

## FARMACOEPIDEMIOLOGÍA (PH)

03/12/02

\*PH1. Las siguientes preguntas se refieren a su uso de medicamentos. En primer lugar, ¿cuántos medicamentos diferentes que le fueron recetados ha tomado usted en los últimos siete días?

(SI NEC: "Recetado" significa que un médico le hizo una receta para el medicamento y usted lo obtuvo del farmacéutico.)

CONTINUAR PREGUNTANDO CERO/ NS: Por favor, incluya todos los medicamentos recetados que haya tomado, aunque los haya tomado solamente una vez.

\_\_\_\_\_ MEDICAMENTOS CON RECETA

NO SABE.....998  
REHÚSA.....999

---

\*PH2. ¿Cuántos medicamentos diferentes que no fueron recetados ha tomado usted en los últimos siete días? Por favor, incluya vitaminas, suplementos y cualquier otro tipo de medicamento que haya obtenido sin receta.

CONTINUAR PREGUNTANDO SI CERO INICIAL/ NS: Por favor, incluya todos los medicamentos que no le han sido recetados que haya tomado, aunque los haya tomado solamente una vez.

\_\_\_\_\_ MEDICAMENTOS SIN RECETA

NO SABE.....998  
REHÚSA.....999

---

\*PH2a. CONTROL ENTREVISTADOR: (VER \*PH2)

\*PH2 IGUAL '0', '998', O '999' .....1                    **PASE A \*PH2.1**  
TODAS LAS DEMÁS.....2

---

\*PH2b. ¿Alguno de los medicamentos que no fueron recetados fueron para mejorar su estado de ánimo, los nervios o para sus problemas emocionales?

SÍ.....1  
NO.....5                    **PASE A \*PH2.1**  
NO SABE .....8            **PASE A \*PH2.1**  
REHÚSA.....9              **PASE A \*PH2.1**

---

\*PH2c. ¿Estaba tomando el medicamento que no le fue recetado para mejorar su estado de ánimo, los nervios o para sus problemas emocionales por su cuenta o bajo la supervisión de un médico?

POR SU CUENTA .....1  
SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO .....2  
NO SABE.....8  
REHÚSA.....9

\*PH2.1. (CR, PÁG 27) Por favor vea la Página 27 de su libreta/cuaderno de respuestas. Durante los últimos 12 meses, ¿ tomó alguno de los siguientes medicamentos recetados bajo los cuidados de un médico para sus problemas emocionales o de los nervios o por su uso de alcohol o drogas?

ENTREVISTADOR: LEA EJEMPLOS EN PARÉNTESIS SÓLO SI R NO SABE LEER

ENTREVISTADOR: (SI ESPONT) PARA PROBLEMA FÍSICO USE CÓDIGO 7

	SÍ (1)	NO (5)	(SI ESPONT) PARA FÍSICO 7	NS (8)	RH (9)
*PH2.1a. ¿Pastillas para dormir u otros sedantes (como Ambien o Sonata)?	1	5	7	8	9
*PH2.1b. ¿ Medicamentos antidepresivos (como Prozac o Zoloft)?	1	5	7	8	9
*PH2.1c. ¿Tranquilizantes (como Xanax/Tafil o Ativan)?	1	5	7	8	9
*PH2.1d. ¿Anfetaminas u otros estimulantes (como Ritalin o Dextroanfetamina)?	1	5	7	8	9
*PH2.1e. ¿Medicamentos antipsicóticos (como Haldol/Haloperidol o Risperdal)?	1	5	7	8	9

\*PH2.2. CONTROL ENTREVISTADOR: (VER \*PH2.1a – \*PH2.1e)

POR LO MENOS UNA RESPUESTA CODIFICADA ‘1’ O ‘8’.....1  
TODAS LAS DEMÁS .....2

PASE A \*PH4 INTRO 1

\*PH2.3. Durante los últimos 12 meses, ¿tomó algún medicamento que le fue recetado para sus problemas emocionales, problemas de uso de alcohol o drogas, energía, concentración, sueño o habilidad para lidiar/manejar el estrés? Incluya todos los medicamentos que le han recetado aunque los haya tomado solamente una vez.

SÍ..... 1 PASE A \*PH4 INTRO 2  
NO..... 5 PASE A \* PH4 INTRO 3  
NO SABE..... 8 PASE A \* PH4 INTRO 3  
REHÚSA..... 9 PASE A \* PH4 INTRO 3

<p><b>*PH4 INTRO 1.</b> (CR, PÁG 28-29) Durante los últimos 12 meses, ¿cuál de los medicamentos en la lista ha tomado para cualquiera de los siguientes problemas: emocionales, de los nervios, de salud mental, de uso de alcohol o drogas, de energía, de concentración, de sueño, de la habilidad para lidiar/manejar el estrés? Incluya <u>todos</u> los medicamentos aunque los haya tomado solamente una vez.</p> <p>SIGA PREGUNTANDO: ¿Cualquier otro?</p>	<p><b>*PH4 INTRO 2.</b> (CR, PÁG 28-29) Durante los últimos 12 meses, ¿cuál de los medicamentos en la lista ha tomado para cualquiera de esos problemas? Incluya <u>todos</u> los medicamentos aunque los haya tomado solamente una vez.</p> <p>SIGA PREGUNTANDO: ¿Cualquier otro?</p>	<p><b>*PH4 INTRO 3.</b> (CR, PÁG 28-29) Durante los últimos 12 meses, ¿cuál de los medicamentos en la lista ha tomado? Incluya <u>todos</u> los medicamentos aunque los haya tomado solamente una vez.</p> <p>SIGA PREGUNTANDO: ¿Cualquier otro?</p> <p>IF “NONE” CODE 997</p>
---	--	--

ENTREVISTADOR: SI NEC, PIDA A R QUE MIRE EL ENVASE DEL MEDICAMENTO PARA BUSCAR SU NOMBRE. MARQUE HASTA 20 MENCIONES. CODIFIQUE EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN SI EL MEDICAMENTO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DE LA SIGUIENTE PÁGINA. SI NO ESTÁ EN LA LISTA, CODIFIQUE “998” COMO EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN. CUIDADO EN ESCRIBIR CORRECTAMENTE EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y ESCRIBIR POR SEPARADO LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTÁN EN LA LISTA.

	<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NÚMERO DE ID</b>
4a. (MED #1)		
4b. (MED #2)		
4c. (MED #3)		
4d. (MED #4)		
4e. (MED #5)		
4f. (MED #6)		
4g. (MED #7)		
4h. (MED #8)		
4i. (MED #9)		
4j. (MED #10)		
4k. (MED #11)		
4l. (MED #12)		
4m. (MED#13)		
4n. (MED#14)		
4o. (MED #15)		
4p. (MED #16)		
4q. (MED#17)		
4r. (MED #18)		
4s. (MED #19)		
4t. (MED#20)		

ID#	MEDICINE	ID#	MEDICINE	ID#	MEDICINE
1	Acetophenazine	48	Desipramine	95	Librax
2	Adapin	49	Desoxyn	96	Libritabs
3	Adderall	50	Desoxyn Gradumet	97	Librium
4	Alprazolam	51	Desyrel	98	Limbitrol
5	Amantadine	52	Dexedrine	99	Lithium
6	Ambien	53	Dextroamphetamine	100	Lithium CaCRonate
7	Amitriptyline	54	Dextrostat	101	Lithium Citrate Syrup
8	AmobaCRital	55	Dihydroergotamine Mesylate	102	Lithobid
9	Amoxapine	56	Diazepam	103	Lithonate
10	Amphetamines	57	Diphenhydramine	104	Lithotabs
11	Amytal	58	Disulfiram	105	Lorazepam
12	Anafranil	59	Divalproex	106	Loxapine
13	Antabuse	60	Doral	107	Loxitane
14	Antidepressant	61	Doriden	108	Ludiomil
15	Antipsychotic	62	Doxepin	109	Luminal
16	Aquachloral	63	Droperidol	110	Luvox
17	Artane	64	Duralith	111	Maprotiline
18	Asendin	65	Effexor	112	Marplan
19	Ativan	66	Elavil	113	Mellaril
20	Aventyl	67	Epitol	114	Meprobamate
21	Benadryl	68	Equanil	115	Mesoridazine
22	Benztropine	69	Eskalith	116	Methamphetamine
23	Bupropion	70	Eskalith Cr-450	117	Methotrimeprazine
24	Buspar	71	Estazolam	118	Methyl-Phenidate
25	Buspirone	72	Ethchlorvynol	119	Midazolam
26	CaCRamazepine	73	Etrafon	120	Miltown
27	CaCRatrol	74	Fluoxetine	121	Mirtazapine
28	Catapres	75	Fluphenazine	122	Mitran
29	Celexa	76	Flurazepam	123	Moban
30	Chloral Hydrate	77	Fluvoxamine	124	Moclobemide
31	Chlordiazepoxide	78	Gabapentin	125	Molindone
32	Chlorpromazine	79	Gen-Xene	126	Nardil
33	Citalopram	80	Glutethimide	127	Navane
34	Clomipramine	81	Halazepam	128	Nefazodone
35	Clonazepam	82	Halcion	129	Nembutal
36	Clonidine	83	Haldol	130	Neuramate
37	Clorazepate	84	Haldol Depot	131	Neurontin
38	Clorazil	85	Haloperidol	132	Norpramine
39	Clorprothixene	86	Hydroxyzine	133	Nortriptyline
40	Clozapine	87	Imipramine	134	Obetrol
41	Clozaril	88	Inapsine	135	Olanzapine
42	Cogentin	89	Inderal	136	Orap
43	Cylert	90	IsocaCRoxazid	137	Oxazepam
44	Dalmane	91	Janimine	138	Oxybutynin
45	Depacon	92	Klonopin	139	Pamelor
46	Depakene	93	Lamictal	140	Parnate
47	Depakote	94	Lamotrigine	141	Paroxetine

<b>ID#</b>	<b>MEDICINE</b>	<b>ID#</b>	<b>MEDICINE</b>	<b>ID#</b>	<b>MEDICINE</b>
142	Paxil	167	Risperidone	192	Tranlycypromine
143	Paxipam	168	Ritalin	193	Trazodone
144	Pemoline	169	SecobaCRital	194	Triavil
145	Permitil	170	Seconal	195	Triazolam
146	Perphenazine	171	Serax	196	Trifluoperazine
147	Phenelzine	172	Serentil	197	Triflupromazine
148	Phenergan	173	Seroquel	198	Trihexyphenidyl
149	PhenobaCRital	174	Sertraline	199	Trilafon
150	Phenytoin	175	Serzone	200	Trimipramine
151	Pimozide	176	Sinequan	201	Valium
152	Placidyl	177	Sodium PentobaCRital	202	Valproate
153	Prazepam	178	Sodium Valproate	203	Valproic Acid
154	Prolixin	179	Sonata	204	Venlafaxine
155	Prolixin Depot	180	Stelazine	205	Versed
156	Propranolol	181	Surmontil	206	Vesprin
157	Propofol	182	Symmetrel	207	Vistaril
158	Prosom	183	Taractan	208	Vivactil
159	Protriptyline	184	Tegretol	209	Wellbutrin
160	Prozac	185	Temazepam	210	Xanax
161	Quazepam	186	Thioridazine	211	Zaleplon
162	Quetiapine	187	Thiothixene	212	Zoloft
163	Remeron	188	Thorazine	213	Zolpidem
164	Reserpine	189	Tindal	214	Zyban
165	Restoril	190	Tofranil	215	Zyprexa
166	Risperdal	191	Tranxene		

\*PH2.3a. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE \*PH2.3)

\*PH2.3 EQUALS '5', '8', '9' ..... 1 GO TO \*PH5.5  
ALL OTHERS ..... 2

---

PROGRAMADOR: REPITA LA SERIE \*PH5.1 - \*PH5.6 COMO UN CONJUNTO PARA CADA MEDICAMENTO HASTA 20.  
LUEGO PASE A \*PH6

---

\*PH5.1. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente por cuántos días tomó usted (MED)?

\_\_\_\_\_ DÍAS

NO SABE..... 998  
REHÚSA..... 999

---

\*PH5.2. Durante los últimos 12 meses, ¿aproximadamente cuántos días de los 365 días tomó (MED)?

\_\_\_\_\_ DÍAS

NO SABE..... 998  
REHÚSA..... 999

---

\*PH5.3. Durante los últimos 365 días, ¿más o menos cuál es el mes y el día en que tomó (MED) por primera vez?

SIGA PREGUNTANDO NS PARA MEJOR ESTIMACIÓN DEL MES Y DÍA

\_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ DÍA

HOY ..... 997  
NO SABE..... 998  
REHÚSA ..... 999

---

\*PH5.4. ¿Más o menos cuál fue el mes y el día en que tomó (MED) por última vez?

SIGA PREGUNTANDO NS PARA MEJOR ESTIMACIÓN DEL MES Y DÍA

\_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ DÍA

HOY ..... 997  
NO SABE..... 998  
REHÚSA ..... 999

\*PH5.5. Los días que tomaba (MED) ¿cuánto tomaba usualmente?

(PREGUNTE: ¿Era una pastilla, inyección, cucharadita, cucharada, gotas o dosis medida con jeringa/jeringuilla?)

ENTREVISTADOR: CONVERTIR FRACCIONES EN DECIMALES:

1/4 = 0.25

1/3 = 0.33

1/2 = 0.50

\_\_\_\_\_ NÚMERO

PASTILLAS.....1  
INYECCIONES.....2  
CUCHARADITAS.....3  
CUCHARADAS SOPERAS.....4  
GOTAS .....5  
DOSIS POR JERINGA/JERINGUILLA.....6  
NO SABE.....998  
REHÚSA .....999

---

PH5.6. ¿Cuántos miligramos de medicamento había en cada (pastilla/ inyección/ cucharadita/ cucharada/ gotas/ dosis medida con jeringa/jeringuilla)?

ENTREVISTADO: SI NEC, PIDA A E QUE MIRE EL ENVASE DEL MEDICAMENTO.

\_\_\_\_\_ MG

NO SABE.....998

REHÚSA .....999

---

\*PH5.7. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE \*PH2.3)

\*PH2.3 EQUALS '5', '8', '9' ..... 1 GO TO \*DM1, NEXT SECTION

ALL OTHERS ..... 2

---

\*PH6. CONTROL ENTREVISTADOR: (VER \*PH4)

TOMÓ UNO A TRES MEDICAMENTOS ..... 1 PREGUNTE SERIE \*PH14.1 - \*PH20b PARA CADA UNO

TOMÓ CUATRO O MÁS MEDICAMENTOS.....2 ESCOJA AL AZAR TRES MEDICAMENTOS Y  
PREGUNTE SERIE \*PH14.1 - \*PH20b PARA CADA UNO

<p>*PH14.1. (CR, PÁG 30) (Vea por favor la página 30 en su libreta/cuaderno de respuestas.) Usted mencionó que tomó (MED). ¿Para qué problemas tomó el (MED)?</p> <p>(SI NEC: ¿cómo creía que le iba a ayudar?)</p> <p>ENTREVISTADOR: MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.</p> <p>CONTINUAR PREGUNTANDO HASTA QUE NO MENCIONE NINGUNO MÁS: ¿Para qué otro problema tomó el (MED)?</p>	<p>I. <u>ESTADO DE ÁNIMO</u>  TRISTEZA /DEPRESIÓN /LLANTOS.....1  ÁNIMO MANIACO O ELEVADO.....17  CORAJE/ENOJO.....18  NERVIOS/ANSIEDAD.....2  PÁNICO.....3  PENSAMIENTOS SUICIDAS.....4</p> <p>II. <u>SÍNTOMAS FÍSICOS</u>  ENERGÍA BAJA.....5  POCO APETITO.....6  PROBLEMAS CON EL SUEÑO.....7  DOLOR FÍSICO.....8</p> <p>III. <u>SÍNTOMAS COGNOCITIVOS</u>  PROBLEMAS CON LA CONCENTRACIÓN...9  PROBLEMAS CON LA MEMORIA.....10</p> <p>IV. <u>ROL FUNCIONAL</u>  POCO/NINGÚN FUNCIONAMIENTO  SEXUAL.....11  PROBLEMAS MATRIMONIALES.....12  PROBLEMAS RELACIONANDOSE CON LOS  DEMÁS.....13  RENDIMIENTO POBRE EN EL TRABAJO.....14</p> <p>V. <u>OTROS</u>  PROBLEMAS DE ALCOHOL/ DROGAS.....15  OTROS (ESPECIFICAR).....16</p> <hr/> <hr/> <p>NO SABE..... 98  REHÚSA..... 99</p>
<p>*PH14.2. En general, ¿le ayudó el/la (MED) como usted esperaba? –le ayudó mucho, algo, poco, o nada?</p> <p>SI ESPONT “EFECTIVO EN ALGUNAS COSAS PERO NO EN OTRAS,” CONTINUAR PREGUNTANDO: tomando en cuenta todos los aspectos ¿Qué tanto diría que le ayudó? (¿le ayudó mucho, algo, poco, o nada?)</p>	<p>AYUDÓ MUCHO.....1 <b>PASE A *PH14.4</b>  AYUDÓ ALGO.....2  AYUDÓ POCO.....3  AYUDÓ NADA.....4  NO SABE.....8 <b>PASE A *PH14.4</b>  REHÚSA.....9 <b>PASE A *PH14.4</b></p>
<p>*PH14.3 ¿Por qué no fue tan efectivo el medicamento para lograr lo que usted esperaba?</p>	<p>NO SE SIENTE MEJOR (SE SIENTE IGUAL).....1  HIZO QUE EMPEORARA EL PROBLEMA.....2  OTRO.....3  NO SABE.....8  REHÚSA.....9</p>
<p>*PH14.4 Desde que comenzó a tomar (MED), ¿ha tenido algún problema con este medicamento?</p>	<p>SÍ.....1  NO.....5 <b>PASE A *PH15</b>  NO SABE.....8 <b>PASE A *PH15</b>  REHÚSA.....9 <b>PASE A *PH15</b></p>



*PH14.5 ¿Fueron los problemas tan severos que tuvo que dejar de tomar (MED)?	SÍ.....1 NO.....5 NO SABE.....8 REHÚSA.....9
*PH15. ¿(Tomó/Está tomando) usted (MED) bajo la supervisión de un profesional de la salud? ¿O lo (tomó/está tomando) por su propia cuenta sin ninguna supervisión profesional?	CON SUPERVISIÓN ..... 1 PROPIA CUENTA/SIN SUPERVISIÓN 2 PASE A *PH17 NO SABE ..... 8 PASE A *PH17 REHÚSA ..... 9 PASE A *PH17
*PH15.1. ¿Quién le recetó el (medicamento/ MED) – un psiquiatra, un médico general o de familia, algún otro médico o especialista o algún otro profesional de la salud?	PSIQUIATRA .....1 MÉDICO GENERAL O DE FAMILIA .....2 ALGÚN OTRO MÉDICO.....3 ALGÚN OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD...4 (SI ESPONT) NADIE PRESCRIBIÓ EL MED.....5 (SI ESPONT) OTRO (ESPECIFICAR) .....6  NO SABE .....8 REHÚSA .....9
*PH16. Las personas no siempre se toman los medicamentos como se los debían de tomar. Piense en uno de los últimos 12 meses en que usted tomaba (MED). Durante ese mes, ¿generalmente cuántos de los 30 días se <u>olvidaba</u> de tomar el medicamento o tomaba <u>menos</u> de lo que tenía que tomar?	_____ (0-30) NÚMERO DE DÍAS  NO SE TENÍA QUE TOMAR MED REGULARMENTE.....996 (SI ESPON) NUNCA TOMÓ DURANTE UN MES ENTERO.....997 NO SABE.....998 REHÚSA.....999
*PH17. ¿ Todavía toma (MED)?	SÍ .....1 PASE A *PH14.1 PARA MED SIGUIENTE O *DM1, PRÓXIMA SECCIÓN NO.....5 NO SABE.....8 PASE A *PH14.1 PARA MED SIGUIENTE O *DM1, PRÓXIMA SECCIÓN REHÚSA.....9 PASE A *PH14.1 PARA MED SIGUIENTE O *DM1, PRÓXIMA SECCIÓN
*PH18. CONTROL ENTREVISTADOR: (VER *PH15)  *PH15 IGUAL A '1' .....1 TODAS LAS DEMÁS .....2 PASE A *PH20	
*PH19. ¿Le dijo el profesional de la salud que supervisó su uso de (MED) que dejara de tomarlo?	SÍ..... 1 PASE A *PH14.1 PARA MED SIGUIENTE O *DM1, PRÓXIMA SECCIÓN NO ..... 5 (SI ESPONT) YO LO DECIDÍ Y EL PROFESIONAL ESTUVO DE ACUERDO.....7 PASE A *PH20 NO SABE.....8 REHÚSA .....9
*PH19a. ¿El profesional, estuvo de acuerdo con su decisión de dejar de tomarlo?  DUDA CON LA SECUENCIA DE PH19 A PH19a	SÍ..... 1 NO ..... 5 (SI ESPONT) NO VOLVÍ AL MÉDICO..... 7 NO SABE.. ..... 8 REHÚSA ..... 9

<p>*PH20. ¿Dejó usted de tomar (MED) porque se sintió tan bien que ya no lo necesitaba? ¿O lo dejó por alguna otra razón?</p>	<p>SE ENCONTRABA MEJOR . 1 PASE A *PH14.1 PARA MED SIGUIENTE O *DM1, PROXIMA SECCIÓN</p> <p>OTRA RAZÓN..... 2  NO SABE ..... 8  REHÚSA ..... 9</p>
<p>*PH20a. (CR, PÁG 31). (Vea la lista), ¿cuáles fueron las razones por las que dejó de tomar (MED)?:</p> <p>CONTINUAR PREGUNTANDO HASTA QUE NO MENCIONE NINGUNA MÁS: ¿Alguna otra razón?</p> <p>ENTREVISTADO: SEÑALAR CON UN CÍRCULO TODO LO QUE CORRESPONDA. LEA EN VOZ ALTA LA LISTA SI R NO SABE LEER.</p>	<p>EL MEDICAMENTO NO LE ESTABA AYUDANDO.....1  PENSÓ QUE EL PROBLEMA MEJORARÍA SIN TOMAR MÁS MEDICAMENTO.....2  NO PODÍA PERMITIRSE COMPRAR EL MEDICAMENTO.....3  LE DABA DEMASIADA VERGÜENZA SEGUIR TOMANDO EL MEDICAMENTO.....4  QUERÍA SOLUCIONAR EL PROBLEMA SIN MEDICAMENTOS.....5  EL MEDICAMENTO PROVOCABA EFECTOS SECUNDARIOS QUE LE HICIERON DEJAR DE TOMARLO.....6  LE DABA MIEDO HACERSE DEPENDIENTE DEL MEDICAMENTO.....7  ALGUIEN EN SU VIDA PERSONAL LE PRESIONÓ PARA QUE DEJARA DE TOMARLO.....8  NÚMERO DE DOSIS POR DÍA NO ERA CONVENIENTE.....9  MEDICINA INTERACTÚA CON OTRA MEDICINA.....10  EMPEORÓ OTRA CONDICIÓN MÉDICA (EJ. DIABETES).....11  ALGUNA OTRA RAZÓN PARA DEJAR DE TOMARLO (ESPECIFICAR).....12</p> <hr/> <p>NO SABE ..... 998  REHÚSA ..... 999</p>
<p>*PH20.1 Cuando dejó de tomar (MED), ¿tomó algún otro medicamento en su lugar?</p>	<p>SÍ.....1  NO.....5 PASE A *PH20a.1  NO SABE.....8 PASE A *PH20a.1  REHÚSA.....9 PASE A *PH20a.1</p>
<p>*PH20.2 El nuevo medicamento, ¿es más efectivo que el otro?</p>	<p>SÍ, MEJOR.....1  IGUAL.....2  NO, PEOR.....3  NO SABE.....8  REHÚSA.....9</p>
<p>*PH20a.1. CONTROL ENTREVISTADOR: (VER *PH20a)</p> <p>*PH20a IGUAL A '6' .....1  TODAS LAS DEMÁS .....2 PASE A *PH14.1 PARA MED SIGUIENTE O *DM1, PRÓXIMA SECCIÓN</p>	

<p>*PH20b. ¿ Cuáles fueron los efectos secundarios que le hicieron dejar de tomar (MED)?</p> <p>SIGA PREGUNTANDO: ¿Cualquier otro efecto secundario que le hizo dejar de tomar (MED)?</p>	<p>PROBLEMAS CON EL SUEÑO.....1</p> <p>PROBLEMAS DE LA VISTA .....2</p> <p>NAÚSEA .....3</p> <p>VÓMITO .....4</p> <p>RESEQUEDAD DE LA BOCA .....5</p> <p>ANSIEDAD E IRRITABILIDAD.....6</p> <p>AGITACIÓN.....7</p> <p>PÉRDIDA DEL APETITO SEXUAL.....8</p> <p>DIFICULTADES CON LA EJECUCIÓN SEXUAL...9</p> <p>PÉRDIDA DE LA CONCENTRACIÓN .....10</p> <p>NO SE SIENTE BIEN.....11</p> <p>TEMBLORES.....12</p> <p>PÉRDIDA DE AUTO-CONTROL .....13</p> <p>AGOTAMIENTO Y PÉRDIDA DE ENERGÍA.....14</p> <p>CUALQUIER OTRA RAZÓN (ESPECIFIQUE) .....15</p> <hr/> <p>NO SABE .....98</p> <p>REHÚSA .....99</p>
---	--

PASE A \*PH14.1 PARA MED SIGUIENTE O \*DM1, PRÓXIMA SECCIÓN