	O4	O5
b. Edificios con más de 3 plantas	O1	O2	O3	O4	O5
c. Edificios abandonados	O1	O2	O3	O4	O5
d. Edificios no residenciales	O1	O2	O3	O4	O5
e. Tráfico	O1	O2	O3	O4	O5
f. Graffiti o basura	O1	O2	O3	O4	O5

8. Tu participación en el barrio [Compromiso]

Por favor califica **si estás de acuerdo** con las siguientes afirmaciones sobre **tu vecindario**

(1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo , 4: de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. Confío en mis vecinos	O1	O2	O3	O4	O5
b. Tengo muchos amigos en mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5
c. Me gusta implicarme en organizaciones o actividades comunitarias locales	O1	O2	O3	O4	O5
d. Me siento parte de mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5

SCHEDULES	PAGINA
DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS MRC. Parte 1	2
DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS MRC. Parte 2	7
Lista de eventos amenazantes (Q)	10
Experiencias de abuso y cuidado en la infancia	13
Evaluación de la discordia parental	17
Evaluación del abuso psicológico	20
Evaluación de abusos físicos	23
Evaluación del abuso sexual	26
Bullying	29
Discriminación	33
Breve impacto de los eventos	35
Herramienta de evaluación del entorno social	36

6. Edad de la migración (si procede) |__|__|

7. Lugar de nacimiento del padre

O1 Austria	O2 Bélgica	O3 Francia	O4 Alemania
O5 Irlanda	O6 Italia	O7 España	O8 Suiza
O9 Países Bajos	O10 Turquía	O11 Reino Unido	O12 Brasil
O13 Australia	O14 Otras, especificar: _____		

8. Lugar de nacimiento de la madre

O1 Austria	O2 Bélgica	O3 Francia	O4 Alemania
O5 Irlanda	O6 Italia	O7 España	O8 Suiza
O9 Países Bajos	O10 Turquía	O11 Reino Unido	O12 Brasil
O13 Australia	O14 Otras, especificar: _____		

9. Lengua maternal:

O1 Inglés	O2 Alemán	O3 Francés	O4 Holandés
O5 Español	O6 Turco	O7 Italiano	O8 Kurdo
O9 Portugués	O10 Otras, especificar: _____		

10. ¿Alguna vez has trabajado? O0 No O1 Si

11. Clase Social (Sujeto)

(solo proporcionar una descripción)

Presente

Principal

a. **Titulación profesional**

b. **¿Qué haces/hacías fundamentalmente?**

c. **¿Cuál era la función de la organización?**

d. **Clase Social Sujeto (Principal)**

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

d. **Clase Social Sujeto (Presente)**

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

12. Clase Social del padre (otros _____)

(sólo facilitar una descripción)

Presente

Principal

i. Titulación profesional

i. ¿Qué haces/hacías fundamentalmente?

i. ¿Cuál era la función de la organización?

d. Clase Social del Padre (Principal)

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

d. Clase Social del Padre (Presente)

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

13. Edad de la madre en el nacimiento

|__|__|

14. Edad de la padre en el nacimiento

|__|__|

15. Número de hermanos/as

|__|__|

16. ¿Consideras que tienes o has tenido una discapacidad auditiva?

O0 No

O1 Si

17. ¿La discapacidad auditiva comenzó antes de los 18 años?

O0 No

O1 Si



(Note for DATA ENTRY: open EU_LIVPLA_PREV and EU_LIVPLA_CURR: Living places previously and current)

18. ¿Dónde has vivido durante toda tu vida, comenzando con el lugar de tu nacimiento?

Nº	País	Ciudad	Calle/Código postal	Edad		Cambio de colegio	
				Desde	Hasta		
1.						O ₀ No	O ₁ Si
2.						O ₀ No	O ₁ Si
3.						O ₀ No	O ₁ Si
4.						O ₀ No	O ₁ Si
5.						O ₀ No	O ₁ Si
6.						O ₀ No	O ₁ Si
7.						O ₀ No	O ₁ Si
8.						O ₀ No	O ₁ Si
9.						O ₀ No	O ₁ Si
10.						O ₀ No	O ₁ Si
11.						O ₀ No	O ₁ Si
12.						O ₀ No	O ₁ Si
13.						O ₀ No	O ₁ Si
14.						O ₀ No	O ₁ Si
15.						O ₀ No	O ₁ Si

En la actualidad

Nº	País	Ciudad	Calle/Código postal	Edad	
				Desde	Hasta



(Note for DATA ENTRY: open EU_MRC 2_SODEPAT)

1. Desde que te fuiste de casa de tus padres, ¿has vivido con otras personas? O0 No O1 Si

2. ¿Con quién convives...? (Para b-d: Puntúa en caso de tener 17 años de edad o mayor en ese momento; si no es aplicable, indica N/A)

	Solo	Solo, con hijos	Pareja, cónyuge	Pareja, cónyuge, con hijos	Padres	Otra familia	Amigos	Otros: especificar (ej. Hostal, residencia)	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8_____	O9
b) Al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8_____	O9
c) 1 año previo al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8_____	O9
d) 5 años previos al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8_____	O9

3. ¿Eres dueño de tu casa o vives alquilado...? (Para b-d: Puntúa en caso de tener 17 años de edad o mayor en ese momento; si no es aplicable, indica N/A)

	Propiedad privada (suya)	Propiedad privada (familia)	Alquiler (Privado)	Alquiler (del Estado)	Otros, especificar:	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5_____	O9
b) Al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5_____	O9
c) 1 año previo al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5_____	O9
d) 5 años previos al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5_____	O9

4. Superocupación/hacinamiento

	a) Ahora	b) Al comienzo de la enfermedad	c) 1 año previo al comienzo	d) 5 años previos al comienzo
1. ¿Con cuántas personas vives?	<input type="text"/> <input type="text"/>			
2. ¿Cuántas habitaciones tienes en casa? (excluyendo cocina y cuartos de baño)	<input type="text"/> <input type="text"/>			
5. ¿Alguna vez has tenido una relación larga? (un año o más)	O0 No	O1 Si		

6. ¿Cuántos hijos tienes? |__|__|

7. ¿Cuál es tu estado civil? (Para b-d: Puntúa para edad de 17 años o tiempos pasados; si no es aplicable, indica N/A)

	Soltero	Casado, en convivencia con alguien	En una relación estable	Divorciado, separado	Viudo	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5	O6
b) Al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6
c) 1 año previo al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6
d) 5 años previos al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6

8. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que has conseguido?

O1 Colegio, sin graduado

O2 Colegio, con graduado escolar

O3 Secundaria, Bachillerato

O4 Formación profesional (Trabajo relacionado con educación como fontanero, electricista, etc....)

O5 Primer ciclo universitario: 3 años de Universidad

O6 Licenciatura superior, estudios de postgrado (Máster, Doctorado)

9. ¿Cuántos años has estudiado? (desde el principio de la enseñanza obligatoria) |__|__|

10. ¿Trabajas (trabajo remunerado)? (Para b-d: Puntúa para edad de 17 años o tiempos pasados si no es aplicable, indica N/A)

	Desempleado	Económicamente inactivo ¹	Estudiante	Asalariado a tiempo parcial	Empleado fijo	Autónomo	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7
b) Al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7
c) 1 año previo al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7
d) 5 años previos al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7

¹ (ej, labores del hogar, enfermedad/discapacidad física, estudiando la carrera, retirado)

11. ¿A cuánto asciende el total de tus ingresos mensuales? (Para b-d: Puntúa para edad de 17 años o tiempos pasados; si no es aplicable, indica N/A)

	a) Ahora	b) Al comienzo de la enfermedad	c) 1 año previo al comienzo de la enfermedad	d) 5 años previos al comienzo de la enfermedad
i. Ingreso mensual bruto				
ii. Ingreso inferior a la media	O0 No O1 Si	O0 No O1 Si O3 N/A	O0 No O1 Si O3 N/A	O0 No O1 Si O3 N/A
iii. Ingresos por debajo del umbral oficial de pobreza	O0 No O1 Si	O0 No O1 Si O3 N/A	O0 No O1 Si O3 N/A	O0 No O1 Si O3 N/A
iv. Recibo de asistencia social	O0 No O1 Si	O0 No O1 Si O3 N/A	O0 No O1 Si O3 N/A	O0 No O1 Si O3 N/A
Si la respuesta es SI, especificar:	_____	_____	_____	_____

12. ¿Cuál es tu religión?

O0 Ninguna	O1 Cristiano	O2 Judío
O3 Musulmán	O4 Otra, especificar _____	

13. ¿Con qué frecuencia asistes a actos religiosos?

O0 Nunca	O1 Una o dos veces al año	O2 Mensualmente	O3 Semanalmente
----------	---------------------------	-----------------	-----------------

Únicamente para los emigrantes de primera generación

14. En una escala del 1 al 10, ¿cómo valorarías tu fluidez en el idioma principal? | | |

(1=nada fluido, 10= muy fluido)



(Note for DATA ENTRY: open EU_LTE, list of threatening events)

LISTA DE EVENTOS AMENAZANTES

Me gustaría preguntarte sobre los 12 meses antes de... [comienzo, de NOS]. Me gustaría hacerte unas preguntas sobre cosas que te han podido ocurrir o a gente cercana (pareja, hijos, hermanos, padres, otros miembros que viven en el hogar, muy buenos amigos). En los 12 meses anteriores, ¿te ha pasado a ti o a alguien cercano a ti alguno de los siguientes eventos? Si la respuesta es SI, cuándo sucedió (o se inició) [Dé una descripción breve]

Periodo de tiempo: desde 12 meses previos al comienzo de la enfermedad ----- hasta la fecha de comienzo ----

		SI	NO	FECHA
1. ¿Has tenido alguna enfermedad o lesión grave?		O1	O0	_____
2. ¿Algún familiar cercano ha tenido alguna enfermedad o lesión grave?		O1	O0	_____
3. ¿Ha fallecido alguno de tus padres, de tus hijos o tu pareja?		O1	O0	_____
4. ¿Ha fallecido algún amigo cercano de la familia u otro familiar?		O1	O0	_____
5. Nacimiento de un hijo (tuyo o de tu pareja)		O1	O0	_____
6. ¿Separación de la pareja (con la que convives) por problemas?		O1	O0	_____
7. ¿Separación de una pareja estable (con la que no convivías)?		O1	O0	_____
8. ¿Te han dado alguna noticia importante o reveladora sobre tu pareja o hijos?		O1	O0	_____

SI NO FECHA

9. ¿Tienes graves problemas con la pareja o hijos? O1 O0 |____|____|-

10. ¿Tienes algún problema grave con un amigo cercano, vecino o familiar? O1 O0 |____|____|-
|____|____|

11. ¿Tienes graves problemas en el trabajo? O1 O0 |____|____|-

12. ¿Estás desempleado o buscas trabajo sin éxito? O1 O0 |____|____|-

13. ¿Has sido destituido o despedido de tu trabajo? O1 O0 |____|____|-

14. ¿Te encuentras en una crisis financiera? O1 O0 |____|____|-

15. ¿Tienes graves problemas o deudas financieras (tú o tu pareja)? O1 O0 |____|____|-

16. ¿Tienes problemas graves de vivienda, incluyendo quedarse sin hogar? O1 O0 |____|____|-

17. ¿Tienes problemas con la policía o comparecer ante un tribunal? O1 O0 |____|____|-

18. ¿Te han robado o has perdido algo de valor? O1 O0 |____|____|-

19. ¿Has sido víctima de un asalto o robo (incluyendo en el hogar)? O1 O0 |____|____|-

20. ¿Has sido testigo de un asalto grave u otro evento traumático? O1 O0 |____|____|-

Notas:



(Note for DATA ENTRY; open EU_CECA, Childhood experiences of care and abuse)

Ahora me gustaría hacerte algunas preguntas sobre su infancia y adolescencia. Estamos interesados en las diferentes experiencias que hayas tenido antes de los 17 años de edad. Algunas de las experiencias que quiero preguntarte pueden volver a traer a la mente recuerdos que te alteren o dolorosos, por lo que si en algún momento no deseas responder a una pregunta, por favor dímelo. Por supuesto, toda la información que proporciones será tratada de forma confidencial.

[ENTREVISTA]

Dudas

Al final de la entrevista, puntuar el grado de confianza / duda en la precisión del recuerdo del sujeto / auto-informe. Esta es la impresión subjetiva del entrevistador, y está diseñado para indicar la existencia de razones para dudar de la exactitud de las respuestas del sujeto. Además, incluyen dudas sobre la exactitud de la información debido a la falta de investigación plenamente por el entrevistador. Describir la medida de lo posible, las razones para la duda.

O0 No dudas

O1 Duda – Recuerdo posiblemente influenciado por los síntomas, estado mental

O2 Duda – El entrevistador no puede clarificarlo

O3 Duda – Otras

Describe las razones de la duda debajo:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Antes de los 17 años de edad ...

	0-11 años			12-16 años		
	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
4. ¿Alguna vez te cambiaste de colegio? (otros cambios que no sean el de primaria a secundaria)						
5. ¿Alguna vez fuiste expulsado del colegio?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
6. ¿Alguna vez te escapaste de casa? (ej., estar fuera más de dos noches)	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
7. ¿Alguna vez estuviste en un centro de acogida?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
8. ¿Alguna vez tu familia tuvo problemas de dinero?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
9. ¿Alguna vez se desatendieron tus necesidades básicas? (comida, limpieza, vestido..)	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
10. ¿Alguna vez hubo discusiones frecuentes o tensiones extremas entre tus padres?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
11. ¿Alguna vez te han tratado con crueldad o te han atormentado tus padres o algún miembro de tu familia?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
12. ¿Te han golpeado o dado un tortazo en varias ocasiones, con intensidad suficiente como para causar una lesión?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
13. ¿Alguna vez has tenido una experiencia sexual no consentida?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
14. ¿Existía algún adulto al que acudieras con tus problemas o le pudieras hablar de tus sentimientos?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
15. Existía algún persona de tu edad al que acudieras con tus problemas o le pudieras hablar de tus sentimientos?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
16. ¿Alguna vez te has sentido solo durante un largo periodo de tiempo? (6 meses o más)	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar

Notas (facilitar una breve descripción de las respuestas positivas):



(Note for DATA ENTRY: open **EU_PD**, Parental discord ratings)

Evaluación de la Discordia Parental

[nota. únicamente evaluar si existe discordia parental]

Valore el nivel de pelea, lucha y así sucesivamente, en la familia como un todo. Si tensión y discordia están ambas presentes, dar prioridad a la discordia. Sin embargo, la tensión por sí sola también puede ser incluida.

Indicadores

¿Existe tensión, los miembros se niegan a hablar unos con los otros, etc? ¿Discuten y se pelean los miembros de la familia? ¿Hay violencia no personal en el hogar - se rompen cosas, etc...? ¿Hay amenazas de violencia? ¿Hay violencia entre los miembros de la familia?

VALORACIONES

Acuerdo Familiar	1 Madre, Padre; 2 Madre, padrastro (otros); 3 Padre, madrastra (otros); 4 Otros (especificar)
Frecuencia	0 Nunca 1 Raramente (una o dos veces) 2 Ocasionalmente (más de dos veces, menos de mensualmente) 3 Frecuentemente (mensualmente+) 4 Muy frecuentemente (semanalmente+)
Severidad	0 Ninguna Ausencia o en raras ocasiones de discordia y tensión 1 Algo Algunas peleas, discusiones o tensión con poca frecuencia (menos que mensualmente) 2 Moderada Peleas frecuentes, discusiones y una atmósfera tensa mensualmente o con más frecuencia; intensidad o frecuencia 3 Marcada Elevada frecuencia de peleas abiertas o discusiones; además, hay un ambiente de tensión, por ejemplo, personas en el hogar dejaron de hablar el uno al otro durante días o semanas; intenso y frecuente 4 Violenta Episodios de violencia entre los padres en más de una ocasión
Apoyo	0 Alto Ser capaz de confiar la mayoría de los detalles ocurridos; Sentirse completamente apoyado al menos por una persona 1 Moderado Existe un apoyo emocional adecuado o práctico para el paciente de al menos una persona, pero, puede no haber sido un tiempo suficiente para ayudar al sujeto a hacer frente a lo sucedido 2 Algo Se recibió un breve o mínimo apoyo y su utilidad fue limitada 3 Ninguno No ha recibido ningún apoyo o una reacción negativa en los intentos del sujeto para confiar
Contacto Oficial	0 Ninguno; 1 Servicios Sociales; 2 Médico de Familia; 3 Policía; 4 Otros (especificar)

Completa las puntuaciones de cada periodo de discordia. Escribe una breve descripción de cada periodo de discordia y justifica las puntuaciones, a continuación o en una hoja a parte, justificando la puntuación.

HOJA DE PUNTUACIÓN DE DISCORDIA PARENTAL

No.	1. Acuerdo Familiar	2. Edad de comienzo	3. Edad de finalización	4. Duración en meses	5. Frecuencia	6. Severidad	7. Apoyo	8. Contacto Oficial
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1a. Otra discordia familiar, por favor especificar,

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar,

2.	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----	----------------------	--	--	--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1a. Otra discordia familiar, por favor especificar,

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar,

3.	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----	----------------------	--	--	--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1a. Otra discordia familiar, por favor especificar,

8a. Otro contacto oficial por favor especificar,

4.	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----	----------------------	--	--	--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1a. Otra discordia familiar, por favor especificar,

8a. Otro contacto oficial por favor especificar,

Descripción (si es necesario, continúa en la siguiente hoja o en otra separada):



(Note for DATA ENTRY: open EU_PSYAB, Psychological Abuse Ratings)

Evaluación del Abuso Psicológico

[n.b. evaluar únicamente si hay presencia de abusos psicológicos]

Valorar el nivel de control coercitivo, crueldad o tormento del niño por el agresor en el hogar. Estas experiencias son graves y están ligados a determinados comportamientos intencionados. Sólo la gravedad general de maltrato psicológico debe ser nominal. Si el maltrato psicológico es sólo subsidiario de abuso sexual o maltrato físico - en el mismo incidente - entonces no se evalúa aquí. Incluir los casos en que el agresor reivindica que el abuso de los sujetos es por su propio bien (por ejemplo, se ven obligados a fumar cigarrillos con el fin de disuadir a los niños de fumar, o ejercen una disciplina extrema sobre la alimentación en la que el niño es forzado a comer toda la comida en el plato, incluso cuando se le vuelve a servir fría, comida tras comida).

Indicadores

La humillación, la degradación: La vergüenza inducida por medio de cualquiera de los comentarios o acciones que degradan y humillan a los niños, por ejemplo, difundir mentiras sobre el niño, avergonzar a los niños en público; Terrorising: Provocar miedo en el niño, de una manera muy calculada, por ejemplo jugando con el miedo del niño (ej., encerrar al niño con el miedo a la oscuridad en un cuarto oscuro); Privación de necesidades básicas (más allá de la negligencia): privación a un niño en general de las necesidades humanas básicas como la luz, el sueño, o la compañía de otros (ej, encerrar al niño en un armario o bodega, privación de contacto social); Rechazo extremo; Chantaje emocional.

VALORACIONES

Agresor **1 Ambos Padres; 2 Madre; 3 Padre; 4 Hermanos; 5 Otros familiares, 6 Amigos de la familia;**
7 Otras personas que viven en el hogar

Frecuencia **0 Nunca**
1 Raramente (una o dos veces)
2 Ocasionalmente (más de dos veces, pero menos que mensualmente)
3 Frecuentemente (mensualmente+)
4 Muy frecuentemente (semanalmente+)

Severidad **0 Ninguna** No abuso o el abuso es mínimo
1 Algo Un único incidente de abuso o abuso de muy baja frecuencia e intensidad.
2 Moderada Alta frecuencia o prolongada duración en el tiempo de un tipo de abuso (ej. humillación)
3 Marcada Alta frecuencia o prolongada duración en el tiempo de un tipo de abuso (ej. humillación y aterrorizar)

Apoyo **0 Alto** Ser capaz de confiar la mayoría de los detalles ocurridos; Sentirse completamente apoyado al menos por una persona
1 Moderado Apoyo emocional adecuado o práctico de al menos una persona pero puede no haber sido un tiempo suficiente para ayudar a los participantes a hacer frente de lo sucedido
2 Algo Se recibió un breve o apoyo mínimo y su utilidad fue limitada
3 Ninguno No ha recibido ningún apoyo o una reacción negativa en los intentos del participante de confiar

Contacto Oficial **0 Ninguno; 1 Servicios Sociales; 2 Médico de familia; 3 Policía; 4 Otros (especificar)**

HOJA DE PUNTUACIÓN DE ABUSO PSICOLÓGICO

No.	1. Agresor	2. Edad comienzo	3. Edad finalización	4. Duración en meses	5. Frecuencia	6. Severidad	7. Apoyo	8. Contact Oficial
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar

2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
----	----------------------	----------------------	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar

3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
----	----------------------	----------------------	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar

4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
----	----------------------	----------------------	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar

Descripción (si es necesario, continúa en la siguiente hoja o en otra separada):



(Note for DATA ENTRY: open **EU_PHYS**, Physical Abuse Ratings)

Evaluación de Abusos Físicos

[n.b. evaluar únicamente si hay presencia de abusos físicos]

El alcance de la violencia física para el niño de los demás miembros en el hogar. Se tomará en consideración solamente las características objetivas del abuso, en lugar de informar de la reacción del sujeto. Hay que considerar el contexto total, incluyendo la severidad, frecuencia y relación con el agresor. Otros factores adicionales, como el grado en que el sujeto estaba en peligro físico, no pudo pedir ayuda (ya sea porque el abuso ocurrió en situación de aislamiento o porque el agresor le haya amenazado con peores consecuencias si se lo contaba a alguien) y la medida en que el agresor estaba fuera de control, etc aumentaría la gravedad.

Indicadores

La naturaleza del ataque en términos de arma utilizada o el tipo de golpes; Frecuencia de los ataques; Duración de cada ataque / repetición de golpes; Si el agresor estaba fuera de control; Riesgo de lesión - lesiones reales

VALORACIONES

Agresor	1 Ambos Padres; 2 Madre; 3 Padre; 4 Hermanos; 5 Otros familiares, 6 Amigos de la familia; 7 Otras personas que viven en el hogar
Frecuencia	0 Nunca 1 Raramente (una o dos veces) 2 Ocasionalmente (más de dos veces, menos de mensualmente) 3 Frecuentemente (mensualmente+) 4 Muy frecuentemente (semanalmente+)
Severidad	0 Ninguna No abuso; Sin posibilidad de que el objeto usado causará lesiones; Empujado, agarrado. 1 Algo Golpeado con la mano abierta; Un único incidente en el que el sujeto fuera abofeteado en la cabeza o la cara; Golpeado fuertemente o repetidamente en el cuerpo, con fuerza suficiente para causar lesión. 2 Moderada Golpeado con el puño, pateado, mordido, quemado; Instrumento u objeto utilizado podría haber causado lesiones. 3 Marcada Situación de amenaza vital (ej. Pistola o cuchillo); Posibles heridas severas o múltiples; Abuso intenso y frecuente
Apoyo	0 Alto Ser capaz de confiar la mayoría de los detalles ocurridos; Sentirse completamente apoyado al menos por una persona 1 Moderado Apoyo emocional adecuado o práctico de al menos una persona pero puede no haber sido un tiempo suficiente para ayudar a los participantes a hacer frente de lo sucedido 2 Algo Se recibió un breve o apoyo mínimo y su utilidad fue limitada 3 Ninguno No ha recibido ningún apoyo o una reacción negativa en los intentos del participante de confiar
Contacto Oficial	0 Ninguno; 1 Servicios Sociales; 2 Médico de Familia; 3 Policía; 4 Otros (especificar)

Completa las puntuaciones para cada periodo de abuso físico. Escribe una breve descripción de cada periodo de abuso y justifica las puntuaciones, a continuación o en una hoja a parte.

HOJA DE PUNTUACIÓN DE ABUSO FÍSICO

No.	1. Agresor	2. Edad de comienzo	3. Edad de Finalización	4.. Duración en meses	5. Frecuencia	6. Severidad	7. Apoyo	8. Contacto Oficial
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8a Otro contacto oficial, por favor especificar,

<input type="text"/>								
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar,

<input type="text"/>								
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar,

<input type="text"/>								
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar,

Descripción (si es necesario, continúa en la siguiente hoja o en otra separada):



(Note for DATA ENTRY: open **EU_SEAB**, Sexual Abuse Ratings)

Evaluación del Abuso Sexual (cualquier agresor)

[n.b. evaluar únicamente si hay presencia de abusos sexuales]

Hay que tener en cuenta el grado de intimidad del contacto, uso de la fuerza, la relación con el agresor y la frecuencia del abuso. Sólo hay que considerar las características objetivas del abuso, en lugar de informar de la reacción del sujeto. Considerar el contexto total, incluyendo la severidad, frecuencia y relación con el agresor. Otros factores adicionales, como el grado en el que el sujeto estaba en peligro físico, no pudo pedir ayuda (ya sea porque el abuso ocurrió en situación de aislamiento o porque el agresor haya amenazado al sujeto con peores consecuencias si se lo contaba a alguien) y la medida en que agresor estaba fuera de control, etc aumentaría la gravedad.

Definición

El abuso sexual incluye, en la mayoría de los casos, relaciones sexuales antes de la pubertad (por ejemplo, a los 10 años). En la adolescencia se excluye las relaciones consentidas con sus compañeros. En la adolescencia, la aproximación sexual por sus compañeros debe ser incluida en caso de que exista coacción o uso de la fuerza. Incluir todos los incidentes relevantes donde hay contacto físico. Además, insinuaciones sexuales verbales, se incluyen si el agresor es un familiar adulto, conocido o una figura de autoridad. Incluir situaciones en las que el sujeto es obligado a observar la actividad sexual o la pornografía o la masturbación de otra persona. El agresor no tiene que ser un miembro del hogar. La mayoría de los abusadores son adultos, pero pueden ser incluidos otros. La diferencia de edad no es el factor crucial.

VALORACIONES

Acuerdo Familiar **1 Ambos Padres; 2 Madre; 3 Padre; 4 Hermanos; 5 Otros familiares, 6 Amigos de la familia;7 Otras personas que viven en el hogar**

Frecuencia **0 Nunca**
1 Raramente (una o dos veces)
2 Ocasionalmente (más de dos veces, menos de mensualmente)
3 Frecuentemente (mensualmente+)
4 Muy frecuentemente (semanalmente+)

Severidad **0 Ninguna** No abuso; Insinuaciones de un extraño; Querer mantener relaciones sexuales con alguien de la misma edad.
1 Algo Incidente aislado de abuso sin consumación (tocamientos/caricias); Forzado a ver pornografía/masturbación; Insinuaciones verbales de un pariente/figura de autoridad
2 Moderada Abuso repetido sin consumación (tocamiento de partes íntimas propias o ajenas)
3 Marcada Abuso sexual repetido que implice penetración (vaginal o anal)

Apoyo **0 Alto** Ser capaz de confiar la mayoría de los detalles ocurridos; Sentirse completamente apoyado al menos por una persona
1 Moderado Apoyo emocional adecuado o práctico de al menos una persona pero puede no haber sido un tiempo suficiente para ayudar a los participantes a hacer frente de lo sucedido
2 Algo Se recibió un breve o apoyo mínimo y su utilidad fue limitada
3 Ninguno No ha recibido ningún apoyo o una reacción negativa en los intentos del participante de confiar

Contacto Oficial **0 Ninguno; 1 Servicios Sociales; 2 Médico de Familia; 3 Policía; 4 Otros (especificar)**

Hoja de puntuaciones del Abuso Sexual

[n.b. solo si el abuso esta presente]

Completa las puntuaciones de cada periodo de abuso sexual. Escribe una breve descripción de cada periodo de abuso sexual y justifica las puntuaciones, a continuación o en una hoja a parte.

No.	1. Agresor	2. Edad comienzo	3. Edad finalización	4. Duración en meses	5. Frecuencia	6. Severidad	7. Apoyo	8. Contacto Oficial
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8a Otro contacto oficial contacto, por favor especificar

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	--	--	--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial contacto, por favor especificar

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	--	--	--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial contacto, por favor especificar

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	--	--	--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial contacto, por favor especificar

Hoja de puntuaciones del Abuso Sexual

[n.b. solo si el abuso esta presente]

Descripción (si es necesario, continúa en la siguiente hoja o en otra separada):



(Note for DATA ENTRY: open **EU_BULL_FV**, Bullying)

Ahora voy a hacerte algunas preguntas acerca del acoso o bullying por pares (compañeros) que podrías haber experimentado antes de 17 años. Con el término acoso o bullying me refiero cuando la gente tiene una edad similar a la tuya:

Cosas dichas con maldad, dolorosas o que se han burlado de ti o te han llamado por nombres descalificadores que hacen daño; Ignorado completamente o excluido por tu grupo de amigos o te han dejado de lado a propósito; Golpeado, pateado o empujado, o encerrado en una habitación; Han contado mentiras o han extendido rumores acerca de ti; Otras cosas hirientes.

Nosotros no consideramos bullying cuando alguna de esas cosas se hace de una manera amistosa o lúdica.

Si la respuesta es **SI** ¿Quién lo hizo?

- | | |
|------------------------------|---|
| ¿Puedes decirme qué ocurrió? | ¿Con qué frecuencia sucedió? ¿Te dolió? |
| ¿Cuando comenzó? | ¿Qué edad tenía? |
| ¿Cuándo dejó de suceder? | |

¿Se lo contaste a alguien?

Si la respuesta es **SI** **¿Cuándo fue la primera vez que se lo comentaste a alguien?**

- | | |
|---|--|
| ¿Te ayudaron? | |
| ¿Fueron simpáticos? | |
| ¿Hubo alguien particularmente de ayuda? ¿Quién? | |
| ¿Qué hicieron o dijeron? | |

¿Te había ocurrido otras veces?

Si la respuesta es **SI** Repita el procedimiento anterior

¿Y ha sucedido alguna vez en el sentido inverso? ¿Alguna vez ha sucedido que tú estuvieras acosando o haciendo bullying hacia alguien?

Hoja de Puntuación de Bullying

[nota. Solo puntuar si hay presencia de acoso o bullying]

Frecuencia	0 Nunca	
	1 Raramente (una o dos veces)	
	2 Ocasionalmente (más de dos veces, menos de una vez al mes)	
	3 Frecuentemente (mensualmente+)	
	4 Muy frecuentemente (semanalmente+)	
Severidad	0 Ninguna	No burlas o intimidación, o es mínimo.
	1 Algo	Bromas esporádicas, cierto malestar
	2 Moderada	Bromas persistentes pero no como el apartado 3; Golpes físicos pero no como el apartado 3 (ej. sin magulladuras o lesiones)
	3 Marcada	Daño físico (ej. moratones, cortes, quemadura); intensa intimidación verbal, lo que lleva a una angustia emocional
Apoyo	0 Alto	Recibió apoyo emocional y práctico satisfactorio. El sujeto era capaz de confiar, se sentía apoyado por una (o más) personas que le ayudaron a afrontar el evento (o dificultad)
	1 Moderado	Apoyo emocional adecuado o práctico de al menos una persona pero puede no haber sido suficiente para ayudar al participante a hacer frente de lo sucedido
	2 Algo	Se recibió un breve o apoyo mínimo y su utilidad fue limitada
	3 Ninguno	No recibió apoyo o hubo una reacción negativa a los intentos del participante (¿?)
Contacto Oficial	0 Ninguno; 1 Servicios Sociales; 2 Médico de Familia; 3 Policía; 4 Otros (especificar)	

Hoja de Puntuación de Bullying

[nota. Solo puntuar si hay presencia de acoso o bullying]

Completa las puntuaciones de cada periodo de bullying o acoso.

No.	1. Edad comienzo	2. Edad finalización	3. Duración en meses	4. Frecuencia	5. Severidad	6. Apoyo	7. Contacto Oficial
-----	------------------	----------------------	----------------------	---------------	--------------	----------	---------------------

1.

7a. Otro contacto oficial, por favor especificar:

2.

7a. Otro contacto oficial, por favor especificar:

3.

7a. Otro contacto oficial, por favor especificar:

4.

7a. Otro contacto oficial, por favor especificar:

8. ¿Alguna vez ha intimidado a otro niño o adolescente? (frecuencia)

Hoja de Puntuación de Bullying

[nota. Solo puntuar si hay presencia de acoso o bullying]

Descripción (si es necesario, continúa en la siguiente hoja o en otra separada):



(Note for DATA ENTRY: open **EU_DISCR**, Discrimination)

Discriminación

En las siguientes preguntas nos interesa la forma en que otras personas te han tratado a tí o tus creencias acerca de cómo otras personas te han tratado. ¿Me puedes decir si alguno de las siguientes situaciones te han ocurrido alguna vez? Por favor, indica el número de veces, la edad a la que ocurrió por primera vez y destaca la razón principal por la que ocurrió Entonces:

Por alguna razón, alguna vez has sido injustamente...

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
-----------	-----------	--------------------	---------------------------------

1. Despedido

O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
----	----	---	---

Razón principal:	O1 Género	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

2. No te han cogido para un trabajo

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

3. Te han denegado una promoción/ascenso laboral

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

4. Detenido o interrogado por la policía

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	------------------------

5. Tratado por el sistema judicial

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

Discriminación

Por alguna razón, alguna vez has sido injustamente...

Si No Nº de veces Edad (1ºvez que ocurrió)

6. Desaconsejado de cara a continuar con estudios educativos

O1 O0

--	--

--	--

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

7. Prevenido de que no compraras o alquilaras un piso o una casa

O1 O0

--	--

--	--

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

8. Tratado por tus vecinos o tu familia

O1 O0

--	--

--	--

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

9. Te han denegado un préstamo o una hipoteca

O1 O0

--	--

--	--

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

10. Recibido un servicio peor que otra gente

O1 O0

--	--

--	--

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

11. Tratado cuando estabas recibiendo atención medica

O1 O0

--	--

--	--

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

12. Tratado al utilizar el transporte publico

O1 O0

--	--

--	--

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------



(Note for DATA ENTRY: open EU_BIE, Brief Impact of Events)

BREVE IMPACTO DE LOS EVENTOS (IES-6)

Las siguientes preguntas constituyen una lista de las dificultades que a veces tienen las personas después de los eventos estresantes de la vida. En relación con cualquiera de los eventos anteriores que hayas experimentado bien sea en tu infancia como en los 12 meses antes del inicio de la enfermedad [el investigador resume los eventos], o también por cualquier otro evento o dificultad que te haya ocurrido en otro momento- Por favor, indica el grado en que has experimentado las siguientes dificultades en los ÚLTIMOS SIETE DÍAS. ¿En qué medida has estado de angustiado o molesto por estas dificultades? Elige *una* opción para cada ítem. Si esto no te ha ocurrido en los últimos siete días en absoluto, por favor marca "nada". **Si no hay eventos, no completar.**

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. Pensé en ello, cuando tuve la intención de...	O0	O1	O2	O3	O4
2. Me sentí vigilado o en guardia	O0	O1	O2	O3	O4
3. Otras cosas hacen que siga pensando en ello	O0	O1	O2	O3	O4
4. Era consciente de que todavía tenía un montón de sentimientos al respecto, pero no pude superarlos	O0	O1	O2	O3	O4
5. Traté de no pensar en ello	O0	O1	O2	O3	O4
6. Tuve problemas para concentrarme	O0	O1	O2	O3	O4
7. Tuve sueños sobre ello	O0	O1	O2	O3	O4
8. Me vinieron a la mente imágenes sobre ello	O0	O1	O2	O3	O4

8^a. ¿A qué acontecimiento vital que hayamos comentado anteriormente, se refieren estas experiencias? (especificar y matizar si ocurrieron antes del inicio)

.....

HERRAMIENTA DE EVALUACION DEL ENTORNO SOCIAL



Todas las preguntas se refieren al barrio [según lo definido por ti] en el que actualmente vives (o vivías en el momento de inicio).

Código Postal: _____

1. El participante ¿se ha mudado de barrio desde el inicio?

O0 No

O1 Sí

2. Delito y alteración del orden público

Por favor califica la **frecuencia** de los siguientes eventos o problemas en tu vecindario (1 en absoluto es común, 5 es muy común)

	En absoluto es frecuente	Es muy frecuente			No se
a. Robo en tiendas, iglesias, centros comunitarios u otros servicios locales	O1	O2	O3	O4	O5
b. Personas que intenten asaltar las casas o coches de los demás	O1	O2	O3	O4	O5
c. Vandalismo en la propiedad de otras personas	O1	O2	O3	O4	O5
d. Los niños faltan al colegio (absentismo)	O1	O2	O3	O4	O5
e. Ataques a los animales (animales de compañía, ganado o animales no domesticados)	O1	O2	O3	O4	O5

3. Acción e Intervención Comunitaria

Por favor califica la **probabilidad de que la gente del vecindario tome medidas** si les parece necesario
(1 en absoluto es frecuente 5 es muy frecuente)

	En absoluto es frecuente	Es muy frecuente			No se
a. Alguien robe en la tienda, iglesia, centro comunitario u otro local de amenidad	O1	O2	O3	O4	O5
b. Alguien asalta una casa o coche	O1	O2	O3	O4	O5
c. Alguien cause daños en la propiedad de otros (ej. vandalismo, graffiti)	O1	O2	O3	O4	O5
d. Absentismo de los niños	O1	O2	O3	O4	O5
e. Alguien abusa o maltrata a un animal	O1	O2	O3	O4	O5

HERRAMIENTA DE EVALUACION DEL AMBIENTE SOCIAL

4. Acción e intervención comunitaria

Por favor califica **como las personas toman medidas** si son observadas en tu vecindario (1 en absoluto es probable, 5 es muy probable)

	En absoluto es frecuente				Es muy frecuente	No se
a. Alguien robando en una tienda, iglesia, centro comunitario o en otros locales recreativos	O1	O2	O3	O4	O5	O9
b. Alguien robando en una casa o coche	O1	O2	O3	O4	O5	O9
c. Alguien causando daños en las propiedades de otros (ej. vandalismo, grafiti)	O1	O2	O3	O4	O5	O9
d. Niños faltando al colegio	O1	O2	O3	O4	O5	O9
e. Alguien abusando o maltratando a un animal	O1	O2	O3	O4	O5	O9

5. La identidad, redes y cooperación de la vecindad [Vinculación, conexión y la unión del capital social]

Por favor califica **si estás de acuerdo** con las siguientes afirmaciones sobre **tu vecindario**

(1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo , 4: de acuerdo, 5: fuertemente de acuerdo)

En mi vecindario...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No se
a. La gente en mi vecindario comparte valores y creencias similares	O1	O2	O3	O4	O5	O9
b. La gente en mi vecindario puede ser de fiar	O1	O2	O3	O4	O5	O9
c. La gente en mi vecindario está dispuesta a ayudar a los demás	O1	O2	O3	O4	O5	O9
d. Mi vecindario tiene un fuerte sentido de identidad/comunidad	O1	O2	O3	O4	O5	O9
e. La gente en mi vecindario lucharía contra el planteamiento del cierre de una entidad publica (ej., un colegio, el periódico o correos)	O1	O2	O3	O4	O5	O9
f. En mi vecindario, diferentes grupos de gente (ej., religión, etnia, grupos políticos) podrían llegar a cooperar por la mejora del área	O1	O2	O3	O4	O5	O9
g. El gobierno local escucha los puntos de vista de la gente/grupos de mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5	O9
h. La Policía, Oficiales de ayuda a la comunidad son respetados por la gente en mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5	O9
i. El Hospital local juega un papel muy importante en la comunidad	O1	O2	O3	O4	O5	O9

6. Diversidad étnica y cooperación en tu vecindario

Por favor, indica tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre tu vecindario (1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4: de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. La mayoría de la gente es caucásica	O1	O2	O3	O4	O5
b. La gente viene de diferentes orígenes	O1	O2	O3	O4	O5
c. Personas de diferentes grupos étnicos generalmente se llevan bien entre sí					
d. Personas de grupos étnicos minoritarios a menudo sufren abusos físicos o verbales	O1	O2	O3	O4	O5
e. Hay muchas tiendas especializadas y servicios para las personas de grupos étnicos minoritarios	O1	O2	O3	O4	O5

7. Construcción (física) del medio ambiente

Por favor, indica la frecuencia de las siguientes situaciones en tu vecindario (1 en absoluto es frecuente, 5 es muy frecuente)

	En absoluto es frecuente			Es muy frecuente	
a. Espacios verdes (ej. Jardines, campos, parques, bosques, campos de juego)	O1	O2	O3	O4	O5
b. Edificios con más de 3 plantas	O1	O2	O3	O4	O5
c. Edificios abandonados	O1	O2	O3	O4	O5
d. Edificios no residenciales	O1	O2	O3	O4	O5
e. Tráfico	O1	O2	O3	O4	O5
f. Graffiti o basura	O1	O2	O3	O4	O5

8. Tu participación en el barrio [Compromiso]

Por favor califica si estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre tu vecindario

(1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo , 4: de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. Confío en mis vecinos	O1	O2	O3	O4	O5
b. Tengo muchos amigos en mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5
c. Me gusta implicarme en organizaciones o actividades comunitarias locales	O1	O2	O3	O4	O5
d. Me siento parte de mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5

SCHEDULES	PAGINA
DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS MRC. Parte 1	2
DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS MRC. Parte 2	7
Lista de eventos amenazantes (Q)	10
Experiencias de abuso y cuidado en la infancia	13
Evaluación de la discordia parental	17
Evaluación del abuso psicológico	20
Evaluación de abusos físicos	23
Evaluación del abuso sexual	26
Bullying	29
Discriminación	33
Breve impacto de los eventos	35
Herramienta de evaluación del entorno social	36

6. Edad de la migración (si procede) |__|__|

7. Lugar de nacimiento del padre

O1 Austria	O2 Bélgica	O3 Francia	O4 Alemania
O5 Irlanda	O6 Italia	O7 España	O8 Suiza
O9 Países Bajos	O10 Turquía	O11 Reino Unido	O12 Brasil
O13 Australia	O14 Otras, especificar: _____		

8. Lugar de nacimiento de la madre

O1 Austria	O2 Bélgica	O3 Francia	O4 Alemania
O5 Irlanda	O6 Italia	O7 España	O8 Suiza
O9 Países Bajos	O10 Turquía	O11 Reino Unido	O12 Brasil
O13 Australia	O14 Otras, especificar: _____		

9. Lengua maternal:

O1 Inglés	O2 Alemán	O3 Francés	O4 Holandés
O5 Español	O6 Turco	O7 Italiano	O8 Kurdo
O9 Portugués	O10 Otras, especificar: _____		

10. ¿Alguna vez has trabajado? O0 No O1 Si

11. Clase Social (Sujeto)

(solo proporcionar una descripción)

Presente

Principal

a. Titulación profesional

b. ¿Qué haces/hacías fundamentalmente?

c. ¿Cuál era la función de la organización?

d. Clase Social Sujeto (Principal)

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

d. Clase Social Sujeto (Presente)

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

12. Clase Social del padre (otros _____)

(sólo facilitar una descripción)

Presente**Principal**

i. Titulación profesional	_____	
i. ¿Qué haces/hacías fundamentalmente?	_____	
i. ¿Cuál era la función de la organización?	_____	
d. Clase Social del Padre (Principal)	_____	
O1 Profesional titulado superior	O2 Profesional titulado medio	
O3 Ocupación Intermedia	O4 Pequeños empresarios o autónomos	
O5 Autónomo	O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas	
O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas	O8 Tareas técnicas básicas	
O9 Tareas rutinarias	O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo	
d. Clase Social del Padre (Presente)	_____	
O1 Profesional titulado superior	O2 Profesional titulado medio	
O3 Ocupación Intermedia	O4 Pequeños empresarios o autónomos	
O5 Autónomo	O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas	
O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas	O8 Tareas técnicas básicas	
O9 Tareas rutinarias	O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo	

13. Edad de la madre en el nacimiento

|__|__|

14. Edad de la padre en el nacimiento

|__|__|

15. Número de hermanos/as

|__|__|

16. ¿Consideras que tienes o has tenido una discapacidad auditiva?

O0 No

O1 Si

17. ¿La discapacidad auditiva comenzó antes de los 18 años?

O0 No

O1 Si



(Note for DATA ENTRY: open **EU_LIVPLA_PREV** and **EU_LIVPLA_CURR**: Living places previously and current)

18. ¿Dónde has vivido durante toda tu vida, comenzando con el lugar de tu nacimiento?

Nº	País	Ciudad	Calle/Código postal	Edad		Cambio de colegio
				Desde	Hasta	
1.						O ₀ No O ₁ Si
2.						O ₀ No O ₁ Si
3.						O ₀ No O ₁ Si
4.						O ₀ No O ₁ Si
5.						O ₀ No O ₁ Si
6.						O ₀ No O ₁ Si
7.						O ₀ No O ₁ Si
8.						O ₀ No O ₁ Si
9.						O ₀ No O ₁ Si
10.						O ₀ No O ₁ Si
11.						O ₀ No O ₁ Si
12.						O ₀ No O ₁ Si
13.						O ₀ No O ₁ Si
14.						O ₀ No O ₁ Si
15.						O ₀ No O ₁ Si

En la actualidad

Nº	País	Ciudad	Calle/Código postal	Edad	
				Desde	Hasta



(Note for DATA ENTRY: open EU_MRC 2_SODEFAM)

1. Desde que te fuiste de casa de tus padres, ¿has vivido con otras personas? O0 No O1 Si

2. ¿Con quién convives...? (Para b-d: Puntúa en caso de tener 17 años de edad o mayor en ese momento; si no es aplicable, indica N/A)

	Solo	Solo, con hijos	Pareja, cónyuge	Pareja, cónyuge, con hijos	Padres	Otra familia	Amigos	Otros: especificar (ej. Hostal, residencia)	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8_____	O9
b) Hace 1 año	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8_____	O9
c) Hace 5 años	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8_____	O9

3. ¿Eres dueño de tu casa o vives alquilado...? (Para b-d: Puntúa en caso de tener 17 años de edad o mayor en ese momento; si no es aplicable, indica N/A)

	Propiedad privada (suya)	Propiedad privada (familia)	Alquiler (Privado)	Alquiler (del Estado)	Otros, especificar:	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5_____	O9
b) Hace 1 año	O1	O2	O3	O4	O5_____	O9
c) Hace 5 años	O1	O2	O3	O4	O5_____	O9

4. Superocupación/hacinamiento

a) Ahora b) Hace 1 año c) Hace 5 años

1. ¿Con cuántas personas vives?

--	--

--	--

--	--

2. ¿Cuántas habitaciones tienes en casa?
(excluyendo cocina y cuartos de baño)

--	--

--	--

--	--

5. ¿Alguna vez has tenido una relación larga? (un año o más) O0 No O1 Si

6. ¿Cuántos hijos tienes? |__|__|

7. ¿Cuál es tu estado civil? (Para b-d: Puntúa para edad de 17 años o tiempos pasados; si no es aplicable, indica N/A)

	Soltero	Casado, en convivencia con alguien	En una relación estable	Divorciado, separado	Viudo	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5	O6
b) Hace 1 año	O1	O2	O3	O4	O5	O6
c) Hace 5 años	O1	O2	O3	O4	O5	O6

8. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que has conseguido?

O1 Colegio, sin graduado

O2 Colegio, con graduado escolar

O3 Secundaria, Bachillerato

O4 Formación profesional (Trabajo relacionado con educación como fontanero, electricista, etc....)

O5 Primer ciclo universitario: 3 años de Universidad

O6 Licenciatura superior, estudios de postgrado (Máster, Doctorado)

9. ¿Cuántos años has estudiado? (desde el principio de la enseñanza obligatoria)

|__|__|

10. ¿Trabajas (trabajo remunerado)? (Para b-d: Puntúa para edad de 17 años o tiempos pasados si no es aplicable, indica N/A)

	Desempleado	Económicamente inactivo ¹	Estudiante	Asalariado a tiempo parcial	Empleado fijo	Autónomo	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7
b) Hace 1 año	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7
c) Hace 5 años	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7

¹ (ej, labores del hogar, enfermedad/discapacidad física, estudiando la carrera, retirado)

11. ¿A cuánto asciende el total de tus ingresos mensuales? (Para b-d: Puntúa para edad de 17 años o tiempos pasados; si no es aplicable, indica N/A)

12. ¿Cuál es tu religión?

13. ¿Con qué frecuencia asistes a actos religiosos?

Únicamente para los emigrantes de primera generación

14. En una escala del 1 al 10, ¿como valorarías tu fluidez en el idioma principal? | | |
(1=nada fluido, 10= muy fluido)



(Note for DATA ENTRY: open EU LTE, list of threatening events)

LISTA DE EVENTOS AMENAZANTES

Me gustaría preguntarte sobre los 12 meses antes de... [comienzo, de NOS]. Me gustaría hacerte unas preguntas sobre cosas que te han podido ocurrir o a gente cercana (pareja, hijos, hermanos, padres, otros miembros que viven en el hogar, muy buenos amigos). En los 12 meses anteriores, ¿te ha pasado a ti o a alguien cercano a ti alguno de los siguientes eventos? Si la respuesta es SI, cuándo sucedió (o se inició) [Dé una descripción breve]

Periodo de tiempo: desde 12 meses previos al comienzo de la enfermedad ----- hasta la fecha de comienzo ----

		SI	NO	FECHA
1. ¿Has tenido alguna enfermedad o lesión grave?		O1	O0	_____
2. ¿Algún familiar cercano ha tenido alguna enfermedad o lesión grave?		O1	O0	_____
3. ¿Ha fallecido alguno de tus padres, de tus hijos o tu pareja?		O1	O0	_____
4. ¿Ha fallecido algún amigo cercano de la familia u otro familiar?		O1	O0	_____
5. Nacimiento de un hijo (tuyo o de tu pareja)		O1	O0	_____
6. ¿Separación de la pareja (con la que convives) por problemas?		O1	O0	_____
7. ¿Separación de una pareja estable (con la que no convivías)?		O1	O0	_____
8. ¿Te han dado alguna noticia importante o reveladora sobre tu pareja o hijos?		O1	O0	_____

	SI	NO	FECHA
9. ¿Tienes graves problemas con la pareja o hijos?	O1	O0	_____
10. ¿Tienes algún problema grave con un amigo cercano, vecino o familiar?	O1	O0	_____
11. ¿Tienes graves problemas en el trabajo?	O1	O0	_____
12. ¿Estás desempleado o buscas trabajo sin éxito?	O1	O0	_____
13. ¿Has sido destituido o despedido de tu trabajo?	O1	O0	_____
14. ¿Te encuentras en una crisis financiera?	O1	O0	_____
15. ¿Tienes graves problemas o deudas financieras (tú o tu pareja)?	O1	O0	_____
16. ¿Tienes problemas graves de vivienda, incluyendo quedarse sin hogar?	O1	O0	_____
17. ¿Tienes problemas con la policía o comparecer ante un tribunal?	O1	O0	_____
18. ¿Te han robado o has perdido algo de valor?	O1	O0	_____
19. ¿Has sido víctima de un asalto o robo (incluyendo en el hogar)?	O1	O0	_____
20. ¿Has sido testigo de un asalto grave u otro evento traumático?	O1	O0	_____

Notas:



(Note for DATA ENTRY; open EU_CECA, Childhood experiences of care and abuse)

Ahora me gustaría hacerte algunas preguntas sobre su infancia y adolescencia. Estamos interesados en las diferentes experiencias que hayas tenido antes de los 17 años de edad. Algunas de las experiencias que quiero preguntarte pueden volver a traer a la mente recuerdos que te alteren o dolorosos, por lo que si en algún momento no deseas responder a una pregunta, por favor dímelo. Por supuesto, toda la información que proporciones será tratada de forma confidencial.

[ENTREVISTA]

Dudas

Al final de la entrevista, puntuar el grado de confianza / duda en la precisión del recuerdo del sujeto / auto-informe. Esta es la impresión subjetiva del entrevistador, y está diseñado para indicar la existencia de razones para dudar de la exactitud de las respuestas del sujeto. Además, incluyen dudas sobre la exactitud de la información debido a la falta de investigación plenamente por el entrevistador. Describir la medida de lo posible, las razones para la duda.

O0 No dudas

O1 Duda – Recuerdo posiblemente influenciado por los síntomas, estado mental

O2 Duda – El entrevistador no puede clarificarlo

O3 Duda – Otras

Describe las razones de la duda debajo:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Antes de los 17 años de edad ...

	0-11 años			12-16 años		
	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
4. ¿Alguna vez te cambiaste de colegio? (otros cambios que no sean el de primaria a secundaria)						
5. ¿Alguna vez fuiste expulsado del colegio?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
6. ¿Alguna vez te escapaste de casa? (ej., estar fuera más de dos noches)	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
7. ¿Alguna vez estuviste en un centro de acogida?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
8. ¿Alguna vez tu familia tuvo problemas de dinero?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
9. ¿Alguna vez se desatendieron tus necesidades básicas? (comida, limpieza, vestido..)	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
10. ¿Alguna vez hubo discusiones frecuentes o tensiones extremas entre tus padres?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
11. ¿Alguna vez te han tratado con crueldad o te han atormentado tus padres o algún miembro de tu familia?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
12. ¿Te han golpeado o dado un tortazo en varias ocasiones, con intensidad suficiente como para causar una lesión?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
13. ¿Alguna vez has tenido una experiencia sexual no consentida?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
14. ¿Existía algún adulto al que acudieras con tus problemas o le pudieras hablar de tus sentimientos?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
15. Existía algún persona de tu edad al que acudieras con tus problemas o le pudieras hablar de tus sentimientos?	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
16. ¿Alguna vez te has sentido solo durante un largo periodo de tiempo? (6 meses o más)	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar

Notas (facilitar una breve descripción de las respuestas positivas):



(Note for DATA ENTRY: open **EU_PD**, Parental discord ratings)

Evaluación de la Discordia Parental

[nota. únicamente evaluar si existe discordia parental]

Valore el nivel de pelea, lucha y así sucesivamente, en la familia como un todo. Si tensión y discordia están ambas presentes, dar prioridad a la discordia. Sin embargo, la tensión por sí sola también puede ser incluida.

Indicadores

¿Existe tensión, los miembros se niegan a hablar unos con los otros, etc? ¿Discuten y se pelean los miembros de la familia? ¿Hay violencia no personal en el hogar - se rompen cosas, etc...? ¿Hay amenazas de violencia? ¿Hay violencia entre los miembros de la familia?

VALORACIONES

Acuerdo Familiar	1 Madre, Padre; 2 Madre, padrastro (otros); 3 Padre, madrastra (otros); 4 Otros (especificar)
Frecuencia	0 Nunca 1 Raramente (una o dos veces) 2 Ocasionalmente (más de dos veces, menos de mensualmente) 3 Frecuentemente (mensualmente+) 4 Muy frecuentemente (semanalmente+)
Severidad	0 Ninguna Ausencia o en raras ocasiones de discordia y tensión 1 Algo Algunas peleas, discusiones o tensión con poca frecuencia (menos que mensualmente) 2 Moderada Peleas frecuentes, discusiones y una atmósfera tensa mensualmente o con más frecuencia; intensidad o frecuencia 3 Marcada Elevada frecuencia de peleas abiertas o discusiones; además, hay un ambiente de tensión, por ejemplo, personas en el hogar dejaron de hablar el uno al otro durante días o semanas; intenso y frecuente 4 Violenta Episodios de violencia entre los padres en más de una ocasión
Apoyo	0 Alto Ser capaz de confiar la mayoría de los detalles ocurridos; Sentirse completamente apoyado al menos por una persona 1 Moderado Existe un apoyo emocional adecuado o práctico para el paciente de al menos una persona, pero, puede no haber sido un tiempo suficiente para ayudar al sujeto a hacer frente a lo sucedido 2 Algo Se recibió un breve o mínimo apoyo y su utilidad fue limitada 3 Ninguno No ha recibido ningún apoyo o una reacción negativa en los intentos del sujeto para confiar
Contacto Oficial	0 Ninguno; 1 Servicios Sociales; 2 Médico de Familia; 3 Policía; 4 Otros (especificar)

Completa las puntuaciones de cada periodo de discordia. Escribe una breve descripción de cada periodo de discordia y justifica las puntuaciones, a continuación o en una hoja a parte, justificando la puntuación.

HOJA DE PUNTUACIÓN DE DISCORDIA PARENTAL

No.	1. Acuerdo Familiar	2. Edad de comienzo	3. Edad de finalización	4. Duración en meses	5. Frecuencia	6. Severidad	7. Apoyo	8. Contacto Oficial
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1a. Otra discordia familiar, por favor especificar,

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar,

2.	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----	----------------------	--	--	--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1a. Otra discordia familiar, por favor especificar,

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar,

3.	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----	----------------------	--	--	--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1a. Otra discordia familiar, por favor especificar,

8a. Otro contacto oficial por favor especificar,

4.	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----	----------------------	--	--	--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1a. Otra discordia familiar, por favor especificar,

8a. Otro contacto oficial por favor especificar,

Descripción (si es necesario, continúa en la siguiente hoja o en otra separada):



(Note for DATA ENTRY: open EU_PSYAB, Psychological Abuse Ratings)

Evaluación del Abuso Psicológico

[n.b. evaluar únicamente si hay presencia de abusos psicológicos]

Valorar el nivel de control coercitivo, crueldad o tormento del niño por el agresor en el hogar. Estas experiencias son graves y están ligados a determinados comportamientos intencionados. Sólo la gravedad general de maltrato psicológico debe ser nominal. Si el maltrato psicológico es sólo subsidiario de abuso sexual o maltrato físico - en el mismo incidente - entonces no se evalúa aquí. Incluir los casos en que el agresor reivindica que el abuso de los sujetos es por su propio bien (por ejemplo, se ven obligados a fumar cigarrillos con el fin de disuadir a los niños de fumar, o ejercen una disciplina extrema sobre la alimentación en la que el niño es forzado a comer toda la comida en el plato, incluso cuando se le vuelve a servir fría, comida tras comida).

Indicadores

La humillación, la degradación: La vergüenza inducida por medio de cualquiera de los comentarios o acciones que degradan y humillan a los niños, por ejemplo, difundir mentiras sobre el niño, avergonzar a los niños en público; Terrorising: Provocar miedo en el niño, de una manera muy calculada, por ejemplo jugando con el miedo del niño (ej., encerrar al niño con el miedo a la oscuridad en un cuarto oscuro); Privación de necesidades básicas (más allá de la negligencia): privación a un niño en general de las necesidades humanas básicas como la luz, el sueño, o la compañía de otros (ej, encerrar al niño en un armario o bodega, privación de contacto social); Rechazo extremo; Chantaje emocional.

VALORACIONES

Agresor **1 Ambos Padres; 2 Madre; 3 Padre; 4 Hermanos; 5 Otros familiares, 6 Amigos de la familia;**
7 Otras personas que viven en el hogar

Frecuencia **0 Nunca**
1 Raramente (una o dos veces)
2 Ocasionalmente (más de dos veces, pero menos que mensualmente)
3 Frecuentemente (mensualmente+)
4 Muy frecuentemente (semanalmente+)

Severidad **0 Ninguna** No abuso o el abuso es mínimo
1 Algo Un único incidente de abuso o abuso de muy baja frecuencia e intensidad.
2 Moderada Alta frecuencia o prolongada duración en el tiempo de un tipo de abuso (ej. humillación)
3 Marcada Alta frecuencia o prolongada duración en el tiempo de un tipo de abuso (ej. humillación y aterrorizar)

Apoyo **0 Alto** Ser capaz de confiar la mayoría de los detalles ocurridos; Sentirse completamente apoyado al menos por una persona
1 Moderado Apoyo emocional adecuado o práctico de al menos una persona pero puede no haber sido un tiempo suficiente para ayudar a los participantes a hacer frente de lo sucedido
2 Algo Se recibió un breve o apoyo mínimo y su utilidad fue limitada
3 Ninguno No ha recibido ningún apoyo o una reacción negativa en los intentos del participante de confiar

Contacto Oficial **0 Ninguno; 1 Servicios Sociales; 2 Médico de familia; 3 Policía; 4 Otros (especificar)**

HOJA DE PUNTUACIÓN DE ABUSO PSICOLÓGICO

No.	1. Agresor	2. Edad comienzo	3. Edad finalización	4. Duración en meses	5. Frecuencia	6. Severidad	7. Apoyo	8. Contact Oficial
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar

2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
----	----------------------	----------------------	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar

3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
----	----------------------	----------------------	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar

4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
----	----------------------	----------------------	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar

Descripción (si es necesario, continúa en la siguiente hoja o en otra separada):



(Note for DATA ENTRY: open **EU_PHYS**, Physical Abuse Ratings)

Evaluación de Abusos Físicos

[n.b. evaluar únicamente si hay presencia de abusos físicos]

El alcance de la violencia física para el niño de los demás miembros en el hogar. Se tomará en consideración solamente las características objetivas del abuso, en lugar de informar de la reacción del sujeto. Hay que considerar el contexto total, incluyendo la severidad, frecuencia y relación con el agresor. Otros factores adicionales, como el grado en que el sujeto estaba en peligro físico, no pudo pedir ayuda (ya sea porque el abuso ocurrió en situación de aislamiento o porque el agresor le haya amenazado con peores consecuencias si se lo contaba a alguien) y la medida en que el agresor estaba fuera de control, etc aumentaría la gravedad.

Indicadores

La naturaleza del ataque en términos de arma utilizada o el tipo de golpes; Frecuencia de los ataques; Duración de cada ataque / repetición de golpes; Si el agresor estaba fuera de control; Riesgo de lesión - lesiones reales

VALORACIONES

Agresor	1 Ambos Padres; 2 Madre; 3 Padre; 4 Hermanos; 5 Otros familiares, 6 Amigos de la familia; 7 Otras personas que viven en el hogar
Frecuencia	0 Nunca 1 Raramente (una o dos veces) 2 Ocasionalmente (más de dos veces, menos de mensualmente) 3 Frecuentemente (mensualmente+) 4 Muy frecuentemente (semanalmente+)
Severidad	0 Ninguna No abuso; Sin posibilidad de que el objeto usado causará lesiones; Empujado, agarrado. 1 Algo Golpeado con la mano abierta; Un único incidente en el que el sujeto fuera abofeteado en la cabeza o la cara; Golpeado fuertemente o repetidamente en el cuerpo, con fuerza suficiente para causar lesión. 2 Moderada Golpeado con el puño, pateado, mordido, quemado; Instrumento u objeto utilizado podría haber causado lesiones. 3 Marcada Situación de amenaza vital (ej. Pistola o cuchillo); Posibles heridas severas o múltiples; Abuso intenso y frecuente
Apoyo	0 Alto Ser capaz de confiar la mayoría de los detalles ocurridos; Sentirse completamente apoyado al menos por una persona 1 Moderado Apoyo emocional adecuado o práctico de al menos una persona pero puede no haber sido un tiempo suficiente para ayudar a los participantes a hacer frente de lo sucedido 2 Algo Se recibió un breve o apoyo mínimo y su utilidad fue limitada 3 Ninguno No ha recibido ningún apoyo o una reacción negativa en los intentos del participante de confiar
Contacto Oficial	0 Ninguno; 1 Servicios Sociales; 2 Médico de Familia; 3 Policía; 4 Otros (especificar)

Completa las puntuaciones para cada periodo de abuso físico. Escribe una breve descripción de cada periodo de abuso y justifica las puntuaciones, a continuación o en una hoja a parte.

HOJA DE PUNTUACIÓN DE ABUSO FÍSICO

No.	1. Agresor	2. Edad de comienzo	3. Edad de Finalización	4.. Duración en meses	5. Frecuencia	6. Severidad	7. Apoyo	8. Contacto Oficial
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8a Otro contacto oficial, por favor especificar,

<input type="text"/>								
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar,

<input type="text"/>								
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar,

<input type="text"/>								
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial, por favor especificar,

Descripción (si es necesario, continúa en la siguiente hoja o en otra separada):



(Note for DATA ENTRY: open **EU_SEAB**, Sexual Abuse Ratings)

Evaluación del Abuso Sexual (cualquier agresor)

[n.b. evaluar únicamente si hay presencia de abusos sexuales]

Hay que tener en cuenta el grado de intimidad del contacto, uso de la fuerza, la relación con el agresor y la frecuencia del abuso. Sólo hay que considerar las características objetivas del abuso, en lugar de informar de la reacción del sujeto. Considerar el contexto total, incluyendo la severidad, frecuencia y relación con el agresor. Otros factores adicionales, como el grado en el que el sujeto estaba en peligro físico, no pudo pedir ayuda (ya sea porque el abuso ocurrió en situación de aislamiento o porque el agresor haya amenazado al sujeto con peores consecuencias si se lo contaba a alguien) y la medida en que agresor estaba fuera de control, etc aumentaría la gravedad.

Definición

El abuso sexual incluye, en la mayoría de los casos, relaciones sexuales antes de la pubertad (por ejemplo, a los 10 años). En la adolescencia se excluye las relaciones consentidas con sus compañeros. En la adolescencia, la aproximación sexual por sus compañeros debe ser incluida en caso de que exista coacción o uso de la fuerza. Incluir todos los incidentes relevantes donde hay contacto físico. Además, insinuaciones sexuales verbales, se incluyen si el agresor es un familiar adulto, conocido o una figura de autoridad. Incluir situaciones en las que el sujeto es obligado a observar la actividad sexual o la pornografía o la masturbación de otra persona. El agresor no tiene que ser un miembro del hogar. La mayoría de los abusadores son adultos, pero pueden ser incluidos otros. La diferencia de edad no es el factor crucial.

VALORACIONES

Acuerdo Familiar	1 Ambos Padres; 2 Madre; 3 Padre; 4 Hermanos; 5 Otros familiares, 6 Amigos de la familia;7 Otras personas que viven en el hogar
-------------------------	--

Frecuencia	0 Nunca 1 Raramente (una o dos veces) 2 Ocasionalmente (más de dos veces, menos de mensualmente) 3 Frecuentemente (mensualmente+) 4 Muy frecuentemente (semanalmente+)
-------------------	---

Severidad	0 Ninguna No abuso; Insinuaciones de un extraño; Querer mantener relaciones sexuales con alguien de la misma edad. 1 Algo Incidente aislado de abuso sin consumación (tocamientos/caricias); Forzado a ver pornografía/masturbación; Insinuaciones verbales de un pariente/figura de autoridad 2 Moderada Abuso repetido sin consumación (tocamiento de partes íntimas propias o ajenas) 3 Marcada Abuso sexual repetido que implice penetración (vaginal o anal)
------------------	--

Apoyo	0 Alto Ser capaz de confiar la mayoría de los detalles ocurridos; Sentirse completamente apoyado al menos por una persona 1 Moderado Apoyo emocional adecuado o práctico de al menos una persona pero puede no haber sido un tiempo suficiente para ayudar a los participantes a hacer frente de lo sucedido 2 Algo Se recibió un breve o apoyo mínimo y su utilidad fue limitada 3 Ninguno No ha recibido ningún apoyo o una reacción negativa en los intentos del participante de confiar
--------------	--

Contacto Oficial	0 Ninguno; 1 Servicios Sociales; 2 Médico de Familia; 3 Policía; 4 Otros (especificar)
-------------------------	---

Hoja de puntuaciones del Abuso Sexual

[n.b. solo si el abuso esta presente]

Completa las puntuaciones de cada periodo de abuso sexual. Escribe una breve descripción de cada periodo de abuso sexual y justifica las puntuaciones, a continuación o en una hoja a parte.

No.	1. Agresor	2. Edad comienzo	3. Edad finalización	4. Duración en meses	5. Frecuencia	6. Severidad	7. Apoyo	8. Contacto Oficial
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8a Otro contacto oficial contacto, por favor especificar

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	--	--	--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial contacto, por favor especificar

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	--	--	--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial contacto, por favor especificar

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	--	--	--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8a. Otro contacto oficial contacto, por favor especificar

Hoja de puntuaciones del Abuso Sexual

[n.b. solo si el abuso esta presente]

Descripción (si es necesario, continúa en la siguiente hoja o en otra separada):



(Note for DATA ENTRY: open **EU_BULL_FV**, Bullying)

Ahora voy a hacerte algunas preguntas acerca del acoso o bullying por pares (compañeros) que podrías haber experimentado antes de 17 años. Con el término acoso o bullying me refiero cuando la gente tiene una edad similar a la tuya:

Cosas dichas con maldad, dolorosas o que se han burlado de ti o te han llamado por nombres descalificadores que hacen daño; Ignorado completamente o excluido por tu grupo de amigos o te han dejado de lado a propósito; Golpeado, pateado o empujado, o encerrado en una habitación; Han contado mentiras o han extendido rumores acerca de ti; Otras cosas hirientes.

Nosotros no consideramos bullying cuando alguna de esas cosas se hace de una manera amistosa o lúdica.

Si la respuesta es **SI** ¿Quién lo hizo?

- | | |
|------------------------------|---|
| ¿Puedes decirme qué ocurrió? | ¿Con qué frecuencia sucedió? ¿Te dolió? |
| ¿Cuando comenzó? | ¿Qué edad tenía? |
| ¿Cuándo dejó de suceder? | |

¿Se lo contaste a alguien?

Si la respuesta es **SI** **¿Cuándo fue la primera vez que se lo comentaste a alguien?**

- | | |
|---|--|
| ¿Te ayudaron? | |
| ¿Fueron simpáticos? | |
| ¿Hubo alguien particularmente de ayuda? ¿Quién? | |
| ¿Qué hicieron o dijeron? | |

¿Te había ocurrido otras veces?

Si la respuesta es **SI** Repita el procedimiento anterior

¿Y ha sucedido alguna vez en el sentido inverso? ¿Alguna vez ha sucedido que tú estuvieras acosando o haciendo bullying hacia alguien?

Hoja de Puntuación de Bullying

[nota. Solo puntuar si hay presencia de acoso o bullying]

Frecuencia	0 Nunca	
	1 Raramente (una o dos veces)	
	2 Ocasionalmente (más de dos veces, menos de una vez al mes)	
	3 Frecuentemente (mensualmente+)	
	4 Muy frecuentemente (semanalmente+)	
Severidad	0 Ninguna	No burlas o intimidación, o es mínimo.
	1 Algo	Bromas esporádicas, cierto malestar
	2 Moderada	Bromas persistentes pero no como el apartado 3; Golpes físicos pero no como el apartado 3 (ej. sin magulladuras o lesiones)
	3 Marcada	Daño físico (ej. moratones, cortes, quemadura); intensa intimidación verbal, lo que lleva a una angustia emocional
Apoyo	0 Alto	Recibió apoyo emocional y práctico satisfactorio. El sujeto era capaz de confiar, se sentía apoyado por una (o más) personas que le ayudaron a afrontar el evento (o dificultad)
	1 Moderado	Apoyo emocional adecuado o práctico de al menos una persona pero puede no haber sido suficiente para ayudar al participante a hacer frente de lo sucedido
	2 Algo	Se recibió un breve o apoyo mínimo y su utilidad fue limitada
	3 Ninguno	No recibió apoyo o hubo una reacción negativa a los intentos del participante (¿?)
Contacto Oficial	0 Ninguno; 1 Servicios Sociales; 2 Médico de Familia; 3 Policía; 4 Otros (especificar)	

Hoja de Puntuación de Bullying

[nota. Solo puntuar si hay presencia de acoso o bullying]

Completa las puntuaciones de cada periodo de bullying o acoso.

No.	1. Edad comienzo	2. Edad finalización	3. Duración en meses	4. Frecuencia	5. Severidad	6. Apoyo	7. Contacto Oficial
-----	------------------	----------------------	----------------------	---------------	--------------	----------	---------------------

1.

7a. Otro contacto oficial, por favor especificar:

2.

7a. Otro contacto oficial, por favor especificar:

3.

7a. Otro contacto oficial, por favor especificar:

4.

7a. Otro contacto oficial, por favor especificar:

8. ¿Alguna vez ha intimidado a otro niño o adolescente? (frecuencia)

Hoja de Puntuación de Bullying

[nota. Solo puntuar si hay presencia de acoso o bullying]

Descripción (si es necesario, continúa en la siguiente hoja o en otra separada):



(Note for DATA ENTRY: open **EU_DISCR**, Discrimination)

Discriminación

En las siguientes preguntas nos interesa la forma en que otras personas te han tratado a tí o tus creencias acerca de cómo otras personas te han tratado. ¿Me puedes decir si alguno de las siguientes situaciones te han ocurrido alguna vez? Por favor, indica el número de veces, la edad a la que ocurrió por primera vez y destaca la razón principal por la que ocurrió Entonces:

Por alguna razón, alguna vez has sido injustamente...

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
-----------	-----------	--------------------	---------------------------------

1. Despedido

O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
----	----	---	---

Razón principal:	O1 Género	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

2. No te han cogido para un trabajo

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

3. Te han denegado una promoción/ascenso laboral

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

4. Detenido o interrogado por la policía

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	------------------------

5. Tratado por el sistema judicial

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

Discriminación

Por alguna razón, alguna vez has sido injustamente...

Si No Nº de veces Edad (1ºvez que ocurrió)

6. Desaconsejado de cara a continuar con estudios educativos

O1 O0

--	--

--	--

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

7. Prevenido de que no compraras o alquilaras un piso o una casa

O1 O0

--	--

--	--

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

8. Tratado por tus vecinos o tu familia

O1 O0

--	--

--	--

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

9. Te han denegado un préstamo o una hipoteca

O1 O0

--	--

--	--

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

10. Recibido un servicio peor que otra gente

O1 O0

--	--

--	--

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

11. Tratado cuando estabas recibiendo atención médica

O1 O0

--	--

--	--

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

12. Tratado al utilizar el transporte público

O1 O0

--	--

--	--

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------



(Note for DATA ENTRY: open EU_BIE, Brief Impact of Events)

BREVE IMPACTO DE LOS EVENTOS (IES-6)



Las siguientes preguntas constituyen una lista de las dificultades que a veces tienen las personas después de los eventos estresantes de la vida. En relación con cualquiera de los eventos anteriores que hayas experimentado bien sea en tu infancia como en los 12 meses antes del inicio de la enfermedad [el investigador resume los eventos], o también por cualquier otro evento o dificultad que te haya ocurrido en otro momento- Por favor, indica el grado en que has experimentado las siguientes dificultades en los ÚLTIMOS SIETE DÍAS. ¿En qué medida has estado de angustiado o molesto por estas dificultades? Elige *una* opción para cada ítem. Si esto no te ha ocurrido en los últimos siete días en absoluto, por favor marca "nada". **Si no hay eventos, no completar.**

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. Pensé en ello, cuando tuve la intención de...	O0	O1	O2	O3	O4
2. Me sentí vigilado o en guardia	O0	O1	O2	O3	O4
3. Otras cosas hacen que siga pensando en ello	O0	O1	O2	O3	O4
4. Era consciente de que todavía tenía un montón de sentimientos al respecto, pero no pude superarlos	O0	O1	O2	O3	O4
5. Traté de no pensar en ello	O0	O1	O2	O3	O4
6. Tuve problemas para concentrarme	O0	O1	O2	O3	O4
7. Tuve sueños sobre ello	O0	O1	O2	O3	O4
8. Me vinieron a la mente imágenes sobre ello	O0	O1	O2	O3	O4

8^a. ¿A qué acontecimiento vital que hayamos comentado anteriormente, se refieren estas experiencias? (especificar y matizar si ocurrieron antes del inicio)

.....

HERRAMIENTA DE EVALUACION DEL ENTORNO SOCIAL



Todas las preguntas se refieren al barrio [según lo definido por ti] en el que actualmente vives (o vivías en el momento de inicio).

Código Postal: _____

1. El participante ¿se ha mudado de barrio desde el inicio?

O0 No

O1 Sí

2. Delito y alteración del orden público

Por favor califica la **frecuencia** de los siguientes eventos o problemas en tu vecindario (1 en absoluto es común, 5 es muy común)

	En absoluto es frecuente	Es muy frecuente			No se
a. Robo en tiendas, iglesias, centros comunitarios u otros servicios locales	O1	O2	O3	O4	O5
b. Personas que intenten asaltar las casas o coches de los demás	O1	O2	O3	O4	O5
c. Vandalismo en la propiedad de otras personas	O1	O2	O3	O4	O5
d. Los niños faltan al colegio (absentismo)	O1	O2	O3	O4	O5
e. Ataques a los animales (animales de compañía, ganado o animales no domesticados)	O1	O2	O3	O4	O5

3. Acción e Intervención Comunitaria

Por favor califica la **probabilidad de que la gente del vecindario tome medidas** si les parece necesario
(1 en absoluto es frecuente 5 es muy frecuente)

	En absoluto es frecuente	Es muy frecuente			No se
a. Alguien robe en la tienda, iglesia, centro comunitario u otro local de amenidad	O1	O2	O3	O4	O5
b. Alguien asalta una casa o coche	O1	O2	O3	O4	O5
c. Alguien cause daños en la propiedad de otros (ej. vandalismo, graffiti)	O1	O2	O3	O4	O5
d. Absentismo de los niños	O1	O2	O3	O4	O5
e. Alguien abusa o maltrata a un animal	O1	O2	O3	O4	O5

HERRAMIENTA DE EVALUACION DEL AMBIENTE SOCIAL

4. Acción e intervención comunitaria

Por favor califica **como las personas toman medidas** si son observadas en tu vecindario (1 en absoluto es probable, 5 es muy probable)

	En absoluto es frecuente	Es muy frecuente	No se
a. Alguien robando en una tienda, iglesia, centro comunitario o en otros locales recreativos	O1	O2	O3
b. Alguien robando en una casa o coche	O1	O2	O3
c. Alguien causando daños en las propiedades de otros (ej. vandalismo, grafiti)	O1	O2	O3
d. Niños faltando al colegio	O1	O2	O3
e. Alguien abusando o maltratando a un animal	O1	O2	O3
		O4	O5
		O4	O5
		O5	O9
		O5	O9
		O5	O9

5. La identidad, redes y cooperación de la vecindad [Vinculación, conexión y la unión del capital social]

Por favor califica **si estás de acuerdo** con las siguientes afirmaciones sobre **tu vecindario**

(1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo , 4: de acuerdo, 5: fuertemente de acuerdo)

En mi vecindario...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No se
a. La gente en mi vecindario comparte valores y creencias similares	O1	O2	O3	O4	O5	O9
b. La gente en mi vecindario puede ser de fiar	O1	O2	O3	O4	O5	O9
c. La gente en mi vecindario está dispuesta a ayudar a los demás	O1	O2	O3	O4	O5	O9
d. Mi vecindario tiene un fuerte sentido de identidad/comunidad	O1	O2	O3	O4	O5	O9
e. La gente en mi vecindario lucharía contra el planteamiento del cierre de una entidad publica (ej., un colegio, el periódico o correos)	O1	O2	O3	O4	O5	O9
f. En mi vecindario, diferentes grupos de gente (ej., religión, etnia, grupos políticos) podrían llegar a cooperar por la mejora del área	O1	O2	O3	O4	O5	O9
g. El gobierno local escucha los puntos de vista de la gente/grupos de mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5	O9
h. La Policía, Oficiales de ayuda a la comunidad son respetados por la gente en mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5	O9
i. El Hospital local juega un papel muy importante en la comunidad	O1	O2	O3	O4	O5	O9

HERRAMIENTA DE EVALUACION DEL AMBIENTE SOCIAL**6. Diversidad étnica y cooperación en tu vecindario**

Por favor, indica tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre tu vecindario (1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4: de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. La mayoría de la gente es caucásica	O1	O2	O3	O4	O5
b. La gente viene de diferentes orígenes	O1	O2	O3	O4	O5
c. Personas de diferentes grupos étnicos generalmente se llevan bien entre sí					
d. Personas de grupos étnicos minoritarios a menudo sufren abusos físicos o verbales	O1	O2	O3	O4	O5
e. Hay muchas tiendas especializadas y servicios para las personas de grupos étnicos minoritarios	O1	O2	O3	O4	O5

7. Construcción (física) del medio ambiente

Por favor, indica la frecuencia de las siguientes situaciones en tu vecindario (1 en absoluto es frecuente, 5 es muy frecuente)

	En absoluto es frecuente			Es muy frecuente	
a. Espacios verdes (ej. Jardines, campos, parques, bosques, campos de juego)	O1	O2	O3	O4	O5
b. Edificios con más de 3 plantas	O1	O2	O3	O4	O5
c. Edificios abandonados	O1	O2	O3	O4	O5
d. Edificios no residenciales	O1	O2	O3	O4	O5
e. Tráfico	O1	O2	O3	O4	O5
f. Graffiti o basura	O1	O2	O3	O4	O5

8. Tu participación en el barrio [Compromiso]

Por favor califica si estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre tu vecindario

(1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo , 4: de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. Confío en mis vecinos	O1	O2	O3	O4	O5
b. Tengo muchos amigos en mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5
c. Me gusta implicarme en organizaciones o actividades comunitarias locales	O1	O2	O3	O4	O5
d. Me siento parte de mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5

ESTUDIO: EU GEI	Fecha de nacimiento
Código del sujeto: __ EU __ - __ __	__ __ - __ __ - 1 9 __
Intervalo de tiempo: Presente	Periodo – Replicación 0 __ - 0 __
Entrevistador:	Fecha __ __ - __ __ - 2 0 __

SCHEDULES	PAGINA
DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS MRC. Parte 1	2
DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS MRC. Parte 2	7
Lista de eventos amenazantes (Q)	10
Experiencias de abuso y cuidado en la infancia	13
Evaluación de la discordia parental	17
Evaluación del abuso psicológico	20
Evaluación de abusos físicos	23
Evaluación del abuso sexual	26
Bullying	29
Discriminación	33
Breve impacto de los eventos	35
Herramienta de evaluación del entorno social	36

6. Edad de la migración (si procede) _____

7. Lugar de nacimiento del padre

O1 Austria	O2 Bélgica	O3 Francia	O4 Alemania
O5 Irlanda	O6 Italia	O7 España	O8 Suiza
O9 Países Bajos	O10 Turquía	O11 Reino Unido	O12 Brasil
O13 Australia	O14 Otras, especificar: _____		

8. Lugar de nacimiento de la madre

O1 Austria	O2 Bélgica	O3 Francia	O4 Alemania
O5 Irlanda	O6 Italia	O7 España	O8 Suiza
O9 Países Bajos	O10 Turquía	O11 Reino Unido	O12 Brasil
O13 Australia	O14 Otras, especificar: _____		

9. Lengua maternal:

O1 Inglés	O2 Alemán	O3 Francés	O4 Holandés
O5 Español	O6 Turco	O7 Italiano	O8 Kurdo
O9 Portugués	O10 Otras, especificar: _____		

10. ¿Alguna vez has trabajado? O0 No O1 Si

11. Clase Social (Sujeto)

(solo proporcionar una descripción)

Presente

Principal

a. **Titulación profesional**

b. **¿Qué haces/hacías fundamentalmente?**

c. **¿Cuál era la función de la organización?**

d. **Clase Social Sujeto (Principal)**

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

d. **Clase Social Sujeto (Presente)**

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

12. Clase Social del padre (otros_____)

(sólo facilitar una descripción)

Presente

Principal

i. Titulación profesional

i. ¿Qué haces/hacías fundamentalmente?

i. ¿Cuál era la función de la organización?

d. Clase Social del Padre (Principal)

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

d. Clase Social del Padre (Presente)

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

13. Edad de la madre en el nacimiento

_____|____|

14. Edad de la padre en el nacimiento

_____|____|

15. Número de hermanos/as

_____|____|

16. ¿Consideras que tienes o has tenido una discapacidad auditiva?

O0 No

O1 Si

17. ¿La discapacidad auditiva comenzó antes de los 18 años?

O0 No

O1 Si



(Note for DATA ENTRY: open EU_LIVPLA_PREV and EU_LIVPLA_CURR: Living places previously and current)

18. ¿Dónde has vivido durante toda tu vida, comenzando con el lugar de tu nacimiento?

Nº	País	Ciudad	Calle/Código postal	Edad		Cambio de colegio	
				Desde	Hasta		
1.						O ₀ No	O ₁ Si
2.						O ₀ No	O ₁ Si
3.						O ₀ No	O ₁ Si
4.						O ₀ No	O ₁ Si
5.						O ₀ No	O ₁ Si
6.						O ₀ No	O ₁ Si
7.						O ₀ No	O ₁ Si
8.						O ₀ No	O ₁ Si
9.						O ₀ No	O ₁ Si
10.						O ₀ No	O ₁ Si
11.						O ₀ No	O ₁ Si
12.						O ₀ No	O ₁ Si
13.						O ₀ No	O ₁ Si
14.						O ₀ No	O ₁ Si
15.						O ₀ No	O ₁ Si

En la actualidad

Nº	País	Ciudad	Calle/Código postal	Edad	
				Desde	Hasta



(Note for DATA ENTRY: open **EU_MRC 2_SODEFAM**)

1. Desde que te fuiste de casa de tus padres, ¿has vivido con otras personas? O0 No O1 Si

2. ¿Con quién convives...? (Para b-d: Puntúa en caso de tener 17 años de edad o mayor en ese momento; si no es aplicable, indica N/A)

	Solo	Solo, con hijos	Pareja, cónyuge	Pareja, cónyuge, con hijos	Padres	Otra familia	Amigos	Otros: especificar (ej. Hostal, residencia)	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8_____	O9
b) Al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8_____	O9
c) 1 año previo al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8_____	O9
d) 5 años previos al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8_____	O9

3. ¿Eres dueño de tu casa o vives alquilado...? (Para b-d: Puntúa en caso de tener 17 años de edad o mayor en ese momento; si no es aplicable, indica N/A)

	Propiedad privada (suya)	Propiedad privada (familia)	Alquiler (Privado)	Alquiler (del Estado)	Otros, especificar:	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5_____	O9
b) Al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5_____	O9
c) 1 año previo al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5_____	O9
d) 5 años previos al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5_____	O9

4. Superocupación/hacinamiento

	a) Ahora	b) Al comienzo de la enfermedad	c) 1 año previo al comienzo	d) 5 años previos al comienzo
1. ¿Con cuántas personas vives?	<input type="text"/> <input type="text"/>			
2. ¿Cuántas habitaciones tienes en casa? (excluyendo cocina y cuartos de baño)	<input type="text"/> <input type="text"/>			
5. ¿Alguna vez has tenido una relación larga? (un año o más)	O0 No	O1 Si		

6. ¿Cuántos hijos tienes?

7. ¿Cuál es tu estado civil? (Para b-d: Puntúa para edad de 17 años o tiempos pasados; si no es aplicable, indica N/A)

	Soltero	Casado, en convivencia con alguien	En una relación estable	Divorciado, separado	Viudo	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5	O6
b) Al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6
c) 1 año previo al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6
d) 5 años previos al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6

8. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que has conseguido?

O1 Colegio, sin graduado

O2 Colegio, con graduado escolar

O3 Secundaria, Bachillerato

O4 Formación profesional (Trabajo relacionado con educación como fontanero, electricista, etc....)

O5 Primer ciclo universitario: 3 años de Universidad

O6 Licenciatura superior, estudios de postgrado (Máster, Doctorado)

9. ¿Cuántos años has estudiado? (desde el principio de la enseñanza obligatoria)

10. ¿Trabajas (trabajo remunerado)? (Para b-d: Puntúa para edad de 17 años o tiempos pasados si no es aplicable, indica N/A)

	Desempleado	Económicamente inactivo ¹	Estudiante	Asalariado a tiempo parcial	Empleado fijo	Autónomo	N/A
a) Ahora	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7
b) Al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7
c) 1 año previo al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7
d) 5 años previos al comienzo de la enfermedad	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7

¹ (ej, labores del hogar, enfermedad/discapacidad física, estudiando la carrera, retirado)

11. ¿A cuánto asciende el total de tus ingresos mensuales? (Para b-d: Puntúa para edad de 17 años o tiempos pasados; si no es aplicable, indica N/A)

	a) Ahora	b) Al comienzo de la enfermedad	c) 1 año previo al comienzo de la enfermedad	d) 5 años previos al comienzo de la enfermedad
i. Ingreso mensual bruto				
ii. Ingreso inferior a la media	O0 No O1 Si	O0 No O1 Si O3 N/A	O0 No O1 Si O3 N/A	O0 No O1 Si O3 N/A
iii. Ingresos por debajo del umbral oficial de pobreza	O0 No O1 Si	O0 No O1 Si O3 N/A	O0 No O1 Si O3 N/A	O0 No O1 Si O3 N/A
iv. Recibo de asistencia social	O0 No O1 Si	O0 No O1 Si O3 N/A	O0 No O1 Si O3 N/A	O0 No O1 Si O3 N/A
Si la respuesta es SI, especificar:	_____	_____	_____	_____

12. ¿Cuál es tu religión?

O0 Ninguna	O1 Cristiano	O2 Judío
O3 Musulmán	O4 Otra, especificar _____	

13. ¿Con qué frecuencia asistes a actos religiosos?

O0 Nunca	O1 Una o dos veces al año	O2 Mensualmente	O3 Semanalmente
----------	---------------------------	-----------------	-----------------

Únicamente para los emigrantes de primera generación

14. En una escala del 1 al 10, ¿cómo valorarías tu fluidez en el idioma principal? | | |
 (1=nada fluido, 10= muy fluido)



(Note for DATA ENTRY: open EU_LTE, list of threatening events)

LISTA DE EVENTOS AMENAZANTES

Me gustaría preguntarte sobre los 12 meses antes de... [comienzo, de NOS]. Me gustaría hacerte unas preguntas sobre cosas que te han podido ocurrir o a gente cercana (pareja, hijos, hermanos, padres, otros miembros que viven en el hogar, muy buenos amigos). En los 12 meses anteriores, ¿te ha pasado a ti o a alguien cercano a ti alguno de los siguientes eventos? Si la respuesta es SI, cuándo sucedió (o se inició) [Dé una descripción breve]

Periodo de tiempo: desde 12 meses previos al comienzo de la enfermedad [] hasta la fecha de comienzo []

		SI	NO	FECHA
1. ¿Has tenido alguna enfermedad o lesión grave?		O1	O0	_____
2. ¿Algún familiar cercano ha tenido alguna enfermedad o lesión grave?		O1	O0	_____
3. ¿Ha fallecido alguno de tus padres, de tus hijos o tu pareja?		O1	O0	_____
4. ¿Ha fallecido algún amigo cercano de la familia u otro familiar?		O1	O0	_____
5. Nacimiento de un hijo (tuyo o de tu pareja)		O1	O0	_____
6. ¿Separación de la pareja (con la que convives) por problemas?		O1	O0	_____
7. ¿Separación de una pareja estable (con la que no convivías)?		O1	O0	_____
8. ¿Te han dado alguna noticia importante o reveladora sobre tu pareja o hijos?		O1	O0	_____

SI NO FECHA

9. ¿Tienes graves problemas con la pareja o hijos?

O1 O0

10. ¿Tienes algún problema grave con un amigo cercano, vecino o familiar?

O1 O0

11. ¿Tienes graves problemas en el trabajo?

O1 O0

12. ¿Estás desempleado o buscas trabajo sin éxito?

O1 O0

13. ¿Has sido destituido o despedido de tu trabajo?

O1 O0

14. ¿Te encuentras en una crisis financiera?

O1 O0

15. ¿Tienes graves problemas o deudas financieras (tú o tu pareja)?

O1 O0

16. ¿Tienes problemas graves de vivienda, incluyendo quedarse sin hogar?

O1 O0

17. ¿Tienes problemas con la policía o comparecer ante un tribunal?

O1 O0

18. ¿Te han robado o has perdido algo de valor?

O1 O0

19. ¿Has sido víctima de un asalto o robo (incluyendo en el hogar)?

O1 O0

20. ¿Has sido testigo de un asalto grave u otro evento traumático?

O1 O0

Notas:



(Note for DATA ENTRY; open EU_CECA, Childhood experiences of care and abuse)

Experiencias de abuso y cuidado en la infancia

Ahora me gustaría hacerte algunas preguntas sobre su infancia y adolescencia. Estamos interesados en las diferentes experiencias que hayas tenido antes de los 17 años de edad. Algunas de las experiencias que quiero preguntarte pueden volver a traer a la mente recuerdos que te alteren o dolorosos, por lo que si en algún momento no deseas responder a una pregunta, por favor dímelos. Por supuesto, toda la información que proporciones será tratada de forma confidencial.

- 1. ¿Quiénes fueron tus principales figuras parentales, antes de los 17 años?** [Si es necesario, continuar en una hoja a parte]

0= No Figura de la madre y del padre

1= Padre y madre naturales

2= Madrastra, padre

3= Abuela, padre

4= Otros

1. Estructura Familiar	A. Figura de la madre					B. Figura del padre					C. Tu edad cuando comenzaron a serlo	
1. Primero	O0 O1 O2 O3 O4					O0 O1 O2 O3 O4					0	
2. Segundo	O0 O1 O2 O3 O4					O0 O1 O2 O3 O4						
3. Tercero	O0 O1 O2 O3 O4					O0 O1 O2 O3 O4						
4. Cuarto	O0 O1 O2 O3 O4					O0 O1 O2 O3 O4						
5. Quinta	O0 O1 O2 O3 O4					O0 O1 O2 O3 O4						
6. Sexto	O0 O1 O2 O3 O4					O0 O1 O2 O3 O4						

- 2. ¿Ha fallecido alguno de tus padres o ambos antes de los 17 años?**

- 2.a.** ¿Ha fallecido tu madre? O0 No O1 Si
- 2.b.** ¿Ha fallecido tu padre? O0 No O1 Si
- 2.c.** Si la respuesta es afirmativa, ¿que edad tenias cuando tu madre fallecio? [] []
- 2.d.** Si la respuesta es afirmativa, ¿que edad tenias cuando tu padre fallecio? [] []

- 3. ¿Alguna vez te has separado de tus padres (más de 6 meses) antes de los 17 años?**

- 3.a.** ¿Te has separado de tu madre? O0 No O1 Si
- 3.b.** ¿Te has separado de tu padre? O0 No O1 Si
- 3.c.** Si la respuesta es afirmativa, ¿que edad tenias cuando te separaste de tu madre por primera vez? [] []
- 3.d.** Si la respuesta es afirmativa, ¿que edad tenias cuando te separaste de tu padre por primera vez? [] []
- 3.e.** ¿Cuánto tiempo estuvisteis separados, en años y meses? [] []

3.f. ¿Cuál fue el principal motivo de separación?

- | | | | |
|-----------------------------|-------------------------|--------------|------------------------------|
| O1 Enfermedad de los padres | O2 Divorcio, Separación | O3 Trabajo | O4 Nunca conocí a mis padres |
| O5 Estuve enfermo | O6 Internado | O7 Migración | O8 Otros |

3.g. Especificar:

Antes de los 17 años de edad ...

	0-11 años			12-16 años		
	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar	O0 No	O1 Si	O2 Se niega a contestar
4. ¿Alguna vez te cambiaste de colegio? (otros cambios que no sean el de primaria a secundaria)						
5. ¿Alguna vez fuiste expulsado del colegio?						
6. ¿Alguna vez te escapaste de casa? (ej., estar fuera más de dos noches)						
7. ¿Alguna vez estuviste en un centro de acogida?						
8. ¿Alguna vez tu familia tuvo problemas de dinero?						
9. ¿Alguna vez se desatendieron tus necesidades básicas? (comida, limpieza, vestido..)						
10. ¿Alguna vez hubo discusiones frecuentes o tensiones extremas entre tus padres?						
11. ¿Alguna vez te han tratado con crueldad o te han atormentado tus padres o algún miembro de tu familia?						
12. ¿Te han golpeado o dado un tortazo en varias ocasiones, con intensidad suficiente como para causar una lesión?						
13. ¿Alguna vez has tenido una experiencia sexual no consentida?						
14. ¿Existía algún adulto al que acudieras con tus problemas o le pudieras hablar de tus sentimientos?						
15. Existía algún persona de tu edad al que acudieras con tus problemas o le pudieras hablar de tus sentimientos?						
16. ¿Alguna vez te has sentido solo durante un largo periodo de tiempo? (6 meses o más)						

Notas (facilitar una breve descripción de las respuestas positivas):



(Note for DATA ENTRY: open **EU_BULL-SV**, Bullying)

Bullying

Ahora voy a hacerte algunas preguntas acerca del acoso o bullying por pares (compañeros) que podrías haber experimentado antes de 17 años. Con el término acoso o bullying me refiero cuando la gente tiene una edad similar a la tuya:

Cosas dichas con maldad, dolorosas o que se han burlado de ti o te han llamado por nombres descalificadores que hacen daño; Ignorado completamente o excluido por tu grupo de amigos o te han dejado de lado a propósito; Golpeado, pateado o empujado, o encerrado en una habitación; Han contado mentiras o han extendido rumores acerca de ti; Otras cosas hirientes.

Nosotros no consideramos bullying cuando alguna de esas cosas se hace de una manera amistosa o lúdica.

1. ¿Alguna vez te ha hecho bullying un otro niño o adolescente?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| Oo Nunca | O3 Frecuentemente (mensualmente+) |
| O1 Raramente (una o dos veces) | O4 Muy frecuentemente (semanalmente+) |
| O2 Ocasionalmente (más de dos veces,
menos de mensualmente) | |

¿Qué sucedió? _____

2. ¿Alguna vez has sido herido por otro niño o adolescente? (Por ejemplo, quemadas, moretones, cortadas, otros)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| Oo Nunca | O3 Frecuentemente (mensualmente+) |
| O1 Raramente (una o dos veces) | O4 Muy frecuentemente (semanalmente+) |
| O2 Ocasionalmente (más de dos veces,
menos de mensualmente) | |

3. ¿Alguna vez has sido perjudicado de forma emocional o psicológica por otro niño o adolescente? (Por ejemplo, miedo, malos sueños, sentirse enfermo, evitar un lugar determinado, lloraba, otros)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| Oo Nunca | O3 Frecuentemente (mensualmente+) |
| O1 Raramente (una o dos veces) | O4 Muy frecuentemente (semanalmente+) |
| O2 Ocasionalmente (más de dos veces,
menos de mensualmente) | |

4. ¿Como fué de severo el bullying?

- | | |
|--------------|---|
| Oo Ninguna: | o solo burlas de menor importancia que no molestan |
| O1 Algo: | Poco frecuente el acoso físico o psicológico: No hay lesiones físicas y sólo malestar por un período muy breve de tiempo |
| O2 Moderado: | Frecuente intimidación física o psicológica que conducen a lesiones leves o reacciones emocionales transitorias (llanto, miedo, evitación, malos sueños) |
| O3 Marcado: | Graves y frecuentes daños físicos o psicológicos, extremadamente traumáticos y evitación de lugares y las personas que participan en estas experiencias, pesadillas frecuentes. |

5. ¿Alguna vez has hecho bullying hacia otro niño o adolescente?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| Oo Nunca | O3 Frecuentemente (mensualmente+) |
| O1 Raramente (una o dos veces) | O4 Muy frecuentemente (semanalmente+) |
| O2 Ocasionalmente (más de dos veces,
menos de mensualmente) | |



(Note for DATA ENTRY: open EU_DISCR, Discrimination)

Discriminación

En las siguientes preguntas nos interesa la forma en que otras personas te han tratado a tí o tus creencias acerca de cómo otras personas te han tratado. ¿Me puedes decir si alguno de las siguientes situaciones te han ocurrido alguna vez? Por favor, indica el número de veces, la edad a la que ocurrió por primera vez y destaca la razón principal por la que ocurrió Entonces:

Por alguna razón, alguna vez has sido injustamente...

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
-----------	-----------	--------------------	---------------------------------

1. Despedido

O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
----	----	---	---

Razón principal:	O1 Género	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

2. No te han cogido para un trabajo

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

3. Te han denegado una promoción/ascenso laboral

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

4. Detenido o interrogado por la policía

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	------------------------

5. Tratado por el sistema judicial

Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
O1	O0	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):
-------------------------	-----------	----------------	-------------	----------------------	---------------	---------	-------------------------

Discriminación

Por alguna razón, alguna vez has sido injustamente...							Si	No	Nº de veces	Edad (1ºvez que ocurrió)
Razón principal:	O1 Genero	O2 Raza, etnia	O3 Religión	O4 Enfermedad Mental	O5 Sexualidad	O6 Edad	O7 Otros (especificar):			
6. Desaconsejado de cara a continuar con estudios educativos				O1	O0		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Prevenido de que no compraras o alquilaras un piso o una casa				O1	O0		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Tratado por tus vecinos o tu familia				O1	O0		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Te han denegado un préstamo o una hipoteca				O1	O0		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Recibido un servicio peor que otra gente				O1	O0		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Tratado cuando estabas recibiendo atención medica				O1	O0		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Tratado al utilizar el transporte publico				O1	O0		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Note for DATA ENTRY: open EU_BIE, Brief Impact of Events)

Breve impacto de los eventos

Las siguientes preguntas constituyen una lista de las dificultades que a veces tienen las personas después de los eventos estresantes de la vida. En relación con cualquiera de los eventos anteriores que hayas experimentado bien sea en tu infancia como en los 12 meses antes del inicio de la enfermedad [el investigador resume los eventos], o también por cualquier otro evento o dificultad que te haya ocurrido en otro momento- Por favor, indica el grado en que has experimentado las siguientes dificultades en los ÚLTIMOS SIETE DÍAS. ¿En qué medida has estado de angustiado o molesto por estas dificultades? Elige *una* opción para cada ítem. Si esto no te ha ocurrido en los últimos siete días en absoluto, por favor marca "nada". **Si no hay eventos, no completar.**

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. Pensé en ello, cuando tuve la intención de...	O0	O1	O2	O3	O4
2. Me sentí vigilado o en guardia	O0	O1	O2	O3	O4
3. Otras cosas hacen que siga pensando en ello	O0	O1	O2	O3	O4
4. Era consciente de que todavía tenía un montón de sentimientos al respecto, pero no pude superarlos	O0	O1	O2	O3	O4
5. Traté de no pensar en ello	O0	O1	O2	O3	O4
6. Tuve problemas para concentrarme	O0	O1	O2	O3	O4
7. Tuve sueños sobre ello	O0	O1	O2	O3	O4
8. Me vinieron a la mente imágenes sobre ello	O0	O1	O2	O3	O4

8^a. ¿A qué acontecimiento vital que hayamos comentado anteriormente, se refieren estas experiencias? (especificar y matizar si ocurrieron antes del inicio)

.....

HERRAMIENTA DE EVALUACION DEL ENTORNO SOCIAL

Todas las preguntas se refieren al barrio [según lo definido por ti] en el que actualmente vives (o vivías en el momento de inicio).

Código Postal: |_____|_____|_____|____|

1. El participante ¿se ha mudado de barrio desde el inicio?

O0 No

O1 Sí

2. Delito y alteración del orden público

Por favor califica la **frecuencia** de los siguientes eventos o problemas en tu vecindario (1 en absoluto es común, 5 es muy común)

	En absoluto es frecuente	Es muy frecuente			No se
a. Robo en tiendas, iglesias, centros comunitarios u otros servicios locales	O1	O2	O3	O4	O5
b. Personas que intenten asaltar las casas o coches de los demás	O1	O2	O3	O4	O5
c. Vandalismo en la propiedad de otras personas	O1	O2	O3	O4	O5
d. Los niños faltan al colegio (absentismo)	O1	O2	O3	O4	O5
e. Ataques a los animales (animales de compañía, ganado o animales no domesticados)	O1	O2	O3	O4	O5

3. Acción e Intervención Comunitaria

Por favor califica la **probabilidad de que la gente del vecindario tome medidas** si les parece necesario
(1 en absoluto es frecuente 5 es muy frecuente)

	En absoluto es frecuente	Es muy frecuente			No se
a. Alguien robe en la tienda, iglesia, centro comunitario u otro local de amenidad	O1	O2	O3	O4	O5
b. Alguien asalta una casa o coche	O1	O2	O3	O4	O5
c. Alguien cause daños en la propiedad de otros (ej. vandalismo, graffiti)	O1	O2	O3	O4	O5
d. Absentismo de los niños	O1	O2	O3	O4	O5
e. Alguien abusa o maltrata a un animal	O1	O2	O3	O4	O5

HERRAMIENTA DE EVALUACION DEL AMBIENTE SOCIAL

4. Acción e intervención comunitaria

Por favor califica **como las personas toman medidas** si son observadas en tu vecindario (1 en absoluto es probable, 5 es muy probable)

	En absoluto es frecuente				Es muy frecuente	No se
a. Alguien robando en una tienda, iglesia, centro comunitario o en otros locales recreativos	O1	O2	O3	O4	O5	O9
b. Alguien robando en una casa o coche	O1	O2	O3	O4	O5	O9
c. Alguien causando daños en las propiedades de otros (ej. vandalismo, grafiti)	O1	O2	O3	O4	O5	O9
d. Niños faltando al colegio	O1	O2	O3	O4	O5	O9
e. Alguien abusando o maltratando a un animal	O1	O2	O3	O4	O5	O9

5. La identidad, redes y cooperación de la vecindad [Vinculación, conexión y la unión del capital social]

Por favor califica **si estás de acuerdo** con las siguientes afirmaciones sobre **tu vecindario**

(1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo , 4: de acuerdo, 5: fuertemente de acuerdo)

En mi vecindario...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No se
a. La gente en mi vecindario comparte valores y creencias similares	O1	O2	O3	O4	O5	O9
b. La gente en mi vecindario puede ser de fiar	O1	O2	O3	O4	O5	O9
c. La gente en mi vecindario está dispuesta a ayudar a los demás	O1	O2	O3	O4	O5	O9
d. Mi vecindario tiene un fuerte sentido de identidad/comunidad	O1	O2	O3	O4	O5	O9
e. La gente en mi vecindario lucharía contra el planteamiento del cierre de una entidad publica (ej., un colegio, el periódico o correos)	O1	O2	O3	O4	O5	O9
f. En mi vecindario, diferentes grupos de gente (ej., religión, etnia, grupos políticos) podrían llegar a cooperar por la mejora del área	O1	O2	O3	O4	O5	O9
g. El gobierno local escucha los puntos de vista de la gente/grupos de mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5	O9
h. La Policía, Oficiales de ayuda a la comunidad son respetados por la gente en mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5	O9
i. El Hospital local juega un papel muy importante en la comunidad	O1	O2	O3	O4	O5	O9

6. Diversidad étnica y cooperación en tu vecindario

Por favor, indica tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre tu vecindario (1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4: de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. La mayoría de la gente es caucásica	O1	O2	O3	O4	O5
b. La gente viene de diferentes orígenes	O1	O2	O3	O4	O5
c. Personas de diferentes grupos étnicos generalmente se llevan bien entre sí					
d. Personas de grupos étnicos minoritarios a menudo sufren abusos físicos o verbales	O1	O2	O3	O4	O5
e. Hay muchas tiendas especializadas y servicios para las personas de grupos étnicos minoritarios	O1	O2	O3	O4	O5

7. Construcción (física) del medio ambiente

Por favor, indica la frecuencia de las siguientes situaciones en tu vecindario (1 en absoluto es frecuente, 5 es muy frecuente)

	En absoluto es frecuente			Es muy frecuente	
a. Espacios verdes (ej. Jardines, campos, parques, bosques, campos de juego)	O1	O2	O3	O4	O5
b. Edificios con más de 3 plantas	O1	O2	O3	O4	O5
c. Edificios abandonados	O1	O2	O3	O4	O5
d. Edificios no residenciales	O1	O2	O3	O4	O5
e. Tráfico	O1	O2	O3	O4	O5
f. Graffiti o basura	O1	O2	O3	O4	O5

8. Tu participación en el barrio [Compromiso]

Por favor califica si estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre tu vecindario

(1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo , 4: de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. Confío en mis vecinos	O1	O2	O3	O4	O5
b. Tengo muchos amigos en mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5
c. Me gusta implicarme en organizaciones o actividades comunitarias locales	O1	O2	O3	O4	O5
d. Me siento parte de mi vecindario	O1	O2	O3	O4	O5

FIGS (Family Interview for Genetic Studies) Manual Revised Edition

Introduction:

The FIGS assesses the genetic load for psychiatric illnesses of different family members in a pedigree tree. In the EU-GEI project, collection of diagnostic information is restricted to “first-degree” relatives of the proband (proband means: person included in the EU-GEI studies as a subject). In EU-GEI, first-degree relative means: parents, siblings, children and, although not formally first-degree relatives: *half-siblings*. The FIGS consists of two forms: (i) the FIGS Pedigree Diagram and (ii) the FIGS Relative form.

The FIGS Pedigree Diagram

For every participating pedigree *one* FIGS Pedigree Diagram is completed, on the basis of information of patients and their siblings in the patient sample (and possibly more informants if available – the more the better), and on the basis of controls in the health control sample (and possibly more informants if available – the more the better). Information that is unavailable to the informants (e.g. exact year of birth or year of death of family members – day and month of a date are not necessary) is listed on a separate *Checklist* and subjects are invited to complete this *Checklist* at home and hand it in at the next scheduled interview or mail it to the researcher.

The pedigree is drawn on a fresh copy of the FIGS Pedigree Diagram form. Please include all of the first-degree relatives (including deceased members of the family) from the angle of the patient/ healthy control who participates in the EU-GEI project. As mentioned earlier, first-degree relatives are parents, (half)-siblings, and children. The exact relationship of each can be described on the FIGS Relative Form.

The FIGS Pedigree Diagram will include one or two nested families. A family includes 2 generations: parents and children. In the EU-GEI project, the **first** family consists of the father and the mother of the proband, plus the proband and his/her siblings. When the proband has children there is a **second** family, consisting of the proband, his/her partner and his/her children. Please make use of the template of the pedigree diagram as described below (or in the addendum at the end of the manual).

Symbolic notation	Description
	a man
	a woman
	a couple (married or not)
	a family (couple with children – here one boy and one girl)
	proband (person serving as the starting point for the genetic study of the family)
	a family with the son as proband
	a pedigree tree with the parents of the proband having two children and the proband one (a girl)
	a half sister and half brother of the proband, born from a second relationship of the mother

Please note: when a parent of the proband has children from a later or earlier marriage or relationship (and therefore these half-siblings share genes with the proband) these should also be included in the Pedigree Diagram.

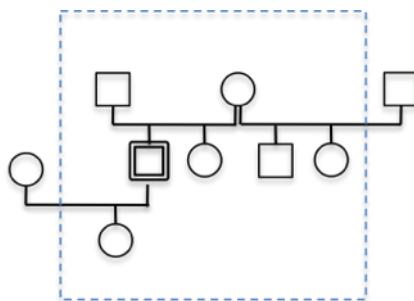
Note 2: When the pedigree contains more than one patient participating in EU-GEI, the proband is the YOUNGEST patient; when control pedigrees contain more than one person participating in EU-GEI the YOUNGEST control is the proband. Please note healthy siblings of patients can never be marked as proband. The EU-GEI number of the proband is used to label the Pedigree.

The FIGS Relative Form

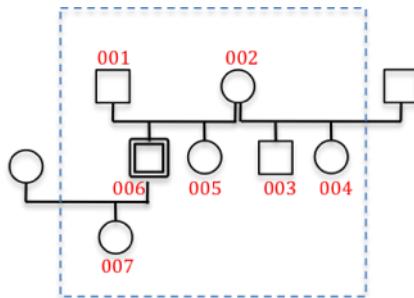
One FIGS Relative Form must be completed for each target relative of the pedigree. Sometimes the informants are uncertain about dates and/or relationships and need to check specific information with family members at home. Add such questions to the *Checklist* and have the answers handed in later.

Steps 1-4 of constructing the FIGS Pedigree Diagram

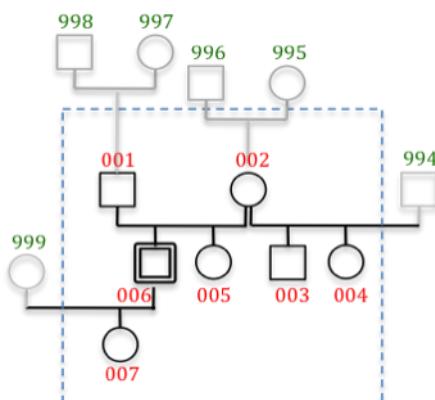
Step 1: Draw a square (or circle) to describe the target relatives of the pedigree. Target relatives are the first-degree relatives from the proband as well as the half-sibs. All relatives that do not share genes are outside of the target boundaries (dotted blue line), as indicated in step2-step3 below.



Step 2: On the FIGS Pedigree Diagram, give each target relative a unique Family IndexNumber starting from '001' and upwards from there.



Step 3: On the FIGS Pedigree diagram, give each target relative (red number in the pedigree) a virtual set of parents (in grey) and label them with a unique Family IndexNumber starting from '999' and downwards from there (in green).



Step 4: You are now ready to fill in a FIGS Relative Form for each target relative (red numbers in the pedigree).

Please note the following:

1. On every FIGS Relative Form, the EU-GEI subject number of the Proband has to be filled in (please note the rules for defining the proband in complex families described above). The EU-GEI number of the proband defines the Pedigree. Each proband (person included in the EU-GEI studies as a subject) can only appear in 1 FIGS Pedigree Diagram.
2. In order to fill in birth date and date of death, year suffices. Day and month are not compulsory.
3. If the exact year of birth and year of death is unknown but approximately correct, one may fill in this date, on the condition that it is an approach of approximately + or - 2 years.
4. If the relative was interviewed, the data collection is based on the 'family interview method'; if data on the relative as collected through other informants (e.g. other family members) the 'family history method' was used (question 3).
5. Adopted children and twins can be included using symbols as indicated below, and by indicating the correct family relationship on the FIGS relative form.

Example:

The FIGS Pedigree Diagram (has to be scanned). The subject No. is the proband number.



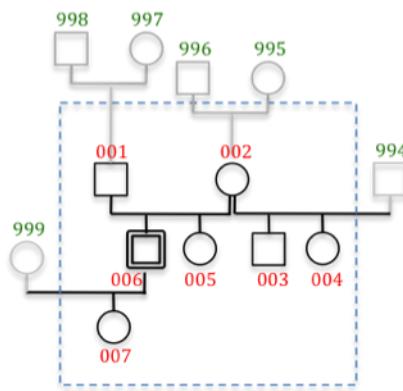
EU FIGS PEDIGREE

Subject No. 1_1_1-1_1_1_1_1

Protocol _____

Interviewer _____

Interview Date 1_1_/_1_/_2_1_0_1_1_1



The FIGS Relative Form: one for each relative (red numbers) each related to the Subject No of the proband

etc...

SCREENINGSQUESTIONS (for the illness history of the relative)

NB. These questions are not for data entry

The following questions only refer to relatives who were not adopted.

Did anyone:

1. Have problems with their nerves or emotions? Take medicine or see a doctor, psychiatrist or psychologist for it? Take lithium? (**→ Depression?**)
2. Feel very low for a couple of weeks or more, or have a diagnosis of depression? (**→ Depression**)
3. Attempt or complete suicide? (**→ Depression? Psychosis?**)
4. Seem overexcited (or manic) day and night, or have a diagnosis of mania or bipolar disorder? (**→ Mania?**)
5. Have visions, hear voices, or have beliefs that seem strange or unreal? (**→ Psychosis?**)
6. Have unusual or bizarre behaviour, or have a diagnosis of schizophrenia or other psychotic disorder? (**→ Psychosis?**)
7. Have trouble with the police, with completing school, or with keeping a job? (**→ Psychosis?**)
8. Was anyone hospitalized for psychiatric problems? (**→ Psychosis, Depression/ Mania**)
9. Have obsessive/ recurring thoughts and/or compulsions? (**→ OCD?**)
10. Have difficulty with social contact, communication and adaptation to new situations during childhood and adolescence? Ever been diagnosed with autism or an autism-related neurodevelopmental disorder (**→ Autism?**)

For each of these given a positive response in the General Screening, complete the symptom questions below for any suspected: Depression/Mania, Psychosis, and OCD.

DEPRESSION CHECKLIST

During depression...

- 1 a) was he/she depressed most of the day, nearly every day for as a week long as or more?
- 1 b) did he/she lose interest in things or become unable to enjoy most things, for as long as a week?
- 1 c) did he/she have a change in appetite or weight without trying to?
- 1 d) did he/she have a change in sleep patterns (either too much or too little)?
- 1 e) did he/she become unable to work, go to school, or take care of household responsibilities?
- 1 f) did he/she move or speak more slowly than usual?
- 1 g) did he/she pace or wring his/her hands
- 1 h) did he/she have less energy or feel tired out?
- 1 i) did he/she feel guilty, worthless or blame himself/herself?
- 1 j) did he/she have trouble concentrating or making decisions?
- 1 k) did he/she talk of death or suicide? Or try suicide?
- 1 l) did he/she have visions, or hear voices, or have beliefs or behaviour that seem strange or unusual, at the same time as (symptoms above)?

(**If Yes**, complete a Psychosis Checklist after this one.)

MANIA CHECKLIST

For most of the time day and night over several days, did he/she (more than usual)....

- 1 a) seem too happy/high/excited?
- 1 b) become so excited or agitated it was impossible to converse with him/her?
- 1 c) act very irritable or angry?
- 1 d) need less sleep without feeling tired
- 1 e) show poor judgement (e.g., spending sprees, sexual indiscretions?)
- 1 f) behave in such a way as to cause difficulty for those around him/ her (obnoxious/manipulative)?

- 1 g) feel that he/she had special gifts or powers
- 1 h) become more talkative than usual?
- 1 i) jump from one idea to another?
- 1 j) become easily distracted?
- 1 k) get involved in too many activities at work or school?
- 1 l) have visions? Hear voices? have beliefs or behaviour that seem strange or unusual? at the same time as (above symptoms)?

PSYCHOSIS CHECKLIST

Code for a single episode (best recalled, worst episode if possible). What were his/her unusual beliefs or experiences?

Did he/she ever:

- 1 a) believe people were following him/her, or that someone was trying to hurt or poison him/her?
- 1 b) believe someone was reading his/her mind?
- 1 c) believe he/she was under the control of some outside person or power or force?
- 1 d) believe his/her thoughts were broadcast, or that an outside force took away his/ her thoughts or put thoughts into his/her head?
- 1 e) have any other strange or unusual beliefs?
- 1 f) see things that were not really there?
- 1 g) hear voices or other sounds that were not real?
- 1 h) speak in a way that was difficult to make sense of?
- 1 i) seem to be physically stuck in one position, or move around excitedly without any purpose
- 1 j) appear to have no emotions, or inappropriate emotions?
- 2) How long did the longest of these experiences last?

INTERVIEWER: If subject did NOT have any episode of Major Depression or Mania skip to OCD

- 3) When any (SX above) happened, did he/she also have the mood disturbance we discussed before, at the same time?

IF NO SKIP TO OCD

OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER CHECKLIST

OBSESSIVE THOUGHTS are unwelcome and distressing ideas, thoughts, images or impulses that repeatedly enter your mind. They may seem to occur against the will of the person. They may be repugnant to the person, the person may recognize them as senseless.

Obsessive thoughts

- 1) Obsessions longer than 1 hours/day up to 8 hours/day
- 2) Obsessions longer than 8 hours/ day

COMPULSIONS are behaviours or acts that the person feels driven to perform although you he or she may recognize them as senseless or excessive. At times, the person may try to resist doing them but this may prove difficult. The person may experience anxiety that does not diminish until the behaviour is completed.

- 1 f) Compulsions longer than 1 hours/day up to 8 hours/day
- 1 g) Compulsions longer than 8 hours/ day

AUTISM CHECKLIST

Does he/she like to engage in social interactions?

Is he/she able to develop and maintain peer relations?

Did he/she show any lack or delay in the development of spoken language?

Does he/she use normal non-verbal behaviour during social interaction (eye contact, facial expression, body language)?

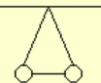
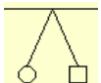
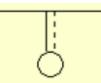
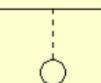
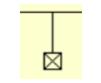
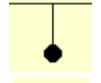
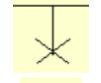
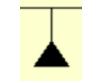
Is he/she able to show empathy and understand emotions of other people?

Does he/she show preoccupation with one or more stereotyped and restricted patterns of interest?

Does he/she adhere inflexibly to specific, non-functional routines or rituals?

Did these problems persist into adulthood [NB persistence into adulthood required for diagnosis]?

Addendum: Special notations for the Pedigree tree

symbolic notation	description
	Identical twins
	fraternal twins
	adopted child
	foster child
	stillbirth (not used)
	miscarriage (not used)
	abortion (not used)
	pregnancy (not used)

FIGS Pedigree Data form

ESTUDIO: EU GEI	Fecha de nacimiento
EU-GEI ID number: __ EU __ - __ __ __	__ __ - __ __ - __ __ __
Intervalo de tiempo: durante toda la vida	Periodo – Replica __ __ - __ __
Entrevistador:	Fecha __ __ - __ __ - __ __

Fechas de nacimientos (- y defunción) de:

Miembros familiares de primer grado: **padres – hermanos (hermanastros) – hijos / y pareja**

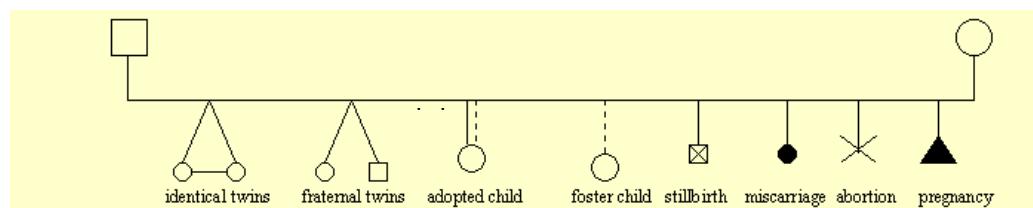
Desde el ángulo de: (nombre del paciente)

Por favor, cumplimenta 'información', si se conoce,

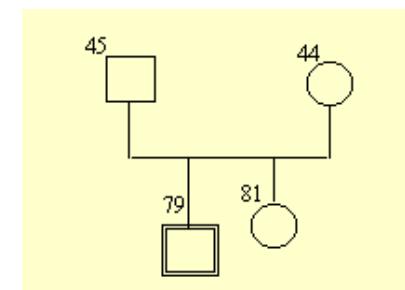
- Parto con múltiples nacimientos (gemelos, trillizos etc.)
 - Causa del fallecimiento (si se conoce y es aplicable)
 - Enfermedades Mentales (ej. depresión, manía, psicosis, etc.)
 - Abuso de Alcohol- o sustancias

Código del sujeto: | EU | | - | | |Fecha | | - | | - | **2** | **0** | |

Entrevistador:



Por favor, marque al paciente nuclear con líneas dobles. Mira el ejemplo:



FIGS Relative form

ESTUDIO: EU GEI	Fecha de nacimiento
EU-GEI numero ID*: __ EU __ - __ __	__ __ - __ - 1 9 __
Intervalo de tiempo: durante toda la vida	
Periodo – Replica 0 __ - 0 __	
Entrevistador:	Fecha __ __ - __ - 2 0 __

1. Número ID de Pedigree del familiar	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. ¿Este familiar es la misma persona que el paciente?*	O0 No O1 Si
3. Método de Historia Familiar o Entrevista Familiar	O1 Historia Familiar O2 Entrevista Familiar
4. Número ID de Pedigree del padre del paciente	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. El padre mencionado en la pregunta 4 es el padre biológico	O0 No O1 Si
6. Número ID de Pedigree del madre del paciente	<input type="text"/> <input type="text"/>
7. La madre mencionado en la pregunta 6 es la madre biológica	O0 No O1 Si
8. Fecha de nacimiento del paciente	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9. Sexo del paciente	O1 Hombre O2 Mujer
10. ID del EU-GEI del familiar si es aplicable	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
11. Parto de multiples nacimientos	O0 No O1 Si monozigotico O2 Si dizigotico O3 Si pero desconocido
12. ¿Continua vivo?	O0 No O1 Si
13. Año del fallecimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
14. Causa del fallecimiento	O1 Causa Natural O2 Suicidio O3 Unnatural
15. Alguna vez ha tenido depresión (si la respuesta es NO, ir al ítem 23)	O0 No O1 Si
16. Tratamiento para la depresión	O0 No O1 GP O2 MHS/Trabajador social O3 Otros O4 Desconocido
17. Instauración del tratamiento para la depresión	O0 Ninguno O1 Hospitalización O2 Consultas externas O3 Solo medicación O4 Desconocido
18. Edad de comienzo de la depresión	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
19. Número de episodios de depresión	<input type="text"/> <input type="text"/>

* Por favor utilizar el número del sujeto de estudio EU-GEI: cuando el pedigree contiene mas de un paciente participando en EU-GEI se considera el sujeto de estudio al paciente MAS JOVEN; Cuando el control del pedigree contiene mas de una persona participando en EU-GEI el control MAS JOVEN es el sujeto de estudio. Por favor, nota los hermanos sanos de los pacientes pueden no ser marcados como sujetos de estudio.

20. Duración del episodio de depresión mas largo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Meses
21. Deterioro por la depresión		O1 Leve O2 Moderado O3 Severo O4 Desconocido
22. Fiabilidad de la información de la depresión		O1 Buena O2 Aceptable O3 Pobre
23. Alguna vez ha tenido un episodio maníaco (si la respuesta es NO, ir al ítem 31)	O0 No	O1 Si
24. Tratamiento de la manía	O0 No	O1 GP O2MHS/Trabajador social O3 Otros O4 Desconocido
25. Instauración del tratamiento de la manía	O0 Ninguno	O1 Hospitalización O2 Consultas externas O3 Solo medicación O4 Desconocido
26. Edad de comienzo de la manía	<input type="text"/> <input type="text"/>	Años
27. Número de episodios de la manía	<input type="text"/> <input type="text"/>	
28. Duración del episodio de manía mas largo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Meses
29. Deterioro por la manía		O1 Leve O2 Moderado O3 Severo O4 Desconocido
30. Fiabilidad de la información de la manía		O1 Buena O2 Aceptable O3 Pobre
31. Alguna vez ha tenido un episodio psicótico (si la respuesta es NO, ir al ítem 39)	O0 No	O1 Si
32. Tratamiento de la psicosis	O0 No	O1 GP O2MHS/Trabajador social O3 Otros O4 Desconocido
33. Instauración del tratamiento de la psicosis	O0 None	O1 Hospitalización O2 Consultas externas O3 Solo medicación O4 Desconocido
34. Edad de comienzo de la psicosis	<input type="text"/> <input type="text"/>	Años
35. Número de episodios psicóticos	<input type="text"/> <input type="text"/>	
36. Duración del episodio psicótico mas largo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Meses
37. Deterioro por la psicosis		O1 Leve O2 Moderado O3 Severo O4 Desconocido
38. Fiabilidad de la información de la psicosis		O1 Buena O2 Aceptable O3 Pobre

39. Alguna vez ha tenido un episodio de TOC (si la respuesta es NO, ir al ítem 47)	O0 No	O1 Si			
40. Tratamiento del TOC	O0 No	O1 GP O2MHS/Trabajador social O3 Otros O4 Desconocido			
41. Instauración del tratamiento del TOC	O0 Ninguno	O1 Hospitalización O2 Consultas externas O3 Solo medicación O4 Desconocido			
42. Edad de comienzo del TOC	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Años	
43. Número de episodio de TOC	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
44. Duración del episodio mas largo de TOC	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Meses
45. Deterioro por el TOC		O1 Leve O2 Moderado O3 Severo O4 Desconocido			
46. Fiabilidad de la información del TOC		O1 Buena O2 Aceptable O3 Pobre			
47. Alguna vez has sido diagnosticado de Autismo (si la respuesta es NO, parar aquí)	O0 No	O1 Si			
48. Tratamiento del autismo	O0 No	O1 GP O2MHS/Trabajador social O3 Otros O4 Desconocido			
49. Instauración del tratamiento del autismo	O0 Ninguno	O1 Hospitalización O2 Consultas externas O3 Solo medicación O4 Desconocido			
50. Edad del diagnóstico del autismo	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Años	
51. Deterioro por el autismo		O1 Leve O2 Moderado O3 Severo O4 Desconocido			
52. Fiabilidad de la información del autismo		O1 Buena O2 Aceptable O3 Pobre			

SCREENINGSQUESTIONS (for the illness history of the relative)**The following questions only refer to relatives who were not adopted.**

Did anyone:

1. Have problems with their nerves or emotions? Take medicine or see a doctor, psychiatrist or psychologist for it? Take lithium? (**→ Depression?**)
2. Feel very low for a couple of weeks or more, or have a diagnosis of depression? (**→ Depression**)
3. Attempt or complete suicide? (**→ Depression? Psychosis?**)
4. Seem overexcited (or manic) day and night, or have a diagnosis of mania or bipolar disorder? (**→ Mania?**)
5. Have visions, hear voices, or have beliefs that seem strange or unreal? (**→ Psychosis?**)
6. Have unusual or bizarre behaviour, or have a diagnosis of schizophrenia or other psychotic disorder? (**→ Psychosis?**)
7. Have trouble with the police, with completing school, or with keeping a job? (**→ Psychosis?**)
8. Was anyone hospitalized for psychiatric problems? (**→ Psychosis, Depression/ Mania**)
9. Have obsessive/ recurring thoughts and/or compulsions? (**→ OCD?**)
10. Have difficulty with social contact, communication and adaptation to new situations during childhood and adolescence? Ever been diagnosed with autism or an autism-related neurodevelopmental disorder (**→ Autism?**)

For each of these given a positive response in the General Screening, complete the symptom questions below for any suspected: Depression/Mania, Psychosis, and OCD.

DEPRESSION CHECKLIST

During depression...	YES	NO
1 a) was he/she depressed most of the day, nearly every day for as a week long as or more?		
1 b) did he/she lose interest in things or become unable to enjoy most things, for as long as a week?		
1 c) did he/she have a change in appetite or weight without trying to?		
1 d) did he/she have a change in sleep patterns (either too much or too little)?		
1 e) did he/she become unable to work, go to school, or take care of household responsibilities?		
1 f) did he/she move or speak more slowly than usual?		
1 g) did he/she pace or wring his/her hands		
1 h) did he/she have less energy or feel tired out?		
1 i) did he/she feel guilty, worthless or blame himself/herself?		
1 j) did he/she have trouble concentrating or making decisions?		
1 k) did he/she talk of death or suicide? Or try suicide?		
1 l) did he/she have visions, or hear voices, or have beliefs or behaviour that seem strange or unusual, at the same time as (symptoms above)?		

(If Yes, complete a Psychosis Checklist after this one.)

MANIA CHECKLIST

For most of the time day and night over several days, did he/she (more than usual)....	YES	NO
1 a) seem too happy/high/excited?		
1 b) become so excited or agitated it was impossible to converse with him/her?		
1 c) act very irritable or angry?		
1 d) need less sleep without feeling tired		
1 e) show poor judgement (e.g., spending sprees, sexual indiscretions?)		
1 f) behave in such a way as to cause difficulty for those around him/ her obnoxious/ manipulative)?		
1 g) feel that he/she had special gifts or powers		
1 h) become more talkative than usual?		
1 i) jump from one idea to another?		
1 j) become easily distracted?		
1 k) get involved in too many activities at work or school?		
1 l) have visions? Hear voices? have beliefs or behaviour that seem strange or unusual? at the same time as (above symptoms)?		

PSYCHOSIS CHECKLIST

Code for a single episode (best recalled, worst episode if possible). What were his/her unusual beliefs or experiences?

Did he/she ever:	YES	NO
1 a) believe people were following him/her, or that someone was trying to hurt or poison him/her?		
1 b) believe someone was reading his/her mind?		
1 c) believe he/she was under the control of some outside person or power or force?		
1 d) believe his/her thoughts were broadcast, or that an outside force took away his/ her thoughts or put thoughts into his/her head?		
1 e) have any other strange or unusual beliefs?		
1 f) see things that were not really there?		
1 g) hear voices or other sounds that were not real?		
1 h) speak in a way that was difficult to make sense of?		
1 i) seem to be physically stuck in one position, or move around excitedly without any purpose		
1 j) appear to have no emotions, or inappropriate emotions?		
2) How long did the <u>longest</u> of these experiences last?		

INTERVIEWER: If subject did NOT have any episode of Major Depression or Mania skip to OCD

3) When any (SX above) happened, did he/she also have the mood disturbance we discussed before, <u>at the same time</u>?	YES	NO

IF NO SKIP TO OCD

OBSSESSIVE COMPULSIVE DISORDER CHECKLIST

OBSSESSIVE THOUGHTS are unwelcome and distressing ideas, thoughts, images or impulses that repeatedly enter your mind. They may seem to occur against the will of the person. They may be repugnant to the person, the person may recognize them as senseless.

Obsessive thoughts	YES	NO
1) Obsessions longer than 1 hours/day up to 8 hours/day		
2) Obsessions longer than 8 hours/ day		

COMPULSIONS are behaviours or acts that the person feels driven to perform although you he or she may recognize them as senseless or excessive. At times, the person may try to resist doing them but this may prove difficult. The person may experience anxiety that does not diminish until the behaviour is completed.

Compulsions	YES	NO
1 f) Compulsions longer than 1 hours/day up to 8 hours/day		
1 g) Compulsions longer than 8 hours/ day		

AUTISM CHECKLIST

	YES	NO
1 a) Does he/she like to engage in social interactions?		
1 b) Is he/she able to develop and maintain peer relations?		
1 c) Did he/she show any lack or delay in the development of spoken language?		
1 d) Does he/she use normal non-verbal behaviour during social interaction (eye contact, facial expression, body language)?		
1 e) Is he/she able to show empathy and understand emotions of other people?		
1 f) Does he/she show preoccupation with one or more stereotyped and restricted patterns of interest?		
1 g) Does he/she adhere inflexibly to specific, non-functional routines or rituals?		
1 h) Did these problems persist into adulthood [NB persistence into adulthood required for diagnosis]?		

Premorbid Adjustment Scale (shortened version)



STUDIE: EU GEI	Fecha de nacimiento
Sujeto número: EU -	- -
Intervalo de tiempo:	
Entrevistador:	
Periodo – Replicat 0 - 0	
Fecha - -	

Instrucción PAS (Premorbid Adjustment Scale) (hasta 16)

Fuente de información: los pacientes y sus hermanos + informes médicos

Evaluuar sólo el período anterior a la primera descompensación psicótica (con los pacientes)

Primera evaluación: desde la infancia hasta 12

Segunda evaluación: adolescencia temprana: de 12 a 16

1. SOCIAZIBILIDAD E INTROVERSIÓN

<12	12 - 16

- 0 No hay introversión, busca activa y frecuentemente el contacto social.
- 1
- 2 Ligera introversión, disfruta de la socialización cuando se le implica, ocasionalmente busca oportunidades para socializarse.
- 3
- 4 Introversión moderada, proclive a soñar despierto y a ser excesivamente fantasiosos, podría admitir pasivamente el ser incluido en relación con otras personas, pero él/ella no la busca.
- 5
- 6 No se relaciona con los demás, introversión y aislamiento, evita el contacto.

2. RELACIÓN CON COMPAÑEROS:

<12	12 - 16

- 0 Muchos amigos, relaciones íntimas con varios.
- 1
- 2 Relaciones íntimas con unos pocos amigos (1 o 2), amistad ocasional con otros.
- 3
- 4 Patrones desviados de amistad: amistad sólo con compañeros o más pequeños o mayores que él/ella, o solamente con familiares, o solamente relaciones ocasionales.
- 5
- 6 Aislamiento social, no tiene amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

3. RENDIMIENTO ESCOLAR:

<12	12 - 16

- 0** Estudiante brillante.
- 1**
- 2** Buen estudiante.
- 3**
- 4** Estudiante mediocre.
- 5**
- 6** Fracaso escolar.

4. ADAPTACIÓN ESCOLAR:

<12	12 - 16

- 0** Buena adaptación, le gusta la escuela, no hay o son escasos los problemas de comportamiento, tiene amigos en la escuela, le gustan la mayoría de los profesores.
- 1**
- 2** Adaptación razonable, problemas ocasionales de comportamiento, no está muy interesado en la escuela, pero raramente o nunca hace novillos. Tiene amigos en el colegio pero no participa a menudo en actividades extraescolares.
- 3**
- 4** Pobre adaptación, no le gusta el colegio, hace frecuentemente novillos, frecuentes problemas de comportamiento (*incluso ha podido ser expulsado*).
- 5**
- 6** Rechaza todo lo que tenga que ver con el colegio - Delincuencia o vandalismo dirigido contra la escuela.

5. ASPECTOS SOCIO-SEXUALES

12 - 16

- 0** Ha comenzado a mostrar un “sano interés” por el sexo opuesto, puede haber tenido una relación “formal”, pudiendo incluir algo de actividad sexual.
- 1**
- 2** Mantiene un profundo interés en las relaciones con el mismo sexo con interés restringido o falta de interés en el sexo opuesto. Flirteos.
- 3**
- 4** Contactos casuales con el mismo sexo, no interesado en el sexo opuesto
- 5**
- 6** Antisocial, evita y es evitado por los iguales

CUESTIONARIO DE TRAUMA INFANTIL (CTQ)

STUDIO: EU GEI	Fecha de nacimiento
Código del sujeto: EU -	- - 1 9
Intervalo de tiempo: 12 meses	Periodo – Replica 0 - 0
Entrevistador:	Fecha - - 2 0

"Para cada pregunta, marque la casilla con la respuesta que mejor describe cómo se siente." [A TODOS los participantes se les ha de dar el cuestionario para que lo completen por su cuenta. Se puede prestar ayuda si la persona tiene dificultad para leer las preguntas.]

Antes de los 17 años...	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Con mucha frecuencia
1. No tuve suficiente para comer	O1	O2	O3	O4	O5
2. Supe que había alguien que me cuidaría y me protegería	O1	O2	O3	O4	O5
3. Mis familiares me llamaban cosas tales como "estúpido", "perezoso", o "feo"	O1	O2	O3	O4	O5
4. Mis padres estaban demasiado bebidos o drogados como para cuidar de la familia	O1	O2	O3	O4	O5
5. Alguien en mi familia que me ayudó a sentir que era importante o especial	O1	O2	O3	O4	O5
6. Tuve que llevar ropa sucia	O1	O2	O3	O4	O5
7. Me sentí amado	O1	O2	O3	O4	O5
8. Pensé que mis padres deseaban que yo nunca hubiera nacido	O1	O2	O3	O4	O5
9. Fuí golpeado por alguien de mi familia con tal dureza que tuve que ir al médico o al hospital	O1	O2	O3	O4	O5
10. Alguien de mi familia me pegaba con tal dureza que me dejaban moratones o marcas	O1	O2	O3	O4	O5
11. Me castigaban con un cinturón, una tabla, una cuerda o algún otro objeto duro	O1	O2	O3	O4	O5
12. La gente de mi familia cuidaban los unos de los otros	O1	O2	O3	O4	O5
13. Alguien de mi familia me dijeron cosas hirientes o insultantes	O1	O2	O3	O4	O5
14. Creo que sufrió maltrato físico	O1	O2	O3	O4	O5
15. Fuí golpeado tan gravemente que alguien como un maestro, vecino, o el médico lo notó.	O1	O2	O3	O4	O5
16. Sentía que alguien de mi familia me odiaba	O1	O2	O3	O4	O5
17. Mis familiares se sentían unidos los unos a los otros	O1	O2	O3	O4	O5
18. Alguien intentó tocarme de un modo sexual o intentaron que yo les tocara	O1	O2	O3	O4	O5

Antes de los 17 años...	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Con mucha frecuencia
19. Alguien me amenazó con hacerme daño o decir mentiras sobre mí si no hacia algo sexual con ellos	O1	O2	O3	O4	O5
20. Alguien intentó que yo hiciera u observara cosas sexuales	O1	O2	O3	O4	O5
21. Alguien abusó de mi	O1	O2	O3	O4	O5
22. Creo que sufrió maltrato emocional	O1	O2	O3	O4	O5
23. Hubo alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba	O1	O2	O3	O4	O5
24. Creo que sufrió abusos sexuales	O1	O2	O3	O4	O5
25. Mi familia era una fuente de fortaleza y apoyo	O1	O2	O3	O4	O5

Cuestionario sobre la experiencia del Cannabis

ESTUDIO: EU GEI	Fecha de nacimiento
Código del sujeto: <u> EU </u> <u> </u> - <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u>1</u> <u>9</u> <u> </u>
Intervalo de tiempo:	Periodo – Replicación <u> 0 </u> <u> </u> <u> 0 </u>
Entrevistador:	Fecha <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u>2</u> <u>0</u> <u> </u>

Instrucciones para el investigador: Marque las casillas que indica de forma adecuada las respuestas del paciente. Por favor, recuerde que algunas de las preguntas permiten más de una respuesta.

15.1 ¿Alguna vez has fumado o consumido cannabis?

O1 Si O0 No

Si la respuesta es NO, ir al ítem 15.17

15.2 ¿Qué edad tenías cuando probaste por primera vez el cannabis?

años

15.3 ¿Por qué probaste por primera vez el cannabis? (Puedes dar más de una respuesta):

- | | | |
|--|-------|-------|
| a) Mis amigos consumían | O1 Si | O0 No |
| b) Miembros de mi familia consumían | O1 Si | O0 No |
| c) Para sentirme mejor (para aliviar cualquier malestar físico o psicológico) | O1 Si | O0 No |
| d) Otros (<i>por favor, explica</i>) (<i>no se tendrá en cuenta para la introducción de los datos</i>) | O1 Si | O0 No |

Instrucciones para el investigador: Por favor considera como fumador actual a todos los participantes que reconozcan que fumen o consuman cannabis de manera habitual (incluyendo pacientes que no hayan fumado durante ingresos hospitalarios o estancias en prisión, o pacientes que reporten un uso ocasional, aunque es una vez cada dos años, etc.)

15.4 ¿Actualmente consumes cannabis?

O1 Si O0 No

Si la respuesta es SI, por favor responde el apartado b, si la respuesta es No, ir al ítem 15.7

b. Si tu respuesta es SI, ¿Por qué continuaste consumiendo? (Puedes indicar más de una respuesta):

- | | | |
|--|-------|-------|
| a) Me gusta el efecto, me coloca | O1 Si | O0 No |
| b) Me hace sentir relajado | O1 Si | O0 No |
| c) Me hace sentir menos ansioso y nervioso | O1 Si | O0 No |
| d) Me hace sentir más sociable | O1 Si | O0 No |
| e) Otros (explicar) | O1 Si | O0 No |

15.5 ¿Te gustaría dejar de consumir cannabis algún día?

O1 Si O0 No

b Si tu respuesta es SI, por favor, explica porqué: (*no se tendrá en cuenta para la introducción de los datos*)
_____**15.6 ¿De alguna manera el cannabis afectaba o afecta a tu salud?**

O1 Si O0 No

b Si tu respuesta es SI, por favor, explica cómo afectaba a tu salud (*no se tendrá en cuenta para introducir en base de datos*): _____**15.7 Si no eres un consumidor habitual, ¿hace cuanto tiempo dejaste de consumir cannabis?**

--	--

 Mesesb ¿Por qué dejaste de consumir? Por favor, explica (*no se tendrá en cuenta para introducir en base de datos*) _____**15.8 ¿Cómo consumías o consumes generalmente el cannabis?**

- O1 Yo fumo o fumaba porros mezclándolos con tabaco
- O2 Yo fumo o fumaba porros sin mezclarlo con el tabaco
- O3 Yo fumo o fumaba en pipa
- O4 Yo lo como / comía o lo bebo / bebía
- O5 Otros (explicar) _____

15.9 ¿Con que frecuencia consumes o consumías cannabis?

- O1 Todos los días
- O2 (Más de) una vez a la semana
- O3 Varias veces al mes
- O4 Varias veces al año
- O5 Sólo una o dos veces

15.10 ¿Cuándo consumes o consumías habitualmente cannabis?

- O1 Durante el día
- O2 Durante la noche
- O3 Durante el día y la noche
- O4 Los fines de semana
- O5 Durante Los fines de semana y las días de semana

15.11 Con mayor frecuencia, consumes o consumías cannabis:

- O1 Socialmente (con amigos)
- O2 Estando solo

15.12 Como media, ¿cuánto dinero sueles gastar o solías gastar o solías gastar a al semana en el consumo de cannabis?

O1 menos de 2.75€

O2 2.75 € - 5.50 €

O3 6.50 € - 11€

O4 12 € – 16.50 €

O5 17.50 € – 22 €

O6 más de 22 €

15.13 ¿Que tipo de cannabis consumías o sueles consumir?

O1 Hachis (resina /cannabis sólido)

O2 Hierbas de cannabis importadas

O3 Skunk/ Sensimilla cultivado en casa

O4Super skunk

O5 Otras (por favor enumérelas): _____

15.14. ¿Por qué elegiste el tipo de consumo que has indicado arriba?

15.15 ¿Con qué frecuencia has tenido estas experiencias mientras fumabas cannabis? Por favor, indica si fue una experiencia buena, mala o neutral. Si respondes raramente o nunca, ignora la valoración (buena, mala, neutral) y continúa con el siguiente ítem.

	Raramente o nunca	De vez en cuando	Algunas veces	A menudo	Casi siempre	Buena	Mala	Neutral
a) Miedo	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
b) Sentir que te vuelves loco	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
c) Nervioso	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
d) Suspicacia	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
e) Sentimiento de felicidad	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
f) Tener muchas ideas e inspiración	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
g) Oír voces	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
h) Capacidad de entender mejor el mundo	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
i) Tener visiones	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0

15.16 Cuestionario sobre la historia del consumo de cannabis durante la vida

Instrucciones para el investigador: *Por favor entrega esta sección a los participantes para que la completen. Explica al participante como debe completar esta parte, utilizando el apartado A como ejemplo: Si con 15 años fumabas cannabis, unos 2-3 porros de media al día, normalmente fumabas hachis y sólo fumabas cuando estabas tú solo.*

a) RANGO DE EDAD: 0-11

- i. ¿Consumiste cannabis entre los 0 y 11 años? O1 Si O0 No
- ii. Frecuencia
O1 Todos los días
O2 Más de una vez a la semana
O3 Una vez a la semana
O4 Una o dos veces al mes
O5 Varias veces al año
O6 Una vez al año
O7 Yo solo he consumido cannabis una o dos veces
- iii. Cantidad (*la media por día*)
O1 1 porro
O2 2 o 3 porros
O3 4 o más porros
- iv. Sobre todo compartiendo O1 Si O0 No
- v. Tipo
O1 Hash (resina de cannabis/sólido)
O2 Hierba de cannabis importada
O3 Sensimilla/skunk cultivada en casa
O4 Super skunk
O5 Otros (por favor enumere): _____
- vi. Situación de consumo
O1 Socialmente (con amigos)
O2 Solo
O3 Ambos

b) ¿Consumiste cannabis entre los 12 y 16 años?

- i. ¿Consumiste cannabis entre los 12 y 16 años? O1 Si O0 No
- ii. Frecuencia
O1 Todos los días
O2 Más de una vez a la semana
O3 Una vez a la semana
O4 Una o dos veces al mes

- iii. **Cantidad** (*la media por día*)
- O5 Varias veces al año
 O6 Una vez al año
 O7 Yo solo he consumido cannabis una o dos veces
 O1 1 porro
 O2 2 o 3 porros
 O3 4 o más porros
- iv. **Sobre todo compartiendo**
- O1 Si O0 No
- v. **Tipo**
- O1 Hash (resina de cannabis/sólido)
 O2 Hierba de cannabis importada
 O3 Sensimilla/skunk cultivada en casa
 O4 Super skunk
 O5 Otros (por favor enumere): _____
- vi. **Situación de consumo**
- O1 Socialmente (con amigos)
 O2 Solo
 O3 Ambos
- c) **RANGO DE EDAD: A PARTIR DE LOS 17 AÑOS**
- i. **¿Consumiste cannabis a partir de los 17 años?**
- O1 Si O0 No
- ii. **Frecuencia**
- O1 Todos los días
 O2 Más de una vez a la semana
 O3 Una vez a la semana
 O4 Una o dos veces al mes
 O5 Varias veces al año
 O6 Una vez al año
 O7 Yo solo he consumido cannabis una o dos veces
- iii. **Cantidad** (*la media por día*)
- O1 1 porro
 O2 2 o 3 porros
 O3 4 o más porros
- iv. **Sobre todo compartiendo**
- O1 Si O0 No
- v. **Tipo**
- O1 Hash (resina de cannabis/sólido)
 O2 Hierba de cannabis importada
 O3 Sensimilla/skunk cultivada en casa
 O4 Super skunk
 O5 Otros (por favor enumere): _____
- vi. **Situación de consumo**
- O1 Socialmente (con amigos)
 O2 Solo

O3 Ambos

d) Si tu patrón de consumo de cannabis ha cambiado a lo largo del tiempo, por favor explica porqué (*no se tendrá en cuenta para la introducción de los datos*)

e) Screening de dependencia de cannabis

¿Alguna vez has experimentado 3 o más de las siguientes características?

	Lifetime		Últimos 12 Meses	
1. Tolerancia, definida por una de las siguientes opciones:				
a. Necesidad de incrementar marcadamente las cantidades de sustancia para alcanzar el efecto deseado o intoxicación.	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
b. Disminución marcada del efecto con el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
2. Síndrome de abstinencia, se manifiesta por alguna de las siguientes opciones:				
a. Síndrome de abstinencia característico para la sustancia	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
b. La misma sustancia o una similar es utilizada para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
3. La sustancia es frecuentemente consumida en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
5. Se invierte una gran cantidad de tiempo en las actividades necesarias para obtener la sustancia, el consumo de la sustancia, o recuperarse de sus efectos	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
6. Las actividades sociales, laborales o recreativas más importantes son abandonadas o reducidas a causa del consumo de sustancias	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
7. El consumo de sustancias es continuado a pesar del conocimiento de un problema físico o psicológico persistente o recurrente que pueda haber sido causado o exacerbado por la sustancia	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No

15.17 Instrucciones para el investigador: Por favor, pregunte por cada droga: **¿Alguna vez has consumido?** En caso afirmativo, por favor, continúe las preguntas sobre el consumo actual y pasado. **"Por favor, evalúe también el consumo de alcohol y las drogas que sean aplicables,** (ver la hoja del alcohol y la nicotina)"

1. Tolerancia, definida por una de las siguientes opciones:
 - a. Necesidad de incrementar marcadamente las cantidades de sustancia para alcanzar el efecto deseado o intoxicación.
 - b. Disminución marcadamente del efecto con el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia
2. Síndrome de abstinencia, se manifiesta por alguna de las siguientes opciones:
 - c. Síndrome de abstinencia característico para la sustancia
 - d. La misma sustancia o una similar es utilizada para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo que inicialmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de sustancias
5. Se gasta una gran cantidad de tiempo en las actividades necesarias para obtener la sustancia, el uso de la sustancia, o recuperarse de sus efectos
6. Las actividades sociales, laborales o recreativas más importantes son abandonados o reducidos a causa de consumo de sustancias
7. El consumo de sustancias es continuado a pesar del conocimiento de un problema físico o psicológico persistente o recurrente que pueda haber sido causado o exacerbado por la sustancia

^bDefinicion de ‘Abuso’

A. Un patrón de consumo desadaptativo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los siguientes ítems durante un período de 12 meses:

1. El consumo recurrente de la sustancia implica un incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o el hogar
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso
3. Problemas legales recurrentes relacionados con sustancias
4. Continuo consumo de sustancias a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia

B. Los síntomas

Los síntomas nunca han cumplido los criterios de dependencia de sustancias para esta clase de sustancia



Note for data entry: open **EU_CEQ_drugs** for each drug separately. Select the correct type of drug in the first question!

A. Inhalantes, ej. pegamento, gasóleo, gasolina

1. Consumo actual (< 12 meses)

i. Consumes? O1 Si O0 No

ii. Si la respuesta es SI: ¿Has consumido durante esta última semana? O1 Si O0 No

iii. ¿Cuántas semanas durante los últimos 12 meses?

--	--

 Semanas

iv. Frecuencia (ej., consumo medio de la sustancia durante las últimas semanas) O1 Diariamente
O2 Semanalmente

O3 Menos

O0 No aplicable

v. Dependencia^a O1 Si O0 No

vi. Abuso^b O1 Si O0 No

2. A lo largo de la vida

i. ¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez inhalantes?

--	--

 Años

ii. ¿Hubo algún momento en que consumías habitualmente? O1 Si O0 No

iii. ¿Qué edad tenías cuando consumías inhalantes con mayor frecuencia? Desde:

--	--

 años hasta

--	--

iv. Frecuencia (ej., el consumo de la sustancia durante las ultimas semanas) O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos

v. Dependencia^a O1 Si O0 No

vi. Abuso^b O1 Si O0 No

3. Si ya no consumes inhalantes ¿cuándo dejaste de hacerlo?

--	--

 Años

4. ¿Por que decidiste dejarlo?

B. Crack.....

1. Consumo actual (< 12 meses)

i. **Consumes?** O1 Si O0 No

ii. **Si la respuesta es SI: ¿Has consumido durante esta última semana?** O1 Si O0 No

iii. **¿Cuántas semanas durante los últimos 12 meses?**

--	--

 Semanas

iv. **Frecuencia (ej., consumo medio de la sustancia durante las últimas semanas)**

O1 Diariamente

O2 Semanalmente

O3 Menos

O0 No aplicable

v. **Dependencia^a**

O1 Si O0 No

vi. **Abuso^b**

O1 Si O0 No

2. A lo largo de la vida

i. **¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez crack?**

--	--

 Años

ii. **¿Hubo algún momento en que consumías habitualmente?** O1 Si O0 No

iii. **¿Qué edad tenías cuando consumías crack con mayor frecuencia?** Desde:

--	--

 años hasta

--	--

O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos

iv. **Frecuencia (ej., el consumo de la sustancia durante las ultimas semanas)**

O1 Si O0 No

v. **Dependencia^a**

O1 Si O0 No

vi. **Abuso^b**

O1 Si O0 No

3. Si ya no consumes crack, ¿cuándo dejaste de hacerlo?

--	--

 Años

4. ¿Por que decidiste dejarlo?

C. Cocaína.....

1. Consumo actual (< 12 meses)

i. Consumes? O1 Si O0 No

ii. Si la respuesta es SI: ¿Has consumido durante esta última semana? O1 Si O0 No

iii. ¿Cuántas semanas durante los últimos 12 meses?

--	--

 Semanas

iv. Frecuencia (ej., consumo medio de la sustancia durante las últimas semanas) O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos
O0 No aplicable

v. Dependencia^a O1 Si O0 No

vi. Abuso^b O1 Si O0 No

2. A lo largo de la vida

i. ¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez cocaína?

--	--

 Años

ii. ¿Hubo algún momento en que consumías habitualmente? O1 Si O0 No

iii. ¿Qué edad tenías cuando consumías cocaína con mayor frecuencia? Desde:

--	--

 años hasta

--	--

iv. Frecuencia (ej., el consumo de la sustancia durante las ultimas semanas) O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos

v. Dependencia^a O1 Si O0 No

vi. Abuso^b O1 Si O0 No

3. Si ya no consumes cocaína, ¿cuándo dejaste de hacerlo?

--	--

 Años

4. ¿Por qué decidiste dejarlo?

D. Anfetaminas/estimulantes, ej. speed, extasi,

1. Consumo actual (< 12 meses)

- i. Consumes? 01 Si 00 No

- ii. Si la respuesta es SI: ¿Has consumido durante esta última semana? O1 Si O0 No

- iii. ¿Cuántas semanas durante los últimos 12 meses? Semanas

- iv. **Frecuencia** (ej., consumo medio de la sustancia durante las últimas semanas)

 - O1 Diariamente
 - O2 Semanalmente
 - O3 Menos
 - O0 No aplicable

- vi. **Abuso^b** Q1 Si OO No

2. A lo largo de la vida

- i. ¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez anfetamina? Años

- ii. ¿Hubo algún momento en que consumías habitualmente? O1 Si O0 No

- iii. ¿Qué edad tenías cuando consumías anfetamina con mayor frecuencia? Desde: años hasta

- iv. **Frecuencia** (ej., el consumo de la sustancia durante las ultimas semanas) O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos

- v. Dependencia^a O1 Si O0 No

- vi. **Abuso^b** O1 Si OO No

- 3. Si ya no consumes anfetamina, ¿cuándo dejaste de hacerlo?**

- #### 4. ¿Por que decidiste dejarlo?

E. Sedantes, ej. Pastillas para dormir, valium (no prescrito por un médico)

1. Consumo actual (< 12 meses)

- i. **Consumes?** O1 Si O0 No
- ii. **Si la respuesta es SI: ¿Has consumido durante esta última semana?** O1 Si O0 No
- iii. **¿Cuántas semanas durante los últimos 12 meses?**

--	--

 Semanas
- iv. **Frecuencia (ej., consumo medio de la sustancia durante las últimas semanas)**
O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos
O0 No aplicable
- v. **Dependencia ^a** O1 Si O0 No
- vi. **Abuso ^b** O1 Si O0 No

2. A lo largo de la vida

- i. **¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez sedantes?**

--	--

 Años
- ii. **¿Hubo algún momento en que consumías habitualmente?** O1 Si O0 No
- iii. **¿Qué edad tenías cuando consumías sedantes con mayor frecuencia?** Desde:

--	--

 años hasta

--	--
- iv. **Frecuencia (ej., el consumo de la sustancia durante las ultimas semanas)**
O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos
- v. **Dependencia ^a** O1 Si O0 No
- vi. **Abuso ^b** O1 Si O0 No

3. Si ya no consumes sedantes, ¿cuándo dejaste de hacerlo?

--	--

 Años

4. ¿Por que decidiste dejarlo?

F. Opiáceos, ej. heroína, morfina, metadona

1. Consumo actual (< 12 meses)

i. Consumes? O1 Si O0 No

ii. Si la respuesta es SI: ¿Has consumido durante esta última semana? O1 Si O0 No

iii. ¿Cuántas semanas durante los últimos 12 meses?

--	--

 Semanas

iv. Frecuencia (ej., consumo medio de la sustancia durante las últimas semanas) O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos
O0 No aplicable

v. Dependencia^a O1 Si O0 No

vi. Abuso^b O1 Si O0 No

2. A lo largo de la vida

i. ¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez opiáceos?

--	--

 Años

ii. ¿Hubo algún momento en que consumías habitualmente? O1 Si O0 No

iii. ¿Qué edad tenías cuando consumías opiáceos con mayor frecuencia? Desde:

--	--

 años hasta

--	--

iv. Frecuencia (ej., el consumo de la sustancia durante las ultimas semanas) O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos

v. Dependencia^a O1 Si O0 No

vi. Abuso^b O1 Si O0 No

3. Si ya no consumes Opiáceos, ¿cuándo dejaste de hacerlo?

--	--

 Años

4. ¿Por qué decidiste dejarlo?

G. Alucinógenos, ej. LSD, setas, PCP

1. Consumo actual (< 12 meses)

i. Consumes? O1 Si O0 No

ii. Si la respuesta es SI: ¿Has consumido durante esta última semana? O1 Si O0 No

iii. ¿Cuántas semanas durante los últimos 12 meses?

--	--

 Semanas

iv. Frecuencia (ej., consumo medio de la sustancia durante las últimas semanas) O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos
O0 No aplicable

v. Dependencia^a O1 Si O0 No

vi. Abuso^b O1 Si O0 No

2. A lo largo de la vida

i. ¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez alucinógenos?

--	--

 Años

ii. ¿Hubo algún momento en que consumías habitualmente? O1 Si O0 No

iii. ¿Qué edad tenías cuando consumías alucinógenos con mayor frecuencia? Desde:

--	--

 años hasta

--	--

iv. Frecuencia (ej., el consumo de la sustancia durante las ultimas semanas) O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos

v. Dependencia^a O1 Si O0 No

vi. Abuso^b O1 Si O0 No

3. Si ya no consumes Alucinógenos ¿cuándo dejaste de hacerlo?

--	--

 Años

4. ¿Por que decidiste dejarlo?

H. Ketamina

1. Consumo actual (< 12 meses)

i. Consumes? O1 Si O0 No

ii. Si la respuesta es SI: ¿Has consumido durante esta última semana? O1 Si O0 No

iii. ¿Cuántas semanas durante los últimos 12 meses?

--	--

 Semanas

iv. Frecuencia (ej., consumo medio de la sustancia durante las últimas semanas) O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos
O0 No aplicable

v. Dependencia ^a O1 Si O0 No

vi. Abuso ^b O1 Si O0 No

2. A lo largo de la vida

i. ¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez ketamina?

--	--

 Años

ii. ¿Hubo algún momento en que consumías habitualmente? O1 Si O0 No

iii. ¿Qué edad tenías cuando consumías ketamina con mayor frecuencia? Desde:

--	--

 años hasta

--	--

iv. Frecuencia (ej., el consumo de la sustancia durante las ultimas semanas) O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos

v. Dependencia ^a O1 Si O0 No

vi. Abuso ^b O1 Si O0 No

3. Si ya no consumes ketamina ¿cuándo dejaste de hacerlo?

--	--

 Años

4. ¿Por que decidiste dejarlo?

I. Otras drogas (e.g. mephedrone):

Por favor, especificar: _____

1. Consumo actual (< 12 meses)

- i. **Consumes?** O1 Si O0 No
- ii. **Si la respuesta es SI: ¿Has consumido durante esta última semana?** O1 Si O0 No
- iii. **¿Cuántas semanas durante los últimos 12 meses?**

--	--

 Semanas
- iv. **Frecuencia (ej., consumo medio de la sustancia durante las últimas semanas)**
O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos
O0 No aplicable
- v. **Dependencia ^a** O1 Si O0 No
- vi. **Abuso ^b** O1 Si O0 No

2. A lo largo de la vida

- i. **¿Qué edad tenías cuando consumiste por primera vez otras drogas?**

--	--

 Años
- ii. **¿Hubo algún momento en que consumías habitualmente?** O1 Si O0 No
- iii. **¿Qué edad tenías cuando consumías otras drogas con mayor frecuencia?** Desde:

--	--

 años hasta

--	--
- iv. **Frecuencia (ej., el consumo de la sustancia durante las ultimas semanas)**
O1 Diariamente
O2 Semanalmente
O3 Menos
- v. **Dependencia ^a** O1 Si O0 No
- vi. **Abuso ^b** O1 Si O0 No
3. **Si ya no consumes otras drogas ¿cuándo dejaste de hacerlo?**

--	--

 Años
4. **¿Por que decidiste dejarlo?**

^a Screening de dependencia a alguna droga:

¿Alguna vez has experimentado 3 o más de las siguientes características?

	Lifetime		Ultimo's 12 Meses	
1. Tolerancia, definida por una de las siguientes opciones:				
a. Necesidad de incrementar marcadamente las cantidades de sustancia para alcanzar el efecto deseado o intoxicación.	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
b. Disminución marcadamente del efecto con el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
2. Síndrome de abstinencia, se manifiesta por alguna de las siguientes opciones:				
c. Síndrome de abstinencia característico para la sustancia	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
d. La misma sustancia o una similar es utilizada para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
8. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo que inicialmente se pretendía	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
9. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de sustancias	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
10. Se gasta una gran cantidad de tiempo en las actividades necesarias para obtener la sustancia, el uso de la sustancia, o recuperarse de sus efectos	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
11. Las actividades sociales, laborales o recreativas más importantes son abandonados o reducidos a causa de consumo de sustancias	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No
12. El consumo de sustancias es continuado a pesar del conocimiento de un problema físico o psicológico persistente o recurrente que pueda haber sido causado o exacerbado por la sustancia	O1 Si	O0 No	O1 Si	O0 No

^b Definicion de 'Abuso'

A. Un patrón de consumo desadaptativo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los siguientes ítems durante un período de 12 meses:

1. El consumo recurrente de la sustancia implica un incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o el hogar
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso
3. Problemas legales recurrentes relacionados con sustancias
4. Continuo consumo de sustancias a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia

B. Los síntomas

Los síntomas nunca han cumplido los criterios de dependencia de sustancias para esta clase de sustancia

Sheet J1

ALCOHOL EQUIVALENTS**EQUIVALENTES DEL ALCOHOL LICOR**

1 vaso de chupito	= 1 trago
½ vaso normal de casa	= 6 tragos
1 vaso de tubo	= 9 tragos
1 vaso de sidra	= 12 tragos
1 750 mililitros	= 20 tragos
1 litro / 1 mini / 1 katxi	= 24 tragos

VINO

1 vaso	= 1 trago
1 botella	= 6 tragos
1 combinado de vino (p.e. sangria o tinto de verano)	= 1 trago
1 3,79 litros	= 30 tragos

CERVEZA O ALE

1 botella de ~330 mililitros - tercio	= 1 trago
1 lata de ~330 mililitros - tercio	= 1 trago
1 botella de 1 litro	= 3 tragos
6 latas	= 6 tragos
1 jarra de cerveza	= 5 tragos
1 caja de 24 botellas de ~330 mililitros	= 24 tragos

Sheet L1

MEDICINAS Y DROGAS**APARTADO A: MEDICINAS**

Estimulantes	Sedativos	Opiaceos
Anfetaminas	Barbitúricos	Codeina
Metilfenidato	Tranquilizantes	Metadona
	Sedantes	Morfina
	Flurazepam	Msontin
	Litio	Opium
	Nitrazepam	Fentanilo
	Temazepam	Vilan
	Flunitrazepam	Alfentanilo
	Oxazepam	
	Lorazepam	
	Diacepam	
	Alprazolam	

APARTADO B: DROGAS

Cannabis	Sedativos	Opiaceos	Cocaina
<i>Estimulantes</i>			
Marihuana	Anfetaminas	Barbituricos	Codeina
Hachis	Khat	Tranquilizantes	Heroina
Tabaco	Drogas psicoestimulantes	Sedantes	Morfina
	Speed	Flunitrazepam	
			<i>Crack</i>
			<i>Metadona</i>
			Opio
			Symoron

PCP	Psychedelics	Inhalantes/solventes	Otras:
Polvo de angel	Alucinogenos	Gasolina	
<i>Amyl nitrite</i>			
	LSD	Pegamento	
	Mescalina	En solució	
		Tolueno	<i>MDMA</i>
			Extasis
<i>Setas alucinogenas</i>			
	Psilocybina		

Tabaco y Alcohol



STUDIO: EU GEI	Fecha de nacimiento
Código del sujeto: __ EU _ _ - _ _ _ _	__ - __ - 1 9 __
Intervalo de tiempo: 12 meses	Periodo – Réplica 0 __ - 0 __
Entrevistador:	Fecha __ - __ - 2 0 __

Me gustaría hacerle unas preguntas acerca del consumo de tabaco.

Sección de Tabaco

1. *En los últimos 12 meses, ha fumado diariamente durante al menos un mes....*

- | | | |
|----------------------------------|-------|-------|
| a) Cigarrillos o tabaco de liar? | O1 Si | O0 No |
| b) cigarros? | O1 Si | O0 No |
| c) pipa? | O1 Si | O0 No |
| d) tabaco de mascar? | O1 Si | O0 No |

2. *En los últimos 12 meses, ¿cuánto ... fumaba diariamente teniendo en cuenta el periodo que más cantidad consumía?*

Nº/día	

- | | | |
|----------------------------------|--|--|
| a) Cigarrillos o tabaco de liar? | | |
| b) Cigarros? | | |
| c) Pipa? | | |
| d) Tabaco de mascar? | | |

Sección de Alcohol

Las siguientes preguntas son acerca de su consumo de bebidas alcohólicas, incluyendo cerveza, vino y licor fuerte

1a. ¿Ha consumido al menos 12 o más bebidas alcohólicas *en los últimos 12 meses*? O1 Si O0 No

Si la respuesta es **NO**:

Aún contando con las bebidas durante la cena, ocasiones especiales o días festivos?

O1 Si O0 No

Si la respuesta es **NO**, ir a la pregunta 2^a

1b. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume de promedio cada semana?

--	--

Nº./día

2a. *Dentro de este período de 12 meses, ¿hubo alguna vez un período de **al menos 2 semanas** en que bebió más?* O1 Si O0 No

Si la respuesta es **NO**, ir a la pregunta 3^a

2b. Longitud total de este(s) período(s) en semanas

--	--

Semanas

2c. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumió en promedio cada semana durante este /estos período(s)?

--	--

Nº./día

3a. Ha existido, *durante los últimos 3 años*, un período (o más períodos) de **al menos 4 semanas** en el que bebió más que en los últimos 12 meses? O1 Si O0 No

Si la respuesta es **NO**, puedes acabar el cuestionario aquí.

3b. Longitud total de este(s) período(s) en semanas?

--	--

Semanas

3c. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumió de promedio cada semana en este(s) período(s)?

--	--

Nº./día

OPCRIT (v4) Ítems Clínicos

STUDIE: EU GEI	Fecha de nacimiento
Sujeto número: __ EU _ _ - _ _ _ _ _	__ - __ - __ 1 9 _ _
Intervalo de tiempo:	Periodo – Replicat __ - __ 0 0 _ _
Entrevistador:	Fecha __ - __ - __ 2 0 _ _

Apariencia y Comportamiento

17. Comportamiento extraño

Comportamiento que es extraño e incompresible por los demás. Incluido el comportamiento que podría ser interpretado como respuesta a alucinaciones auditivas o interferencia en el pensamiento.

O0 No

O1 Si

18. Catatonia:

Los pacientes exhiben manierismos persistentes, estereotipias, posturas, catalepsia, estupor, dominio de automatismos o excitación que no puede ser explicable por un cambio afectivo

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

19. Actividad excesiva

Paciente con una marcada hiperactividad. Incluye la actividad motora, social y sexual.

O0 No

O1 Por lo menos 4 días

O2 Por lo menos 1 semana

O3 Por lo menos 2 semanas

20. Conducta imprudente

Paciente excesivamente implicado en actividades con un alto potencial de consecuencias angustiosas que no reconoce (excesivos gastos, indiscreciones sexuales, conducción temeraria).

O0 No

O1 Por lo menos 4 días

O2 Por lo menos 1 semana

O3 Por lo menos 2 semanas

21. Distractibilidad

El paciente experimenta dificultad para concentrarse en lo que sucede a su alrededor porque la atención se desvía demasiado fácilmente hacia los factores irrelevantes o extraños

O0 No

O1 Por lo menos 4 días

O2 Por lo menos 1 semana

O3 Por lo menos 2 semanas

22. Reducida necesidad de dormir

Pacientes que duermen poco pero que no se queja de insomnio. La prórroga de vigilia, por lo general, esta relacionado con las actividades excesivas

O0 No

O1 Por lo menos 4 días

O2 Por lo menos 1 semana

O3 Por lo menos 2 semanas

23. Actividad nerviosa	Pacientes que muestran una excesiva actividad persistente, inquietud en las extremidades, retorcer las manos, ir de un lado para otro, y todo ello acompañado de una expresión mental de angustia.	O0 No O1 Por lo menos 1 semana O2 Por lo menos 2 semanas O3 Por lo menos 1 mes
24. Poca actividad	Paciente que se queja porque se siente agotado, incapaz de moverse. Otros pueden informar de una sensación subjetiva de retardación o la retardación se puede notar en la exploración clínica	O0 No O1 Por lo menos 1 semana O2 Por lo menos 2 semanas O3 Por lo menos 1 mes
25. Perdida de energía / cansancio	Queja subjetiva de sentirse excesivamente cansado, sin energía	O0 No O1 Por lo menos 1 semana O2 Por lo menos 2 semanas O3 Por lo menos 1 mes
<u>Formas de pensamiento y habla</u>		
26. Dificultad para comprender el habla	Falta de lógica, organización incomprendible, da muchos detalles y ya no sabes de que te habla... no incluye disartria, ni defecto del habla	O0 No O1 Si
27. Habla incoherente	No utiliza las reglas gramaticales, cambia constantemente de tema, "word salad", deja las frases a medias...	O0 No O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes
28. Trastorno positivo formal del pensamiento	Paciente que tiene una habla fluida pero tiende a comunicarse peor debido a neologismos, extraño uso de las palabras, descarrilamiento, perdida de asociaciones....	O0 No O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes
29. Trastorno negativo formal del pensamiento	Escaso pensamiento, frecuente bloqueo del pensamiento, pobre habla o contenido del habla .	O0 No O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

30. Habla apresurada

Paciente más hablador de lo normal, no para de hablar. Incluido el trastorno formal del pensamiento de un maníaco con asociaciones por sonido, forma... de las palabras.

O0 No

O1 Por lo menos 4 días

O2 Por lo menos 1 semana

O3 Por lo menos 2 semanas

31. Pensamiento rápido

El pensamiento va muy rápido, los otros observan fugas de ideas y tienen dificultad de comprender lo que el paciente dice o interrumpirle por la rapidez y la cantidad del habla.

O0 No

O1 Por lo menos 4 días

O2 Por lo menos 1 semana

O3 Por lo menos 2 semanas

Afecto y las características asociadas**32. Afecto restringido**

Pacientes con una respuesta emocional restringida y durante la entrevista de la impresión de soso, indiferente, falta de contacto.

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

33. Afecto embotado

Cuando las respuestas emocionales del paciente son persistentemente plano y muestran una falta completa de 'eco' a los cambios externos. (Nota. Las diferencias entre los restringidos y afecto embotado debe ser considerado como uno de grado, con 'embotado' único ser evaluado en casos extremos).

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

34. Afecto inapropiado

Cuando las respuestas emocionales del paciente no son adecuadas para las circunstancias, por ejemplo, la risa cuando se habla de los sucesos dolorosos o tristes, risas sin razón aparente.

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

35. Estado de ánimo elevado

El estado de ánimo predominante del paciente es de euforia.

O0 No

O1 Por lo menos 4 días

O2 Por lo menos 1 semana

O3 Por lo menos 2 semanas

36. Estado de ánimo irritable

El estado de ánimo predominante del paciente es irritable.

O0 No

O1 Por lo menos 4 días

O2 Por lo menos 1 semana

O3 Por lo menos 2 semanas

37. Disforia

Persistentemente estado de ánimo bajo, depresivo, irritable, aburrido, perdida de interés...

O0 No

O1 Por lo menos 1 semana

O2 Por lo menos 2 semanas

O3 Por lo menos 1 mes

38. Variación diurna (estado de ánimo peor por las mañanas)

Disforia, bajo estado de ánimo y / o asociado con síntomas depresivos nada mas levantarse de la cama, con una ligera mejoría durante el día.

O0 No

O1 Si

39. Perdida de placer

Dominante incapacidad de divertirse con alguna actividad. Incluye una marcada perdida de interés o perdida de libido

O0 No

O1 Por lo menos 1 semana

O2 Por lo menos 2 semanas

O3 Por lo menos 1 mes

40. Disminución de la libido

Definitivo y persistente reducción de la conducta e interés sexual comparándolo con la situación anterior al comienzo de la enfermedad

O0 No

O1 Perdida de la libido por lo menos una semana

O2 Aumento de la libido por lo menos una semana

41. Pobre concentración

Queja subjetiva de no poder pensar con claridad, tomar decisiones...

O0 No

O1 Por lo menos 1 semana

O2 Por lo menos 2 semanas

O3 Por lo menos 1 mes

42. Excesivo reproche del Self

Extremos sentimientos de culpa y sin merito (soy la peor persona del mundo)

O0 No

O1 Por lo menos 1 semana

O2 Por lo menos 2 semanas

O3 Por lo menos 1 mes

43. Ideación suicida

Preocupación con sentimientos de muerte (no necesariamente propios).
Pensamiento suicida, desear la muerte, intentos de matarse....

O0 No

O1 Por lo menos 1 semana

O2 Por lo menos 2 semanas

O3 Por lo menos 1 mes

44. Insomnio inicial

Paciente que se queja que le cuesta dormirse por lo menos 1 hora..

O0 No

O1 Por lo menos 1 semana

O2 Por lo menos 2 semanas

O3 Por lo menos 1 mes

45. Insomnio de media noche (sueño interrumpido)

La mayoría de las noches el sueño esta alterado, el paciente se despierta en medio de la noche y luego tiene dificultad para quedarse dormido.

O0 No

O1 Si

Nota. Si solo tienes información de "insomnio", puntúa los ítems 44 y 45.

46. Despertar temprano por la mañana

Paciente que se queja que persistentemente se levanta por lo menos 1 hora antes de lo normal

O0 No

O1 Por lo menos 1 semana

O2 Por lo menos 2 semanas

O3 Por lo menos 1 mes

47. Sueño excesivo

Paciente que se queja de dormir demasiado. .

O0 No

O1 Por lo menos 1 semana

O2 Por lo menos 2 semanas

O3 Por lo menos 1 mes

48. Escaso apetito

Queja subjetiva del paciente que tiene menos apetito. No necesariamente se observa que coma menos

O0 No

O1 Por lo menos 1 semana

O2 Por lo menos 2 semanas

O3 Por lo menos 1 mes

49. Perdida de peso	Puntuar ‘1’ para una pérdida de peso de 0’5 kg por semana, durante varias semanas. Puntuar ‘2’ por una pérdida de al menos 1 kg por semana, durante varias semanas. Puntuar ‘3’ por una pérdida de al menos 5 kg durante 1 año. No puntuar en aquellos pacientes que su pérdida de peso se deba a que está haciendo dieta	O0 No O1 pérdida de 0,5 kg por semana durante varias semanas O2 pérdida de al menos 1 kg por una semana durante varias semanas O3 pérdida de al menos 5 kg un año
50. Aumento del apetito	Paciente que se queja de un aumento del apetito y/o no tiene un “consuelo comiendo”	O0 No O1 Por lo menos 1 semana O2 Por lo menos 2 semanas O3 Por lo menos 1 mes
51. Aumento de peso	Puntuar ‘1’ para una ganancia de peso de 0’5 kg por semana, durante varias semanas. Puntuar ‘2’ por una ganancia de al menos 1 kg por semana, durante varias semanas. Puntuar ‘3’ por una ganancia de al menos 5 kg durante 1 año..	O0 No O1 pérdida de 0,5 kg por semana durante varias semanas O2 pérdida de al menos 1 kg por una semana durante varias semanas O3 pérdida de al menos 5 kg un año
52. Relación entre síntomas psicóticos y afectivos		O0 No co-ocurrencia. O1 Síntomas psicóticos dominan la clínica aunque ocasionalmente hay algún trastorno afectivo O2 Los síntomas psicóticos y afectivos están equilibrados, pero ideas delirantes o alucinaciones se han producido por lo menos 2 semanas sin síntomas afectivos acusados O3 Predominio de los síntomas afectivos aunque los síntomas psicóticos también ocurren
53. Aumento de sociabilidad	Puntuar ‘0’ si ausente, puntuar ‘1’ si el exceso de familiaridad duró al menos 4 días, puntuar ‘2’ si la pérdida de inhibición social se manifestó en un comportamiento inadecuado para las circunstancias y duró al menos 1 semana, puntuar ‘3’ cuando este comportamiento inapropiado duró al menos 2 semanas.	O0 No O1 Sobre-familiaridad (duración + de 4 días) O2 Perdida de la inhibición social, comportamiento inapropiado (≥ 1 semana) O3 Comportamiento inapropiado por lo menos 2 semanas

Ideas y creencias anormales

Nota. Cuando se puntúen los delirios, hay que puntuar cada ilusión por separado en virtud de una y sólo una categoría que describe el tipo específico de delirio, es decir, ideas de persecución, de grandeza, / de referencia, bizarro, la pasividad, la percepción del principal, de primaria del, robo del pensamiento, difusión del pensamiento , la inserción del pensamiento, culpa, pobreza o nihilista.

54. Delirio de persecución

Incluye todos los delirios con ideas de persecución.

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

55. Delirio bien organizado

La enfermedad se caracteriza por una serie de delirios bien organizados y sistematizados.

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

Nota. Este ítem (55)se puede puntuar además de puntuar el tipo de delirio descrito.

56. Aumento de la estima del Self

Paciente que cree que es una persona especial, con poderes, proyectos, talentos o habilidades especiales. Considera positivamente aquí si hay idea sobrevaluada pero el delirio de grandiosidad se puntuá el en ítem 57

O0 No

O1 Por lo menos 4 días

O2 Por lo menos 1 semana

O3 Por lo menos 2 semanas

57. Delirio de grandiosidad El paciente tiene sentido de su propia importancia muy exagerado e inquebrantable, tiene poderes o habilidades excepcionales o falsamente cree que él es rico o famoso, aristocrático o divino.

O0 No

O1 Por lo menos 4 días

O2 Por lo menos 1 semana

O3 Por lo menos 2 semanas

58. Delirio de influencia

Tienen un significado especial los eventos, objetos u otras personas en los alrededores inmediatos del paciente, a menudo de carácter persecutorio. Incluye ideas de referencia de la televisión o radio, o periódicos, donde el paciente cree que se trata de proporcionar instrucciones o la prescripción de un determinado comportamiento.

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

59. Delirio bizarro

Delirio raro, absurdo o mágico cuyo contenido es místico, mágico o de ciencia ficción.

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

60. Delirio generalizado

Incluye todas las sensaciones, emociones o acciones impuestas. Incluye todas las experiencias de influencia donde el paciente piensa que sus propios sentimientos, impulsos, actos voluntarios o sensaciones somáticas son controlados o impuestos por un agente externo.

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

Nota. Este ítem (60) se puede puntuar además de puntuar el tipo de delirio descrito.

61. Delirio de pasividad

Incluye todas las sensaciones, emociones o acciones impuestas. Incluye todas las experiencias de influencia donde el paciente piensa que sus propios sentimientos, impulsos, actos voluntarios o sensaciones somáticas son controlados o impuestos por un agente externo

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

62. Percepción delirante primaria

El paciente percibe algo fuera del mundo que desencadena una creencia incomprensible relativamente significante y especial y está seguro.

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

63. Otro delirio primario

Incluye ideas y estado de ánimo delirante. El humor delirante es un humor extraño en el cual el ambiente aparece cambiado en un sentido amenazador pero el significado del cambio no puede ser entendido por el paciente. Este está ansioso, tenso y perplejo. Puede llevar a una creencia delirante. La idea delirante aparece bruscamente en la mente del paciente completamente desarrollado y sin ser anunciado por otros pensamientos relacionados.

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

64. Delirios y alucinaciones por lo menos una semana

Cualquier tipo de ilusión acompañada de alucinaciones de cualquier tipo de al menos una semana.

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

NB. Este ítem (64) ha de ser puntuado además de puntuar el tipo de delirio descrito.

65. Delirios y alucinaciones de persecución y celos

Esto se explica por sí mismo. Pero hay que tener en cuenta que las creencias anormales son intensidad y calidad de tipo delirante y van acompañados de verdaderas alucinaciones

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

NB. Este ítem (65) ha de ser puntuado además de puntuar el tipo de delirio descrito.

66. Pensamiento inducido

Paciente reconoce que los pensamientos se los meten en la cabeza, son insertados en su cabeza por algún agente externo.

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

67. Robo del pensamiento

El paciente experimenta el cese del pensamiento en su cabeza que puede ser interpretado como pensamientos que se retiran (o "robados") por un agente externo

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

68. Difusión del pensamiento

El paciente experimenta que sus pensamientos se difunden fuera de su cabeza y los puede compartir con los demás.

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

69. Delirio de culpa

La firme creencia de los sujetos que han cometido algún pecado, delito o de haber causado daño a los demás a pesar de la ausencia de cualquier evidencia que apoye esto

O0 No

O1 Por lo menos 1 semana

O2 Por lo menos 2 semanas

O3 Por lo menos 1 mes

70. Delirio de pobreza

La firme creencia de los sujetos que han perdido todo o gran parte de su dinero o propiedad, y han empobrecido a pesar de la ausencia de cualquier evidencia que apoye esto.

O0 No

O1 Por lo menos 1 semana

O2 Por lo menos 2 semanas

O3 Por lo menos 1 mes

71. Delirio nihilístico

La firme creencia de los sujetos que una parte del cuerpo ha desaparecido, se ha podrido, o está afectado por un trastorno maligno aunque hay una falta de evidencia objetiva

O0 No

O1 Por lo menos 1 semana

O2 Por lo menos 2 semanas

O3 Por lo menos 1 mes

Percepciones anormales

72. Eco del pensamiento

El pensamiento se repite constantemente en su cabeza

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

73. Alucinación auditiva en tercera persona

Dos o más voces discuten sobre el paciente en tercera persona

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

74. Voces que están continuamente comentando

Paciente que oye voces describiendo sus acciones, sensaciones o emociones como van ocurriendo

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

75. Voces abusivas, acusatorias, persecutorias

Voces hablando al paciente en forma acusatoria, abusivo o de persecución.

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

76. Otras alucinaciones auditivas (no afectivas):

Incluye voces agradables o neutras y alucinaciones no verbales..

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

77. Alucinaciones no afectivas en cualquier modalidad

El contenido aparentemente no esta relacionado con la euforia o depresión

O0 No

O1 Esta presente por lo menos durante 1 mes o sin especificar

O2 Esta presente para el % de edad significativo de un periodo de un mes

SCAN (PARA OPCRIT)

Programa de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (Versión 2.1)

CODE BOOK

- Evaluación del estado presente
- Item Group Checklists
- Evaluación de la historia clínica

ESCALA DE VALORACION UNO (Secciones 6, 7, 8 y 10)

Todos los síntomas pueden ser calificados 0, 5, 8 o 9 utilizando las definiciones dadas en Escala de Valoración1, si o no estos puntos se especifican en el texto. El propósito de la SCAN es evaluar la gravedad clínica de la DURACION y FRECUENCIA del SINTOMA y el GRADO de INTERFERENCIA DE LAS FUNCIONES MENTALES (INTENSIDAD).

- 0=** Valoración positiva de la ausencia. Esto No significa «no se sabe» o «no estoy seguro de si esta presente no». Sólo se puede utilizar si se dispone de suficiente información para establecer su veracidad.
- 1=** Se trata de una valoración positiva de presencia, pero la presencia de un grado **MENOR** que no es apropiado para su uso en la clasificación. Al igual que (0) NO quiere decir que «no se sabe o «incierta ». Valoración (1) cuenta en la puntuación (pero no con fines de diagnóstico), que a su vez influyen en el nivel asignado en el índice de definición.
- 2=** Esta calificación indica que el concepto está presente en un nivel suficiente para su clasificación. Con este fin, es equivalente a (3) pero contribuye menos a las puntuaciones. En general, se utiliza cuando los síntomas son de gravedad **MODERADA** durante la mayor parte del período que se evalúa.
- 3=** Una calificación de (3) es similar a (2), salvo que el síntoma está presente de forma **SEVERA** para la mayor parte del período objeto de examen.
- 5=** La presencia de síntomas psicóticos puede hacer la evaluación de la primera parte elementos muy difícil, porque los problemas en la interpretación del significado de lo que R dice, o porque los síntomas (por ejemplo, la ansiedad o fobia a salir de la casa) pueden ser base en experiencias psicóticas. La evaluación debe hacerse sólo cuando hay una duda genuina acerca de la naturaleza del síntoma o el balance es a favor de los síntomas siendo psicóticos.
- 8=** Si después de una evaluación adecuada, el entrevistador todavía NO está seguro de si el síntoma está presente (puntuación 1-3) o ausente (puntuación 0), la calificación es (8). Esta es la **única** circunstancia en la que (8) se utiliza. NO debe utilizarse para indicar una forma leve de los síntomas.
- 9=** Esta puntuación SOLO se utiliza si la información necesaria para evaluar un ítem esta **INCOMPLETO** en algún aspecto, por ejemplo, porque el entrevistador se olvidó de explorar suficientemente profundo. Se distingue del (8) porque la evaluación no fue, por cualquier razón, llevada a cabo de forma adecuada.

ESCALA DE VALORACION DOS (Secciones 15, 16, 17, 18, 19, 20)

- 0=** El síntoma NO ocurrió durante el periodo
- 1=** El síntoma ocurrió definitivamente durante el periodo pero fue probablemente POCO FRECUENTE o TRANSITORIO
- 2=** El síntoma esta definitivamente presente, en MULTIPLES ocasiones o una PARTE DEL TIEMPO, durante el periodo.
- 3=** Los síntomas se presentan de forma mas o menos CONTINUA durante todo el periodo.
- 5=** La dificultad del lenguaje dificulta la interpretación de las respuestas.
- 8=** El evaluador NO ESTA SEGURO si el fenómeno está presente o ausente, incluso después de una evaluación adecuada.
- 9=** No es apropiado hacer una puntuación porque la evaluación esta INCOMPLETA, por ejemplo, debido a la negativa, omisión...

En el caso de delirios, la calificación se hace sobre la duración aproximada del tiempo que R fue engañado durante el periodo y en la continuidad de las creencias. Una puntuación de 2 se aplica sólo si R no está continuamente engañado.

ESCALA DE VALORACION TRES (Secciones 22, 23, 24 and 25)

- 0=** El comportamiento **NO ESTA PRESENTE** durante el último mes o la evaluación.
- 1=** Claramente esta **PRESENTE** durante el ultimo mes o la evaluación, solo con severidad moderada. Utiliza toda la información disponible.
- 2=** Esta presente de manera **SEVERA** durante el último mes o la evaluación.
- 8=** **NO ESTA SEGURO** si el fenómeno está presente o ausente, después de una evaluación adecuada.
- 9=** No es apropiado hacer una puntuación porque la evaluación esta **INCOMPLETA**.

El examen debe completarse teniendo en cuenta cualquier otra observación de importancia, por ejemplo, en los registros de casos o información de profesionales o familiares. Alteraciones graves de comportamiento pueden no ser observadas en la evaluación por corto tiempo de la muestra, pero cuando están presentes, las observaciones directas son de gran importancia. Los ítems que figuran también vale la pena valorar debido a su posible yuxtaposición con otros síntomas. El periodo de tiempo evaluado es el mes previo a la evaluación.

Episodio Presente

Episodio Representativo

6 Estado de ánimo Depresivo y la Ideación

Items 6.001-6.002: Si el estado de ánimo depresivo es evaluado **1, 2 o 3**, la depresión 'enmascarada' se debe puntuar a pesar de todo '**0**'. Por favor, no dejar en blanco.

- 06.001** Estado de ánimo depresivo
- 06.004** Anhedonia
- 06.009** Morning depression
- 06.010** Preocupación de muerte o catástrofe
- 06.011** Suicidio o auto-lesionarse
- 06.013** Culpabilidad patológica
- 06.018** Delirio de culpa o inutilidad en el contexto de la depresión

7 Pensamiento, concentración, energía, intereses

- 07.002** Perdida de concentración
- 07.004** Pérdida de interés
- 07.005** Sensación sujettiva de retraso
- 07.006** Pérdida de energía (impulso)

8 Funciones fisiológicas

- 08.005** Cambio en el apetito
- 08.006** Perdida de peso
- 08.007** Ganancia de peso
- 08.011** Dificultad de conciliar el sueño
- 08.013** Insomnio de media noche
- 08.014** Despertar temprano
- 08.016** Hipersomnia

08.025	Perdida de la libido asociado con la depresión
10	Estado de ánimo expansivo y la ideación	
10.001	Estado de ánimo expansivo (elevado)
10.002	Estado de ánimo irritable
10.004	Pensamiento acelerado y presionado
10.005	Overtalkativeness
10.006	Distractibilidad
10.007	Auto-percepción de la hiperactividad
10.009	Excesiva verborrea
10.010	Exageración de su propio ser
10.012	Acciones basadas en el estado de ánimo expansivo
10.013	Disminución de la necesidad de dormir
10.014	Comportamiento socialmente embarazoso
16	Trastorno perceptual que no sean alucinaciones	
16.001	Sensaciones inusuales
16.002	Cambio de percepciones
16.003	Percepciones embotadas
16.004	Percepciones aumentadas
16.005	Cambio de percepción del tiempo, déjà vu, jamais vu
16.006	Desrealización (objetos)
16.007	Desrealización (personas)
16.008	Despersonalización
16.009	Depersonalised perception of self
16.010	Unfamiliarity (self)
16.011	Cambio de la apariencia personal (dismorfofobia)

16.012 Delirios sobre la apariencia

16.013 Delusion of depersonalisation or derealisation

16.014 Otras anomalías perceptuales

17 Alucinaciones

17.001 Exploración de las alucinaciones

17.003 Alucinaciones auditivas No-verbales

17.007 Alucinaciones internas

17.008 Voces comentando o discutiendo

17.009 Alucinaciones auditivas de segunda o tercera persona

17.012 Alucinaciones auditivas de características especiales

17.015 Alucinaciones auditivas sin formar, conciencia clara

17.016 Alucinaciones visuals formadas, no conjunto de escenas, conciencia clara

17.022 Alucinaciones olfativas

17.026 Alucinaciones sexuales

17.028 Alucinaciones de otro tipo

18 Experiencias de trastorno del pensamiento y sustitución

18.001 Delirio del trastorno del ánimo y perplejidad

18.005 Eco del pensamiento

18.006 Inserción del pensamiento

18.007 Difusión del pensamiento

18.009 Bloqueo del pensamiento

18.010 Robo del pensamiento

18.012 Reemplazamiento por una fuerza externa

19 Delirios

19.004 Delirios de referencia

19.005	Interpretación erronea delirante
19.009	Percepción delirante
19.012	Delirios de persecución
19.013	Delirios de conspiración
19.019	Recuerdos delirantes y delirios fantásticos
19.025	Delirios de culpa o inutilidad en el contexto de la depresión
19.027	Ideas delirantes hipocondríacas en el contexto de la depresión
19.029	Delirios de grandiosidad de habilidad
19.030	Delirios de grandiosidad de identidad
19.035	Delirios de sistematización
19.041	Delirios bizarros
20	Más información sobre la clasificación de la segunda parte los trastornos	
20.010	Relación de los síndromes afectivos con el síndrome de la esquizofrenia, ICD-10
20.089	Afecto restringido
22	Ítems del comportamiento y motores	
22.003	Enlentecimiento motor
22.006	Estupor
22.015	Inquietud
22.016	Agitación
22.019	Alteración rápida entre el estupor y la agitación
22.024	Negativismo
22.025	Ambitendence
22.026	Movimiento robotizado
22.027	Ecopraxia
22.028	Flexibilitas cerea

22.029	Oposición
22.030	Movimientos espasmodicos
22.031	Bloqueo
22.032	Obediencia automatica
22.033	Manierismos complejos
22.034	Posturing
22.035	Estereotipias simples
22.043	Comportamiento bizarro
22.054	Aparente comportamiento alucinatorio
23	Afecto	
23.012	Embotamiento y aplanamiento del afecto
23.013	Incongruencia del afecto
24	Anomalías en el discurso	
24.007	Habla apresurada
24.008	Fuga de ideas
24.017	Rambling speech
24.018	Perseveración
24.021	Neologismos y uso idiosincratico de las palabras o frases
24.022	Incoherencia del habla
24.024	Bloqueo
24.025	Pobreza del contenido del lenguaje
24.026	Cantidad restringida del lenguaje
24.035	Habla sin gramática en un intento de comunicar
24.036	Formando palabras en un intento de comunicar

Ítems adicionales de la dimensión de psicosis [Ítems del CASH añadido al SCAN]

Abulia-Apatía

La abulia se manifiesta como una característica de falta de energía y motivación. Los sujetos son incapaces de movilizarse para iniciar o persistir en completar muchos tipos diferentes de tareas. A diferencia de la disminución de la energía o el interés de la depresión, el complejo síntoma de abulia en la esquizofrenia no suele estar acompañado por el afecto triste o deprimido. El complejo síntoma de abulia a menudo conduce a un grave deterioro social y económico.

[Incluye **aseo e higiene deficientes, impersistencia en el trabajo, anergia física**].

Evaluación Global de Abulia-Apatía (ítem adicional)

La evaluación global debería reflejar la severidad global de los síntomas abulia, teniendo en cuenta las normas para la edad del sujeto y condición social u origen. Al hacer la puntuación global, el peso fuerte puede ser dada a sólo uno o dos síntomas importantes si son particularmente sorprendentes

No abulia	0
Cuestionable	1
Leve pero presente definitivamente	2
Abulia moderada	3
Abulia marcada	4
Abulia severa	5

Anhedonia-Falta de sociabilidad

Este complejo de síntomas abarca las dificultades del sujeto en la experimentación de interés o de placer. Puede manifestarse como una pérdida de interés en actividades placenteras, la incapacidad para experimentar placer al participar en las actividades normalmente consideradas placenteras, o una falta de implicación en las relaciones sociales de diversa índole

[Incluye **intereses y actividades recreativas, el interés sexual y la actividad, capacidad de sentir intimidad y cercanía, las relaciones con amigos y parejas**].

Evaluación Global de Anhedonia-Falta de sociabilidad (ítem adicional)

La evaluación global debería reflejar la severidad de la complejidad anhedonia-asociality, teniendo en cuenta las normas para la edad del sujeto y la condición social.

No evidencia de anhedonia-falta de sociabilidad	0
Cuestionable evidencia de anhedonia-falta de sociabilidad	1
Evidencia media pero definitiva de anhedonia-falta de sociabilidad	2
Evidencia moderada de anhedonia-falta de sociabilidad	3
Evidencia marcada de anhedonia-falta de sociabilidad	4
Evidencia severa de anhedonia-falta de sociabilidad	5

Atención

Social Inattentiveness (item adicional)

Mientras que intervienen en situaciones sociales o actividades, el sujeto se muestra distraído. Él mira hacia otro lado durante las conversaciones, no pilla el tema durante la conversación o parece no involucrado o desactivado. De repente, puede terminar una conversación o una tarea sin ninguna razón aparente. Puede parecer "espacio" o "fuera de sí". Puede parecer que tiene poca concentración al jugar, leer o ver la televisión.

No indicación de falta de atención	0
Signos cuestionables de falta de atención	1
Signos medios pero definitivos de falta de atención	2
Signos moderados de falta de atención	3
Signos marcados de falta de atención	4
Signos severos de falta de atención	5

STUDIE: EU GEI	Fecha de nacimiento
Sujeto número: EU -	- -
Intervalo de tiempo: A lo largo de toda su vida hasta el momento presente	Periodo – Replicat 0
Entrevistador:	Fecha - -

Explicaciones sobre el cuestionario:

El cuestionario CAPE se ha diseñado para evaluar ciertos sentimientos, pensamientos y mentales vividas. Asumimos que estos sentimientos, pensamientos y experiencias mentales son mucho más comunes de lo que anteriormente se creía, y que mucha gente ha experimentado tales sentimientos, pensamientos y/o experiencias durante sus vidas.

Las siguientes páginas están divididas en Columna A y B. En la **Columna A** puedes indicar **con qué frecuencia** has experimentado ciertos sentimientos, pensamientos o experiencias mentales **durante tu vida**. Por favor, marca con una cruz la respuesta que más se adecue a tus vivencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas.

In caso de que hubiera periodos en los que hubieras experimentado con mayor intensidad ciertos sentimientos, pensamientos o experiencias mentales, por favor responde a las cuestiones teniendo en cuenta el momento de tu vida en el que esas experiencias eran más pronunciadas.

En las preguntas que respondas “nunca”, por favor pasa a la siguiente pregunta.

En las preguntas que respondas “algunas veces”, “a menudo” o “casi siempre”, por favor indica en la Columna B una de las alternativas que mejor describa el grado de molestia de esa experiencia.

Durante tu vida, ¿con qué frecuencia has experimentado los siguientes sentimientos, pensamientos o experiencias mentales?						Por favor indica el grado de molestia ocasionado por esta experiencia		
	Columna A		A menudo	Casi Siempre	No me molesta nada	Columna B	Es bastante molesto	Me molesta mucho
	Nunca	Algunas Veces						
1. ¿Alguna vez se siente triste?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
2. ¿Alguna vez siente como si la gente le tirase indirectas o le dijera cosas con doble sentido?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
3. ¿Alguna vez siente que no es una persona muy animada?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
4. ¿Alguna vez siente que no participa en las conversaciones cuando está charlando con otras personas?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
5. ¿Alguna vez siente como si alguna noticia de la prensa, radio o televisión se refiriese o estuviese especialmente dirigida a Ud.?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
6. ¿Alguna vez siente como si alguna gente no es lo que parece?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
7. ¿Alguna vez siente como si le estuvieran persiguiendo de alguna	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
8. ¿Alguna vez siente que experimenta pocas o ninguna emoción ante situaciones importantes?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
9. ¿Alguna vez se siente totalmente pesimista?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
10. ¿Alguna vez siente como si hubiera un complot contra Ud.?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
11. ¿Alguna vez siente como si su destino fuera ser alguien muy	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
12. ¿Alguna vez siente como si no tuviera ningún futuro?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
13. ¿Alguna vez se siente como una persona muy especial o diferente?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
14. ¿Alguna vez siente como si no quisiera vivir más?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
15. ¿Alguna vez piensa que la gente pueda comunicarse por telepatía?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
16. ¿Alguna vez siente que no tiene interés en estar con otras personas?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
17. ¿Alguna vez siente como si los aparatos eléctricos (ej.: ordenadores...) pudiesen influir en su forma de pensar?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
18. ¿Alguna vez siente que le falta motivación para realizar las cosas?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
19. ¿Alguna vez llora por nada?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
20. ¿Cree en el poder de la brujería, de la magia o del ocultismo?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
21. ¿Alguna vez siente que le falta energía?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4

Durante tu vida, ¿con qué frecuencia has experimentado los siguientes sentimientos, pensamientos o experiencias mentales?					Por favor indica el grado de molestia ocasionado por esta experiencia			
	Columna A				Columna B			
	Nunca	Algunas Veces	A menudo	Casi Siempre	No me molesta nada	Me molesta un poco	Es bastante molesto	Me molesta mucho
22. ¿Alguna vez siente que la gente le mira de forma extraña por su apariencia?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
23. ¿Alguna vez siente que su mente está vacía?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
24. ¿Alguna vez ha sentido como si le estuvieran sacando los pensamientos de su cabeza?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
25. ¿Alguna vez siente que se pasa los días sin hacer nada?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
26. ¿Alguna vez siente que sus pensamientos no le pertenecen?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
27. ¿Alguna vez siente que sus sentimientos son poco intensos?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
28. ¿Alguna vez ha tenido pensamientos tan intensos que le preocupó que otras personas pudieran oírlos?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
29. ¿Alguna vez siente que le falta espontaneidad?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
30. ¿Alguna vez siente como si sus pensamientos se repitieran en su mente como un eco?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
31. ¿Alguna vez siente como si estuviera bajo el control de alguna fuerza o poder externo a Ud.?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
32. ¿Alguna vez siente que sus emociones son poco intensas (embotadas)?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
33. ¿Alguna vez oye voces cuando está solo?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
34. ¿Alguna vez oye voces hablando entre ellas cuando está solo?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
35. ¿Alguna vez siente que está descuidando su apariencia o cuidado personal?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
36. ¿Alguna vez siente que nunca consigue acabar las cosas?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
37. ¿Alguna vez siente que tiene pocas aficiones o hobbies?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
38. ¿Alguna vez se siente culpable?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
39. ¿Alguna vez se siente como un fracasado?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
40. ¿Alguna vez se siente en tensión?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
41. ¿Alguna vez siente como si algún miembro de su familia, amigo o conocido ha sido suplantado por un doble?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
42. ¿Alguna vez ve cosas, personas o animales que otra gente no puede ver?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4

STUDIO: EU GEI	Fecha de nacimiento
Código del sujeto: __ EU __ - __ __ __	__ __ - __ __ 1 9 __
<hr/>	
Intervalo de tiempo: El ultimo mes	Periodo – Replica 0 __ 0 __
Entrevistador:	Fecha __ __ - __ __ 2 0 __

Instrucciones: Lee todas las categorías de respuesta a los pacientes. Cuando dudas entre dos categorías, puntúa la inferior.

1. **AISLAMIENTO SOCIAL**

1.1 **¿Cuántos amigos tienes?** (*Si ninguno – ir al ítem c.4*)

|__|

Con amigos me refiero, gente con la que regularmente tienes contacto, tanto por teléfono como por carta.

1.2 **¿Con que frecuencia quedas con tus amigos?** (*Si nunca – ir al ítem c.4*) **¿Con que frecuencia les ves, hablas o les escribes?**

O1 todos los días

O4 1 vez al mes

O2 2 o 3 veces por semana

O5 menos de una vez al mes

O3 1 vez por semana

O6 nunca

1.3 **¿Cómo de cercanos sientes a tus amigos?**

O1 muy cercanos

O3 ligeramente cercanos

O2 bastante cercanos

O4 nada cercanos

1.4 **¿Con que frecuencia estas en contacto con tu familia, sin incluir a los familiares con los que vives? ¿Con que frecuencia les ves, hablas o les escribes?**

O1 todos los días

O4 1 vez al mes

O2 2 o 3 veces por semana

O5 menos de una vez al mes

O3 1 vez por semana

O6 nunca

1.5 **¿Con que frecuencia asistes a reuniones, a bares, a grupos sociales u otra organización?** (*no se incluye actos religiosos*)

O1 todos los días

O4 1 vez al mes

O2 2 o 3 veces por semana

O5 menos de una vez al mes

O3 1 vez por semana

O6 nunca

1.6 ¿Con que frecuencia asistes a actos religiosos?

O1 todos los días
O2 2 o 3 veces por semana
O3 1 vez por semana

O4 1 vez al mes
O5 menos de una vez al mes
O6 nunca

1.7 ¿Existe alguna persona con la que tengas una relación muy cercana y puedas compartir tus sentimientos más íntimos? Si el paciente esta casado: "Se puede incluir a tu mujer / marido".

O1 Si O5 no (*si no – ir al ítem 1.9*)

1.8 ¿Con cuanta gente tienes este tipo de relación? |__|__|

1.9 ¿Todavía quedas con otra gente? O0 No O1 Si

1.10 Si te visitan inesperadamente unos amigos, conocidos o familiares, ¿Qué haces?

.....

1.11 ¿Alguna vez te has separado de todos tus contactos sociales? ¿Con que frecuencia? ¿Por cuánto tiempo la última vez?

.....

1.12 RAZON OBJETIVA DEL AISLAMIENTO SOCIAL.

(Ej. Enfermedad, handicap físico, la mayoría de los amigos han muerto, vive en área aislada sin transporte publico, dedica mucho tiempo al trabajo...)

¿Tu salud física te dificulta quedar con gente?, ¿Tú situación de vida o la falta de transporte público te dificulta quedar con gente?

O1 no razón objetiva
O3 alguna razón objetiva, que no puede explicar del todo
O5 razón objetiva definitiva, probablemente explique todo

1.13 EVALUACION GLOBAL DEL AISLAMIENTO SOCIAL.

O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

2. INTROVERSION

Para el resto de la entrevista, te voy a hacer preguntas acerca de **que tipo de persona eres tu en general**. Para algunas de estas preguntas, **tus sentimientos han podido cambiar durante los años**. En este caso, te agradecería si respondes **lo que te resulta mas típico para ti**.

Las personas discrepan en términos de cuanto les gusta estar solos o estar con otra gente. Así, hay algunas personas que son mas de ellas mismas (solitarias) y otras todo lo contrario.

2.19 ¿Puedes describirte, en general, como una persona que a menudo esta sola, algo sola, un poco sola o nunca sola?

O1 A menudo

O3 Algo

O5 Un poco

O7 Nada

2.20 ¿Puedes describirte, en general, como sociable, algo sociable, un poco sociable o nada sociable?

O1 A menudo

O3 Algo

O5 Un poco

O7 Nada

2.21 Por favor, contesta las siguientes preguntas con “si” o “no” (como eres tu en general)

	Si	No
a. ¿Eres una persona habladora?	O1	O0
b. ¿Eres bastante animada?	O1	O0
c. ¿A menudo tomas la iniciativa de hacer nuevas cosas?	O1	O0
d. ¿Te diviertes trabajando con otras personas?	O1	O0
e. ¿Tiendes a estar en último plano durante actos sociales?	O1	O0
f. ¿Te gusta mezclarte con otra gente?	O1	O0
g. ¿Te gusta tener ajetreo y revuelo alrededor tuyo?	O1	O0
h. ¿Normalmente sueles estar callado cuando estas con otras personas?	O1	O0
i. ¿Puedes conseguir ir a una fiesta?	O1	O0
j. ¿Te diviertes cuando estas con otra gente?	O1	O0

2.22 Por favor, contesta las siguientes preguntas con “si” o “no”.

- | | Si | No |
|--|-----------|-----------|
| a. Cuando a un amigo cercano le van todas las cosas bien, yo también me siento bien. | O1 | O0 |
| b. Cuando tengo alguna preocupación, me gusta hablar con otra gente. | O1 | O0 |
| c. Yo prefiero los hobbies y las actividades de ocio que no implican a más gente. | O1 | O0 |
| d. Normalmente estoy contento cuando estoy sentado solo, pensando y soñando. | O1 | O0 |
| e. Soy demasiado independiente para conseguir implicarme con otra gente. | O1 | O0 |
| f. La gente que trata de conocerme mejor, normalmente se dan por vencidos | O1 | O0 |
| g. Podría ser feliz viviendo solo en una cabaña en el bosque o en las montañas | O1 | O0 |
| h. Si me dan a elegir, prefiero mucho mas estar con alguien que solo. | O1 | O0 |
| i. Me siento muy cercano a mis amigos. | O1 | O0 |

2.23 EVALUACION GLOBAL DE LA INTROVERSION

O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

3. HIPERSENSIBILIDAD

3.1 En general, como eres de sensible frente a los comentarios u observaciones que los demás hacen sobre ti?

O1 Mucho O3 Algo O5 Un poco O7 Nada

3.2 Si alguien hace un comentario desagradable sobre ti que tú no mereces, ¿cuanto tiempo te cuesta superarlo?

O1 1 semana o mas O2 2 o 3 días O3 1 día O4 1 hora/ unas pocas horas

**3.3 Tengo una lista de situaciones. ¿Podrías indicar cada una de las situaciones por separado?
Completamente cierto; probablemente cierto; probablemente no cierto; absolutamente falso**

	Completamente cierto	Probablemente cierto	Probablemente falso	Absolutamente falso
a. Evito hacer cosas porque tengo miedo de hacer el ridículo	O1	O2	O5	O7
b. Soy susceptible	O1	O2	O5	O7
c. Emocionalmente soy bastante “susceptible”	O1	O2	O5	O7
d. Me preocupa un montón perecer estupido delante de otra gente	O1	O2	O5	O7
e. Cualquier clase de critica me molesta	O1	O2	O5	O7

3.4 EVALUACION GLOBAL DE LA HIPERSENSIBILIDAD

O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

4. PENSAMIENTO REFERENCIAL (1º PARTE, sentirse observado)

Mucha gente siente, algunas veces, que cuando están en público están siendo observados.

4.1 ¿Has tenido alguna vez esta sensación? Si responde si, ¿Cómo es de frecuente esa sensación?

O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces O7 Nunca (*ir al item 5.1*)

4.2 Cuando esto ocurre, tu te sientes como si estuvieras observado por mucha gente, por poca gente o solo por una persona?

O1 Mucha gente O2 Poca gente O7 Una persona

4.3 Cuando esto ocurre (esta sensación de sentirte observado), ¿te sientes objetivo de una atención especial?

O1 Si O3 Posiblemente O5 No

4.4 ¿Me puedes poner un ejemplo de una situación en la que hayas sentido observado por otras personas? ¿Por qué te estaban mirando?

.....

4.5 ¿Por qué crees que eres observado por los demás? (en caso de una explicación muy evidente–*ir al item 5.1*)

O1 una razón no evidentemente realista.
O3 poca reacción realista (reacción exagerado)
O5 bastante reacción realista, pero sobre-reacción
O7 fuerte razón realista (describiendo una reacción normal)

4.6 ¿Dónde te encuentras cuando tienes esa sensación de sentirte observado?

O1 ambos, lejos y cerca de casa
O3 solo lejos de casa
O5 solo cerca de casa
O7 no pertinente, nunca lejos de casa

4.7 La gente que parece observarte, ¿es gente que conoces, que no conoces o ambas?

O1 ambas, conozco y no conozco O3 solo no conozco O5 solo conozco

4.8 Si mañana vas a un lugar público ¿crees que te observarán?

O1 sin duda O3 probablemente O5 probablemente no O7 seguro que no

4.9 ¿Con que frecuencia ocurren esas ideas (4.1 – 4.8)?

O1 una vez al año O2 una vez al mes O3 una vez a la semana O4 otros

4.10 Cuando estas ideas ocurren, dudas de su realidad?

O1 No dudo O2 Tengo algunas dudas O3 Tengo un monton de dudas

4.11 ¿Estas ideas influyen en tu vida diaria? O0 No O1 Si

4.12 EVALUACION GENERAL DEL PENSAMIENTO REFERENCIAL (sentirse observado)

O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

5. PENSAMIENTO REFERENCIAL (3º PARTE, haciendo comentarios)

Cuando en un lugar publico, la gente siente que la gente de su alrededor esta hablando acerca de ellos.

5.1 ¿Has tenido alguna vez esta sensación?*

O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces O7 Nunca (*ir al ítem 5.3*)

5.2 ¿Con que frecuencia tienes esa sensación?

O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces O7 Nunca

5.3 ¿Alguna vez has sentido que se ríen de ti en un lugar público?*

O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces O7 Nunca

* SI LA RESPUESTA DEL 5.1 ES NO Y 5.3 ES NUNCA – IR AL ITEM 5.6

SI LA RESOUSTAS 5.1 Y 5.3 SON POSITIVAS, CONTINUAR

5.4 ¿Hablas o te ríes más de ti que de otra gente?

O1 Sin duda O3 Posiblemente O5 No

5.5 ¿Por qué crees que la gente habla y / o se ríe de ti?

- O1 Ellos no tienen razón para hacer esto
O3 poca reacción realista (reacción exagerado)
O5 bastante reacción realista, pero sobre-reacción
O7 fuerte razón realista (describiendo una reacción normal)

5.6 Cuando estas en un lugar publico, ¿con que frecuencia sientes que la gente suelta indirectas sobre ti?

- O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces O7 Nunca (*ir al ítem 5.8*)

5.7 ¿Me podrías poner un ejemplo?

.....

- O1 sin duda patológico O3 probablemente patológico
O5 probablemente normal O7 sin duda normal

5.8 ¿Alguna persona parece que utiliza una “doble conversación” sobre ti, donde puede parecer que esta hablando normalmente, pero realmente están disimulando comentarios desagradables sobre ti?

- O1 Si O5 no (*si no – ir al ítem 5.10*)

5.9 ¿Con cuanta frecuencia la gente parece que utiliza esa “doble conversación”sobre ti?

- O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces

5.10 ¿Con que frecuencia tienes esas ideas (5.1 -5.9)?

- O1 una vez al año O2 una vez al mes O3 una vez a la semana O4 otros

5.11 Cuando eso ocurre, ¿dudas de la veracidad estas ideas?

- O1 No dudo O2 Tengo algunas dudas O3 Tengo un montón de dudas

5.12 ¿Tiene alguna implicación en tu vida diaria? O0 No O1 Si

.....

- 5.13 Ahora te voy a hacer una serie de preguntas que resumen las experiencias de las que hemos estado hablando. Hay sensaciones que algunas personas tienen cuando están en sitios públicos; es decir, cuando están con gente alrededor, por ejemplo en un restaurante, mientras hacen las compras, en una fiesta o dando un paseo por la ciudad. Puede que la gente observe o haga comentarios sobre esta sensación.**

	A menudo O1	Algunas veces O2	Raramente O5	Nunca O7
a. Cuando estoy en un sitio publico, parece como s la gente supiera quien soy, incluso si ellos nunca me han conocido Si la respuesta es SI, ¿Cuál es la razón?.....				
b. Cuando estoy en un sitio público, siento que la gente me esta mirando.	O1	O2	O5	O7
c. Cuando estoy en un sitio público, siento que hablan sobre mi.	O1	O2	O5	O7
d. Cuando estoy en un sitio público, siento como si me miraran fijamente.	O1	O2	O5	O7
e. Cuando estoy en un sitio público, siento como si no gustara a la gente por mi aspecto.	O1	O2	O5	O7
f. Cuando estoy en un sitio público, siento que la gente me ridiculiza.	O1	O2	O5	O7
g. Cuando estoy en un sitio público, me siento como si la gente dice cosas desagradables sobre mí.	O1	O2	O5	O7

5.14 EVALUACION GENERAL DEL PENSAMIENTO REFERENCIAL (haciendo comentarios)

O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

6. SUSPICACIA

Recuerda que en esta parte de la entrevista te voy a hacer preguntas sobre **que tipo de persona eres en general. Responde de la manera que mas típica eres como persona.**

- 6.1 Algunas personas tienden a confiar en su carácter, mientras que otras se inclinan menos al carácter de los demás. ¿Cómo te describirías a ti?**

O1 confío rápidamente O3 confío un tanto rápido
O5 confío despacio O7 no confío en absoluto

- 6.2 La gente tiene diferentes puntos de vista sobre los demás y realmente cuanto pueden confiar.**
Hay dos puntos de vista diferentes:

1. La mayoría de las personas no son de confianza. Si tienen oportunidad, se aprovecharan de ti
2. La mayoría de las personas, en principio, son de confianza. Si tienen oportunidad, harán todo lo posible por ayudar a un compañero

¿En cual de estos dos puntos de visa crees más?

O1 El primero O3 Ambos O5 El segundo

6.3 Aquí hay una lista de sentimientos que la gente puede tener. ¿Puedes contestar con que frecuencia tienes estos sentimientos?

	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
a. Siento que en la gente que conozco realmente no se puede confiar.	O1	O2	O5	O7
b. Siento que la gente me critica más de lo que me merezco.	O1	O2	O5	O7
c. Siento que necesito protegerme de la gente.	O1	O2	O5	O7
d. Siento que la gente me culpa de cosas que no son mi culpa.	O1	O2	O5	O7

6.4 ¿Con que frecuencia esto ocurre?

O1 una vez al año O2 una vez al mes O3 una vez a la semana O4 otros

6.5 Para las siguientes situaciones, podrías decir que tu estas:

	Completamente de acuerdo	Probablemente de acuerdo	Probablemente en desacuerdo	Completamente de acuerdo
a. Nunca es probable estar seguro de la confianza de alguien	O1	O3	O5	O7
b. Si tienes mucha confianza en la gente, tarde o temprano te defraudaran	O1	O3	O5	O7
c. Si no soy prudente, los demás se pueden aprovechar de mi.	O1	O3	O5	O7
d. La gente parece mentirme mucho.	O1	O3	O5	O7
e. Si confías en la gente, tarde o temprano utilizaran la información que les has dado para herirte.	O1	O3	O5	O7
f. Yo guardo rencor durante mucho tiempo.	O1	O3	O5	O7
g. Siento que soy víctima de algún tipo de conspiración.	O1	O3	O5	O7

6.6 Hay gente que pasa de sus caminos para detenerse deliberadamente y volver a su vida y de hacer las cosas difíciles para usted?

O1 Si O5 No (*si no, ir al item 6.8*)

6.6A ¿Qué te hace pesar eso? ¿Cómo te reprimen?

.....

O1 Claramente patológico O3 Probablemente patológico
O5 Probablemente normal O7 Claramente normal

6.7 ¿Alguna vez has sentido que tienes que tomar precauciones especiales para protegerte de los demás?

O1 Si O5 No (*si no, ir al item 6.8*)

6.7A ¿Qué tipo de precauciones tomas?

.....

O1 Ninguna O3 Unas pocas O5 Algunas O7 Muchas

6.8 ¿Qué tal te llevas con tus vecinos? ¿Has tenido alguna discusión con ellos? ¿Han pasado de tener problemas contigo? ¿Por qué ellos actúan de esa forma?

O1 Problemas importantes injustificables
O3 Problemas que son poco probables para ser justificados.
O5 Problemas que parecen ser justificados.
O7 No hay problemas.

6.9 Razón objetiva de sospecha. “Has dicho que.....”. ¿Ha ocurrido algo en tu vida para hacerte sentir de esta manera?

O1 Ninguna O2 Unas pocas O5 Algunas O7 Muchas

6.10 ¿Crees que eres una persona suspicaz? O0 No O1 Si

6.11 EVALUACION GENERAL DE SUSPICACIA

O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

7. AFECTO RESTRINGIDO

7.1 ¿Me podrías decir si las siguientes situaciones son aplicables a ti?

	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
a. Yo quiero abrazar a la gente que siento cercana.	O1	O2	O5	O7
b. Si soy feliz, lo puedo expresar.	O1	O2	O5	O7
c. Puedo mostrar mis verdaderos sentimientos.	O1	O2	O5	O7
d. Me siento afectado emocionalmente por cosas como la música o la belleza de la naturaleza.	O1	O2	O5	O7
e. Soy sentimental.	O1	O2	O5	O7
f. Si me gusta alguien, se lo demuestro.	O1	O2	O5	O7

7.2 ¿Podrías decir, en general, cuantos sentimientos positivos tienes al mes? ¿Con que frecuencia puedes expresar esos sentimientos?

- O1 Mas del 50%
O2 No puede ser expresado menos del 50%
O3 Casi nunca los puedo expresar

7.3 En el caso de que este presente el afecto restringido O1 Presente O2 Ausente

Acabas de decir que eres incapaz de expresar (bien) seguro sentimientos (positivos). Estos sentimientos están presentes, pero te sientes incapaz de expresarlos o no tienes estos sentimientos

.....

7.4 Si el afecto esta restringido: ¿Con que frecuencia te ocurre?

- O1 Todos los dias O2 Dos o tres veces a la semana O3 Una vez a la semana
O4 Una vez al mes O5 Menos de una vez al mes

Por cuanto tiempo fue la última vez: |__|__| dias

7.5 EVALUACION GENERAL DEL AFECTO RESTRINGIDO

- O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

8 PENSAMIENTO MAGICO

8.1 ¿Me podrías decir si las siguientes situaciones son aplicables a ti?

	Completamente de acuerdo	Probablemente de acuerdo	Probablemente en desacuerdo	Completamente de acuerdo
a. Yo creo que puedo aprender a leer la mente de las personas si yo quiero.	O1	O3	O5	O7
b. El horóscopo se hace realidad a menudo por coincidencia	O1	O3	O5	O7
c. Los números 13 y 7 tienen poderes especiales.	O1	O3	O5	O7
d. Algunas veces puedo predecir el futuro.	O1	O3	O5	O7
e. Un hechizo de buena suerte mantiene a distancia al mal.	O1	O3	O5	O7
f. He sentido que podría provocar algo en lo que he estado pensando mucho.	O1	O3	O5	O7
g. Siento que los espíritus de los muertos pueden influir en la vida.	O1	O3	O5	O7
h. Creo en la magia negra.	O1	O3	O5	O7
i. Los accidentes pueden ser causados por fuerzas misteriosas.	O1	O3	O5	O7

8.2 Ahora otra lista de situaciones. ¿Con que frecuencia has tenido este tipo de experiencias?

	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
a. Puedo comunicarme con otras personas aun cuando no están cerca.	O1	O2	O5	O7
b. Siento que algo malo va a ocurrir a la gente que esta cerca mío.	O1	O2	O5	O7
c. Siento la presencia de un espíritu maligno cerca de mí.	O1	O2	O5	O7
d. Los sueños que tengo se hacen realidad.	O1	O2	O5	O7
e. Siento que otra gente puede leer mis pensamientos.	O1	O2	O5	O7

8.3 Mucha gente cree que hay cosas que pueden traer mala suerte o desgracia, por ejemplo ver un gato negro o martes 13. ¿Tú también tienes estas ideas?*

O1 Si O5 No (*ir al ítem 8.5*)

8.4 What are these ideas? (Perhaps you have I missed).

.....

8.5 Mucha gente hace cosas para mantener a distancia el mal o traer ellos mismo buena suerte, como una muñeca de la suerte o una herradura. ¿Tú también haces esto? *

O1 Si O5 No

8.6 ¿Qué tipo de cosas haces para alejar la mala suerte?

.....

* SI 8.3 Y 8.5 HA CONTESTADO NO: IR A ITEM 8.9

SI 8.3 Y 8.5 HA CONTESTADO SI: CONTINUAR

8.7 ¿Tu familia y amigos piensan de la misma manera que tu?

O0 No O1 Si

8.8 Código: Desviación de superstición de normas sub-culturales.

O1 Considerablemente desviado O3 Moderadamente desviado
O5 Ligeramente desviado O7 Nada desviado

8.9 ¿Con que frecuencia ocurren este tipo de ideas (8.1-8.8)?

O1 una vez al año O2 una vez al mes O3 una vez a la semana O4 otros

8.10 ¿Realmente dudas de esas ideas cuando ocurren o estas seguro de ellas?

O1 No dudo O2 Tengo algunas dudas O3 Tengo un monton de dudas

8.11 ¿Estas ideas influyen en tu vida diaria? O5 No O1 Si

.....

8.12 EVALUACION GENERAL DEL PENSAMIENTO MAGICO

O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

9 ILUSIONES

La gente algunas veces tiene la experiencia de confundir un objeto con una persona o animal. Por ejemplo, mientras das un paseo a la noche podrías confundir el tronco de un árbol con una persona (o un palo en el suelo con una serpiente). O cuando conduces al atardecer podrías ver una farola y creer que es un hombre apoyado en la carretera.

9.1 ¿Has experimentado alguna vez esto?

O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces O7 Nunca

9.2 También hay gente que algunas veces oye crujidos o golpes o campanas sonando, sonidos que probablemente no son reales. ¿Has experimentado alguna vez esto?

O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces O7 Nunca

9.3 ¿Con que frecuencia has tenido la experiencia de que digan tu nombre pero realmente ha podido ser tu imaginación?

O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces O7 Nunca

9.4 Cuando estas quieto, algunas personas experimentan oír voces que susurran o hablan entre si, aunque realmente no existen. ¿Has experimentado alguna vez esto?

O1 Si O5 No (*ir al ítem 9.6*)

9.5 ¿Con que frecuencia has tenido esta experiencia?

O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces

9.6 ¿Alguna vez has tenido la experiencia de que alrededor tuyo hubiera algunas personas o fuerzas, incluso si no puedes ver a nadie? ¿Qué tipo de persona o fuerza has percibido?

O1 Si, un familiar muerto o un amigo cercano

O3 Si, una experiencia religiosa

O5 Si, otra experiencia.

O7 No

9.7 How often do you have that feeling?

O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces

9.8 Aquí hay una lista con una serie de experiencias que la gente alguna vez tiene. ¿Con qué frecuencia has tenido experiencias similares?

	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
a. Mi oído es muy sensible y un sonido normal me provoca un gran dolor.	O1	O2	O5	O7
b. Gente que conozco bien parece desconocidos.	O1	O2	O5	O7
c. Los colores normales se convierten en muy brillantes.	O1	O2	O5	O7
d. Cada día las cosas parecen excepcionalmente grandes o pequeñas.	O1	O2	O5	O7
e. Objetos familiares parecen desconocidos.	O1	O2	O5	O7
f. Mi vista es muy sensible a la luz normal, casi me hace daño.	O1	O2	O5	O7

9.9 ¿Con qué frecuencia ocurren estas experiencias (9.1- 9.8)?

O1 una vez al año O2 una vez al mes O3 una vez a la semana O4 otros

9.9A ¿Estás seguro de que tu realidad en este momento está ocurriendo?

O1 No dudo O2 Tengo algunas dudas O3 Tengo muchas dudas

9.10 ¿Estas experiencias influyen en tu vida diaria? O0 No O1 Si

9.11 EVALUACION GENERAL DE LAS ILUSIONES

O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

10 FENOMENOS PSICOTICOS

10.1 ¿Con qué frecuencia tus pensamientos se vuelven confusos?

O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces O7 Nunca

10.2 ¿Con qué frecuencia tus pensamientos de repente se paran, provocándote una perdida del hilo de tus pensamientos completamente?

O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces O7 Nunca (*ir al ítem 10.4*)

10.3 ¿Alguna vez has tenido la sensación de que un organismo extraño o un poder estén provocando que tus pensamientos se paren, o incluso que te los roben de tu cabeza?;

- O1 Si, intentan robarme los pensamientos de la cabeza
O3 Si, intentan parar mis pensamientos
O5 No

10.4 ¿Con que frecuencia los pensamientos entran en tu mente, como una sensación de que esos pensamientos no te pertenecen?

- O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces O7 Nunca (*ir al ítem 10.8*)

10.5 ¿Con que frecuencia los pensamientos entran en tu mente, como una sensación de que un agente externo o una fuerza te los han introducido?

- O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces O7 Nunca (*ir al ítem 10.8*)

10.6 ¿Qué agente o fuerza pone esos pensamientos en tu mente?

- O1 Dios
O3 El diablo
O5 Un familiar cercano o un amigo
O7 Otros

10.7 ¿Qué opinas acerca de todo esto?

- O1 No es normal
O3 Moderadamente normal
O5 Medianamente normal
O7 Normal

10.8 Algunas veces la gente tiene la sensación de que sus pensamientos son muy reales como si los estuvieran diciendo en voz alta. ¿Has tenido esta experiencia?

- O1 Yes O5 No (*ir al ítem 10.12*)

10.9 ¿Con que frecuencia te ocurre? O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces

10.10 ¿Alguna vez has tenido la sensación que el resto de personas pueden oírlos?

- O1 Si O2 Quizas O3 No

10.11 Si esta presente, ¿con que frecuencia has tenido esta experiencia (10.1 - 10.10)?

- O1 una vez al año O2 una vez al mes O3 una vez a la semana O4 otros

10.12 ¿Con que seguridad sabes que esas ideas/experiencias son reales?

O1 No dudo O2 Tengo algunas dudas O3 Tengo muchas dudas

10.13 EVALUACION GENERAL DE LOS SINTOMAS PSICOTICOS

O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

11 DEREALIZACION/DESPERSONALIZACION

11.1 ¿Alguna vez has tenido la sensación de que la gente de tu alrededor no es real, como si viera atraes de un pequeño error?

O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces O7 Nunca

11.2 ¿Alguna vez has tenido una sensación irreal sobre ti mismo, como si no estuvieras realmente vivo? ¿Cómo si fueras un robot o una maquina?

O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces O7 Nunca

11.3 ¿Has tenido alguna vez la sensación de estar fuera de tu cuerpo?

O1 Si O5 No (*ir al ítem 11.6*)

11.4 ¿Con que frecuencia has tenido la sensación de estar fuera de tu cuerpo?

O1 A menudo O3 Algunas veces O5 Raras veces

11.5 ¿Estas experiencias ocurren solas o cuando esta físicamente enfermo o has tomado alguna mediación o droga?

O1 Si O5 No

11.6 Si esta presente: ¿Con que frecuencia ocurren estas experiencias (11.1 – 11.3)?

O1 una vez al año O2 una vez al mes O3 una vez a la semana O4 otros

¿Cuándo fue la ultima?

11.7 EVALUACION GENERAL DE DEREALIZACION/DESPERSONALIZACION

O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

OBSERVACIONES DURANTE LA ENTREVISTA

NOTA: Recuerda que este apartado (12 –15) debe ser puntuado en base a la sección no estructurada de la conversación con el test del sujeto.

12 HABLA / PENSAMIENTO SIN OBJETIVO-DIRECCION.

O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

¿El sujeto mantiene su atención en el tópico de las preguntas y responde de una manera directa y lógica? ¿O es que vaga fuera de tema durante la conversación? En caso afirmativo, con qué frecuencia y hasta dónde se desvía del tema? Evaluar verborrea y la vaguedad (la incapacidad para seguir el patrón del pensamiento del con claridad).

13 ELEVADA SOCIAZIBILIDAD

O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

Organización de las asociaciones:

¿Las asociaciones del sujeto tiene un significado lógico para ti como entrevistador? ¿Podrías seguir la línea de pensamiento? Con la gente verborreica, el entrevistador, no obstante, puede seguir una línea de pensamiento errante. Esto es mucho más difícil, entre otros.

14 POBREZA EN EL LENGUAJE

O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

¿Cuantas palabras necesita para llegar a una respuesta? ¿Con que frecuencia necesitas dirigir al sujeto?

15 ODD/ECCENTRIC BEHAVIOR

15.1 Motor (postura, modo de andar, movimientos del cuerpo)

O1 Comportamiento motor definitivamente raro
O3 Comportamiento motor moderadamente raro
O5 Comportamiento motor algo raro
O7 Sin evidencia de comportamiento motor raro

¿El sujeto tiene un comportamiento no-verbal raro o excéntrico? ¿Tiene una postura fisica anomala? ¿Tiene movimientos motores raros o tics?

15.2 Comportamiento social

- O1 Comportamiento social definitivamente raro
- O3 Comportamiento social moderadamente raro
- O5 Comportamiento social algo raro
- O7 Sin evidencia de comportamiento social raro.

¿La conducta social del sujeto es inadecuada? ¿El sujeto se muestra muy familiar, es decir, demasiado intrusivo, mirando de manera inapropiada, coqueta o se muestra hostil? ¿Podrías entender respuestas sociales del sujeto o falta algo? Ten también en cuenta que si hace bromas inapropiadas.

15.3 Vestimenta

- | | |
|-------------------------|---|
| O1 Muy pobre | Ropa y acicalamiento claramente inadecuado |
| O2 Pobre | Ropa y acicalamiento moderadamente inadecuado |
| O3 Reazonable | Ropa y acicalamiento algo inadecuado |
| O4 Reazonablemente bien | Ropa y acicalamiento generalmente apropiado |
| O5 Bien | Ropa y acicalamiento completamente apropiado |

¿El sujeto es ordenado o limpio? Hay que tener en cuenta el trabajo del sujeto, un granjero viste diferente que un administrativo.

15.4 EVALUACION GENERAL DE LAS RAREZAS

- O0 Ausente O1 Ligero O2 Moderado O3 Severo

Global Assessment of Functioning

STUDIE: EU GEI	Fecha de nacimiento
Sujeto Número: EU -	
Tiempo de intervalo: en el último mes	Periodo – Replicat 0 - 0
Entrevistador:	Fecha - - 2 0

Global Assessment of Functioning (GAF)

Síntomas GAF	Discapacidad/deterioro GAF

Escala de SINTOMAS GAF: valorar síntomas durante **el último mes**. Elige el nivel de carga que mejor representa la situación durante el último mes. Utiliza códigos intermedios cuando sea apropiado, por ejemplo 45, 68, 72.

91-100	No síntomas.
81-90	Síntomas ausentes o mínimos (ej., ligera ansiedad antes de un examen).
71-80	Si existen síntomas son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (ej.: dificultades para concentrarse tras una discusión familiar)
61-70	Algunos síntomas leves (ej.: humor depresivo, insomnio ligero)
51-60	Síntomas moderados (ej.: afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales)
41-50	Síntomas graves (ej.: ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas...)
31-40	Una alteración en la verificación de la realidad o en la comunicación (ej.: el lenguaje es a veces ilógico, oscuro e irrelevante)
21-30	La conducta está considerablemente influída por ideas delirantes o alucinaciones o existe una grave alteración de la comunicación o el juicio (ej.: a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida...)
11-20	Existe peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (ej.: intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte, frecuentemente violento, excitación maníaca) o notable deterioro en la comunicación (ej.: marcadamente incoherente o mutismo)
1-10	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros a sí mismo (ej.: violencia recurrente) o actos serios de suicidio con clara expectativa de muerte

Escala GAF DISCAPACIDAD/ALTERACION: valorar discapacidades durante **el último mes**. Elige el nivel de carga que mejor representa la situación durante el último mes. Utiliza códigos intermedios cuando sea apropiado, por ejemplo 45, 68, 72. No incluir deterioro de la actividad debido a limitaciones físicas.

91-100	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas.
81-90	El buen funcionamiento en todas las áreas, interesado e involucrado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, por lo general satisfecho con la vida, no más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ejemplo, una discusión ocasional con miembros de la familia).
71-80	Ligero deterioro de la actividad social, laboral o escolar (ej.: -THAT PREVIOUS SENTENCE IS NOT IN THE ENGLISH VERSION- retrasos escolares transitorios...)
61-70	Algunas dificultades en la actividad social, laboral, escolar (ej.: novillos ocasionales o robos en casa), aunque en líneas generales funciona bastante bien, el individuo mantiene algunas relaciones interpersonales significativas
51-60	Moderadas dificultades en la actividad social, laboral y escolar (ej.: pocos amigos, conflictos con colegas o colaboradores)
41-50	Seria afectación de la actividad social, laboral o escolar (ej.: no tiene amigos, le resulta difícil mantenerse en un empleo...).
31-40	Alteración importante en varias áreas, tales como el trabajo o la escuela, relaciones familiares, el pensamiento o estado de ánimo (por ejemplo, un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño que con frecuencia golpea a los niños más pequeños, es desafiante en casa, y está incurriendo en omisiones en la escuela).
21-30	Incapaz de actividad en la mayor parte de las áreas (ej.: pasa el día en la cama, no tiene trabajo, casa ni amigos...)
11-20	A veces no puede mantener la mínima higiene personal (ej.: desprende mal olor)
1-10	Incapaz permanentemente de mantener la higiene mínima personal

The Brief Core Schema Scales

STUDIE: EU GEI	Fecha de nacimiento
Sujeto Número: EU -	-
Intervalo de tiempo:	Periodo– Replicat 0 - 0
Entrevistadore:	Fecha -

Este cuestionario enumera creencias que la gente tiene sobre sí misma y sobre los demás. Por favor indica si tú tienes cada una de esas creencias (NO o SÍ). Si tienes la creencia, entonces por favor indica cómo de fuerte la tienes haciendo un círculo sobre un número (1 a 4). Intenta juzgar estas creencias por cómo generalmente te has visto a ti mismo o a las otras personas a lo largo del tiempo. No pierdas mucho tiempo en cada creencia. No hay respuestas correctas o incorrectas y la primera respuesta a cada creencia es a menudo la más precisa.

<u>SOBRE MÍ MISMO</u>	NO	SI	Lo crees ligeramente	Lo crees moderadamente	Lo crees mucho	Lo crees totalmente
1. No soy querido/a	O0	O1	O1	O2	O3	O4
2. No valgo nada	O0	O1	O1	O2	O3	O4
3. Soy débil	O0	O1	O1	O2	O3	O4
4. Soy vulnerable	O0	O1	O1	O2	O3	O4
5. Soy malo/a	O0	O1	O1	O2	O3	O4
6. Soy un fracaso	O0	O1	O1	O2	O3	O4
7. Me respetan	O0	O1	O1	O2	O3	O4
8. Soy valioso/a	O0	O1	O1	O2	O3	O4
9. Tengo talento	O0	O1	O1	O2	O3	O4
10. Tengo éxito	O0	O1	O1	O2	O3	O4
11. Soy bueno/a	O0	O1	O1	O2	O3	O4
12. Soy interesante	O0	O1	O1	O2	O3	O4
<u>SOBRE LAS OTRAS PERSONAS</u>	NO	SI	Lo crees ligeramente	Lo crees moderadamente	Lo crees mucho	Lo crees totalmente
1. Las otras personas son hostiles	O0	O1	O1	O2	O3	O4
2. Las otras personas son severas	O0	O1	O1	O2	O3	O4
3. Las otras personas son implacables	O0	O1	O1	O2	O3	O4
4. Las otras personas son malas	O0	O1	O1	O2	O3	O4
5. Las otras personas son tortuosas	O0	O1	O1	O2	O3	O4
6. Las otras personas son desagradables	O0	O1	O1	O2	O3	O4
7. Las otras personas son justas	O0	O1	O1	O2	O3	O4
8. Las otras personas son buenas	O0	O1	O1	O2	O3	O4
9. Las otras personas son de confianza	O0	O1	O1	O2	O3	O4
10. Las otras personas dan su reconocimiento	O0	O1	O1	O2	O3	O4
11. Las otras personas son de apoyo	O0	O1	O1	O2	O3	O4
12. Las otras personas son sinceras	O0	O1	O1	O2	O3	O4

Instrucciones Tarea de Cuenta/Bolas – Participante

Instrucciones de la prueba:

En un momento vas a ver 2 frascos diferentes con bolas de colores:

- *Frasco A: con 60 bolas verdes y 40 bolas rojas*
- *Frasco B: con 60 bolas rojas y 40 bolas verdes*

El ordenador, ha elegido al azar uno de los frascos. Se extraerá una bola cada vez del frascoseleccionado y se te mostrará. Tu tarea consiste en decidir de qué frasco ha venido. Las bolas vendrán siempre del mismo frasco y después serán sustituidas, por lo que las proporciones continúan igual.

Puedes ver tantas bolas como necesites antes de tomar una decisión. Después de que una bola se te ha mostrado, puedes pedir otra bola o decir que ya sabes el frasco que ha sido elegido.

Primero vas a hacer un ejercicio de práctica y después comenzará la tarea real.

Durante el ejercicio, después de la Primera bola:

‘Si quieres ver otra bola, presiona la tecla “z”, si crees que sabes la respuesta presiona la tecla “/”.

Durante el ejercicio, después de que el participante indique que ya ha visto suficientes bolas:

“Ahora tienes que indicar de qué frasco crees que han sido sacadas las bolas. Por favor, presiona la clave verde (“v”) si crees que vienen del frasco A y presiona la clave roja (“n”) si crees que vienen del frasco B”

Después del ejercicio de práctica:

“Esto ha sido el ejercicio de práctica, ahora comenzara la prueba real”.

Instrucciones Tarea de Cuenta/Bolas – Investigador

¡ Atención!

- No de información sobre el rendimiento.
- Si, durante el ejercicio, el participante no se acuerda de qué tecla tiene que presionar, se le pueden repetir las instrucciones.
- Después de 20 cuentas/bolas, el participante no puede pedir una cuenta/bola nueva y tiene que elegir uno de los tarros.

Z = otra cuenta/bola

/ = stop

V = tarro verde

N = tarro rojo

Hoja de respuestas BEADS



ESTUDIO: EU GEI	Fecha de nacimiento
Código del sujeto: _ EU _ - _ _ _	_ _ - _ _ - 1 9 _ _
Intervalo de Tiempo: Presente	
Entrevistador:	Periodo – Replica 0 _ - 0 _
Fecha _ _ - _ _ - 2 0 _ _	

El sujeto ha elegido

O₁ Frasco azul

O₂ Frasco rojo

Número de cuentas mostradas:

--	--

Cuentas (1 – 20)

Degraded Faces Affect Recognition Instructions

Instrucciones

“En un minuto va a ver 64 caras en total. Tiene que indicar la emoción de la cara mostrada.

Para ello, debe presionar 1, 2, 3, o 4. 1 = Neutral, 2 = Contento 3 = Asustado y 4 = Enfadado.

Estos números también aparecen en la pantalla en la parte superior del lado izquierdo, por lo que no tiene que recordar qué número que representa cada emoción.

Las caras aparecen distorsionadas para que resulte un poco más difícil. Trate de responder lo más precisamente posible, pero no le dedique demasiado tiempo.”

“Primero vamos a practicar y después comenzara la prueba”

Primero vamos a practicar.

Presiona la barra espaciadora.

Este era el final del ejercicio práctico. Ahora comienza la prueba real...

Presiona la barra espaciadora

Éste es el final de la prueba.

Gracias!

Hoja de respuestas de Degraded Facial Affect Recognition

ESTUDIO: EU GEI	Fecha de nacimiento
Código del sujeto: __ EUI _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - 1 9 _ _
Intervalo de Tiempo: Presente	Periodo – Replica 0 _ - 0 _
Entrevistador:	Fecha _ _ - _ _ - 2 0 _ _
	Versión _ _

Número	Neutral	Feliz	Asustado	Enfadado
1	O1	O2	O3	O4
2	O1	O2	O3	O4
3	O1	O2	O3	O4
4	O1	O2	O3	O4
5	O1	O2	O3	O4
6	O1	O2	O3	O4
7	O1	O2	O3	O4
8	O1	O2	O3	O4
9	O1	O2	O3	O4
10	O1	O2	O3	O4
11	O1	O2	O3	O4
12	O1	O2	O3	O4
13	O1	O2	O3	O4
14	O1	O2	O3	O4
15	O1	O2	O3	O4
16	O1	O2	O3	O4
17	O1	O2	O3	O4
18	O1	O2	O3	O4
19	O1	O2	O3	O4
20	O1	O2	O3	O4
21	O1	O2	O3	O4
22	O1	O2	O3	O4
23	O1	O2	O3	O4
24	O1	O2	O3	O4
25	O1	O2	O3	O4
26	O1	O2	O3	O4
27	O1	O2	O3	O4
28	O1	O2	O3	O4
29	O1	O2	O3	O4
30	O1	O2	O3	O4

Número	Neutral	Feliz	Asustado	Enfadado
--------	---------	-------	----------	----------

Número	Neutral	Feliz	Asustado	Enfadado
31	O1	O2	O3	O4
32	O1	O2	O3	O4
33	O1	O2	O3	O4
34	O1	O2	O3	O4
35	O1	O2	O3	O4
36	O1	O2	O3	O4
37	O1	O2	O3	O4
38	O1	O2	O3	O4
39	O1	O2	O3	O4
40	O1	O2	O3	O4
41	O1	O2	O3	O4
42	O1	O2	O3	O4
43	O1	O2	O3	O4
44	O1	O2	O3	O4
45	O1	O2	O3	O4
46	O1	O2	O3	O4
47	O1	O2	O3	O4
48	O1	O2	O3	O4
49	O1	O2	O3	O4
50	O1	O2	O3	O4
51	O1	O2	O3	O4
52	O1	O2	O3	O4
53	O1	O2	O3	O4
54	O1	O2	O3	O4
55	O1	O2	O3	O4
56	O1	O2	O3	O4
57	O1	O2	O3	O4
58	O1	O2	O3	O4
59	O1	O2	O3	O4
60	O1	O2	O3	O4
61	O1	O2	O3	O4
62	O1	O2	O3	O4
63	O1	O2	O3	O4
64	O1	O2	O3	O4

Número	Neutral	Feliz	Asustado	Enfadado
---------------	----------------	--------------	-----------------	-----------------

Instrucciones de Reconocimiento Facial de Benton

Instrucciones

Fotografías 1 - 6:

"En la primera página aparece una fotografía de una cara, y en la segunda página veras otras imágenes de caras. ¿Me puedes decir qué foto en la segunda página muestra la misma cara que en la primera página?"

Fotografías 7 - 13:

"Ahora algo un poco diferente. Esta mujer se muestra en tres ocasiones en esta página. ¿Puedes decirme dónde está - es decir, señalar las 3 fotos de ella? "

Nota. Hay que tener en cuenta los números de los sujetos mencionados. Si el sujeto sólo se elige 1 o 2 fotos, él / ella todavía tiene que tomar una decisión.

Por favor, marca las respuestas del sujeto en la hoja de Puntuación de Benton.

STUDIO: EU GEI	Fecha de nacimiento
Código del sujeto: __ EU __ - __ __	__ __ - __ __ - 1 9 __
Intervalo de tiempo: Presente	
Entrevistador:	
Periodo – Réplica 0 __ - 0 __	
Fecha __ __ - __ __ - 2 0 __	

Página 1	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Página 2	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Página 3	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Página 4	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Página 5	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Página 6	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Página 7	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Página 8	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Página 9	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Página 10	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Página 11	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Página 12	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Página 13	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Total de respuestas correctas:

--	--

(0 – 27)

Hoja de respuestas del White Noise Task

ESTUDIO: EU GEI	Fecha de nacimiento
Código del sujeto: __ EU __ - __ _ _	__ - __ - 1 9 __
Intervalo de Tiempo: Presente	Periodo – Replica 0 __ - 0 __
Entrevistador:	Fecha __ - __ - 2 0 __
	Versión __ __

Número:	He oído:				
	Algo POSITIVO	Algo NEGATIVO	Algo NEUTRAL	NADA	NO ESTOY SEGURO
1	O1	O2	O3	O4	O5
2	O1	O2	O3	O4	O5
3	O1	O2	O3	O4	O5
4	O1	O2	O3	O4	O5
5	O1	O2	O3	O4	O5
6	O1	O2	O3	O4	O5
7	O1	O2	O3	O4	O5
8	O1	O2	O3	O4	O5
9	O1	O2	O3	O4	O5
10	O1	O2	O3	O4	O5
11	O1	O2	O3	O4	O5
12	O1	O2	O3	O4	O5
13	O1	O2	O3	O4	O5
14	O1	O2	O3	O4	O5
15	O1	O2	O3	O4	O5
16	O1	O2	O3	O4	O5
17	O1	O2	O3	O4	O5
18	O1	O2	O3	O4	O5
19	O1	O2	O3	O4	O5
20	O1	O2	O3	O4	O5
21	O1	O2	O3	O4	O5
22	O1	O2	O3	O4	O5
23	O1	O2	O3	O4	O5
24	O1	O2	O3	O4	O5
25	O1	O2	O3	O4	O5
He oido	Algo POSITIVO	Algo NEGATIVO	Algo NEUTRAL	NADA	NO ESTOY SEGURO

	He oido:				
Número:	Algo POSITIVO	Algo NEGATIVO	Algo NEUTRAL	NADA	NO ESTOY SEGURO
26	O1	O2	O3	O4	O5
27	O1	O2	O3	O4	O5
28	O1	O2	O3	O4	O5
29	O1	O2	O3	O4	O5
30	O1	O2	O3	O4	O5
31	O1	O2	O3	O4	O5
32	O1	O2	O3	O4	O5
33	O1	O2	O3	O4	O5
34	O1	O2	O3	O4	O5
35	O1	O2	O3	O4	O5
36	O1	O2	O3	O4	O5
37	O1	O2	O3	O4	O5
38	O1	O2	O3	O4	O5
39	O1	O2	O3	O4	O5
40	O1	O2	O3	O4	O5
41	O1	O2	O3	O4	O5
42	O1	O2	O3	O4	O5
43	O1	O2	O3	O4	O5
44	O1	O2	O3	O4	O5
45	O1	O2	O3	O4	O5
46	O1	O2	O3	O4	O5
47	O1	O2	O3	O4	O5
48	O1	O2	O3	O4	O5
49	O1	O2	O3	O4	O5
50	O1	O2	O3	O4	O5
51	O1	O2	O3	O4	O5
52	O1	O2	O3	O4	O5
53	O1	O2	O3	O4	O5
54	O1	O2	O3	O4	O5
55	O1	O2	O3	O4	O5
56	O1	O2	O3	O4	O5
57	O1	O2	O3	O4	O5
58	O1	O2	O3	O4	O5
59	O1	O2	O3	O4	O5
60	O1	O2	O3	O4	O5
He oido	Algo POSITIVO	Algo NEGATIVO	Algo NEUTRAL	NADA	NO ESTOY SEGURO

	He oido:				
Número:	Algo POSITIVO	Algo NEGATIVO	Algo NEUTRAL	NADA	NO ESTOY SEGURO
61	O1	O2	O3	O4	O5
62	O1	O2	O3	O4	O5
63	O1	O2	O3	O4	O5
64	O1	O2	O3	O4	O5
65	O1	O2	O3	O4	O5
66	O1	O2	O3	O4	O5
67	O1	O2	O3	O4	O5
68	O1	O2	O3	O4	O5
69	O1	O2	O3	O4	O5
70	O1	O2	O3	O4	O5
71	O1	O2	O3	O4	O5
72	O1	O2	O3	O4	O5
73	O1	O2	O3	O4	O5
74	O1	O2	O3	O4	O5
75	O1	O2	O3	O4	O5
He oido	Algo POSITIVO	Algo NEGATIVO	Algo NEUTRAL	NADA	NO ESTOY SEGURO

Hoja de respuesta de la WAIS-III (abreviada)

ESTUDIO: EU-GEI	Fecha de nacimiento
Número de sujeto: <u> EU </u> - <u> </u>	<u> </u> - 1 9
Tiempo de evaluación: presente	
Periodo – Replica 0 - 0 	
Entrevistador:	Fecha <u> </u> - 2 0

1. Clave de números

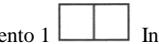
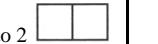
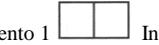
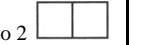
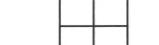
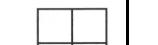
Tiempo límite	120 segundos
Tiempo empleado	
Puntuación directa	(Máximo =133)

2. Aritmética

Problema	Tiemp límite (segundos)	Tiempo de ejecución en segundos	Resputesta correcta	Respuesta	Puntuación (0 o 1)
1	15		3		
2	15		7		
3	15		5		
4	15		2		
5	15		9		
7	30		150		
9	30		8		
11	30		10.5		
13	60		83		
15	60		750		
17	60		13		
19	60		1/4		0 1 ^(11-60s) 2 ^(1-10s)
				Puntuación total directa	

Start
→

3. Cubos

Dibujo	Tiempo Límite	Dibujo Incorrecto	Tiempo empleado En segundos	Dibujo Correcto	Puntuación (rodear)
1. 	30"	Intento 1  Intento 2 		Sí No	0 Intento 2 1 2 Intento 1 2
2. 	30"	Intento 1  Intento 2 		Sí No	0 Intento 1 2 1 Intento 1 2
3. 	30"	Intento 1  Intento 2 		Sí No	0 Intento 2 1 Intento 1 2
4. 	30"	Intento 1  Intento 2 		Sí No	0 Intento 2 1 Intento 1 2
5. 	60"	Intento 1  Intento 2 		Sí No	0 Intento 1 2 1 Intento 1 2
7. 	60"			Sí No	0 16"-60" 4 5 11"-15" 6 7 6"-10" 1"-5"
9. 	60"			Sí No	0 21"-60" 4 5 16"-20" 6 7 11"-15" 1"-10"
11. 	120"			Sí No	0 66"-120" 4 5 46"-65" 6 7 31"-45" 1"-30"
13. 	120"			Sí No	0 76"-120" 4 5 56"-75" 6 7 41"-55" 1"-40"

Entrevistador

Puntuación total directa

4. Información

Inicio→

Item	Elemento	Respuesta	Puntuación (0 o 1)
1	Sábado		
2	Edad		
3	Pelota		
4	Meses		
6	Quijote		
9	Ejipto		
12	Juegos olímpicos		
15	Agua		
18	Luna		
21	Génesis		
24	Carlomagno		
27	Habitantes de la Tierra		
Puntuación directa total			

ESTUDIO: EU GEI	Fecha de nacimiento:
Código del sujeto: <u>EU</u> - <u> </u> - <u> </u> - <u> </u>	<u> </u> - <u> </u> - <u> </u> - <u>1</u> - <u>9</u> - <u> </u>
Tiempo de evaluación: presente	Periodo – Replicaso <u>0</u> - <u>0</u>
Entrevistador :	Fecha <u> </u> - <u> </u> - <u> </u> - <u>2</u> - <u>0</u> - <u> </u>

La versión breve del WAIS consiste en los siguientes subtests:

- (i) Clave de números: Codificación -- Completo
- (ii) Aritmética – Sólo los ítems impares
- (iii) Cubos – Sólo los items impares
- (iv) Información – Cada tres items (6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27)

Instrucciones para puntuar

Para calcular el CI, por favor, sigue las siguientes instrucciones:

- Calcular las puntuaciones directas:
- Transformar la puntuación de las escalas (por subtest), considerando la edad.
- Calcular la suma de las puntuaciones de las 4 escalas.
- Suma de las puntuaciones * 11/4 (=2.75) => puntuación estimada total del WAIS
- Transformación del CI-estimado

(i) Clave de números	Puntuación directa total (0-133)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													Puntuación escalar (0-19)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>												
(ii) Aritmética	Puntuación directa (0-22)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													Puntuación escalar (0)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>												
(iii) Cubos	Puntuación directa (0-68)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													Puntuación escalar (0)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>												
(iv) Información	Puntuación directa (0-28)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													Puntuación escalar (0)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>												
WAIS-Total:	Suma de las puntuaciones de las escalas (0-76)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													puntuación de la suma escalar estimada (11/4* suma de la puntuación escalar)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>												

Estimación total del IQ (0-155):

--	--

Clave de números- Administrar de acuerdo con el procedimiento Standard en el manual del WAIS-III.

Aritmética – La administración comienza con el ítem 5 y continúa con los ítems impares siguientes (ej., 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19). Si se obtiene una puntuación perfecta en el ítem 5, la puntuación de la subescala está determinada de la siguiente forma: (a) sumar de las puntuaciones del ítem 5 al 19; (b) multiplicar esta suma por 2; y (c) añadir 4 puntos por los primeros 4 que no han sido administrados. Si se falla en el ítem 5, establecer una puntuación basal del modo habitual, esto es, administrando los ítems del 1 al 4 en orden inverso hasta conseguir dos puntuaciones consecutivas bien realizadas. Sustituir el número de puntos ganados sobre los ítems de la puntuación basal (c), si es inferior a 4. Finalizar tras dos fallos consecutivos.

Cubos – La administración comienza con el ítem 5 y continúa con los ítems impares siguientes (ej., .5, 7, 9, 11, 13). Si se obtiene la máxima puntuación en el ítem 5, la puntuación de la subescala está determinada de la siguiente forma: (a) sumar de las puntuaciones del ítem 5 al 13; (b) multiplicar esta suma por 2; y (c) añadir 8 puntos de los ítems 1 a 4 que no hayan sido administrados. Si el ítem 5 tiene una puntuación de 0 o 1, establecer una puntuación basal del modo habitual administrando los ítems del 1 al 4 en orden inverso hasta conseguir dos puntuaciones consecutivas bien realizadas. Sustituir el número de puntos ganados sobre los ítems de la puntuación basal (c), si es inferior a 8. Finalizar tras 2 fallos consecutivos.

Información – La administración comienza en el ítem 6 y continúa con cada tercer ítem siguiente (6,9,12,15,18,21,24,27). Si se obtiene la máxima puntuación en el ítem 6, la puntuación de la subescala está determinada de la siguiente forma: (a) sumar las puntuaciones del ítem 6 al 27; (b) multiplicar esta suma por 3; y (c) añadir 4 puntos por los primeros 4 que no han sido administrados. Si se falla en el ítem 6, establecer una puntuación basal de la forma habitual administrando los ítems del 1 al 4 en orden inverso hasta conseguir dos puntuaciones consecutivas bien realizadas. Sustituir el número de puntos ganados sobre los ítems de la puntuación basal (c), si es inferior a 4. Finalizar tras 2 fallos consecutivos.

Hoja de respuestas BEADS



ESTUDIO: EU GEI	Fecha de nacimiento
Código del sujeto: __EU __- __ __ __	__ - __ - 1 9 __
Intervalo de Tiempo: Presente	Periodo – Replica 0 __- 0 __
Entrevistador:	Fecha __ - __ - 2 0 __

El sujeto ha elegido

O₁ Frasco azul

O₂ Frasco rojo

Número de cuentas mostradas:

--	--

Cuentas (1 – 20)

¿Cuánto estás de seguro en la respuesta que acabas de dar? (0-100%)

Devaluation of Consumers Scale



STUDIE: EU GEI	Fecha de nacimiento
Sujeto número: __ EU __ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - 1 9 _ _
Intervalo de tiempo: Momento presente Entrevistador:	
Periodo– Replicat 0 _ - 0 _ Fecha _ _ - _ _ - 2 0 _ _ 	

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La mayoría de la gente no aceptaría a una persona que una vez tuvo una enfermedad mental grave, como amigo íntimo,	O1	O2	O3	O4
2. La mayoría de la gente piensa que una persona con una enfermedad mental grave es peligrosa e impredecible	O1	O2	O3	O4
3. La mayoría de la gente siente que tener una enfermedad mental es peor que ser adicto a las drogas	O1	O2	O3	O4
4. La mayoría de las personas miran hacia abajo cuando ven a alguien que una vez fue paciente en una unidad de psiquiatría	O1	O2	O3	O4
5. La mayoría de los empresarios no contratarían a una persona que una vez tuvo una enfermedad mental grave aunque estén cualificados para el trabajo	O1	O2	O3	O4
6. La mayoría de la gente piensa peor de una persona que ha sido paciente en una unidad de psiquiatría	O1	O2	O3	O4
7. La mayoría de la gente siente que tener un tratamiento psiquiátrico es un signo de fracaso personal	O1	O2	O3	O4
8. La mayoría de las mujeres jóvenes no se casarían con un hombre que ha sido tratado por un trastorno mental grave	O 1	O 2	O 3	O 4

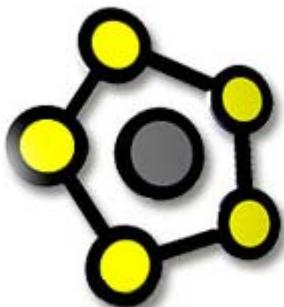
Devaluation of Consumers Families Scale



STUDIE: EU GEI Sujeto número: __ EU __ - __ __ __	Fecha de nacimiento __ __ - __ __ - 1 9 __ __
Intervalo de tiempo: El momento presente Entrevistador:	Periodo– Replicat 0 __ - 0 __ Fecha __ __ - __ __ - 2 0 __ __

¿Cómo crees que piensa la mayoría de la gente?

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La mayoría de la gente en mi comunidad preferiría no ser amigo de las familias que tienen un pariente mentalmente enfermo viviendo con ellos	O1	O2	O3	O4
2. La mayoría de la gente cree que los padres de niños con una enfermedad mental no son tan responsables ni cuidadosos como los demás padres	O1	O2	O3	O4
3. La mayoría de la gente baja la mirada ante las familias que tienen un miembro que está mentalmente enfermo que vive con ellos	O1	O2	O3	O4
4. La mayoría de las personas creen que sus amigos no los visitarían tan a menudo si un miembro de su familia fuera hospitalizado por una enfermedad mental grave	O1	O2	O3	O4
5. La mayoría de la gente no trataría de la misma manera a las familias que tienen un miembro enfermo mental que a otras familias	O1	O2	O3	O4
6. La mayoría de las personas culpa a los padres de la enfermedad mental de sus hijos	O1	O2	O3	O4
7. La mayoría de las personas prefieren no visitar a las familias que tienen un miembro enfermo mental	O1	O2	O3	O4



Banco de instrumentos
y metodologías en Salud Mental

www.cibersam.es/bancoinstrumentos

www.cibersam.es

cibersam

Centro de Investigación Biomédica En Red
de Salud Mental

INVENTARIO PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEFICITARIO (SDS)

Adaptación del manual elaborado por el Dr. Kirkpatrick y colaboradores del Maryland Psychiatric Research Center (EEUU) para el diagnóstico del síndrome deficitario de la esquizofrenia propuesto por Carpenter et al. en 1985

Miguel Bernardo,
Emilio Fernández-Egea
Amparo Torras
Maribel Ahuir
Fernando Gutiérrez
Celso Arango*

Programa Esquizofrenia Clínic (PEC). Servei de Psiquiatría. Hospital Clínic. Barcelona
*Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid



Comunidad de Madrid

Adaptación y validación en castellano del Inventory para la Esquizofrenia Deficitaria (SDS). Artículo publicado en Medicina Clínica, 2006.

INDICE

I. Generalidades	2
II. Criterio #1	4
Aplanamiento afectivo	5
Rango emocional disminuido	6
Alogia	6
Pérdida de intereses	7
Falta de objetivos	8
Pérdida de interés en actividades sociales	9
III. Criterio #2	10
IV. Criterio #3	10
V. Criterio #4	13
VI. Resumen	13
<u>APÉNDICE 1: Criterios diagnósticos para el síndrome deficitario en la esquizofrenia</u>	15
<u>APÉNDICE 2: Claves para la puntuación del criterio #1</u>	16
<u>APÉNDICE 3: Inventario para la puntuación del síndrome deficitario</u>	19
<u>Bibliografía básica de referencia</u>	20

INVENTARIO PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEFICITARIO

I. Generalidades

El concepto de síndrome deficitario difiere de forma importante del concepto de síntomas negativos. Por síndrome deficitario se entiende un supuesto subtipo de esquizofrenia, en el cual los síntomas negativos son prominentes y primarios, junto a unas características duraderas a partir del estado basal del paciente. Durante los períodos de remisión parcial, pueden estar presentes síntomas psicóticos (o “positivos”) significativos, aunque con frecuencia es posible diagnosticar el síndrome deficitario a pesar de la presencia de estos síntomas. Para una revisión de este concepto, ver Carpenter *et al*, *American Journal of Psychiatry*, Mayo 1988.

El rasgo distintivo del síndrome deficitario es la pérdida de viveza o de intereses. Los pacientes con el síndrome deficitario han perdido interés en la gente y en las cosas, de tal manera que esta pérdida no es atribuible a la suspicacia, a la depresión o la medicación. Citando a Kraepelin:

“Si realizamos ahora un visión general del cuadro clínico psíquico de la *dementia praecox*, hay aparentemente dos grupos principales de trastornos, que caracterizan la enfermedad. Por un lado, observamos un debilitamiento de esas actividades emocionales que conforman el mayor impulso de la volición... El resultado de esta parte de proceso mórbido es el apagado emocional, el fracaso de la actividad mental, la pérdida del control sobre la volición, del esfuerzo y de la capacidad para la acción individual. La esencia de la personalidad está destruida, la mejor y más preciada parte de su ser, tal como Griesinger expresó una vez, huye de ella. Con la aniquilación del deseo personal, la posibilidad de un desarrollo posterior, totalmente dependiente de la actividad de la volición, se pierde”.

La información para este inventario se obtiene a través de la entrevista con el paciente o de cualquier otra fuente de información necesaria, incluyendo médicos y familiares. La categorización deficitario/no-deficitario se basa en el funcionamiento del paciente durante los períodos de estabilidad clínica (remisión parcial o funcionamiento basal) y la entrevista y los

datos obtenidos se deben enfocar hacia estos períodos. Cuando el paciente esté estable, también son importantes los datos sobre el funcionamiento durante los períodos sin medicación.

La entrevista deberá aludir al nivel de funcionamiento del paciente, por ejemplo la ocupación y la situación vital, así como también a las principales áreas de la psicopatología de la esquizofrenia. Cuestiones adicionales sobre los antecedentes del paciente, como por ejemplo el nivel educativo y los antecedentes familiares, ayudan en la valoración de las respuestas.

Las preguntas deberán ser formuladas de una manera abierta para proporcionar a los entrevistadores mayor cantidad de información para valorar el funcionamiento del paciente. La categorización puede ser realizada por un amplio abanico de clínicos, incluyendo psicólogos y trabajadores sociales, siempre que estén familiarizados con pacientes esquizofrénicos ambulatorios. Los ejemplos de preguntas que se facilitan aquí son un intento de guía maestra y no deben sustituir una entrevista clínica hábil y flexible.

Para cumplir los criterios para el diagnóstico de síndrome deficitario, se deben satisfacer los cuatro criterios del Apéndice 1. Una puntuación de 9 significa que la información se considera inadecuada o invalida para realizar un juicio.

Se debe tener en cuenta que el inventario para el Síndrome Deficitario (ISD) (o Schedule for the Déficit Síndrome en inglés (SDS)) no ha sido diseñado para ser utilizado como una escala, sino como un instrumento diagnóstico y que sería complicado utilizarlo con el objetivo de medir el cambio durante un ensayo de tratamiento.

II. Criterio #1

1. Un mínimo de dos de los siguientes seis síntomas negativos deben estar presentes:

- a. Aplanamiento afectivo.
- b. Rango emocional disminuido.
- c. Alogia (discurso pobre).
- d. Pérdida de intereses.
- e. Falta de objetivos.
- f. Pérdida de interés en actividades sociales.

El criterio #1 se refiere a síntomas negativos, que pueden diferenciarse de los rasgos deficitarios. Los últimos son síntomas negativos primarios, duraderos y presentes durante períodos de estabilidad clínica (por ejemplo, en la línea basal). Por ejemplo, la desmoralización frente a repetidos fallos puede conducir a una alta puntuación en los ítems listados en el criterio #1, pero estos síntomas deberían ser considerados secundarios y por lo tanto no como rasgos deficitarios.

Para cada uno de los seis síntomas del criterio #1, el evaluador valora a los pacientes en una escala de 0 a 4. La puntuación de 0 significa que el paciente es normal con relación a este ítem. Una puntuación de 1 implica que el paciente es posiblemente anormal, pero no de una manera definitiva o clara, con relación a esa característica evaluada o que, si bien no es habitual con respecto a esta característica, se encuentra dentro del rango de variación normal. Una puntuación de 2 indica un juicio clínico en el que el paciente es claramente anormal con relación a esta característica, y que está más allá del rango de variabilidad normal. Una puntuación de 4 implica que el paciente está severamente deteriorado. Se han incluido unas claves para cada puntuación de los ítems (ver apéndice 2). Para satisfacer los criterios del síndrome deficitario (y para satisfacer el criterio #1), un paciente debe haber puntuado 2 o más en dos de los seis ítems del criterio #1.

Adjuntamos unas cuantas sugerencias de preguntas para cada síntoma negativo, aunque generalmente las respuestas más valiosas suelen basarse en la información que el paciente proporciona de forma espontánea, por lo que es mejor seguir el discurso del paciente. Es importante tener en cuenta que los pacientes pueden dar respuestas socialmente adecuadas en relación a su rango emocional, intereses, objetivos vitales e impulso social, pero estas respuestas deben ser contrastadas con las actividades (o con su carencia) que realiza el paciente. Las fuentes de información externas (familiares, médicos, trabajadores sociales) proporcionan datos con que refrenden las conclusiones derivadas de la entrevista con el paciente, y esta información puede llegar a considerarse más válida que aquella obtenida a través de la entrevista.

a. Aplanamiento afectivo

Este ítem normalmente no requiere de preguntas específicas y se puntúa basándose en lo observado durante la entrevista y mediante la información que se obtenga a través de otras personas que hayan mantenido un contacto prolongado con el paciente. El aplanamiento afectivo se refiere a las conductas observadas más que a la experiencia subjetiva del paciente. Específicamente, se puntúa:

1. Una relativa falta de expresividad de la cara o una expresión facial inmodificable.
2. Reducción de gestos expresivos cuando se habla de temas con contenido emocional.
3. Disminución de las inflexiones del habla.

Es importante distinguir entre aplanamiento afectivo primario y la forma de hablar cautelosa debida a la suspicacia o por la reticencia o vergüenza normal a una entrevista. Si la información clínica sugiere alguna de estas últimas, la puntuación debe ser alta pero el síntoma deberá ser valorado como secundario. La información a través de otras fuentes puede ser de utilidad para realizar tal distinción.

b. Rango emocional disminuido

Mediante este término se puntúa la intensidad y rango de la experiencia emocional subjetiva del paciente. Este ítem debe distinguirse de la capacidad para mostrar afecto, que se puntúa en el “aplanamiento afectivo”. Se puntúa la incapacidad para experimentar placer o la “disforia” de cualquier tipo. Por ejemplo, un paciente que parece experimentar poco placer debido a que se siente torturado por las alucinaciones auditivas no se consideraría que tenga un rango emocional disminuido. Es importante distinguir una disminución primaria del rango emocional de la reticencia normal frente a desconocidos, incluidos los profesionales.

Preguntas:

¿Qué es lo que te hace disfrutar en la vida?

¿Que te molesta / disturba?

¿Qué te entristece?

¿Qué te irrita o hace que te enfades?

c. Alogia (discurso pobre)

La pobreza del lenguaje no requiere pruebas específicas sino que se puntúa en base a lo observado durante la entrevista. El discurso deliberadamente opaco, por ejemplo en el caso de creencias persecutorias, o la reserva normal ante desconocidos no sería considerada pobreza del lenguaje primaria. La puntuación se basa tanto en el número de palabras utilizadas como en la cantidad de información expresada, incluyendo la información que es voluntaria y que no es absolutamente requerida para la respuesta literal a la pregunta. La anomalía llamada a veces pobreza en el contenido del discurso no se puntúa aquí. Por pobreza en el contenido del discurso entendemos que el paciente proporciona un discurso adecuado en cantidad o en el número de palabras, pero con poca información trasmitida debido al discurso vago, reiterativo, estereotipado o cargado de clichés.

d. Pérdida de intereses

Este ítem se utiliza para puntuar el grado de interés de la persona en el mundo que le rodea, tanto acerca de las ideas como de los acontecimientos. La puntuación de este ítem debe basarse tanto en la conducta como en los pensamientos del paciente. Estar interesado en el mundo que lo rodea es diferente a tener conocimientos sobre las cosas que le interesan.

El paciente puede mostrar un rango o una profundidad disminuida de intereses: ambos deterioros deben considerarse patológicos. A pesar de esto, un profundo interés en un número escaso de temas (¡tal y como se encuentra a veces entre los investigadores!) no se consideraría habitualmente como patológico. Una preocupación patológica por temas psicóticos puede limitar la curiosidad o el interés en otras cosas, pero no es una disminución de intereses tal y como se entiende aquí, dado que el paciente está claramente atento respecto a esta área de funcionamiento. El paciente con un intenso pero aparentemente patológico interés en un objetivo irreal, al que dirige tanto los pensamientos como los actos, no manifiesta una pérdida de intereses.

Preguntas sugeridas:

- ¿Qué encuentras interesante?
- ¿En qué sueles pensar?
- ¿Qué haces para saber más de estos temas?
- ¿De qué te gustaría saber más?
- ¿Has leído periódicos, o escuchado o visto noticias en la TV o la radio últimamente?
- ¿Puedes explicarme alguna gran noticia que hayas escuchado últimamente?

e. Falta de objetivos

Mediante este ítem se intenta puntuar: 1) el grado en el que el paciente se fija objetivos en su vida; 2) hasta qué punto no consigue iniciar o mantener actividades dirigidas a objetivos debido a un problema de motivación; y 3) la cantidad de tiempo empleado en actividades sin propósito, independientemente de si el objetivo es realizable o no. Pese a ello, el paciente con un compromiso superficial con su objetivo –por ejemplo, aquel que sólo alaba algo pero sin hacer realmente nada de un objetivo socialmente aceptable- debería considerarse que tiene una falta de objetivos. Es importante distinguir entre la actividad en la que el paciente toma la iniciativa y aquellas en las que es otra persona (como un miembro de la familia) quien lo proporciona.

Es crucial distinguir la falta de objetivos de las manifestaciones en las que el paciente presenta: 1) desorganización psicótica o 2) se siente sobrepasado por lo que, para la mayoría de las personas, sería un pequeño esfuerzo. Si un paciente presenta un deterioro en la falta de objetivos (un síntoma negativo), pero se considera secundario a psicosis (y por lo tanto no una característica deficitaria), él o ella deberá recibir un 2 o más aquí, y un “Falso” para este ítem en el criterio #3 (el criterio primario/secundario).

Preguntas sugeridas:

¿Piensas mucho acerca el futuro?

¿Te has fijado algún objetivo para tí mismo?

¿Cómo cambiarías tu vida si pudieras?

¿Qué has hecho últimamente para cambiar tu situación?

¿Han habido actividades que quisieras realizar pero que no las has llegado a hacer por algún motivo? (Si es afirmativo: ¿Por qué fue?)

¿Inviertes mucho tiempo quedándote simplemente sentado, o en la cama o viendo la televisión? (Si afirmativo: ¿Estás interesado en el programa o estás simplemente pasando el tiempo?)

f. Pérdida de intereses en actividades sociales

Este ítem se utiliza para puntuar el grado en el cual una persona busca o desea la interacción social. El paciente evitativo, que aspira al contacto social y lo busca irregularmente pero se siente incómodo con él, no se considera que tenga una pérdida de interés en las actividades sociales. La puntuación debería considerarse en base a la experiencia interna del paciente, sus afirmaciones y sus conductas. Aquí no se puntúa el éxito social. Muchas personas con esquizofrenia tienen importantes discapacidades sociales, pero la mayoría de personas socialmente deterioradas, con esquizofrenia u otra problemática, por lo general persisten en buscar algún tipo de interacción social. El término no se refiere al aislamiento social que sólo está presente durante los episodios psicóticos o al aislamiento secundario a la desconfianza o por un efecto de la disminución de estímulos o por cualquier otro factor diferente de la pérdida de intereses descrita.

Preguntas sugeridas:

¿En qué utilizas tu tiempo?

¿Sueles hacer las actividades en solitario o con otras personas?

A algunas personas les gusta estar con otras; otras prefieren estar solas. ¿Cómo te describirías a tí mismo? (Si el paciente es introvertido:) ¿Por qué prefieres estar sólo?

¿Te siente sólo a veces?

¿Te gustaría estar más tiempo con otra gente?

¿Buscas estar en contacto con otras personas?

¿Esperas a menudo que sean los otros quienes te inviten a hacer algo con ellos?

Cuando te encuentras con otras personas, ¿quién decide qué hacer?

Cuando estás con otras personas, ¿tomas tú la iniciativa o son los otros?

III. Criterio #2

Alguna combinación de dos o más de estos síntomas negativos ha estado presente durante los últimos 12 meses y ha estado siempre presente durante períodos de estabilidad clínica (incluyendo estados psicóticos crónicos). Estos síntomas pueden ser o no detectables durante episodios transitorios de desorganización o descompensación psicótica aguda.

Cada uno de los seis ítems del Criterio#2 se puntúa como verdadero o falso. Para cumplir los criterios para el síndrome deficitario, el paciente debe haber puntuado 0 (verdadero) en un mínimo de dos de las preguntas del Criterio#2.

IV. Criterio #3

Los síntomas negativos son primarios, no secundarios a otros factores que no sean los propios del proceso de la enfermedad. Estos factores incluyen:

- Ansiedad.
- Efectos de los fármacos.
- Suspicacia (y otros síntomas psicóticos).
- Retraso mental.
- Depresión.

Las puntuaciones en este ítem están planteadas en gran parte por nuestro deseo de definir un grupo relativamente homogéneo para propósitos de investigación. En consecuencia, si hay una duda razonable acerca de si los síntomas negativos son primarios o secundarios nosotros valoramos este ítem como “Falso” aunque el paciente haya obtenido puntuaciones altas para los síntomas en el criterio #1. Los pacientes que tienen una valoración de “Falso” en el criterio #3, pero por otro lado cumplen los requisitos para el Síndrome Deficitario reciben una puntuación en la severidad global de 1. En nuestra experiencia no es infrecuente que estos factores sean lo suficientemente severos como para provocar una valoración de “Falso” en este criterio, sin que esto excluya que pacientes con síntomas psicóticos moderados puedan ser categorizados como pacientes deficitarios.

No siempre es fácil para el clínico hacer una inferencia válida acerca de la causa de los síntomas negativos. Aunque en cada caso existe la posibilidad de efectuar una valoración errónea, por lo general los clínicos son capaces de conseguir un alto grado de precisión. El predominio de síntomas negativos puede ser secundario a: 1) una respuesta adaptativa (por ejemplo, retraimiento para protegerse de una excesiva estimulación), 2) afecto patológico como la depresión, 3) desmoralización, 4) efectos adversos secundarios a los neurolépticos, 5) síntomas secundarios a una exposición continua a un ambiente infraestimulado y 6) una manifestación primaria de la esquizofrenia. Sin embargo, ésta no es una lista exhaustiva.

Dos perspectivas pueden ayudarnos a determinar qué síntomas son primarios o secundarios: la observación longitudinal y la manipulación empírica. Específicamente:

1. ¿Manifiesta el paciente predominio de síntomas negativos en ausencia de desmoralización, depresión o desesperanza?
2. ¿Manifiesta el paciente predominio de síntomas negativos durante periodos sin medicación y durante períodos de relativa inactividad de síntomas positivos?
3. ¿Hay antecedentes de falta de impulso vital, expresión emocional limitada, y predominio de otros síntomas negativos previos al inicio de la psicosis y tratamiento, y previos a cualquier experiencia prolongada de exposición a un ambiente poco estimulante?
4. ¿Disminuyen las manifestaciones como una expresión rígida con el uso de medicación antiparkinsoniana, o durante períodos sin medicación?

Confiar en la valoración clínica es inevitable para este ítem. Nuestro enfoque ha sido el de intentar eliminar de la categoría de deficitario a los pacientes con causas mayores de predominio de síntomas negativos secundarios. Sin duda, en algunos pacientes esta valoración será errónea, pero nuestros datos sugieren que el conjunto de los clínicos realizan una adecuada distinción.

Puntuamos estos ítems como falsos si el paciente: 1) atribuye su deterioro a una fuerte sensación de desmoralización, suspicacia, ansiedad, etc., y su estado es congruente con su conducta y lo aportado por otras fuentes de información, 2) no cumple el criterio #1 cuando

está clínicamente estable (no en recaída), aunque sin tratamiento o cuando los síntomas psicóticos mejoran transitoriamente, 3) muestra signos vegetativos u otros síntomas significativos de depresión durante períodos en que predominan los síntomas negativos, 4) es incapaz de responder a preguntas de la entrevista debido a los trastornos del pensamiento persistentes durante una remisión parcial, 5) está tan crónicamente desorganizado o suspicaz que es incapaz de dedicarse a ningún interés o 6) tiene un retraso mental.

Finalmente Rifkin et al., señalaron que la sedación es el marcador clave de un forma de acinesia inducida por neurolépticos que puede causar muchos de los síntomas negativos encontrados en el criterio #1.

La lista citada no es exhaustiva.

Sería recomendable que las cuestiones utilizadas para esta discriminación fuesen preguntadas también a otros informantes a parte del paciente.

Algunas preguntas sugeridas para la entrevista:

¿Hay algo que te haya molestado hoy?

¿Te sientes ansioso, tenso o nervioso?

¿Te sientes triste, abatido o deprimido?

¿Has dejado de intentar de hacer cosas? (si responde “sí”: ¿por qué?)

¿Es duro hacer cosas? (si responde “sí”: ¿por qué?)

(Si las respuestas han sido “sí” a las cuestiones anteriores.) ¿Sientes esto la mayor parte del tiempo? ¿Se van estas sensaciones cuando estás tomando (o no tomas) medicación?

¿Te sientes mejor cuando tus alucinaciones, ideas de suspicacia, confusión, etc.. mejoran?

¿Qué medicaciones tomas?

¿Cómo te hace sentir esta medicación?

¿La medicación te produce somnolencia?

¿Te sientes muy diferente cuando no estás medicado? ¿Tienes más energía cuando no estás medicado?

V. Criterio #4

4. El paciente cumple los criterios DSM para la esquizofrenia.

El ISD (SDS) no proporciona un protocolo para hacer este diagnóstico

VI. Resumen.

Pese a que ha sido posible conseguir un buena fiabilidad interevaluador para el ISD (SDS) dentro de nuestro propio grupo de investigación, el problema de la fiabilidad entre diferentes grupos de investigadores es más complicado. Diferentes grupos han publicado a veces resultados muy contradictorios sobre el síndrome deficitario, aunque si se examinan las características clínicas de los dos grupos de síndrome deficitario se comprueba que estos investigadores no hablaban del mismo tipo de pacientes. El problema está en que su concepto de síndrome deficitario es muy diferente al nuestro. El hecho de utilizar el ISD (SDS) o que se apliquen los criterios del síndrome deficitario no evita este problema completamente, debido a los problemas de fiabilidad intergrupos.

Para ayudar al lector sobre este tema, sería de mucha utilidad proporcionar una comparación de los detalles clínicos entre el grupo deficitario y no deficitario en cualquier publicación, especialmente los demográficos, estado civil, cronicidad de la enfermedad, síntomas y nivel de funcionamiento premórbido. Se podría esperar que el grupo deficitario tuviese un mayor porcentaje de hombres y un peor funcionamiento premórbido o actual. Pese a todo, estas variables de validez no deberían confundirse debido a una mayor duración de la enfermedad o gravedad de síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios o trastorno formal del pensamiento). Se podría esperar que el grupo deficitario también tuviese una menor severidad de la suspicacia y la emocionabilidad (humor depresivo, ansiedad, culpa y hostilidad). No todas las diferencias esperables serán significativas en cada muestra, aunque una severidad importante de la psicosis en el grupo deficitario sería preocupante.

Generalmente el problema más grande para hacer la fiabilidad intergrupos está en hacer el diagnóstico de síntomas negativos primarios *vs* secundarios, especialmente en los pacientes

con síntomas psicóticos severos. La mayoría de las veces, nosotros categorizaremos al paciente con una importante desorganización como no deficitario, sin preocuparnos por la puntuación que él o ella haya conseguido en instrumentos como la SANS. De igual forma, un paciente absorto en sus alucinaciones y/o delirios será considerado como no deficitario. La categoría de deficitario no es equivalente a peor función. Hay muchas causas de funcionamiento empobrecido en la esquizofrenia y la presencia del síndrome deficitario es sólo una de ellas.

APÉNDICE 1:

Criterios diagnósticos para el síndrome deficitario en la esquizofrenia

1. Presencia de al menos dos síntomas de la siguiente lista de seis síntomas negativos:
 - a. Aplanamiento afectivo.
 - b. Rango emocional disminuido.
 - c. Alogia (discurso pobre).
 - d. Pérdida de intereses.
 - e. Falta de objetivos.
 - f. Pérdida de interés en actividades sociales.
2. Alguna combinación de dos o más de estos síntomas negativos ha estado presente durante los últimos doce meses, y ha estado siempre presente durante periodos de estabilidad clínica (incluyendo estados psicóticos crónicos). Estos síntomas pueden ser o no detectables durante episodios transitorios de desorganización o descompensación psicótica aguda.
3. Los síntomas negativos son primarios, es decir, no secundarios a otros factores que no sean los de la enfermedad. Dichos factores incluyen: a) ansiedad, b) efectos de la medicación, c) suspicacia (y otros síntomas psicóticos), d) retraso mental y e) depresión.
4. El paciente cumple los criterios DSM para esquizofrenia

APÉNDICE 2: CLAVES PARA LA PUNTUACIÓN DEL CRITERIO #1

ESQUEMA GENERAL PARA PUNTUAR LOS ÍTEMS:

0. El paciente se muestra normal respecto a esta característica.
1. El empeoramiento del funcionamiento es de severidad cuestionable (ej: el paciente es algo inusual en relación al ítem pero se considera patológico).
2. El paciente tiene esta área de funcionamiento claramente empeorada (de forma patológica) pero algunos aspectos clínicos están intactos.
3. Claro empeoramiento en relación a la mayoría de aspectos de la característica.
4. Empeoramiento en relación a todos los aspectos de la característica.

Aplanamiento afectivo.

0. El paciente muestra un rango de expresión del afecto espontáneo y amplio.
1. Disminución del afecto mostrado pero que no es considerado patológico.
2. Disminución moderada del afecto en relación a muchos aspectos o una severa disminución en relación a algunos aspectos.
3. Disminución severa del afecto en relación a muchos aspectos o una muy severa disminución en algunos aspectos.
4. Disminución muy severa del afecto en relación a muchos aspectos.

Rango emocional disminuido.

0. No hay disminución en la variedad emocional o intensidad.
1. Disminución cuestionable en variedad o intensidad de las emociones o severidad media no considerada patológica.
2. Disminución moderada en variedad o intensidad de las emociones en relación a muchos aspectos o una disminución severa en relación a algunos aspectos.
3. Disminución severa en variedad o intensidad de las emociones en relación a muchos aspectos o una disminución muy severa en relación a algunos aspectos.
4. Disminución muy severa en variedad o intensidad de las emociones en relación a muchos aspectos.

Alogia

0. Discurso normal en cantidad de habla y en cantidad de información proporcionada.
1. Disminución media en la cantidad de habla o de información proporcionada pero no considerada patológica
2. Disminución moderada en cantidad de habla o de información proporcionada en relación a muchos temas, o disminución severa en relación a algunos temas.
3. Disminución severa en cantidad de habla o de información proporcionada en relación a muchos temas o disminución muy severa en relación a algunos temas.
4. Disminución muy severa en cantidad de habla o de información proporcionada en muchos temas.

Pérdida de intereses

0. Cantidad normal de intereses; en un amplio rango de intereses o muy intensos en un grupo pequeño.
1. Disminución del rango o intensidad de los intereses pero tan leve que no se considera patológico.
2. Disminución moderada del rango o intensidad de intereses.
3. Disminución severa del rango o intensidad de intereses.
4. Disminución muy severa del rango o intensidad de intereses.

Falta de objetivos

0. Motivación normal y actividades dirigidas a objetivos en rango o intensidad normal.
1. Disminución en la motivación y actividades dirigidas a objetivos pero tan leves que no se consideran patológicas.
2. Disminución moderada en rango o intensidad de la motivación y actividades dirigidas a objetivos.
3. Disminución severa en rango o intensidad de la motivación y actividades dirigidas a objetivos.
4. Disminución muy severa en rango o intensidad de la motivación y actividades dirigidas a objetivos.

Pérdida de interés en actividades sociales.

0. Expresión espontánea de actividades sociales en diferentes situaciones.
1. Disminución en las actividades sociales tan leve que no se considera patológico.
2. Disminución moderada en las actividades sociales.
3. Disminución severa en las actividades sociales.
4. Disminución muy severa en las actividades sociales.

Iniciales sujeto _____ **Evaluador** _____

Nº ID _____ **Fecha :** _____

I. Síntomas negativos	<u>Severidad</u>					Primarios			Estables		
	No	Sí	NA*	No	Sí	NA*					
Aplanamiento afectivo	0	1	2	3	4	1	2	9	1	2	9
Rango emocional disminuido	0	1	2	3	4	1	2	9	1	2	9
Alogia (discurso pobre)	0	1	2	3	4	1	2	9	1	2	9
Pérdida de intereses	0	1	2	3	4	1	2	9	1	2	9
Falta de objetivos	0	1	2	3	4	1	2	9	1	2	9
Pérdida de interés en act. sociales	0	1	2	3	4	1	2	9	1	2	9

(* no aplicable si la severidad es 0 ó 1)

II. CRITERIOS PARA EL SÍNDROME DEFICITARIO

- | | No | Sí | NA* |
|---|----|----|-----|
| 1. Esquizofrenia según DSM-IV | 1 | 2 | |
| 2. Dos síntomas negativos tienen una severidad de 2 o más | 1 | 2 | |
| 3. Estos síntomas negativos son considerados primarios | 1 | 2 | 9 |
| 4. Estos síntomas negativos son características estables durante períodos de relativa remisión durante el año anterior. | 1 | 2 | 9 |

(* no aplicable)

III. CATEGORIZACIÓN

Categorización global	Deficitario = 2	No-deficitario = 3	
Severidad Global			0 1 2 3 4

BIBLIOGRAFIA BÁSICA DE REFERENCIA

Kirkpatrick, B., Buchanan, R. W., McKenney, P. D., Alphs, L. D. & Carpenter, W. T., Jr. The Schedule for the Deficit syndrome: an instrument for research in schizophrenia. *Psychiatry Res.* **30**, 119-123 (1989).

Carpenter, W. T., Jr., Heinrichs, D. W. & Wagman, A. M. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. *Am. J. Psychiatry*. **145**, 578-583 (1988).

Kirkpatrick, B., Buchanan, R. W., Ross, D. E. & Carpenter, W. T., Jr. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*. **58**, 165-171 (2001).

Schedule for the Deficit Syndrome (SDS)

STUDIE: EU GEI	Fecha de nacimiento
Sujeto número: EU _____-_____	_____-_____- 19 ____
Intervalo de tiempo: A lo largo de toda la vida hasta el momento presente	
Entrevistador: Periodo – Replicat 10 ____- 0 ____	
Fecha ____-____- 20 ____	

I. Síntomas Negativos:

	Severidad					Estable		
	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	No	Sí	NA*
1. Afecto restringido	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₁	O ₂	O ₉
2. Disminución rango emocional	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₁	O ₂	O ₉
3. Pobreza del lenguaje	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₁	O ₂	O ₉
4. Disminución de intereses	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₁	O ₂	O ₉
5. Disminución del sentido del propósito	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₁	O ₂	O ₉
6. Disminución de la conducta social	O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₁	O ₂	O ₉

* no aplicable si la severidad es 0 o 1

Lista de Medicacion (actualmente)

¿El participante toma medicación?

O⁰ no O¹ si



ESTUDIO: EU GEI

Fecha de nacimiento:

_____ - _____ - **19** _____

Código del sujeto: | EU | | | - | | | | | |

Tiempo de intervalo: Presente

Periodo – Replicación | **0** | - | **0** | |

Entrevistador:

Fecha | | | - | | | - | **20** | | |

Nº.	Nombre	Código	Dosis diaria total- o depot	Día	Unidades:	O ¹ mg	O ² ml	O ³ mmol/l	O ⁴ microg
0 1	- -	,		Pauta al día:	O ¹ 8am	O ² 12am	O ³ 6pm	O ⁴ 10pm
	Motivo de la prescripción:				Depot:	O ⁰ no	O ¹ si		
	Fecha de comienzo:				Si es necesario:	O ⁰ no	O ¹ si		
0 2	- -	,		Unidades:	O ¹ mg	O ² ml	O ³ mmol/l	O ⁴ microg
	Motivo de la prescripción:				Pauta al día:	O ¹ 8am	O ² 12am	O ³ 6pm	O ⁴ 10pm
	Fecha de comienzo:				Depot:	O ⁰ no	O ¹ si		
0 3	- -	,		Si es necesario:	O ⁰ no	O ¹ si		
	Motivo de la prescripción:				Unidades:	O ¹ mg	O ² ml	O ³ mmol/l	O ⁴ microg
	Fecha de comienzo:				Pauta al día:	O ¹ 8am	O ² 12am	O ³ 6pm	O ⁴ 10pm
0 4	- -	,		Depot:	O ⁰ no	O ¹ si		
	Motivo de la prescripción:				Si es necesario:	O ⁰ no	O ¹ si		
	Fecha de comienzo:				Unidades:	O ¹ mg	O ² ml	O ³ mmol/l	O ⁴ microg
					Pauta al día:	O ¹ 8am	O ² 12am	O ³ 6pm	O ⁴ 10pm
					Depot:	O ⁰ no	O ¹ si		
					Si es necesario:	O ⁰ no	O ¹ si		

Nº.	Nombre	Código	Dosis diaria total- o depot	Día	Unidades:	O ¹ mg	O ² ml	O ³ mmol/l	O ⁴ microg
0 5	- -	,		Pauta al día:	O ¹ 8am	O ² 12am	O ³ 6pm	O ⁴ 10pm
	Motivo de la prescripción:								
	Fecha de comienzo:								
0 6	- -	,		Depot:	O ⁰ no	O ¹ si		
	Motivo de la prescripción:								
	Fecha de comienzo:								
0 7	- -	,		Si es necesario:	O ⁰ no	O ¹ si		
	Motivo de la prescripción:								
	Fecha de comienzo:								
0 8	- -	,		Unidades:	O ¹ mg	O ² ml	O ³ mmol/l	O ⁴ microg
	Motivo de la prescripción:								
	Fecha de comienzo:								
0 9	- -	,		Pauta al día:	O ¹ 8am	O ² 12am	O ³ 6pm	O ⁴ 10pm
	Motivo de la prescripción:								
	Fecha de comienzo:								
1 0	- -	,		Depot:	O ⁰ no	O ¹ si		
	Motivo de la prescripción:								
	Fecha de comienzo:								
					Si es necesario:	O ⁰ no	O ¹ si		
					Unidades:	O ¹ mg	O ² ml	O ³ mmol/l	O ⁴ microg
					Pauta al día:	O ¹ 8am	O ² 12am	O ³ 6pm	O ⁴ 10pm
					Depot:	O ⁰ no	O ¹ si		
					Si es necesario:	O ⁰ no	O ¹ si		

Instrucciones

Nombre: preguntar qué medicación toma: un producto específico puede ser utilizado para varios síntomas

Dosis: Dosis **diaria** total o dosis **depot** total

Día: - Toma de medicación diaria, código = 001

- En caso de depot; ej. depot cada 2 semanas, código = 014

Los códigos de la medicación son:

A. Hipnóticos	0 1 - 0 1 - 0 0
B. Sedantes	0 1 - 0 2 - 0 0
C. Otros ansiolíticos	0 1 - 0 3 - 1 0
D. Antipsicóticos	0 1 - 0 4 - 0 0
E. Litio	0 1 - 0 5 - 0 0
F. Antidepresivos	0 1 - 0 6 - 0 0
G. Medicación para TDH	0 1 - 0 7 - 0 0
H. Antiepilepticos	0 2 - 0 1 - 0 0
I. Anticolinérgicos	0 2 - 0 2 - 1 0
J. Antihistamínicos	1 8 - 0 1 - 0 0
K. Beta bloqueantes	0 5 - 0 2 - 0 0
L. Otros psicotrópicos	2 4 - 0 0 - 0 0

STUDIE: EU GEI	Fecha de nacimiento
Código del sujeto: __ EU __ _ - _ _ _ _	__ _ - _ _ - 1 9 _ _
Intervalo de tiempo: Presente	Periodo – Replicat 0 _ - 0 _
Entrevistador:	Fecha __ _ - _ _ - 2 0 _ _

A – Antes de la emigración

1. ¿Con quién vivías en tu país de origen, inmediatamente antes de la emigración?

- | | | | |
|-----------|-------------------|---------------------|-------------------------------|
| O1 Solo | O2 Solo con hijos | O3 Pareja / Cónyuge | O4 Pareja / Cónyuge con hijos |
| O5 Padres | O6 Otra familia | O7 Amigos | O8 Otros (especificar)..... |

2. ¿Alguna vez tuviste trabajo en tu país de origen? O0 No O1 Si

3. ¿Cuál fue tu empleo en tu país de origen, inmediatamente antes de la emigración?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| O1 Desempleado | O2 Empleado del hogar |
| O3 Discapacidad por enfermedad física | O4 Retirado |
| O5 Cuidador | O6 Estudiante |
| O7 Trabajador | O8 Asalariado a tiempo parcial |
| O9 Empleado a jornada completa | O10 Autónomo |

4. Clase Social

(Dé tan sólo una descripción)

Principal (en tu país de origen)

a. **Profesión**

b. **¿Cuál era tu función fundamental?**

c. **Qué función tenía la organización para la que trabajaba?**

d. **Clase Social**

O1 Profesional titulado superior

O2 Profesional titulado medio

O3 Ocupación Intermedia

O4 Pequeños empresarios o autónomos

O5 Autónomo

O6 Tareas de supervisión y tareas técnicas básicas

O7 Servicios, tareas de ventas básicas y tareas religiosas

O8 Tareas técnicas básicas

O9 Tareas rutinarias

O10 Nunca ha trabajado o desempleado durante mucho tiempo

B- Proceso de Emigración

1. Fecha de la Emigración _____ |_____

2. ¿Cuál es la razón por la que dejaste tu país?

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| O1 Trabajo | O6 Otras razones políticas |
| O2 Estudios | O7 Turismo |
| O3 Boda | O8 Salud |
| O4 Reunión Familiar | O9 Otras |
| O5 Solicitante de asilo | |

2.1. Por favor, especifique otras:

3. ¿Alguna vez te han detenido porque no tenías permiso de residencia en este país? O0 No O1 Si

4. Si la respuesta es SI, ¿durante cuánto tiempo? |____| Mesas

5. ¿Consideras que este país es el último en tu emigración? O0 No O1 Si

5.1 Si la respuesta es NO, por favor especificar porqué (si varias respuestas son adecuadas, por favor indica la principal):

- O1 Razones económicas (ej. Bajos ingresos, alto coste de vida, dificultad para encontrar un trabajo ...)
- O2 Razones familiares (ej. querer unirse a otro miembro de la familia que vive en otro lugar, querer alejarse de un miembro de la familia que vive aquí ...)
- O3 Factores socio-ambientales (ej. no encajan en el nuevo entorno, integración sin éxito, baja calidad de la vida, discriminación ...)
- O4 Expulsión / Permiso de residencia caducado
- O5 Estar en problemas o necesidad de escapar (por ejemplo, de alguien, de la ley ...)
- O6 Nunca se sintió perteneciente a este país / siempre lo consideró como un “país de paso”
- O7 Otras

5.2 Por favor, especifique otras:

6. ¿Planea volver de forma permanente a tu país de origen algún día? O0 No O1 Si

6.1 Si la respuesta es NO, por favor especificar porqué (si varias respuestas son adecuadas, por favor indica la principal):

- | | |
|---|---|
| O1 Ya no hay ningún familiar/casa | O2 No hay perspectivas en el país de origen
(ej. Sin empleo) |
| O3 Riesgos en el país de origen (ej, Guerra, persecución) | O4 El coste es muy alto |
| O5 Repudiado por la familia/vergüenza de volver | O6 No querer ver a ciertas personas |
| O7 Deseo de ver otros lugares | O8 No querer volver a la antigua forma de vida |
| O9 Su vida está aquí | O10 Otras |

6.2 Por favor, especifique otras:

C- Post Emigración

1. ¿Tienes un permiso de residencia o permiso permanente? O0 No O1 Si

2. ¿Cuál es tu estatus de emigración?

- | | |
|----------------------|------------------------|
| O1 Indocumentado | O2 Solicitud de asilo |
| O3 Refugiado | O4 Residencia temporal |
| O5 Ciudadano Europeo | O6 Ciudadano Italiano |
| O7 Sin nacionalidad | O8 Otras |

2.1. Por favor, especifique otras:

3. ¿Tienes familia o amigos en este país? O0 No O1 Si

3.1 Si la respuesta es SI, quién:

- | | |
|-------------------------------|-----------------|
| O1 Sólo, con hijos | O4 Padres |
| O2 Pareja / Cónyuge | O5 Otra familia |
| O3 Pareja / Cónyuge con hijos | O6 Amigos |

3.2. Por favor, especifique otra familia:

4. ¿Tienes familia en tu país de origen? O0 No O1 Si

4.1 Si la respuesta es SI, quien:

O1 hijos

O4 Padres

O2 Pareja / Cónyuge

O5 Otra familia

O3 Pareja / Cónyuge con hijos

4.2. Por favor, especifique otra familia:

5. ¿Con qué frecuencia viajas a tu país de origen?

O1 A menudo (2 o más veces al año)

O2 Anualmente (1 vez al año)

O3 Infrecuentemente (menos de una vez al año)

O4 Nunca

6. ¿Cómo ha cambiado tu posición de trabajo desde que dejaste tu país?

O1 Mejor

O2 Peor

O3 No ha cambiado

7. ¿Cómo ha cambiado tu posición económica desde que dejaste tu país de origen?

O1 Mejor

O2 Peor

O3 No ha cambiado

8. Por favor, indique en relación a las siguientes áreas, la medida en la que sus expectativas han sido alcanzadas:

	Perfectamente logrado	Parcialmente logrado	Pobremente logrado	En absoluto logrado
Trabajo	O1	O2	O3	O4
Sueldo	O1	O2	O3	O4
Familia	O1	O2	O3	O4
Salud	O1	O2	O3	O4
Amigo y redes sociales	O1	O2	O3	O4
Otros	O1	O2	O3	O4

¿Algún problema al realizar la entrevista? O0 No O1 Si

Si la respuesta es SI, especificar:

.....

STUDIE: EU GEI	Fecha de nacimiento
Código del sujeto: __ EU __ - __ __	__ _ - __ - 1 9 __
Intervalo de tiempo: Presente	Periodo – Replicat 0 _ - 0 __
Entrevistador:	Fecha __ _ - __ - 2 0 __

A – Antes de la migración

1. ¿Qué tipo de alojamiento tuviste justo antes de que emigraras?

- O1 Propiedad privada (propia) O2 Propiedad privada (familiar) O3 Alquiler (privada)
 O4 Alquiler (del Estado) O5 Otros

1.1. Por favor, especifique otras:

2. ¿Cuál era tu estado civil justo antes de que emigraras?

- O1 Soltero O2 Casado/Convivencia con alguien O3 Relación estable
 O4 Divorciado, Separado O5 Viudo

3. Satisfacción con la vida

	Muy elevado	Elevado	Intermedio	Bajo	Muy bajo
a) Salud	O1	O2	O3	O4	O5
b) Trabajo	O1	O2	O3	O4	O5
c) Familia/relaciones	O1	O2	O3	O4	O5
d) Relaciones Sociales	O1	O2	O3	O4	O5

4. Preparación para la emigración (adaptado por Ryan et al., 2006)

4.1 ¿Cuánto tiempo invertiste para preparar tu emigración?	O1 Unos días	O2 Unas semanas
	O3 Unos meses	O4 Unos años
4.2 ¿Discutiste tu emigración con los miembros de tu familia?	O0 No	O1 Si
4.3 ¿Obtuviste el consentimiento de tu familia en tu decisión?	O0 No	O1 Si
4.4 ¿Pre-organizaste el empleo?	O0 No	O1 Si
4.5 ¿Consideraste la duración de tu estancia?	O0 No	O1 Si
4.6 ¿Tuviste una red de amigos o familiares a tu llegada?	O0 No	O1 Si
4.7 ¿Pre-organizaste el alojamiento?	O0 No	O1 Si
4.8 ¿Hiciste planes para una estancia larga?	O0 No	O1 Si

B- Proceso de Emigración

1. ¿Tú o tus padres tuvisteis que endeudaros para pagar la emigración?	O0 No	O1 Si
2. Si la respuesta es SI, ¿quién os facilitó a ti o a tus padres el dinero para emigrar?	O1 Miembros de tu familia	O2 Amigos O3 Otros
2.1. Por favor, especifique otras:		
3. ¿Tus padres o tú debéis pagar ahora esa deuda?	O0 No	O1 Si
4. ¿Tus padres o tú tenéis algún problema relacionado con el pago de esa deuda?	O0 No	O1 Si
	O1 Económico	O2 Religioso/ Espiritual
4.1 Si la respuesta es SI, por favor especificar:		O3 Otros
4.2. Por favor, especifique otras:		

5. ¿Por qué decidiste venir a este país? _____

6. ¿Con quién hiciste el viaje durante la emigración?

O1 Solo O2 Solo con hijos

O3 Pareja/ Cónyuge O4 Pareja / Cónyuge con hijos

O5 Padres O6 Otra familia

O7 Amigos O8 Otros

6.1. Por favor, especifique otras:

7. ¿Pasaste más tiempo de lo que te esperabas viajando a este país? O0 No O1 Si

7.1 Si la respuesta es SI, explicar: _____

C- Post Emigración

1. Apoyo social en el país posterior a la emigración

	Muy elevado	Elevado	Intermedio	Bajo	Muy bajo
a) Por compatriotas de este país	O1	O2	O3	O4	O5
b) Por compatriotas en el país de origen	O1	O2	O3	O4	O5
c) Por los ciudadanos de este país	O1	O2	O3	O4	O5
d) Por los trabajadores sociales o voluntarios de este país	O1	O2	O3	O4	O5

¿Algún problema al realizar la entrevista? O0 No O1 Si

Si la respuesta es SI, especificar:

.....