

Mental Health *Integration*

Paquete de evaluación de seguimiento para niños y adolescentes

Estimado padre de familia:

Hace poco, usted contestó algunos formularios para ayudarnos a evaluar el estado de salud de su niño. Ahora nos gustaría evaluar que tan bien está funcionando el plan de tratamiento de su niño. Usted puede ayudarnos volviendo a llenar algunos de los formularios en relación a la enfermedad de su niño. A continuación se indican los formularios que nos gustaría que vuelva a llenar. Si ninguna casilla está marcada, vuelva a llenar TODOS los formularios.

- Cita de seguimiento para niños y adolescentes** (2 páginas)
- ADHD Vanderbilt escala de evaluación para padres** (2 páginas)
- Escala de evaluación de síntomas de depresión** (1 página)
- Evaluación de los trastornos de ansiedad y estrés** (1 página)
- Evaluación de síntomas del estado de ánimo** (1 página)
- Escala de evaluación de incapacidad en el hogar** (1 página)

Si tiene dudas o preguntas, comuníquese a la clínica al: _____

Muchas gracias

Cita de seguimiento (página 1 de 2)

Fecha de hoy: _____ Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Enfermedades que se evalúan: Ansiedad/Trastorno de estrés postraumático (PTSD, en inglés) Regulación del estado de ánimo Depresión
 (marque todas las opciones que correspondan) Trastorno por déficit de atención (ADHD o ADD, en inglés) Trastornos del desarrollo Otro:
 Enfermedades crónicas: _____ No sabe/no recuerda

¿Le explicó su proveedor el diagnóstico y revisó las opciones de tratamiento y preferencias con usted?

SÍ NO NO RECUERDA

Evaluación de seguimiento del dolor crónico:

SÍ NO

¿Sigue su niño teniendo dolor a diario? Si contestó que SÍ, por favor pídale a su niño que escoja el rostro que mejor describa su nivel promedio de dolor diario.

Nivel promedio de dolor (del 0 al 10)

Escala de evaluación del dolor por rostros Wong-Baker



De: M. Hockenberry-Eaton, D. Wilson, M.L. Winkelstein: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, Ed. 7, St. Louis, 2005, Mosby, Pág. 1259. Uso autorizado. Derechos reservados, Mosby.

Evaluación de seguimiento del sueño

SÍ NO

¿Aún tiene su niño problemas para dormir? Si contestó que SÍ, responda lo siguiente:

Mi niño suele ir a la cama a las _____ pm/am y se queda dormido a las _____ pm/am

¿Qué tan grave ha sido el problema del sueño de su hijo desde su última visita? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 no tiene problemas un poco graves bastante graves muy graves no podrían ser peores

Ausentismo escolar:

Desde su última visita, ¿cuántos días se ha ausentado su hijo de la escuela a causa de los problemas actuales de él?
 _____ # de días perdidos

Incapacidad en general: Marque la opción que mejor describa cuánto considera que su niño está incapacitado (afectado negativamente) por sus problemas en este momento. (Compare a su niño con otros niños de la misma edad y sexo en las mismas circunstancias.)

- 1 Sin incapacidad.** Los síntomas *no están presentes más de lo esperado ni interfieren* con el funcionamiento normal en el hogar o la escuela.
- 2 Muy poca incapacidad.** Los síntomas están presentes *con un poco de más frecuencia o intensidad de lo esperado, y sólo rara vez interfieren* con el funcionamiento normal en el hogar o la escuela.
- 3 Incapacidad leve.** Los síntomas están presentes *con un poco de más frecuencia o intensidad de lo esperado, y sólo rara vez interfieren* con el funcionamiento normal en el hogar o la escuela.
- 4 Incapacidad moderada.** Los síntomas están presentes *con mucha más frecuencia o intensidad de lo esperado, y por lo general interfieren* con el funcionamiento normal en el hogar o la escuela.
- 5 Incapacidad grave.** Los síntomas están presentes *con muchísima más frecuencia o intensidad de lo esperado, y y la mayoría de las veces interfieren* con el funcionamiento normal en el hogar o la escuela.
- 6 Incapacidad muy grave.** Los síntomas están presentes *con tanta frecuencia o intensidad superior a la que se espera que casi siempre interfieren* con el funcionamiento normal en el hogar o la escuela.
- 7 Máxima incapacidad (profunda).** Los síntomas están presentes *con tanta frecuencia o intensidad que interfieren de forma generalizada y significativa con el funcionamiento* y pueden crear una crisis que requiere medidas de inmediato para evitar un deterioro importante que produzca un peligro o daño grave.

Evaluación de la mejoría: Desde su última cita, ¿ha mostrado su niño alguna mejoría en el funcionamiento en el hogar o la escuela?

Avances en el autocontrol: Por favor marque los aspectos del autocontrol en los que su niño ha trabajado con éxito desde su última cita:

	Ninguna mejoría	Mejoría leve	Mejoría moderada	Mejoría significativa
1. En la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Toma de los medicamentos Orientación (también llamada psicoterapia) Mejora en la nutrición Ejercicio
- Apoyo familiar o de los amigos Aficiones y actividades divertidas Espiritualidad Otro: _____



Cita de seguimiento (página 2 de 2)

Fecha de hoy: _____ Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguimiento de medicamentos

Haga una lista de los medicamentos que su niño toma actualmente para problemas emocionales o de conducta.

Nombre del medicamento	Dosis	Fecha de inicio	¿Le han sido de ayuda desde la última visita?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> un poco <input type="checkbox"/> nada
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> un poco <input type="checkbox"/> nada
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> un poco <input type="checkbox"/> nada

¿Su niño está experimentando **alguno de los siguientes efectos secundarios** con respecto a estos medicamentos?

Síntomas	Ninguno	A veces	A menudo	No sé
Agitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en el apetito; explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boca reseca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansancio, apatía y aburrimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disforia (sensación de infelicidad general, irritabilidad o inquietud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristeza excesiva o llanto inusual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga (cansancio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio (dificultad para dormir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad a media mañana, en la tarde o en la noche; explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rascarse la piel o los dedos, morderse las uñas, los labios o el interior de la mejilla; explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimientos repetitivos, tics nerviosos, espasmos musculares, parpadeo; explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver o escuchar cosas que no existen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aislamiento social; menos interacción con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamientos o conductas suicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estremecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SÍ NO ¿Está su hijo experimentado **cualquier otro problema o síntoma** nuevos que usted considere como efecto secundario de estos medicamentos?

SI ES ASÍ, por favor explíquelo:

Para uso del proveedor de cuidados de la salud:

BP: _____ / _____ HR: _____ EKG: _____

Labs: _____ Other: _____

ADHD Vanderbilt escala de evaluación para padres (página 1 de 2)

Fecha de hoy: _____ Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado escolar: _____

Persona que contesta: _____ Parentesco con el niño: Padre o madre Otro: _____

Instrucciones: Piense en cada respuesta en el contexto de lo que es apropiado para la edad de su niño.

Tome en cuenta el comportamiento de su niño **durante los últimos 6 meses** para contestar este formulario.

Esta evaluación es en relación a cierto periodo de tiempo en que su niño: tomaba medicamentos no tomaba medicamentos no está seguro

Síntomas	Nunca	En ocasiones	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1. No pone atención a los detalles o comete errores por descuido, por ejemplo, al hacer la tarea.	0	1	2	3
2. Tiene dificultad para concentrarse en lo que debe hacer.	0	1	2	3
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.	0	1	2	3
4. No sigue las instrucciones que se le dan y no termina las actividades (esto no se debe a que se niegue a hacerlo ni a que no entienda).	0	1	2	3
5. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.	0	1	2	3
6. Evita, le disgustan o no quiere comenzar tareas que requieren de un esfuerzo mental continuo.	0	1	2	3
7. Pierde cosas necesarias para hacer trabajos o actividades (por ejemplo, juguetes, tareas escolares, lápices o libros).	0	1	2	3
8. Se distrae con facilidad con ruidos y otras cosas.	0	1	2	3
9. Es olvidadizo en las actividades diaria.	0	1	2	3
<input type="checkbox"/>				
10. Mueve nerviosamente las manos o los pies, o se retuerce cuando está sentado.	0	1	2	3
11. Se levanta de su silla cuando debe permanecer sentado.	0	1	2	3
12. Corre o trepa demasiado cuando debe permanecer sentado.	0	1	2	3
13. Tiene dificultad para jugar o comenzar juegos tranquilos sin hacer ruido.	0	1	2	3
14. Está constantemente "en movimiento" o actúa como "si tuviera un motor".	0	1	2	3
15. Habla demasiado.	0	1	2	3
16. Contesta antes de que le terminen de hacer una pregunta.	0	1	2	3
17. Tiene dificultad para esperar su turno.	0	1	2	3
18. Interrumpe o estorba a los demás cuando están hablando o jugando.	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
19. Discute con los adultos.	0	1	2	3
20. Pierde la calma y se enoja.	0	1	2	3
21. Desobedece o se niega a seguir las órdenes o reglas de los adultos.	0	1	2	3
22. Molesta a los demás a propósito.	0	1	2	3
23. Culpa a los demás por sus errores o por su mala conducta.	0	1	2	3
24. Es susceptible, se ofende o enoja fácilmente con los demás.	0	1	2	3
25. Está enojado o resentido.	0	1	2	3
26. Siente odio o rencor (se quiere vengar).	0	1	2	3
<input type="checkbox"/>				
27. Molesta, amenaza o intimida a los demás.	0	1	2	3
28. Inicia peleas físicas.	0	1	2	3
29. Miente para evitar problemas o para evitar trabajar (por ejemplo, engaña a los demás).	0	1	2	3
30. Falta a la escuela sin permiso.	0	1	2	3
31. Abusa físicamente de otras personas.	0	1	2	3
32. Ha robado cosas de valor.	0	1	2	3
<input type="checkbox"/>				



ADHD Vanderbilt escala de evaluación para padres (página 2 de 2)

Fecha de hoy: _____ Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Síntomas (continuado)

	Nunca	En ocasiones	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
33. Destruye la propiedad de otros a propósito	0	1	2	3
34. Ha usado armas que pueden causar daños graves (bats de béisbol, cuchillos, ladrillos, pistolas)	0	1	2	3
35. Es cruel hacia los animales	0	1	2	3
36. Ha causado incendios a propósito para causar daño	0	1	2	3
37. Ha entrado sin permiso a la casa, negocio o automóvil de otras personas	0	1	2	3
38. Ha pasado toda la noche fuera de casa sin permiso	0	1	2	3
39. Se ha escapado de casa por la noche	0	1	2	3
40. Ha obligado a alguien a tener relaciones sexuales	0	1	2	3
41. Es miedoso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
42. Tiene miedo de probar cosas nuevas por miedo a cometer errores	0	1	2	3
43. Se siente inútil o inferior	0	1	2	3
44. Se culpa a sí mismo por sus problemas; se siente culpable	0	1	2	3
45. Se siente solo, no deseado, o rechazado; se queja de que "nadie lo quiere"	0	1	2	3
46. Está triste, deprimido o no es feliz	0	1	2	3
47. Se siente diferente o se avergüenza con facilidad	0	1	2	3

Rendimiento

	Superior al promedio	Promedio	Problemático		
48. Rendimiento escolar en general	1	2	3	4	5
a. Lectura	1	2	3	4	5
b. Matemáticas	1	2	3	4	5
c. Expresión escrita	1	2	3	4	5
49. Comportamiento general en clase	1	2	3	4	5
a. Relación con sus compañeros	1	2	3	4	5
b. Seguimiento de instrucciones o reglas	1	2	3	4	5
c. Interrupciones en clase	1	2	3	4	5
d. Finalización de tareas	1	2	3	4	5
e. Capacidad de organización	1	2	3	4	5

Comentarios:

Para uso exclusivo del consultorio:

SYMPTOMS:

Number of questions scored 2 or 3 in questions 1–9: _____

Number of questions scored 2 or 3 in questions 10–18: _____

Total symptom score for questions 1–18 (add all scores): _____

Number of questions scored 2 or 3 in questions 19–26: _____

Number of questions scored 2 or 3 in questions 27–40: _____

Number of questions scored 2 or 3 in questions 41–47: _____

PERFORMANCE:

Number of items scored 4 or 5 in questions 48–49: _____

Average performance score
(total all scores, then divide by 10): _____

Escala de evaluación de síntomas de depresión (página 1 de 1)

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

 Persona que contesta: _____ Parentesco con el niño: Yo mismo Padre o madre Otro: _____

 Esta evaluación es en relación a cierto periodo de tiempo en que su niño: tomaba medicamentos no tomaba medicamentos no está seguro
 Marque el número en la escala de evaluación que corresponda mejor a los síntomas de su niño.

1	Síntomas	Escala de evaluación										
		En lo absoluto		Un poco		Más o menos			Mucho		No podría ser peor	
1	Depresión Puede incluir los siguientes síntomas: sentimientos de tristeza, llanto, desesperanza, aislamiento, desánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Irritabilidad Puede incluir los siguientes síntomas: enojo intenso, berrinches, agresión, incapacidad para hacer frente a la frustración, episodios de ira	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Pérdida del placer Puede incluir los siguientes síntomas: pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba, deja de participar en sus actividades habituales (deportes, danza, etc.), incapacidad para disfrutar las cosas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Trastornos del sueño Puede incluir los siguientes síntomas: dificultad para quedarse dormido, se despierta con frecuencia, duerme durante el día, se duerme tarde y se despierta temprano, duerme todo el tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Apetito Puede incluir los siguientes síntomas: pérdida del apetito, pérdida considerable de peso (_____ libras o kg), aumento del apetito, aumento considerable de peso (_____ libras o kg)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Agitación Puede incluir los siguientes síntomas: inquietud, hiperactividad, incapacidad para relajarse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Falta de energía Puede incluir los siguientes síntomas: está cansado todo el tiempo, no tiene ganas de hacer nada, es menos activo de lo habitual, habla y responde con más lentitud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Sentimientos de inutilidad Puede incluir los siguientes síntomas: sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados, poca autoestima, habla mal sobre sí mismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Falta de concentración Puede incluir los siguientes síntomas: no puede concentrarse, tiene períodos cortos de atención, no escucha a los demás, se distrae con facilidad, no puede pensar, es indeciso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Pensamientos recurrentes de muerte Puede incluir los siguientes síntomas: ideas suicidas, hacerse daño a sí mismo, pensamientos, planes o intento de suicidio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Incapacidad en el hogar a causa de los síntomas que aparecen en este folleto: Los síntomas interfieren con el funcionamiento del niño en general en el hogar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Incapacidad en la escuela a causa de los síntomas que aparecen en este folleto: Los síntomas interfieren con el funcionamiento del niño en general en la escuela	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Duración de los síntomas: Los síntomas han sido motivo de preocupación grave durante (marque el período de tiempo que corresponda)
 2 a 4 semanas 1 a 3 meses 3 a 6 meses 6 meses a 1 año 1 a 2 años más de 2 años

¿Han durado 2 o más de estos síntomas más de 1 año? Sí NO

Para uso exclusivo del consultorio: Symptom score (1–10): _____ /100 Impairment score (11–12): _____ /20



Evaluación de los trastornos de ansiedad y estrés (página 1 de 1)

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

 Persona que contesta: _____ Parentesco con el paciente: Yo mismo Padre o madre Otro: _____

 El paciente actualmente: ¿toma medicamentos para la regulación del estado de ánimo? ¿no toma medicamentos?
 ¿no está seguro? ¿recibe orientación o psicoterapia?

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha molestado los siguientes problemas a usted o a su hijo? Circule un número para cada artículo.

	Trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)	Frecuencia			
		En lo absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	¿Sentirse nervioso, ansioso o malhumorado?	0	1	2	3
	¿Incapacidad de detener o controlar las preocupaciones?	0	1	2	3
	¿Demasiada preocupación por varias cuestiones?	0	1	2	3
	¿Dificultad para relajarse?	0	1	2	3
	¿Tanta inquietud que dificulte el quedarse quieto?	0	1	2	3
	¿Volverse fácilmente irritable o molesto?	0	1	2	3
	¿Sentir miedo, como si algo terrible pudiera ocurrir?	0	1	2	3

Marque el número en la escala de evaluación que corresponda mejor a sus síntomas o a los de su niño.

	Otros síntomas	Escala de evaluación										
		En lo absoluto		Un poco		Más o menos		Mucho		No podría ser peor		
2	Pánico: Esto incluso puede aumentar la frecuencia cardíaca, aumentar la presión arterial, presión o dolor en el pecho, respiración irregular y mareos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Síntomas físicos: Esto incluso puede ser dolor de estómago, dolor de cabeza, tensión muscular, temblores, espasmos y sudoración	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Obsesiones o compulsiones: Esto incluso puede ser pensamientos recurrentes o persistentes que no se pueden controlar (preocupación por los gérmenes, el trabajo escolar, la perfección, la suciedad, la seguridad, la muerte); conductas repetitivas o rutinas excesivas que no se pueden controlar (como lavarse excesivamente las manos, revisar las cerraduras, limpiar, asearse en exceso)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Estrés postraumático: Esto incluso puede tener pensamientos o sueños recurrentes o inquietantes sobre un acontecimiento traumático del pasado, reacciones físicas al recordar el acontecimiento, evitar situaciones que recuerdan aspectos del acontecimiento, sentirse aislado o aturdido emocionalmente y sentirse nervioso o asustado con facilidad Marque esta opción si los síntomas de estrés postraumático han durado más de 4 semanas: <input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Incapacidad en el hogar a causa de los síntomas que aparecen en este folleto: Los síntomas interfieren con el funcionamiento en general en el hogar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Incapacidad fuera del hogar a causa de los síntomas que aparecen en este folleto: Los síntomas interfieren con el funcionamiento en general fuera del hogar (en la escuela, trabajo, iglesia, con los amigos, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Duración de los síntomas: Los síntomas han sido motivo de preocupación grave durante (marque el período de tiempo que corresponda):

 2 a 4 semanas 1 a 3 meses 3 a 6 meses 6 meses a 1 año 1 a 2 años más de 2 años

¿Han durado 2 o más de estos síntomas más de 1 año? SÍ NO

Para uso exclusivo del consultorio GAD-7 score (item 1): _____ / 21 Other symptoms (2-5): _____ / 40 Impairment score (6-7): _____ / 20



Evaluación de síntomas del estado de ánimo (página 1 de 1)

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona que contesta: _____ Yo mismo Padre o madre Otro: _____

El paciente actualmente: ¿Está tomando medicamentos para la regulación del estado de ánimo? ¿No está tomando medicamentos?
 ¿No está seguro? ¿Recibe orientación o psicoterapia?

Marque el número en la escala de evaluación que indique mejor cuánto corresponden los síntomas que se describen a continuación a los suyos o a los de su niño.

Síntomas		Escala de evaluación										
		En lo absoluto		Un poco		Más o menos		Mucho		No podrían ser peores		
1	Exaltación del estado de ánimo (manía) Puede incluir los siguientes síntomas: impulsividad, aumento de energía, incremento en la actividad, necesidad, alegría inusual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Irritabilidad Puede incluir los siguientes síntomas: enojo intenso, berrinches, agresión, incapacidad para hacer frente a la frustración, episodios de ira	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Egocentrismo Puede incluir los siguientes síntomas: tiene delirios de grandeza, es autoritario o dominante, ignora los sentimientos de los demás, cree que siempre tiene la razón, que nada puede hacerle daño y que es mejor que los demás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Trastornos del sueño Puede incluir los siguientes síntomas: dificultad para quedarse dormido, se despierta con frecuencia, duerme durante el día, se duerme tarde y se despierta temprano	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Necesidad de hablar más de lo normal Puede incluir los siguientes síntomas: habla constantemente, interrumpe a los demás, tiene la necesidad de seguir hablando	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Pensamiento acelerado Puede incluir los siguientes síntomas: piensa más rápido de lo que puede hablar, cambia de tema con facilidad, piensa en muchas cosas a la vez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Falta de concentración Puede incluir los siguientes síntomas: no puede concentrarse, tiene períodos cortos de atención, no escucha a los demás, se distrae con facilidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Agitación Puede incluir los siguientes síntomas: inquietud, hiperactividad, incapacidad para relajarse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Participación en actividades de alto riesgo Puede incluir los siguientes síntomas: interés desmedido en el sexo, consumo de drogas y alcohol, adicción al juego y las apuestas, conduce de manera imprudente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Impulsividad Puede incluir los siguientes síntomas: ideas suicidas, se hace daño a sí mismo, huye de casa, falta de criterio, es astuto, actúa sin pensar, no aprende de sus errores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Incapacidad en el hogar a causa de los síntomas que aparecen en este folleto: Los síntomas interfieren con el funcionamiento en general en el hogar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Incapacidad fuera del hogar a causa de los síntomas que aparecen en este folleto: Los síntomas interfieren con el funcionamiento en general fuera del hogar (en la escuela, trabajo, iglesia, con los amigos, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Duración de los síntomas: Los síntomas han sido motivo de preocupación grave durante (marque el período de tiempo que corresponda):
 2 a 4 semanas 1 a 3 meses 3 a 6 meses 6 meses a 1 año 1 a 2 años más de 2 años

Para uso exclusivo del consultorio: Symptom score (1–10): _____ /100 Impairment score (11–12): _____ /20



Escala de evaluación de incapacidad en el hogar (página 1 de 1)

Fecha de hoy: _____ Nombre del niño: _____ Nombre del padre o la madre: _____

Instrucciones: Marque con un círculo el número (del 1 al 7) que mejor describa el grado de incapacidad de su niño en cada una de las **categorías de funcionamiento** que aparecen en la columna de la izquierda. **Recuerde:** que entre más alto sea el número, más alta será la incapacidad.

Categoría de funcionamiento	Los síntomas de su niño son apropiados para su edad y sexo. Su niño no muestra señales de incapacidad en el hogar.	Los síntomas de su niño están presentes con un poco de más frecuencia o intensidad de lo esperado en niños de su misma edad y sexo, y sólo rara vez interfieren con el funcionamiento normal en el hogar.	Los síntomas de su niño están presentes con más frecuencia o intensidad de lo esperado en niños de su misma edad y sexo, y a veces interfieren con el funcionamiento normal en el hogar.	Los síntomas de su niño están presentes con mucha más frecuencia o intensidad de lo esperado en niños de su misma edad y sexo, y por lo general interfieren con el funcionamiento normal en el hogar.	Los síntomas de su niño están presentes con muchísima más frecuencia o intensidad de lo esperado en niños de su misma edad y sexo, y la mayoría de las veces interfieren con el funcionamiento normal en el hogar.	Los síntomas de su niño están presentes presentes con tanta frecuencia o intensidad superior a la que se espera en niños de su misma edad y sexo que casi siempre interfieren con el funcionamiento normal en el hogar.	Los síntomas de su niño están presentes con tanta frecuencia o intensidad que interfieren por completo con el funcionamiento normal en el hogar. Los síntomas pueden crear una crisis que requiere medidas de inmediato para evitar un peligro o daño graves.
	Sin incapacidad	Muy poca incapacidad	Incapacidad leve	Incapacidad moderada	Incapacidad grave	Incapacidad muy grave	Máxima incapacidad
El comportamiento ¿Cuánto interfieren los síntomas de su niño con su capacidad para seguir las reglas en casa, obedecer a los padres o cumplir las expectativas de comportamiento en general?	1	2	3	4	5	6	7
Relaciones personales ¿Cuánto interfieren los síntomas de su niño con su capacidad para iniciar y mantener relaciones cercanas con sus compañeros?	1	2	3	4	5	6	7
Emociones ¿Cuánto interfieren los síntomas de su niño con su capacidad para cumplir sus obligaciones y tareas diarias en casa?	1	2	3	4	5	6	7
Obligaciones ¿Cuánto interfieren los síntomas de su niño con su capacidad para cumplir sus obligaciones y tareas diarias en casa?	1	2	3	4	5	6	7

