

Paquete de evaluación de referencia para adultos

Estimado paciente:

La salud mental es parte importante del estado general de salud. Por esta razón, contamos con un equipo de salud mental en nuestra clínica. Le pedimos que conteste los formularios dentro de este paquete para ayudarnos a evaluar esta parte fundamental de su estado de salud. Sus respuestas nos ayudarán a brindarle a usted y su familia el mejor apoyo.

- **Historia clínica y consulta inicial** (2 páginas): Este formulario incluye preguntas sobre sus síntomas y problemas principales, y nos da una idea general sobre sus antecedentes de salud mental. También incluye una “escala de incapacidad en general”. Esta escala nos indica cuánto cree usted que sus problemas están interfiriendo con su vida en el hogar o en el trabajo.
- **Escala de evaluación familiar** (1 página): Este formulario incluye preguntas sobre su familia y su sistema de apoyo. Nos ayuda a comprender el estilo de su familia para hacer frente al estrés y otros problemas de salud difíciles.
- **Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)** (1 página): Este formulario incluye preguntas sobre su conducta y sentimientos más recientes. Sus respuestas nos ayudan a determinar si hay señales y síntomas de depresión.
- **Evaluación de los trastornos de ansiedad y estrés** (1 página): Este formulario nos ayuda a identificar problemas relacionados con factores de estrés en su vida diaria.
- **Cuestionario de trastornos del estado de ánimo (MDQ)** (1 página): Este formulario nos ayuda a determinar si hay señales de un posible problema del estado de ánimo llamado trastorno bipolar.
- **Evaluación de síntomas del estado de ánimo** (1 página): Este formulario nos ayuda a identificar posibles síntomas de trastorno bipolar y a evaluar qué tan graves son.
- **Síntomas de la escala de autoinforme sobre ADHD** (1 página): Este formulario evalúa con qué frecuencia tiene cada uno de 18 síntomas diferentes, y nos ayuda a determinar si hay señales de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés).

Lleve estos formularios contestados a su próxima cita. Si usted no tiene tiempo de contestar los formularios, le pedimos que se presente 20 minutos antes de su cita para que tenga tiempo de llenarlos.

Muchas gracias

Historia clínica y consulta inicial (página 1 de 2)

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

1. ¿Cuáles son sus problemas o preocupaciones principales?

Físicos: 1. _____ 2. _____ 3. _____
Emocionales: 1. _____ 2. _____ 3. _____

2. ¿Ha recibido tratamiento para algún trastorno de salud mental en el pasado? SÍ NO ¿Está siendo tratado ahora? SÍ NO

SI ES ASÍ, ¿cuándo? (anote todos los períodos de tiempo) _____
¿Qué tratamientos se han usado? medicamentos orientación o psicoterapia hospitalización otro: _____
¿Funcionó el tratamiento? ¿Cómo le ha ayudado? _____

3. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos en los últimos 6 meses?

SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor de pecho		Dificultad para respirar		Dolor de cabeza por tensión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatiga		Dolor de espalda		Migraña
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mareo		Dolor de estómago		Síndrome del intestino irritable (colitis)

¿Se le ha diagnosticado alguna enfermedad crónica? asma diabetes otro: _____

4. Evaluación 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).
La escala de rostros de la derecha puede ser útil.

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.

5. Evaluación del sueño

SÍ **NO**
 ¿Tiene problemas para dormir? Si contestó que **SÍ**, responda lo siguiente:

¿Por cuánto tiempo ha tenido problemas para dormir? _____

En promedio, ¿cuántas noches a la semana tiene problemas para dormir? _____

En promedio, ¿cuántas horas duerme cuando tiene estos problemas? _____

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor sus problemas para dormir?

- Tengo problemas para conciliar el sueño. Suelo ir a la cama a las _____ pm/am y me duermo a las _____ pm/am.
 Me despierto con frecuencia durante la noche. Me despierto temprano y no me puedo volver a dormir.
 Duermo todo el día y tomo siestas.

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

6. Medicamentos

SÍ **NO**
 ¿Ha tomado o está tomando **medicamentos para problemas de salud mental** (como depresión o ansiedad)?

Si contestó que **SÍ**, por favor anote la siguiente información sobre cada medicamento. (Use más hojas si necesita más espacio.)

Nombre del medicamento	Dosis	Fecha de inicio	¿Sigue tomando?	¿Qué tan bien funciona/funcionó?	¿Tiene efectos secundarios?
			SÍ No		
			SÍ No		
			SÍ No		

SÍ **NO**
 ¿Está tomando **medicamentos de venta sin receta, herbales o vitaminas**?

Nombre del medicamento o vitaminas	Dosis	Fecha de inicio	¿Sigue tomando?	¿Qué tan bien funciona/funcionó?	¿Tiene efectos secundarios?
			SÍ No		
			SÍ No		
			SÍ No		



Historia clínica y consulta inicial (página 2 de 2)

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

7. **SÍ NO Antecedentes familiares:** ¿Tiene parientes biológicos que hayan tenido problemas mentales, emocionales o de conducta, como depresión, ansiedad, trastorno bipolar, abuso de drogas o alcohol, o intento de suicidio? **Si contestó que SÍ,** indique los parientes y los problemas: _____

8. **Maltrato y acontecimientos traumáticos:** ¿Tiene antecedentes de alguno de los siguientes problemas?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| SÍ | NO | | SÍ | NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maltrato físico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abuso sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguno de estos problemas sigue ocurriendo o afectándolo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está usted en peligro o en riesgo debido a alguna de estas situaciones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha solicitado la ayuda de un profesional en relación con estas cuestiones? Si es así, ¿a quién? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. **Abuso de drogas y otros hábitos:** ¿Bebe alcohol, consume drogas, fuma o usa tabaco? **SÍ** **NO**

Si contestó que SÍ, en el último año:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| SÍ | NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. **Hábitos alimenticios:**

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| SÍ | NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. **Interferencia del estrés: En los últimos 6 meses:**

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| SÍ | NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. **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.

En los últimos 6 meses, ¿cuántos días los síntomas provocaron que usted incumpliera sus responsabilidades fuera del hogar (trabajo, escuela, amigos)? _____

Marque aquí si alguna vez ha perdido una semana continua (de lunes a viernes, por ejemplo) debido a los síntomas.

13. **Salud general.** ¿Cómo calificaría su salud en general?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	muy buena	buena	no tan buena	mala	muy graves				

Escala de evaluación familiar (página 1 de 1)

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

¿A quién acude con más frecuencia para buscar ayuda cuando no se siente bien o si tiene dificultades?

No suelo hablar con nadie Mi apoyo se ha agotado o acabado Hablo con un amigo, pastor, líder de la Iglesia, cónyuge o pareja

Hay muchas definiciones de "familia", tales como personas emparentadas con usted por nacimiento o matrimonio, las personas con las que vive o su grupo de amigos. Este formulario es sobre su familia o su sistema de apoyo actual, como usted los define. Cada familia tiene su propio estilo para manejar el estrés y otros problemas de salud. Esta escala de evaluación puede ayudarle a usted y a nosotros a entender el estilo de su familia. En cada renglón, encierre en un círculo el número que mejor describa cómo usted y su familia (o su sistema de apoyo actual) actúan cuando están bajo estrés o haciendo frente a un problema de salud difícil.

	Descripciones del estilo familiar	Escala de evaluación										
		En lo absoluto		Un poco		Más o menos		Mucho		Describe exactamente a mi familia		
1	Vivimos en situaciones de crisis con frecuencia. Tenemos muchos problemas e inquietudes sin resolver. El contacto familiar crea confusión y conflictos. Nos es difícil asistir a citas periódicas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Contamos con el apoyo de algunas personas en momentos de estrés. Valoramos y pedimos la ayuda de los expertos (médicos y enfermeras) para resolver nuestros problemas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Somos muy independientes y con frecuencia no necesitamos la ayuda de los demás. Nos gusta resolver los problemas por nuestra propia cuenta. Pedir ayuda nos inquieta y a menudo nos molesta, por lo que es posible que no obtengamos el apoyo que necesitamos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Nuestra familia y amigos están cansados porque es difícil atender todas nuestras necesidades. Estamos agradecidos por su ayuda, pero no estamos seguros que vaya a funcionar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Creemos que las relaciones familiares son importantes. Las relaciones personales nos hacen sentir seguros y nos son útiles.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Tenemos muchos amigos, pero no amigos cercanos. A menudo enfrentamos solos nuestros problemas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Podemos ayudar y ser francos al resolver nuestros problemas. Nuestros familiares son accesibles y comprensivos, incluso cuando no estamos de acuerdo o discutimos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Nuestros familiares pueden ser distantes, indiferentes y fríos. Olvidan o ignoran la importancia de las relaciones familiares desde la edad temprana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Tenemos recuerdos dolorosos de las relaciones familiares desde la edad temprana. Seguimos enojados con nuestros padres.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Para uso exclusivo del consultorio:

Style I: $\frac{\quad}{3} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{8} = \frac{\quad}{30}$ Style II: $\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{4} + \frac{\quad}{9} = \frac{\quad}{30}$ Style III: $\frac{\quad}{2} + \frac{\quad}{5} + \frac{\quad}{7} = \frac{\quad}{30}$



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 suciedad, 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



Cuestionario de trastornos del estado de ánimo (MDQ) (página 1 de 1)

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

	SI	NO
1 ¿Ha pasado alguna vez por un período en el cual su comportamiento no era normal y...		
... se sentía tan bien o tan exaltado que los demás pensaron que su comportamiento no era normal, o estaba tan exaltado que se metió en problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... estaba tan irritable que le gritó a los demás o inició peleas físicas o verbales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... se sentía con mucha más seguridad en sí mismo que lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dormía mucho menos que lo normal y no necesitaba más horas de sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hablaba más o mucho más rápido que lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tenía pensamientos acelerados o no podía calmar su mente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... se distraía con tanta facilidad con cualquier cosa que no podía concentrarse o poner atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tenía mucha más energía de lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... era mucho más activo o hacía muchas más cosas de lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... se sentía mucho más sociable o extrovertido de lo normal; por ejemplo, llamaba a sus amigos por teléfono a media noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tenía mucho más interés en el sexo de lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hacía cosas que no eran normales o que los demás podrían haber pensado que eran excesivas, absurdas o arriesgadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... usted o su familia se metieron en problemas porque usted gastaba dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Si contestó que SÍ a más de una de las opciones anteriores, ¿ha experimentado varias de estas cosas durante el mismo período?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 ¿Cuántos problemas le causaron estas cosas (como no poder trabajar, tener problemas legales, económicos o familiares o tener peleas físicas o verbales)?

ningún problema pocos problemas bastantes problemas muchos problemas

Para uso exclusivo del consultorio:

1 _____ / 13

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		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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					

