

Mental Health Integration

Paquete de evaluación de seguimiento para adultos

Estimado paciente:

Hace poco, usted contestó algunos formularios para ayudarnos a evaluar sus necesidades de salud mental. Ahora nos gustaría evaluar que tan bien está funcionando su plan de tratamiento. **Usted puede ayudarnos volviendo a llenar algunos de los formularios en relación a su enfermedad. 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 adultos** (2 páginas)
- Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)** (1 página)
- Evaluación de los trastornos de ansiedad y estrés** (1 página)
- Evaluación de síntomas del estado de ánimo** (1 página)
- Síntomas de la escala de autoinforme sobre ADHD** (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 paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Enfermedades que se evalúan: _____

¿Le explicó su proveedor el diagnóstico y revisó sus opciones de tratamiento y preferencias con usted? SÍ NO NO RECUERDA

Evaluación de seguimiento del dolor crónico:

SÍ NO

¿Ha tenido dolor a diario durante los últimos 6 meses o más tiempo?

Si contestó que SÍ, por favor califique su nivel promedio de dolor diario en una escala del 0 (ningún dolor) al 10 (dolor intenso).

Nivel promedio de dolor (0–10)

La escala de rostros de la derecha puede ser útil.

Escala de evaluación del dolor por rostros Wong-Baker



0 No duele
2 Duele un poco
4 Duele un poco más
6 Duele más
8 Duele mucho más
10 Duele muchísimo

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 problemas para dormir? Si contestó que SÍ, responda lo siguiente:

Suelo ir a la cama a las _____ pm/am y me quedo dormido a las _____ pm/am

(0–10)

¿Qué tan graves son sus problemas para dormir desde su última cita? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
no tengo problemas un poco graves bastante graves muy graves no podrían ser peores

Incapacidad en general

Marque la opción que mejor describa cuánto considera que sus **síntomas de salud mental** están interfiriendo con su vida en el hogar, el trabajo o fuera de casa, o en situaciones sociales.

- 1 Sin incapacidad.** Los síntomas *no están presentes más de lo esperado ni interfieren* con la vida.
- 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 la vida.
- 3 Incapacidad leve.** Los síntomas están presentes *con más frecuencia o intensidad de lo esperado, y a veces interfieren* con la vida.
- 4 Incapacidad moderada.** Los síntomas están presentes *con mucha más frecuencia o intensidad de lo esperado, y por lo general interfieren* con la vida.
- 5 Incapacidad grave.** Los síntomas están presentes *con muchísima más frecuencia o intensidad de lo esperado, y la mayoría de las veces interfieren* con la vida.
- 6 Incapacidad muy grave.** Los síntomas están presentes *con tanta frecuencia o intensidad superior a la que se espera que casi siempre interfieren* con la vida.
- 7 Máxima incapacidad (profunda).** Los síntomas están presentes *con tanta frecuencia o intensidad que interfieren por completo* con la vida. Los síntomas pueden crear una crisis que requiere medidas de inmediato para evitar un peligro o daño graves.

Seguimiento de días perdidos

de días perdidos Desde la última visita, ¿cuántos días de trabajo, escuela u otras actividades fuera del hogar ha perdido a causa de sus problemas actuales de salud mental?

Evaluación de la mejoría

Desde su última cita, ¿ha mostrado alguna mejoría en el desempeño laboral (incluso en las responsabilidades fuera del hogar) o en el hogar?

	Ninguna mejoría	Mejoría leve	Mejoría moderada	Mejoría significativa
1. En el trabajo	<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"/>

Avances en el autocontrol

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

- Toma de los medicamentos
- Orientación (terapia)
- Mantenimiento de relaciones personales satisfactorias (uso de un sistema de apoyo)
- Mejora en la alimentación
- Ejercicio
- Espiritualidad
- Aficiones y actividades divertidas



Cita de seguimiento (página 2 de 2)

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

Seguimiento de medicamentos

Haga una lista de los medicamentos que toma actualmente para la depresión, ansiedad u otros problemas emocionales.

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

¿Está experimentando **cualquiera 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"/>
Sensación de inquietud o inestabilidad	<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	<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 al final de la 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"/>
Pensar que estaría mejor muerto o querer hacerse daño a sí mismo de alguna manera	<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 experimentando **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: _____

Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) (página 1 de 1)

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

Usted actualmente: ¿Está tomando medicamentos para la depresión? ¿No está tomando medicamento para la depresión?
 ¿No está seguro? ¿Recibe orientación o psicoterapia?

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas?	En lo absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer para hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentimientos de tristeza, desesperanza o depresión	0	1	2	3
3. Dificultad para quedarse dormido, se despierta con frecuencia, duerme demasiado	0	1	2	3
4. Sensación de cansancio o pérdida de energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o come en exceso	0	1	2	3
6. Poca autoestima o sentimientos de fracaso o de haber defraudado a su familia o a sí mismo	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla con tanta lentitud que otras personas podrían haberlo notado, o por el contrario, se siente tan inquieto o intranquilo que se mueve mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Piensa que estaría mejor muerto o quiere hacerse daño a sí mismo de alguna manera	0	1	2	3
Total de cada columna				

¿Qué tanto ha dificultado estos problemas su capacidad para hacer su trabajo, encargarse de las labores en casa o relacionarse con los demás?

A. Nada Un poco Bastante Mucho

B. En los últimos 2 años, ¿se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, incluso si se siente bien algunas veces?

YES NO

Comentarios:

Para uso exclusivo del consultorio:

Symptom score (total # of answers in shaded areas): _____

Severity score (total all points from all questions): _____



PHQ 50408

El PHQ-9 (Derechos reservados © 1999 por Pfizer Inc.) actualmente es de dominio público. PRIME-MD® y PRIME MD TODAY® son marcas registradas de Pfizer Inc.

©2004–2014 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados.

Patient and Provider Publications 801-442-2963 DEP601S - 11/13

(Spanish translation 01/14 by Lingotek, Inc.)

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 soledad, la seguridad, la muerte); conductas repetitivas o rutinas excesivas que no se pueden controlar (como lavarse excesivamente las manos, revisar las cerraduras, limpiar, afeitarse 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



Síntomas de la escala de autoinforme sobre ADHD (ASRS-v1.1) (página 1 de 1)

Fecha de hoy: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Marque con una X la casilla de cada pregunta que mejor describa cómo se ha sentido y comportado durante los últimos 6 meses. Entréguele esta lista de verificación contestada a su proveedor de cuidados de la salud para comentarla durante la cita de hoy.	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1. ¿Con qué frecuencia le cuesta terminar los detalles finales de un proyecto una vez que ha terminado las partes más difíciles?					
2. ¿Con qué frecuencia le cuesta poner las cosas en orden cuando tiene que hacer una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar citas u obligaciones?					
4. Cuando tiene que hacer una tarea que le exige pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o aplaza su comienzo?					
5. ¿Con qué frecuencia juguetea o retuerce las manos o los pies cuando tiene que estar sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Con qué frecuencia se siente demasiado activo e impulsado a hacer cosas, como si tuviera un motor?					
Parte A					
7. ¿Con qué frecuencia comete errores por descuido cuando tiene que trabajar en un proyecto aburrido o difícil?					
8. ¿Con qué frecuencia le cuesta poner atención cuando está haciendo un trabajo aburrido o repetitivo?					
9. ¿Con qué frecuencia le cuesta concentrarse en lo que otras personas le están diciendo, incluso cuando le hablan directamente?					
10. ¿Con qué frecuencia pierde o le cuesta encontrar cosas en la casa o el trabajo?					
11. ¿Con qué frecuencia se distrae con actividades o ruidos alrededor suyo?					
12. ¿Con qué frecuencia se levanta de su asiento en reuniones u otras circunstancias en las que debe permanecer sentado?					
13. ¿Con qué frecuencia se siente inquieto o agitado?					
14. ¿Con qué frecuencia le cuesta relajarse cuando tiene tiempo para usted?					
15. ¿Con qué frecuencia se da cuenta que está hablando demasiado en situaciones sociales?					
16. Cuando está conversando con alguien, ¿con qué frecuencia se da cuenta de que termina las oraciones de las personas con quienes está hablando antes de que las puedan terminar ellas mismas?					
17. ¿Con qué frecuencia le cuesta esperar su turno en situaciones en las que debe hacerlo?					
18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a otras personas cuando están ocupadas?					
Parte B					

