

# Stress, Emotions and Affective State

## Early Prediction and Prevention of Mood Disorders

Multinational Study Programme

### Zürich Cuestionario de Salud (ZCS)

St. Kuny and H. H. Stassen

<b>ESTUDIO</b>	[ _ _ _ _ ]	1-4
<b>GRUPO</b>	[ _ _ ]	5-6
<b>PERSONA</b>	[ _ _ _ ]	7-9
Sexo (1=masculino, 2=femenino)	[ _ ]	15
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	[ 0 1 : _ _ : _ _ _ _ ]	16-21
Altura (en cm)	[ _ _ _ ]	22-24
Peso (en kg)	[ _ _ _ ]	25-27
Nivel educativo (1=primaria, 2=secundaria o formación profesional, 3=enseñanza media, 4=universidad)	[ _ ]	49
<b>FECHA</b> (día/mes/año)	[ _ _ : _ _ : _ _ _ _ ]	50-57
<b>ENTREVISTADOR</b>	[ _ _ _ ]	58-60
<b>CENTRO DE ESTUDIO</b>	[ _ _ ]	61-62



Por favor, lea las preguntas con atención antes de contestar. Si tiene la impresión de que ninguna de las respuestas es válida para Usted, elija la respuesta que más se acerque a Su actitud. **Todas Sus respuestas son confidenciales.**

Número de ficha

**FUMAR**¿Cuánto fuma **al día** (promedio)?

1) Cantidad de cigarrillos

- ninguno  (0)  
 1-3  (1)  
 4-10  (2)  
 11-20  (3)  
 más de 20  (4)

1-12 dupl  
[ \_ \_ ] 13-14

No rellenar la columna

[ \_ ] 15

2) Cantidad de puros/cigarros

- ninguno  (0)  
 1-3  (1)  
 4-10  (2)  
 11-20  (3)  
 más de 20  (4)

[ \_ ] 16

3) Cantidad de pipas

- ninguno  (0)  
 1-3  (1)  
 4-10  (2)  
 11-20  (3)  
 más de 20  (4)

[ \_ ] 17

**BEBIDAS ALCOHÓLICAS**¿Cuánto bebe **por semana** (promedio)?

1) Número de vasos de cerveza

- ninguno  (0)  
 1-3  (1)  
 4-10  (2)  
 11-20  (3)  
 más de 20  (4)

[ \_ ] 18

2) Número de vasos de vino/sidra

- ninguno  (0)  
 1-3  (1)  
 4-10  (2)  
 11-20  (3)  
 más de 20  (4)

[ \_ ] 19

3) Número de copas de aguardiente, licores,  
coñac, whisky etc.

- ninguno  (0)  
 1-3  (1)  
 4-10  (2)  
 11-20  (3)  
 más de 20  (4)

[ \_ ] 20

Por favor, lea las preguntas con atención antes de contestar. Si tiene la impresión de que ninguna de las respuestas es válida para Usted, elija la respuesta que más se acerque a Su actitud. **Todas Sus respuestas son confidenciales.**

## MEDICAMENTOS

No rellenar la columna

¿Cuántas veces ha tomado alguno de los siguientes medicamentos en los últimos tres meses?

- |    |  |  |          |
|----|--|--|----------|
| 1) | <i>Somníferos/píldoras para dormir</i>   | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>más de 20 <input type="checkbox"/> (4)<br>en las últimas dos semanas casi a diario <input type="checkbox"/> (5) | [ _ ] 21 |
| 2) | <i>Analgésicos, píldoras contra los dolores</i>                                  | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>más de 20 <input type="checkbox"/> (4)<br>en las últimas dos semanas casi a diario <input type="checkbox"/> (5) | [ _ ] 22 |
| 3) | <i>Tranquilizantes (por ejemplo Valium, Librium)</i>                             | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>más de 20 <input type="checkbox"/> (4)<br>en las últimas dos semanas casi a diario <input type="checkbox"/> (5) | [ _ ] 23 |
| 4) | <i>¿Toma regularmente otros medicamentos?</i>                                    | no <input type="checkbox"/> (0)<br>sí <input type="checkbox"/> (1)   | [ _ ] 24 |
|    | <i>En caso de sí: ¿Qué medicamentos son? (no indicar píldora anticonceptiva)</i> | .....  |          |
| 5) | <i>Sólo para mujeres: ¿Toma la píldora anticonceptiva?</i>                       | no <input type="checkbox"/> (0)<br>sí <input type="checkbox"/> (1)   | [ _ ] 25 |
|    | <i>En caso de sí: ¿Cómo se llama el preparado/producto?</i>                      | .....  |          |

**DROGAS:** Queremos recordarle que todos Sus datos están sujetos al secreto médico y serán solamente utilizados para este estudio.

## DROGAS

No rellenar la columna

¿Cuántas veces ha usado drogas en los últimos **tres meses**?

- |   |  |          |
|---|--|----------|
| 1) <i>Cannabis/marihuana</i>                            | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>más de 20 <input type="checkbox"/> (4)<br>en las últimas dos semanas casi a diario <input type="checkbox"/> (5) | [ _ ] 26 |
| 2) <i>LSD, STP, mescalina, "Hongos Mágicos"</i>         | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>más de 20 <input type="checkbox"/> (4)<br>en las últimas dos semanas casi a diario <input type="checkbox"/> (5) | [ _ ] 27 |
| 3) <i>Opiáceos (heroína, morfina, opio, metadona)</i>   | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>más de 20 <input type="checkbox"/> (4)<br>en las últimas dos semanas casi a diario <input type="checkbox"/> (5) | [ _ ] 28 |
| 4) <i>Cocaína, Crack, Pasta Base</i>                    | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>más de 20 <input type="checkbox"/> (4)<br>en las últimas dos semanas casi a diario <input type="checkbox"/> (5) | [ _ ] 29 |
| 5) <i>Anfetaminas, Speed, MDMA, Éxtasis, MDE, "Eva"</i> | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>más de 20 <input type="checkbox"/> (4)<br>en las últimas dos semanas casi a diario <input type="checkbox"/> (5) | [ _ ] 30 |
| 6) <i>Otras drogas</i>                                  | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>más de 20 <input type="checkbox"/> (4)<br>en las últimas dos semanas casi a diario <input type="checkbox"/> (5) | [ _ ] 31 |

**INFORMACIONES SOBRE SU SALUD:** Queremos recordarle que todos Sus datos están sujetos al secreto médico y serán solamente utilizados para este estudio.

**SALUD**

¿Ha sufrido alguna vez en Su vida de las siguientes molestias o enfermedades?

- |     |  |   |     |                        |
|-----|--|---|-----|------------------------|
|     |  |   |     | No rellenar la columna |
| 1)  | Molestias de hígado ( <i>ictericia, hepatitis</i> )  | no <input type="checkbox"/>               | (0) |                        |
|     |  | sí <input type="checkbox"/>               | (1) | [ _ ] 32               |
| 2)  | Molestias de riñón   | no <input type="checkbox"/>               | (0) |                        |
|     |  | sí <input type="checkbox"/>               | (1) | [ _ ] 33               |
| 3)  | Diabetes, azúcar en la sangre  | no <input type="checkbox"/>               | (0) |                        |
|     |  | sí <input type="checkbox"/>               | (1) | [ _ ] 34               |
| 4)  | Otras enfermedades metabólicas   | no <input type="checkbox"/>               | (0) |                        |
|     |  | sí <input type="checkbox"/>               | (1) | [ _ ] 35               |
|     | En caso de sí: ¿Cuáles? .....  |   |     |                        |
| 5)  | Meningitis   | no <input type="checkbox"/>               | (0) |                        |
|     |  | sí <input type="checkbox"/>               | (1) | [ _ ] 36               |
| 6)  | Convulsiones/Ataques epilépticos   | no <input type="checkbox"/>               | (0) |                        |
|     |  | sí <input type="checkbox"/>               | (1) | [ _ ] 37               |
| 7)  | Migraña, otro tipo de dolores de cabeza constantes   | no <input type="checkbox"/>               | (0) |                        |
|     |  | sí <input type="checkbox"/>               | (1) | [ _ ] 38               |
| 8)  | Lesión craneal, conmoción cerebral con pérdida de conocimiento, hemorragia cerebral sin lesión | no <input type="checkbox"/>               | (0) |                        |
|     |  | sí <input type="checkbox"/>               | (1) | [ _ ] 39               |
| 9)  | Molestias alérgicas: fiebre del heno/alergia al polen, eczema de la piel (sin acné)            | no <input type="checkbox"/>               | (0) |                        |
|     |  | sí <input type="checkbox"/>               | (1) | [ _ ] 40               |
| 10) | ¿Hubo complicaciones durante Su nacimiento? (parto con fórceps, duración muy larga, prematuro) | no <input type="checkbox"/>               | (0) |                        |
|     |  | sí <input type="checkbox"/>               | (1) |                        |
|     |  | no lo sé <input type="checkbox"/>         | (9) | [ _ ] 41               |
| 11) | ¿Con que frecuencia realiza usted caminatas, senderismo, excursionismo?                        | raramente <input type="checkbox"/>        | (0) |                        |
|     |  | de vez en cuando <input type="checkbox"/> | (1) |                        |
|     |  | regularmente <input type="checkbox"/>     | (2) | [ _ ] 42               |
| 12) | ¿Con que frecuencia monta usted en bicicleta?  | no <input type="checkbox"/>               | (0) |                        |
|     |  | de vez en cuando <input type="checkbox"/> | (1) |                        |
|     |  | regularmente <input type="checkbox"/>     | (2) | [ _ ] 43               |
| 13) | ¿Hace deporte?   | no <input type="checkbox"/>               | (0) |                        |
|     |  | de vez en cuando <input type="checkbox"/> | (1) |                        |
|     |  | regularmente <input type="checkbox"/>     | (2) | [ _ ] 44               |

**INFORMACIONES SOBRE SU SALUD:** Queremos recordarle que todos Sus datos están sujetos al secreto médico y serán solamente utilizados para este estudio.

¿Ha tenido **en los últimos seis meses** alguna de las siguientes molestias?

No rellenar la columna

- |   |   |     |          |
|---|---|-----|----------|
| 1) <i>Dolor de cabeza</i>   | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|   | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|   | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|   | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 45 |
| 2) <i>Trastornos del sueño</i>  | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|   | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|   | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|   | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 46 |
| 3) <i>Problemas de concentración o de memoria</i>   | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|   | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|   | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|   | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 47 |
| 4) <i>Empeoramiento rápido de la vista</i>  | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|   | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|   | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|   | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 48 |
| 5) <i>Trastornos de la vista (centelleo, dobles imágenes)</i>   | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|   | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|   | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|   | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 49 |
| 6) <i>Mareos</i>  | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|   | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|   | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|   | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 50 |
| 7) <i>Desmayos, desvanecimientos</i>  | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|   | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|   | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|   | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 51 |
| 8) <i>Debilidad en un lado del cuerpo<br/>(también brazo o pierna temporalmente<br/>paralizado/a)</i> | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|   | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|   | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|   | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 52 |
| 9) <i>Ataques de temblor, dificultades de caminar<br/>(otros síntomas de desintoxicación)</i>         | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|   | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|   | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|   | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 53 |
| 10) <i>Sensación de hormigueo o agarrotamiento<br/>en partes del cuerpo</i>                           | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|   | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|   | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|   | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 54 |

**INFORMACIONES SOBRE SU SALUD:** Queremos recordarle que todos Sus datos están sujetos al secreto médico y serán solamente utilizados para este estudio.

¿Ha tenido **en los últimos seis meses** algunas de las siguientes molestias?

No rellenar la columna

- |  |   |     |          |
|--|---|-----|----------|
| 11) <i>Falta de apetito, dificultad al tragar</i>                  | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|  | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|  | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|  | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 55 |
| 12) <i>Ardores de estómago, dolores de estómago</i>                | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|  | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|  | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|  | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 56 |
| 13) <i>Úlcera del estómago, del duodeno</i>                        | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|  | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|  | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|  | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 57 |
| 14) <i>Constipación, diarrea, dolor de vientre</i>                 | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|  | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|  | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|  | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 58 |
| 15) <i>Cambios de peso extraordinarios</i>                         | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|  | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|  | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|  | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 59 |
| 16) <i>Alergias de la piel, fiebre del heno o rinitis alérgica</i> | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|  | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|  | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|  | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 60 |
| 17) <i>Ataques de asma</i>   | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|  | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|  | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|  | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 61 |
| 18) <i>Molestias de espalda</i>                                    | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|  | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|  | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|  | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 62 |
| 19) <i>Molestias del corazón (punzadas, sensación de opresión)</i> | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
|  | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
|  | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|  | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 63 |
| 20) <i>Responder sólo las mujeres</i>                              | nunca <input type="checkbox"/>                          | (0) |          |
| <i>Trastornos de la menstruación/regla</i>                         | de vez en cuando <input type="checkbox"/>               | (1) |          |
| <i>(dolores, irritabilidad)</i>                                    | a menudo <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|  | por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 64 |

**INFORMACIONES SOBRE SU SALUD:** Queremos recordarle que todos Sus datos están sujetos al secreto médico y serán solamente utilizados para este estudio.

## PSIQUIATRÍA

No rellenar la columna

¿Ha sufrido alguna vez en Su vida de alguna de las siguientes molestias?

- |    |   |   |          |
|----|---|---|----------|
| 1) | <i>Miedos injustificados (sin razón) de situaciones específicas (muchedumbre, espacios abiertos, animales)</i>                  | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>de vez en cuando <input type="checkbox"/> (1)<br>a menudo <input type="checkbox"/> (2)<br>por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> (3) | [ _ ] 65 |
| 2) | <i>Ataques de miedo sin razón evidente</i>  | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>de vez en cuando <input type="checkbox"/> (1)<br>a menudo <input type="checkbox"/> (2)<br>por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> (3) | [ _ ] 66 |
| 3) | <i>Tensión nerviosa</i>   | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>de vez en cuando <input type="checkbox"/> (1)<br>a menudo <input type="checkbox"/> (2)<br>por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> (3) | [ _ ] 67 |
| 4) | <i>Estado de ánimo muy bajo/deprimido (falta de energía, falta de ganas, falta de sentido)</i>                                  | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>de vez en cuando <input type="checkbox"/> (1)<br>a menudo <input type="checkbox"/> (2)<br>por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> (3) | [ _ ] 68 |
| 5) | <i>Pensamientos de acabar con Su vida</i>   | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>de vez en cuando <input type="checkbox"/> (1)<br>a menudo <input type="checkbox"/> (2)<br>por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> (3) | [ _ ] 69 |
| 6) | <i>Actos compulsivos persistentes (sentir la necesidad de repetir ciertas acciones, Ej.: controlar, lavarse, etc.)</i>          | nunca <input type="checkbox"/> (0)<br>de vez en cuando <input type="checkbox"/> (1)<br>a menudo <input type="checkbox"/> (2)<br>por ello en tratamiento médico <input type="checkbox"/> (3) | [ _ ] 70 |
| 7) | <i>¿Ha estado alguna vez en tratamiento psiquiátrico o psicológico? (sin contar asesoramiento profesional, test de aptitud)</i> | no <input type="checkbox"/> (0)<br>sí <input type="checkbox"/> (1)  | [ _ ] 71 |
| 8) | <i>¿Ha estado alguna vez alguien de Su familia en tratamiento psiquiátrico o psicológico? En caso de si</i>                     | no <input type="checkbox"/> (0)<br>sí <input type="checkbox"/> (1)<br>padre <input type="checkbox"/> (2)<br>madre <input type="checkbox"/> (3)<br>hermanos <input type="checkbox"/> (4)     | [ _ ] 72 |
| 9) | <i>¿Se ha suicidado alguien de Su familia? En caso de si</i>  | no <input type="checkbox"/> (0)<br>sí <input type="checkbox"/> (1)<br>padre <input type="checkbox"/> (2)<br>madre <input type="checkbox"/> (3)<br>hermanos <input type="checkbox"/> (4)     | [ _ ] 73 |