

Nombre: _____ MR: _____ Fecha: ____/____/____

Cuestionario de Actitudes Ante la Alimentación (EAT-26)

Instrucciones: Esta es una prueba diseñada para evaluar preocupaciones y actitudes comunes en personas con desórdenes alimenticios. Selecciona la opción que represente con cuanta frecuencia te ocurre lo mencionada en cada aseveración. No dejes ítems en blanco.

	Siempre	General- mente	A Menudo	A Veces	Rara- mente	Nunca
1. Me aterra estar con sobrepeso.						
2. Evito comer cuando tengo hambre.						
3. Me encuentro preocupado/a por la comida.						
4. Sigo abusando de la comida, aun sabiendo que no puedo parar de comer.						
5. Corto la comida en pedazos pequeños.						
6. Soy consciente del volumen de calorías que ingiero.						
7. Particularmente evito comidas ricas en carbohidratos (ej. pan, arroz, patatas, etc.).						
8. Siento que los demás preferirían que comiera más.						
9. Vomito después de haber comido.						
10. Me siento muy culpable después de comer.						
11. Estoy preocupado/a por el deseo de estar más delgado/a.						
12. Mi objetivo es quemar calorías al hacer ejercicios.						
13. Otras personas piensan que estoy demasiado delgado/a.						
14. Estoy preocupado/a con el pensamiento de tener grasa en el cuerpo.						
15. Tardo más tiempo que los otros comiendo.						
16. Evito las comidas con azúcar.						
17. Como comidas o productos dietéticos.						
18. Siento que la comida controla mi vida.						
19. Tengo autodominio al comer.						
20. Siento que otros me presionan al comer.						
21. Pienso mucho en la comida.						
22. Me siento culpable después de comer dulces.						
23. Me ajusto a comportamientos dietéticos.						
24. Siento que mi estómago está vacío.						
25. Tengo el impulso de vomitar después de las comidas.						
26. Disfruto probando nuevas comidas ricas.						

- ¿Has realizado atracones de comida donde te sientes que no podrás parar de comer? (Comer mucha más cantidad de comida que otras personas bajo las mismas circunstancias)
Sí___ No___ ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses?_____
- ¿Alguna vez te has inducido el vómito para controlar tu peso o apariencia?
Sí___ No___ ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses?_____
- ¿Alguna vez has utilizado laxantes, píldoras para adelgazar o diuréticos para controlar tu peso o apariencia?
Sí___ No___ ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses?_____
- ¿Alguna vez has sido tratado/a para un Trastorno de Alimentación (Bulimia, Anorexia, etc.)?
Sí___ No___ ¿Cuándo?_____

Puntuación Total: _____

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Firma Psiquiatra: _____

EAT-26 ' David M. Garner (1982) Note: The EAT-26 has been made available with permission of the authors.

Nombre: _____ MR: _____ Fecha: ____/____/____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas?

(Use "□" para indicar su respuesta)

	No, para nada	Varios días	Durante más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comiendo en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a — o sentir que es un/a fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que puede que otras personas se hayan dado cuenta? O lo opuesto — estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Tiene pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse de alguna forma	0	1	2	3

Codificación Proveedor: 0 + _____ + _____ + _____

= Puntuación Total: _____

Si marcó cualquier problema, ¿cuán difícil se le ha hecho realizar su trabajo, hacerse cargo de las cosas en la casa o llevarse bien con otras personas, debido a estos problemas?

No ha sido
difícil

☐

Algo
difícil

☐

Muy
difícil

☐

Extremadamente
difícil

☐

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Firma Psiquiatra: _____

Nombre: _____ MR: _____ Fecha: ____/____/____

GAD-7

Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas?

	Ninguna	Por varios días	Durante más de la mitad de los días	Casi todos los días
--	---------	-----------------	-------------------------------------	---------------------

(Use "□" para indicar su respuesta)

1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0	1	2	3
4. Problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o irritarse fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera ocurrir	0	1	2	3

(For office coding: Total Score ____ = ____ + ____ + ____)

Rango Severidad:

- ___ 0-4: Mínimo
- ___ 5-9: Leve
- ___ 10-14: Moderado
- ___ 15-21: Severo

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Firma Psiquiatra: _____

Desarrollado por los Doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y sus colegas con una otorgación educativa de Pfizer, Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, desplegar o distribuir.

Nombre: _____ MR: _____ Fecha: ____/____/____

CIDI Escala Cernimiento Trastorno Bipolar

	SI	NO
<i>Pregunta Inicial Euforia:</i> 1. Algunas personas experimentan periodos que duran varios días en donde se sienten mucho más excitados o llenos de energía de lo que es usual. Sus mentes pueden ir bien rápido. Pueden hablar mucho y acelerado. Se pueden sentir desesperados o inquietos sin poder quedarse quietos o pueden hacer cosas que suelen ser inusuales para ellos como conducir a exceso de velocidad o gastar mucho dinero. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo como este que dure por varios días o más? <i>Si contesta Sí, saltar a la Pregunta Cernimiento Criterio B (3). Si contesta No, continúe a la Pregunta Inicial Irritabilidad.</i>		
<i>Pregunta Inicial Irritabilidad:</i> 2. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo que dure varios días o más en donde la mayoría del tiempo se sintió tan irritable o enojado/a que usted comenzó discusiones, le gritó o golpeó a otras personas? <i>Si contesta Sí, saltar a la Pregunta Cernimiento Criterio B (3). Si contesta No, no tiene que contestar las siguientes preguntas.</i>		
<i>Pregunta Cernimiento Criterio B:</i> 3. Las personas que han tenido episodios como estos con frecuencia demuestran cambios en su pensamiento y su comportamiento al mismo tiempo, como, por ejemplo, ser más hablador/a que lo usual, necesitan muy poco sueño, son bien inquietos, ir a gastar dinero desmedidamente, y comportarse de múltiples formas que normalmente uno entendería es inapropiado. Alguna vez usted ha tenido alguno de estos cambios mencionados durante sus episodios de sentirse bien excitado/a o lleno/a de energía o de sentirse bien irritable o enojado/a? <i>Si contesta Sí, continúe contestando el resto de las preguntas de la forma. Si contesta No, no tiene que contestar las siguientes preguntas.</i>		
<i>Preguntas Síntomas Criterio B:</i> Piense en un episodio en el que tuvo la mayor cantidad de cambios como estos mencionados al mismo tiempo. Durante ese episodio, ¿cuál de los siguientes cambios experimentó?		
1. ¿Se sintió usted tan irritable que comenzó discusiones, le gritó o golpeó a otras personas? <i>Esta primera pregunta de síntomas se debe hacer solo cuando la pregunta inicial de euforia fue contestada con un Sí.</i>		
2. ¿Se tornó tan inquieto o intranquilo que tenía que moverse todo el tiempo sin poder parar?		
3. ¿Hizo alguna otra cosa que es inusual para usted – como hablar de cosas que normalmente mantendría en privado, o actuar de una manera que usted considera vergonzosa?		
4. ¿Intentó hacer cosas que eran imposibles de hacer, como el aceptar grandes cantidades de trabajo?		
5. ¿Estuvo constantemente cambiando sus planes o actividades a realizar?		
6. ¿Encontró difícil el poder mantener su mente concentrada en lo que estaba haciendo?		
7. ¿Le ocurrió que sus pensamientos saltaran de uno a otro, corriendo por su cabeza tan rápido que no podía mantener conciencia de ellos?		
8. ¿Durmió mucho menos de lo usual para usted sin que se sintiera cansado o con sueño?		
9. ¿Gastó mucho más dinero de lo usual que esto le causó problemas financieros?		

Total: _____

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Firma Psiquiatra: _____

COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS)

Versión Auto Reporte - Reciente

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____ MR: _____

		En el pasado mes	
Conteste las Preguntas 1 y 2. // En el pasado mes...		SÍ	NO
1) <u>¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?</u>			
2) <u>¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?</u>			
Si la respuesta es "Sí" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es "No" continúe a la pregunta 6.			
3) <u>¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?</u>			
4) <u>¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?</u>			
5) <u>¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?</u>			
		En los pasados 3 meses	
6) <u>¿Ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se has preparado para hacer algo para terminar su vida?</u>			
Ejemplos: Colectar píldoras, obtener una arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de la botella pero no las tragado, agarrar una arma pero ha cambiado de mente de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.			
<i>En su vida entera, ha realizado alguna de estas cosas?</i>			

Total: _____

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Firma Psiquiatra: _____

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:___/___/___

Cuestionario AUDIT

Circula el número en paréntesis que más represente tu contestación a las siguientes preguntas..

1) ¿Con qué frecuencia ingiere usted alguna bebida alcohólica? *(Si contesta nunca, salte a las preguntas 9 y 10)*

(0) Nunca (1) 1 vez al mes (2) 2-4 veces al mes (3) 2-3 veces por semana (4) 4 o más veces por semana

2) ¿Cuántos tragos bebe usted en un día típico en que consume bebidas alcohólicas?

(0) 1-2 (1) 3-4 (2) 5-6 (3) 7-8 (4) 10 o más

3) ¿Con qué frecuencia toma usted más de 6 tragos en una sesión?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

4) Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha bebido seguido, sin poder detenerse, una vez que ha empezado a tomar?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

5) ¿Con qué frecuencia en el último año ha dejado de hacer lo que se espera de usted debido a la bebida?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

6) ¿Cuántas veces durante el último año ha necesitado tomar un trago por las mañanas para poder funcionar después de una severa sesión previa de beber?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

7) ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha sentido culpable o con remordimiento después de beber?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

8) ¿Con qué frecuencia durante el último año No ha sido usted capaz de recordar lo que ocurrió la noche anterior a causa de la bebida?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

9) ¿Ha lastimado o herido a alguien por causa de su consume de alcohol?

(0) No (2) Sí, pero no en el último año (3) Sí, durante el último año

10) ¿Ha estado preocupado algún amigo, médico o cualquier otro trabajador de la salud por su consume de alcohol o le ha aconsejado reducirlo?

(0) No (2) Sí, pero no en el último año (3) Sí, durante el último año

Puntuación Total:_____

Nombre: _____ MR: _____ Fecha: ____/____/____

Cuestionario de Cernimiento de Abuso de Drogas o Sustancias – DAST-10

Instrucciones: Estas preguntas están referidas a los últimos doce meses. Marque con una X la contestación que más correcta sea para usted.

Preguntas	Sí	No
1. ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?		
2. ¿Usted abusa más de una droga a la vez?		
3. ¿Es usted capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone?		
4. ¿Ha tenido “pérdidas de conocimiento o memoria repentina” como resultado del uso de drogas?		
5. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable debido a su uso de drogas?		
6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?		
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?		
8. ¿Alguna vez se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?		
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejo de usar drogas?		
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (pérdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?		

Puntuación Total: _____

0 = No problemas reportados

1-2 = Nivel leve

3-5 = Nivel Moderado

6-8 = Nivel Severo

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Firma Psiquiatra: _____

Nombre: _____

Fecha: __/__/____

Índice de Severidad de Insomnio (ISI)

El Índice de Severidad del Insomnio tiene siete preguntas. Las siete respuestas se suman para obtener una puntuación total. Cuando tenga su puntaje total, mire las 'Pautas para la puntuación/interpretación' a continuación para ver dónde encaja su dificultad para dormir.

Para cada pregunta, por favor ENCIERRE en un CÍRCULO el número que mejor describa su respuesta.

Por favor, califique la GRAVEDAD ACTUAL (es decir, ÚLTIMAS 2 SEMANAS) de su(s) problema(s) de insomnio.

Problema de Insomnio	Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
1. Dificultad para dormirse	0	1	2	3	4
2. Dificultad para mantenerse dormido	0	1	2	3	4
3. Problema de levantarse muy temprano	0	1	2	3	4

4. ¿Qué tan satisfecho / insatisfecho está con su patrón de sueño ACTUAL?

Muy Satisfecho Satisfecho Moderadamente Insatisfecho Muy Insatisfecho
 0 1 Satisfecho 2 3 4

5. ¿Qué tan NOTABLE para los demás crees que es tu problema de sueño en términos de afectar la calidad de tu vida?

No es notable Un poco Considerablemente Mucho Extremadamente Notable
 0 1 2 3 4

6. ¿Qué tan PREOCUPADO / ANGUSTIADO está acerca de su problema de sueño actual?

Nada Preocupado Un Poco Considerablemente Mucho Extremadamente Preocupado
 0 1 2 3 4

7. ¿Hasta qué punto considera que su problema de sueño INTERFIERE con su funcionamiento diario (por ejemplo, fatiga diurna, estado de ánimo, capacidad para funcionar en el trabajo / tareas diarias, concentración, memoria, estado de ánimo, etc.)? ¿ACTUALMENTE?

No Interfiere Un Poco Considerablemente Mucho Interfiere Extremadamente
 0 1 2 3 4

Pautas para la puntuación/interpretación:

Suma las puntuaciones de los siete ítems (preguntas 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7) = _____ tu puntuación total.

Total de categorías de puntuación:

0–7 = Sin insomnio clínicamente significativo

8–14 = Insomnio suelto (Gravedad Leve)

15–21 = Insomnio clínico (Gravedad Moderada)

22–28 = Insomnio clínico (Gravedad Severa)

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Firma Psiquiatra: _____

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:____/____/_____

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

Instrucciones: A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala de abajo, indique cuán de acuerdo está con cada afirmación colocando el número correspondiente al elemento escogido. Por favor, sea abierto y honesto al responder.

7 – Totalmente de Acuerdo

6 – De acuerdo

5 – Ligeramente de Acuerdo

4 – Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo

3 – Ligeramente en Desacuerdo

2 – En Desacuerdo

1 – Totalmente en Desacuerdo

___ En la mayoría de las formas, mi vida se acerca a mí ideal.

___ Las condiciones de mi vida son excelentes.

___ Estoy satisfecho/a con mi vida.

___ Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.

___ Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.

Puntuación Total:_____

Rango Severidad:

▪ 31 – 35:	Extremadamente Satisfecho	_____
▪ 26 – 30:	Satisfecho	_____
▪ 21 – 25:	Levemente Satisfecho	_____
▪ 20:	Neutral	_____
▪ 15 – 19:	Levemente Insatisfecho	_____
▪ 10 – 14:	Insatisfecho	_____
▪ 5 - 9:	Extremadamente Insatisfecho	_____

Reproducido con permiso de Ed Diener, Ph.D. Copyright © Ed Diener. Situado en el dominio público por Ed Diener.
Traducido y diseñado en Español por José A. Reyes-Torres, PsyD.

Proveedor: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Firma Psiquiatra:_____

Nombre: _____ MR: _____ Fecha: ____/____/____

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Instrucciones: Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con una **X** la alternativa elegida.

	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras.				
2. Creo que tengo algunas cualidades buenas.				
3. Generalmente me incline a pensar que soy un fracaso.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
7. En general me siento satisfecho conmigo mismo.				
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo.				
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.				
10. A veces pienso que no sirvo para nada.				

Puntuación Total: _____

Puntuaciones:

Para otorgar las puntuaciones, asigne un valor a cada una de las 10 aseveraciones de la siguiente manera:

- **Para los ítems 1, 2, 4, 6, 7:** Muy de acuerdo=3, De acuerdo=2, En desacuerdo=1, and Muy en desacuerdo=0.
- **Para los ítems 3, 5, 8, 9, 10:** Muy de acuerdo=0, De acuerdo=1, En desacuerdo=2, and Muy en desacuerdo=3.

La escala va en un rango de 0-30, con 30 indicando la puntuación más alta posible. Puntuaciones más altas indican una autoestima mayor. **Puntuaciones por debajo de 15 indican baja autoestima.**