

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA UNAN-LEÓN
UNIVERSIDAD DE CAROLINA DEL NORTE CHAPEL HILL**

**ESTUDIO SOBRE TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES EN ADULTOS DE 15 A 65
AÑOS EN LEÓN, AÑO 2003.**

Ficha No



Hora de Inicio [__: __] AM PM

Fecha de la entrevista	Código de la Entrevistadora	Código de la vivienda	Comentario	
[__ / __ / __] día mes año	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Dirección de la vivienda				
Datos Generales de la Persona				
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	
		[__ / __ / __] Día Mes Año	M [__] F [__]	
Religión	ID DE LA PERSONA	Estado civil		
	<input type="text"/>	Soltero [__]	Viudo [__]	
		Casado [__]	Acompañado [__]	
		Divorciado [__]	Separado [__]	

ROMA II CUESTIONARIO MODULAR:

¡POR FAVOR LEA ESTO PRIMERO!

INSTRUCCIONES PARA LA ENTREVISTADORA:

El propósito de esta investigación es conocer y aprender más sobre los problemas de salud que la población algunas veces tiene con su estómago y sus intestinos. Este cuestionario puede tomar aproximadamente quince minutos de su tiempo para ser completado o respondido. Su participación es voluntaria y Usted puede rechazar o responder cualquiera de las preguntas que son formuladas en este documento.

Para contestar cada pregunta, por favor marque uno de los cuadros que están colocados al lado izquierdo del cuestionario con la respuesta que usted crea más conveniente para cada ocasión. Usted se dará cuenta en el transcurso del interrogatorio de que usted no ha tenido algunos de los síntomas que aquí se preguntan. Cuando esto ocurra, será instruido a saltar sobre las preguntas que no se aplican a Usted". Por favor, *sea cuidadoso de seguir estas instrucciones de salto a otra pregunta*. El lugar al cual debe ir a responder la siguiente pregunta esta señalado cerca de la respuesta ya indicada a como se ve en el siguiente ejemplo:

3. En los últimos tres meses, ¿con frecuencia* se le regresa la comida a la boca, aunque la escupa o se la trague?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente Salte a la pregunta 106 <input type="checkbox"/> 1. Sí
--	---

La le pregunta es si usted tiene unos síntomas frecuentemente. Por frecuentemente, nosotros queremos señalar que los síntomas estuvieron presentes una vez por semana, al menos durante tres semanas en los últimos tres meses. *Por favor mantenga esto presente cuando este respondiendo las preguntas.*

Si usted no está seguro acerca de la respuesta, o si usted no puede recordar la respuesta a la pregunta, por favor responda lo mejor que usted crea conveniente. Es fácil dejar una pregunta sin responder, por lo tanto, revise todas las preguntas para hasta estar seguro (a) que no ha dejado alguna sin responder.

¡Muchas gracias!

SECCIÓN I**Roma II Cuestionario Modular:
Documento del Entrevistador**

No	Preguntas	Respuestas
Síntomas del Esófago		
101	En los últimos tres meses, ¿con frecuencia** ha sentido un nudo o torozón en la garganta sin estar tragando?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente (Salte a la pregunta 103) <input type="checkbox"/> 1. Sí
102	Cuando Usted esta comiendo o bebiendo, ¿tiene alguna dificultad para tragar?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
103	En los últimos tres meses, ¿con frecuencia* se le regresa la comida a la boca, la mastica nuevamente y ya sea que la escupa o se la trague de vuelta?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente (Salte a la pregunta 106) <input type="checkbox"/> 1. Sí
104	¿En esos momentos Usted vomitó o se sintió enfermo de su estomago? (Malestar en él estomago)	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
105	¿Deja usted de regresar comida cuando siente que la comida se vuelve agria (ácida)?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
106	En los últimos tres meses, ¿con frecuencia* tiene dolor en la mitad del pecho o tórax? (Que no sea debido al corazón, angina o infarto)	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente (Salte a la pregunta 108) <input type="checkbox"/> 1. Sí
107	¿Ocurrió este dolor cuando sintió como que la comida se queda pegada al ir bajando?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
108	En los últimos tres meses, ¿con frecuencia* tiene acidez o dolor quemante o malestar en el pecho?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
109	En los últimos tres meses, ¿con frecuencia* tiene dificultad luego de tragar (sólidos o líquidos pegándose en tu pecho o bajando anormalmente?)	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
Síntomas Gastroduodenales		
110	En los últimos tres meses, ¿con frecuencia* siente malestar o dolor localizado en la parte superior de tu abdomen (por encima del ombligo o por dentro de tu estomago?)	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente (Salte a la pregunta 115) <input type="checkbox"/> 1. Sí
111	Marque la mejor descripción de su problema o el que te molesta más...	<input type="checkbox"/> 1. Dolor en la parte superior del abdomen o el estómago (Salte a la pregunta 113) <input type="checkbox"/> 2. Malestar (que no es doloroso) en la parte superior del abdomen.
112	Si tiene incomodidad, ¿cual de las siguientes describe su incomodidad? (Marca todas las opciones que apliquen)	<input type="checkbox"/> 1. Nauseas <input type="checkbox"/> 2. Distensión abdominal <input type="checkbox"/> 3. Sensación de plenitud al comer en poca cantidad <input type="checkbox"/> 4. Ninguna de las anteriores
113	¿Su malestar o dolor abdominal mejora o desaparece después de defecar?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
114	a. Cuando el dolor o el malestar de la parte superior del abdomen inicia, ¿Tiene cambios en el numero usual de tus defecaciones? (mas o menos)	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
	b. Cuando el dolor o el malestar de la parte superior del abdomen inicia, ¿tiene heces mas suaves o mas duras de lo usual?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
115	En los últimos tres meses, ¿con frecuencia* eructas?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente (Salte a la pregunta 117) <input type="checkbox"/> 1. Sí

* Con **frecuencia** significa que los síntomas estuvieron presentes durante al menos tres semanas en los últimos tres meses (por lo menos un día en cada semana).

116	Traga aire para ayudar a eructar?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
117	En los últimos tres meses, ¿ Ha tenido episodios frecuentes de vómitos? (Al menos en tres días diferentes en cada semana)	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente (Salte a la pregunta 120) <input type="checkbox"/> 1. Sí
118	Durante esos episodios, ¿Usted se provocaba el vomito?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente (Salte a la pregunta 120) <input type="checkbox"/> 1. Sí
119	¿Estaba vomitando por algún medicamento que tomó o por alguna enfermedad que tenía?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
Síntomas Intestinales		
120	En los últimos tres meses, ¿con frecuencia* tiene dolor o malestar en su abdomen?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente (Salte a la pregunta 124) <input type="checkbox"/> 1. Sí
121	¿Su malestar o dolor mejora o desaparece después de defecar?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
122	Cuando el dolor o el malestar abdominal inicia, ¿tiene un cambio en numero usual de sus defecaciones (mas o menos)	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
123	Cuando el dolor o el malestar inicia, ¿tiene heces mas suaves o mas duras de lo usual?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
124	¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas por lo menos en una cuarta parte de las veces (ocasiones o días) en los últimos tres meses? (Revise todas las posibilidades antes de responder)	<input type="checkbox"/> 1. Menos de tres defecaciones por semana (0 –2) <input type="checkbox"/> 2. Mas de tres defecaciones al día. (mayor de 4) <input type="checkbox"/> 3. Heces duras o en bolitas o pelotas <input type="checkbox"/> 4. Heces flojas o blandas o liquidas. <input type="checkbox"/> 5. Hacer mucho esfuerzo para defecar <input type="checkbox"/> 6. Tiene que ir corriendo al inodoro o letrina a defecar <input type="checkbox"/> 7. Tiene sensación incompleta de vaciado después de defecar. <input type="checkbox"/> 8. Pasaron mucosidades durante la defecación <input type="checkbox"/> 9. Tiene sensación de llenura, distensión o hinchazón abdominal. <input type="checkbox"/> 10. Sensación de que las heces no pueden pasar (bloqueada) durante la defecación. <input type="checkbox"/> 11. Necesita presionar sobre o alrededor de sus posaderas o su vagina para tratar de remover las heces y poder completar la defecación.
125	En los últimos tres meses, ha tenido heces flojas o blandas o liquidas durante mas de las tres cuartas partes de sus defecaciones	<input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí

* Con **frecuencia** significa que los síntomas estuvieron presentes durante al menos tres semanas en los últimos tres meses (por lo menos un día en cada semana)

Síntomas de dolor abdominal

126	¿En los últimos seis meses, ha tenido dolor todo el tiempo en su abdomen (continuo) o la mayoría del tiempo (casi continuo)? (Si es mujer, este dolor no debe estar relacionado con su regla o periodo menstrual)	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente (Salte a la pregunta 128) <input type="checkbox"/> 1. Sí
127	¿Este dolor ha limitado o restringido su habilidad para trabajar o para ir a actividades sociales?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí

Síntomas biliares

128	En el último año, ¿Ha tenido constantemente algún dolor severo en la parte media o el lado superior derecho de tu barriga (abdomen)?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente (Salte a la pregunta 133) <input type="checkbox"/> 1. Sí
129	¿Este dolor dura treinta minutos o más?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
130	¿Este dolor impide que haga sus actividades diarias (usuales) o le hace visitar al doctor?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí
131	¿Ha tenido cirugía para sacarle la vesícula?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente (Salte a la pregunta 133) <input type="checkbox"/> 1. Sí
132	¿Ha tenido algún dolor severo o sostenido en el medio o en el lado derecho de su barriga después que su vesícula le fue quitada?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente <input type="checkbox"/> 1. Sí

Síntomas Anorectales

133	En el último año, cuando ha tenido estreñimiento o diarrea, ¿Accidentalmente ha goteado o pasado heces en su ropa interior por mas de una vez en el mes?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente (Salte a la pregunta 135) <input type="checkbox"/> 1. Sí
134	¿Qué cantidad de heces ha expulsado accidentalmente? Diría que . . .	<input type="checkbox"/> 1. Una pequeña cantidad que solo mancha la ropa interior. <input type="checkbox"/> 2. De moderada a gran cantidad (mas o menos dos cucharadas)
135	En el último año, ¿Ha tenido mas de una vez dolor o sensación de presión en el canal anal o el recto?	<input type="checkbox"/> 0. No o raramente (Salte a la pregunta 138) <input type="checkbox"/> 1. Sí
136	¿Este dolor ocurre frecuentemente o ha sido continuo en los tres meses anteriores?	<input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Sí
137	¿Cuál de los siguientes dos enunciados describe mejor su molestia, dolor o presión que ha tenido en el canal anal o en el recto?	<input type="checkbox"/> 1. Desde unos segundos hasta algunos minutos para luego desaparecer. <input type="checkbox"/> 2. Puede durar desde 20 minutos hasta varios días o más tiempo.
138	En los últimos tres meses, cuando esta defecando, ha sentido o tenido... (Por favor revise todos los enunciados antes de contestar)	<input type="checkbox"/> 1. Siente como si tiene que hacer fuerza para defecar en algunas ocasiones. <input type="checkbox"/> 2. Siente como que es incapaz de vaciar tu recto en algunas ocasiones. <input type="checkbox"/> 3. Tiene dificultad para relajarse o dejar las heces heces al menos la cuarta parte de las veces. <input type="checkbox"/> 4. Ninguna de las anteriores.

SECCION No II**Escala de valoración de síntomas Gastroesofágicos (GAS)
Versión 2**

INSTRUCCIONES: Por cada síntoma en el listado de abajo, por favor marque SI o NO, para indicar cualquier síntoma que usted haya tenido en la semana pasada. Si marca SI para un síntoma déjenos saber que tan frecuente lo tuvo, que tan severo fue, y que tanto le molesto ese síntoma. Algunos de los síntomas le podrían ser referidos como de quemazón o de reflujo y otros no. Por favor conteste todas las preguntas de la mejor manera posible

Durante la semana pasada había tenido algunos de los síntomas en el listado de abajo (marca SI o No por cada síntoma) <i>Si la respuesta es NO, entonces continuar con las preguntas hacia abajo</i>			a)Cuántas veces en la semana pasada había tenido este síntoma	b)Si tuviste este síntoma ¿cuánto le afectó o molestó en la semana pasada?			
	No	Si		Para nada 0	Un poco 1	Bastante 2	En exceso 3
201. Quemazón o dolor quemante dentro de tu tórax o pecho, o en el esternón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
202. Una sensación de presión o molestia dentro del pecho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
203. La comida se regresa a tu boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
204. Un sabor ácido o agrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
205. Un frecuente ruido en el estómago o en el ombligo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
206. Sensación de presión o torzón en la garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
207. Nauseas o sensación de que ibas a vomitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
208. Dolor quemante en tu garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante la semana pasada habías tenido algunos de los síntomas en el listado de abajo (marca SI o No por cada síntoma) <i>Si la respuesta es NO, entonces continuar con las preguntas hacia abajo</i>			a) Cuantas veces en la semana pasada habías tenido este síntoma	b) Si tuvo este síntoma ¿cuánto le afectó o molestó en la semana pasada?			
	No	Si		Para nada 0	Un poco 1	Bastante 2	En exceso 3
209. Una sensación de llenura o que tenia que aflojar su cinturón o desabrochar el pantalón o la falda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
210. Eructos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
211. Flatulencia o Ventosear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
212. Sensación de llenura luego de comer un poco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
213. Mal aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
214. Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
215. Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces en la semana pasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN N° III**SEVERIDAD DE DISPEPSIA (Assessment SODA)****INTRUCCIONES.**

En este cuestionario hay 11 preguntas.
 Por favor, lea y conteste a cada pregunta detenidamente.
 No deje ninguna pregunta sin contestar aunque le parezcan repetitivas.
 Nos interesa sus respuestas a las preguntas;
 no existen respuestas correctas ni incorrectas.
Si necesita ayuda, no dude en preguntar.

A continuación encontrará varias preguntas sobre sus molestias abdominales (o dolor de estómago). Algunas de ellas son muy similares entre sí, pero al contestar a todas ellas nos ayuda a entender mejor su dolor.

301	<p>Por favor, indique en la siguiente línea el número entre 0 y 10 que mejor describa su dolor durante los últimos siete días, en promedio. Un cero "0" querrá decir "ningún dolor", y diez "10" querrá decir "el peor dolor posible". Por favor, escriba sólo un número.</p> <p>Ningún dolor El peor dolor posible</p> <p style="text-align: center;"> </p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Score: [__]
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
302	<p>Durante los últimos siete días, ¿hasta qué punto ha sido intensa su peor molestia abdominal (o dolor de estómago), calculada en una escala del 0 al 10 donde "0" es "ninguna molestia" y "10" es "la peor molestia posible"? Por favor, marque sólo un número.</p> <p>Ninguna molestia La peor molestia posible</p> <p style="text-align: center;"> </p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Score: [__]
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
303	<p>Durante los últimos siete días, en promedio, ¿hasta qué punto han sido intensas sus molestias abdominales (o dolor de estómago)? Ponga una cruz en los paréntesis situados junto a la frase que mejor describa su dolor. Por favor, marque sólo una frase.</p> <p>0 () Nada o leves. 1 () Incómoda. 2 () Angustiantes. 3 () Horribles. 4 () Insoportables</p>												
304	<p>Durante los últimos siete días, en promedio, ¿hasta qué punto han sido intensas sus molestias abdominales (o dolor de estómago)? Haga una marca en la línea que muestre hasta qué punto ha sido intenso su dolor. Una marca en el extremo izquierdo indicará "Ningún dolor". Una marca en el extremo derecho indicará "El peor dolor posible".</p> <p>Ningún dolor El peor dolor posible</p> <p style="text-align: center;"> </p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Score: [__]
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

305	Durante los últimos siete días, en promedio , ¿hasta qué punto cada uno de los siguientes síntomas ha representado un problema para usted?					
	Rodee un número en cada línea					
		Ningún problema	Problema leve. Se puede ignorar	Problema moderado, no se puede ignorar pero que no influye en las actividades diarias.	Problema grave, influye en su concentración en las actividades diarias.	Problema muy grave, influye considerablemente en las actividades diarias y/o requiere reposo.
	a. Eructos	1	2	3	4	5
	b. Ardor de estómago	1	2	3	4	5
	c. Hinchazón	1	2	3	4	5
	d. Gases.	1	2	3	4	5
	e. Sabor agrio	1	2	3	4	5
	f. Náuseas	1	2	3	4	5
g. Mal aliento	1	2	3	4	5	

306 Durante los últimos siete días, **en promedio**, ¿hasta qué punto han sido intensas sus molestias abdominales (o dolor de estómago)? Ponga una cruz en los paréntesis situados junto a la frase que mejor describa su dolor. Por favor, marque sólo una frase.

0 () Ningún dolor.
 1 () Algo de dolor.
 2 () Un dolor considerable.
 3 () Un dolor que no puede ser más intenso.

307 Durante los últimos siete días, ¿hasta qué punto ha sido intensa su **peor** molestia abdominal (o dolor de estómago), calculada en una escala del 0 al 10 donde **“0”** es **“ninguna molestia”** y **“10”** es **“la peor molestia posible”**? Por favor, marque sólo un número.

Ninguna Molestia	La peor molestia posible
0	10

012345678910

Score: [__]

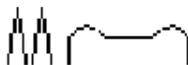
A continuación encontrará varias preguntas sobre su grado de satisfacción o insatisfacción con su nivel actual de molestias abdominales (o dolor de estómago). Por favor, conteste a todas las preguntas. Esto nos ayudará a entender mejor hasta qué punto está usted satisfecho/a o insatisfecho/a.

308 Ponga una cruz en los paréntesis situados junto a la frase que mejor describa hasta qué punto está contento/a o descontento/a con su nivel actual de molestias abdominales (o dolor de estómago) Por favor, marque sólo una frase.

3 () Muy contento/a
 2 () Algo contento/a.
 1 () Algo descontento/a.
 0 () Muy descontento/a.

¿Hasta qué punto son verdaderas o falsas para usted cada una de las siguientes afirmaciones?

		(Rodee un número en cada línea)															
		Totalmente verdadero	Verdadero en su mayor parte	No lo sé	Falso en su mayor parte	Totalmente falso.											
309	Me siento satisfecho/a con mi salud en relación a las molestias abdominales (o dolor de estómago)	5	4	3	2	1											
310	Estoy contento/a porque mis molestias abdominales (o dolor de estómago) parecen estar bajo control)	5	4	3	2	1											
311	<p>Por favor, marque a continuación el número que mejor describa hasta qué punto está contento/a o descontento/a con un nivel actual de molestias abdominales (o dolor de estómago)</p> <p>Si marca un "0" querrá decir que está usted "muy descontento/a" y si marca un "10" querrá decir que está usted "muy contento/a". <u>Por favor, marque sólo un número.</u></p> <p style="text-align: center;">Muy Descontento/a Muy Contento/a</p> <p style="text-align: center;"> </p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Score: [___]				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10							

SECCION IV**HARVARD/UPPSALA CUESTIONARIO DE TRAUMAS**

Cuestionario de experiencias traumáticas de Harvard (R. Mollica et al). Modificado y adaptado al castellano por Ulises Penayo y Lena Karlsson

Instrucciones

Queremos hacerle algunas preguntas sobre experiencias traumáticas pasadas en su vida y algunos probables síntomas. Es posible que algunas preguntas sean molestas. En ese caso, sientase libre de no contestar la pregunta y siga adelante con el cuestionario.

Parte I: Experiencias traumáticas

Por favor indique si ha escuchado de cerca o ha sido testigo visual o vivido directamente alguno de los siguientes eventos. Anote también cuando, aproximadamente, esto sucedió. **Marque con un círculo las alternativas que corresponden a su caso según lo siguiente:**

N = No

E = Escuchado (de alguien cercano)

T = Testigo visual

V = Vivido directamente

Si la respuesta es N entonces omitir el Año y debe continuar con las preguntas hacia abajo

No		N	E	T	V	AÑO
401	Accidente de tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
402	Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
403	Heridas severas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
404	Catástrofe de transporte (buses, interlocales, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
405	Desastre natural (Maremoto, Huracán Mitch, inundación, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
406	Robo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
407	Rehén	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
408	Secuestro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
409	Prisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
410	Aislamiento forzado, "celda castigo"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
411	Separación forzada de miembros de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
412	Desaparecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
413	Falta de comida y bebida por un tiempo largo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
414	Enfermedad grave (cáncer, riñón, corazón, etc) sin posibilidades económicas para la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
415	Familiar cercano a frente de guerra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
416	Haber vivido en zona de guerra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
417	Adoctrinamiento forzado, "lavado de cerebro"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
418	Violación o abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
419	Tortura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
420	Asesinato de una o más personas no conocidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		N	E	T	V	AÑO
421	Asesinato de familiar cercano o amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
422	Muerte no natural de familiar o amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
423	Situación de amenaza de muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
424	Otro tipo de situación traumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Describa:					
425	¿Falleció algún familiar cercano por desastre natural? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	Si la respuesta es SI , entonces mencione quién:					
	a) Papa, mama, hermano. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> [_____]					
	b) Hijo(a) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> [_____]					
	c) Primos,tíos, abuelos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> [_____]					
	d) Otros Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> [_____]					
426	¿Resultó herido algún familiar por desastre natural? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	Si la respuesta es SI , entonces Mencione quién:					
	a) Papa, mama, hermano. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> [_____]					
	b) Hijo(a) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> [_____]					
	c) Primos,tios, abuelos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> [_____]					
	d) Otros Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> [_____]					
427	¿Ha perdido o se le ha dañado algún bien material por desastres, como la cosecha, animales, casa, el carro o maquinaria agrícola?					
	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> (Si la respuesta es SI entonces hacer pregunta 427.1)					
427.1	¿Cuál? [_____]					
Descripción personal de experiencia traumática						
428	Describa la situación que le produjo mas miedo o que Ud. sintió que su vida estaba en peligro. Cuente cuándo y dónde esto sucedió. (Si no hay pasar a pregunta 460)					

429 En una escala de 0 a 10 puede usted decirme qué número le asignaría a gravedad de lo vivido, donde **0** es ninguna y **10** lo mas grave.

Ninguna Molestia **La peor molestia posible**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Score: [___]

Síntomas por experiencias traumáticas

Los siguientes son síntomas que se puede tener después de haber experimentado eventos terribles o traumatizantes en la vida.

Marque cuánto el síntoma le ha molestado en la última semana con un círculo en la cifra que corresponda según lo siguiente;

0=Nada 1=Un poco 2=Bastante 3=Mucho 4=Muchísimo

		Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
430	Repetidos pensamientos o recuerdos de los eventos mas terribles o traumatizantes	0	1	2	3	4
431	Sentimientos de que el evento está sucediendo de nuevo	0	1	2	3	4
432	Repetidas pesadillas	0	1	2	3	4
433	Sentimientos de rechazo o alejamiento de la gente	0	1	2	3	4
434	Imposibilidad de sentir emociones	0	1	2	3	4
435	Sentimiento de inquietud, fácilmente exaltado	0	1	2	3	4
436	Dificultades de concentrarse	0	1	2	3	4
437	Sueño inquieto y dificultoso	0	1	2	3	4
438	Sentimiento y actitud defensiva	0	1	2	3	4
439	Irritabilidad y ataques de enojo	0	1	2	3	4
440	Evitación de actividades que le recuerdan el evento traumático	0	1	2	3	4
441	Incapacidad de recordar partes de los eventos más traumáticos o terribles	0	1	2	3	4
442	Pérdida de interés en las actividades diarias	0	1	2	3	4
443	Sentimiento de carencia de futuro	0	1	2	3	4
444	Evitación de pensamientos o sentimientos asociados con los eventos traumáticos o terribles	0	1	2	3	4
445	Reacciones emocionales o físicas imprevistas y rápidas cuando se recuerda los eventos mas terribles	0	1	2	3	4
446	Sentimientos de que no entienden lo que le pasa	0	1	2	3	4
447	Dificultades para hacer su trabajo o tareas diarias	0	1	2	3	4
448	Se culpa a Ud. mismo por cosas que han pasado	0	1	2	3	4
449	Sentimiento de culpa por haber sobrevivido	0	1	2	3	4
450	Desesperanza	0	1	2	3	4
451	Se siente avergonzado por lo que le tocó vivir	0	1	2	3	4
452	Ocupa mucho tiempo pensando sobre por qué estas cosas le sucedieron a Ud.	0	1	2	3	4

453	Siente que se puede volver loco	0	1	2	3	4
454	Siente que Ud. es el único que sufrió estos eventos	0	1	2	3	4
455	Siente que otros son hostiles contra Ud.	0	1	2	3	4
456	Siente que no tiene nadie en quien confiar	0	1	2	3	4
457	Se ha enterado o le han contado que ha hecho algo que Ud. no puede recordar	0	1	2	3	4
458	Una sensación de encontrarse dividido en dos personas y una está observando a la otra	0	1	2	3	4
459	Sentirse traicionado por alguien que Ud. Confiaba	0	1	2	3	4

Nivel de funcionamiento

Conteste cómo Ud. funciona en las siguientes situaciones

Marque con un círculo la alternativa que corresponde según lo siguiente;

0=Muy bien 1=Bien 2=Mas o menos 3=Poco mal 4=Muy mal

		Muy Bien	Bien	Más o menos	Poco mal	Muy mal
460	En el hogar con otros adultos	0	1	2	3	4
461	En el hogar con niños o jóvenes	0	1	2	3	4
462	Con amigos y conocidos (por ej. en organizaciones)	0	1	2	3	4
463	En su trabajo o estudio	0	1	2	3	4
464	Con su economía	0	1	2	3	4
465	Con su tiempo libre	0	1	2	3	4

EXPERIENCIA TRAUMATICA EN RELACION A LAS GUERRAS. (Guerra de Liberación de 1979 y durante los 80)

466 Ha tenido ud. alguna experiencia durante los períodos de guerra(Guerra de Liberación de 1979 y durante los 80) **Si** **No** (**Si la repuesta es NO, salte a la SECCION V**)
(Si la respuesta es **SI** continúe con las siguientes preguntas)

- a.- Se vió forzado a ir a la guerra
- b.- Recibió algún maltrato físico o psicológico
- c.- Sufrió alguna pérdida física o discapacidad total
- d.- Tiene algún rechazo por parte de su familia
- e.- Tiene alguna dificultad para incorporarse a la sociedad
- f.- Ha tenido alguna dificultad para encontrar empleo
- g.- Presenció algún ajusticiamiento durante la guerra
- h.- Tuvo ud. alguna participación directa en un combate
- i.- Otros (Especificar _____)

467 ¿Falleció algún familiar cercano? **Si** **No**
(Si la respuesta es **SI** responda los incisos)

- a) Hijo (a)
- b) Esposa (a)
- c) Padre, Madre, Hermanos
- d) Primos, Tíos, Abuelos
- e) Otros

468 ¿Resultó herido algún familiar por la guerra? **Si** **No**
(Si la respuesta es **SI** responda los incisos)

- a) Hijo (a)
- b) Esposo (a)
- c) Padre, Madre, Hermanos
- d) Primos, Tíos, Abuelos

469 Ha perdido algún bien material durante la guerra(casa, vehículos automotrices, terrenos, animales)

Si **No**

Si la respuesta es **SI** describa: _____

SECCION V**Instrumento de Violencia Física y Sexual**

Favor indique si le ha pasado a usted con su pareja actual o con cualquier otra pareja alguna de las siguientes situaciones:

501	Ha experimentado usted alguna vez violencia física o emocional con su pareja actual o con cualquier otra pareja.	1. Si [] 2. No [] (Si la respuesta es NO , salte a la pregunta 508)
------------	--	--

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre lo que normalmente ocurre cuando su pareja es o fue violenta:

		Si la respuesta es NO continuar con las preguntas verticalmente		a) ¿Esto le ha pasado en los últimos 12 meses?		b) ¿Cuántas veces le ha pasado?		
		SI	NO	SI	NO	Una	Pocas	Muchas
502	¿Le insulta o le hace sentir mal con usted misma(o)?	1	2	1	2	1	2	3
503	¿Le amenaza con herirla(o) a usted o a alguien que a usted le importa?	1	2	1	2	1	2	3
504	¿Le ha bofeteado o golpeado con su puño o alguna otra cosa que pudiera herirla(o)?	1	2	1	2	1	2	3
505	¿Le ha empujado, arrinconado, halado del pelo, pateado, arrastrado o alguna otra cosa que pudiera herirla(o)?	1	2	1	2	1	2	3
506	¿Le ha intentado estrangular o quemar a propósito?	1	2	1	2	1	2	3
507	¿Le ha amenazado con una pistola, cuchillo u otra arma en contra suyo?	1	2	1	2	1	2	3
508	¿Ha experimentado usted violencia sexual con su pareja actual o con cualquier otra pareja?	1. Si [] 2. No [] (Si contesta No , salte a la pregunta 513)						

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre lo que normalmente ocurre cuando su pareja es o fue violenta:

		Si la respuesta es NO continuar con las preguntas verticalmente		a) ¿Esto le ha pasado en los últimos 12 meses?		b) ¿Cuántas veces le ha pasado?		
		SI	NO	SI	NO	Una	Pocas	Muchas
509	¿Le han forzado físicamente a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba?	1	2	1	2	1	2	3
510	¿Tuvo usted relaciones sexuales por temor a lo que él o ella le podrían hacer aún cuando usted no lo deseaba?	1	2	1	2	1	2	3
511	¿Alguna vez se vio forzado(a) a realizar algún acto sexual que usted encontró humillante o degradante?	1	2	1	2	1	2	3
512	¿Alguna vez usted ha sido lesionado(a) como resultado del abuso sexual?	1	2	1	2	1	2	3
513	Cuando usted tenía menos de 12 años , ¿alguna vez alguien mayor le hizo algún acto sexual? Por ejemplo, ¿Alguien mayor se exhibió o insinuó un acto sexual, o le tocó o besó sus partes íntimas? (Si la respuesta es NO saltar a la pregunta 516) <input type="checkbox"/> Si , esa vez yo tenía [] años y él / ella tenía más o menos [] años <input type="checkbox"/> No							

514	<p>Si la respuesta es Si, entonces díganos por favor quién lo hizo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Padre 2. <input type="checkbox"/> Padrastro 3. <input type="checkbox"/> Un conocido 4. <input type="checkbox"/> Un desconocido 5. <input type="checkbox"/> Otro familiar varón (Especifique _____) 6. <input type="checkbox"/> Una familiar mujer (Especifique _____) 7. <input type="checkbox"/> Una conocida 8. <input type="checkbox"/> Una desconocida
515	<p>¿Cuánto le afectó ese hecho?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> No me afectó 2. <input type="checkbox"/> Me afectó un poco 3. <input type="checkbox"/> Me afectó bastante 4. <input type="checkbox"/> Me afectó demasiado
516	<p>Después de los 12 años, ¿alguna vez alguien le hizo algún acto sexual que usted no quería? Por ejemplo, ¿se exhibió o le insinuó, o le tocó o besó sus partes íntimas sin su permiso, o le obligó a tocarle o besarle sus partes íntimas? (Si la respuesta es NO, fin de la entrevista)</p> <p><input type="checkbox"/> Si, esa vez yo tenía [_____] años y él / ella tenía más o menos [_____] años</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
517	<p>Si la respuesta es Si, entonces díganos por favor quién lo hizo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Padre 2. <input type="checkbox"/> Padrastro 3. <input type="checkbox"/> Un conocido 4. <input type="checkbox"/> Un desconocido 5. <input type="checkbox"/> Otro familiar varón (Especifique _____) 6. <input type="checkbox"/> Una familiar mujer (Especifique _____) 7. <input type="checkbox"/> Una conocida 8. <input type="checkbox"/> Una desconocida 9. <input type="checkbox"/> Otro (especifique _____)
518	<p>¿Cuánto le afectó ese hecho?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> No me afectó 2. <input type="checkbox"/> Me afectó un poco 3. <input type="checkbox"/> Me afectó bastante 4. <input type="checkbox"/> Me afectó demasiado

Hora Final [____:____] AM PM