

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.

CIDI Escala Cernimiento Trastorno Bipolar

	SI	NO
<p><i>Pregunta Inicial Euforia:</i></p> <p>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?</p> <p><i>Si contesta Sí, saltar a la Pregunta Cernimiento Criterio B (3). Si contesta No, continúe a la Pregunta Inicial Irritabilidad.</i></p>		
<p><i>Pregunta Inicial Irritabilidad:</i></p> <p>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?</p> <p><i>Si contesta Sí, saltar a la Pregunta Cernimiento Criterio B (3). Si contesta No, no tiene que contestar las siguientes preguntas.</i></p>		
<p><i>Pregunta Cernimiento Criterio B:</i></p> <p>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></p>		
<p><i>Preguntas Síntomas Criterio B:</i></p> <p>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?</p>		
<p>1. ¿Se sintió usted tan irritable que comenzó discusiones, le gritó o golpeó a otras personas?</p> <p><i>Esta primera pregunta de síntomas se debe hacer solo cuando la pregunta inicial de euforia fue contestada con un Sí.</i></p>		
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: _____

COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS)

Versión Auto Reporte - Reciente

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

Conteste las Preguntas 1 y 2. // En el pasado mes...	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: _____

Escala Autoreporte Adultos (ADHD) Listado de Síntomas

Nombre Paciente: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

Por favor, responda las preguntas a continuación, califique a sí mismo en cada uno de los criterios que se muestran utilizando la escala en el lado derecho de la página. A medida que responda cada pregunta, encierre en un círculo el número correcto que mejor describa cómo se ha sentido y se ha comportado durante los últimos 6 meses. Entregue esta lista de verificación completa a su profesional de la salud para que la discuta durante la cita de hoy.

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuente	Muy frecuente	Puntuación
1. ¿Con qué frecuencia cometes errores por descuido cuando tienes que trabajar en un proyecto aburrido o difícil?	0	1	2	3	4	
2. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para mantener su atención cuando está haciendo un trabajo aburrido o repetitivo?	0	1	2	3	4	
3. ¿Con qué frecuencia tienes dificultades para concentrarte en lo que la gente te dice, incluso cuando te están hablando directamente?	0	1	2	3	4	
4. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para concluir los detalles finales de un proyecto, una vez que se han realizado las partes difíciles?	0	1	2	3	4	
5. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para poner las cosas en orden cuando tiene que hacer una tarea que requiere organización?	0	1	2	3	4	
6. Cuando tienes una tarea que requiere mucha reflexión y pensamiento, ¿con qué frecuencia evitas o retrasas el comenzar?	0	1	2	3	4	
7. ¿Con qué frecuencia extravía o tiene dificultades para encontrar cosas en casa o en el trabajo?	0	1	2	3	4	
8. ¿Con qué frecuencia te distraes con la actividad o el ruido a tu alrededor?	0	1	2	3	4	
9. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar citas u obligaciones?	0	1	2	3	4	
Parte A – Total						
10. ¿Con qué frecuencia te inquietas o te retuerces con las manos o los pies cuando tienes que sentarte durante mucho tiempo?	0	1	2	3	4	
11. ¿Con qué frecuencia abandona su asiento en reuniones u otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado?	0	1	2	3	4	
12. ¿Con qué frecuencia se siente inquieto o intranquilo?	0	1	2	3	4	
13. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para relajarse cuando tiene tiempo para sí mismo?	0	1	2	3	4	
14. ¿Con qué frecuencia te sientes demasiado activo y obligado a hacer cosas, como si fueras conducido por un motor?	0	1	2	3	4	
15. ¿Con qué frecuencia te encuentras hablando demasiado cuando estás en situaciones sociales?	0	1	2	3	4	
16. Cuando estás en una conversación, ¿con qué frecuencia te encuentras terminando las oraciones de las personas con las que estás hablando, antes de que puedan terminarlas ellos mismos?	0	1	2	3	4	
17. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para esperar su turno en situaciones en las que se requiere tomar turnos?	0	1	2	3	4	
18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a otros cuando están ocupados?	0	1	2	3	4	
Parte B – Total						

Lista Verificación Trastorno de Estrés Postraumático (PCL-5)

Instrucciones: A continuación se muestra una lista de problemas que las personas a veces tienen en respuesta a una experiencia muy estresante. Lea cada problema cuidadosamente y luego marque con un círculo uno de los números a la derecha para indicar cuánto le ha molestado ese problema en el último mes.

En el último mes, ¿cuánto te molestó...?	Para nada	Un Poco	Moderada mente	Bastante	Extremada mente
1. ¿Recuerdos repetidos, perturbadores y no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. ¿Sueños repetidos e inquietantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. ¿De repente sentir o actuar como si la experiencia estresante estuviera sucediendo de nuevo (como si estuvieras allí reviviéndola)?	0	1	2	3	4
4. ¿Sentirse muy molesto cuando algo te recordó la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. ¿Tener reacciones físicas fuertes cuando algo le recuerda la experiencia estresante (por ejemplo, latidos cardíacos, dificultad para respirar, sudoración)?	0	1	2	3	4
6. ¿Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. ¿Evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
8. ¿Tener problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. ¿Tener fuertes creencias negativas sobre ti mismo, otras personas o el mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo seriamente mal conmigo, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. ¿Culparse a sí mismo o a otra persona por la experiencia estresante o lo que sucedió después?	0	1	2	3	4
11. ¿Tienes fuertes sentimientos negativos como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. ¿Pérdida de interés en actividades que solía disfrutar?	0	1	2	3	4
13. ¿Sentirse distante o aislado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. ¿Problemas para experimentar sentimientos positivos (por ejemplo, no poder sentir felicidad o tener sentimientos amorosos por las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. ¿Comportamiento irritable, arrebatos de ira o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. ¿Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que podrían causarle daño?	0	1	2	3	4
17. ¿Estar "superalerta" o vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
18. ¿Sentirse nervioso o asustarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. ¿Tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. ¿Tener problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido?	0	1	2	3	4

PCL 5 - SCORING SUMMARY SHEET

NAME: _____

DATE COMPLETED: _____

**A ser completado
por el Psiquiatra!**

CRITERION	QUESTION NUMBER						TOTALS
INTRUSION SYMPTOMS B	B1 (1)	B2 (2)	B3 (3)	B4 (4)	B5 (5)		
AVOIDANCE SYMPTOMS C	C1 (6)			C2 (7)			
COGNITION & MOOD CHANGE D	D1 (8)	D2 (9)	D3 (10)	D4 (11)	D5 (12)	D6 (13)	D7 (14)
AROUSAL & REACTIVITY E	E1 (15)	E2 (16)	E3 (17)	E4 (18)	E5 (19)	E6 (20)	
						TOTAL SCORE	

Criterion B – at least one ≥ 2 YES/NO
 Criterion C – at least one ≥ 2 YES/NO
 Criterion D – at least two ≥ 2 YES/NO
 Criterion E – at least two ≥ 2 YES/NO

DSM-5TR CATEGORIES	
Mild	0-20
Moderate	20-40
Severe	40-60
Extreme	60-80

Provider: Luis Olivera-Rodriguez, MD

Psychiatrist Signature: _____

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.**



WHODAS 2.0 CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Versión de 36-preguntas, Auto-administrable

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas. A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades. Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta.

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Comprensión y Comunicación						
D1.1	<u>Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.2	<u>Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.3	<u>Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.4	<u>Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.5	<u>Entender en general lo que dice la gente?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.6	<u>Iniciar o mantener una conversación?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)						
D2.1	<u>Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.2	<u>Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.3	<u>Moverse dentro de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.4	<u>Salir de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.5	<u>Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Cuidado Personal						
D3.1	<u>Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.2	<u>Vestirse?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.3	<u>Comer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.4	<u>Estar solo(a) durante unos días?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Relacionarse con otras personas						
D4.1	<u>Relacionarse con personas que no conoce?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.2	<u>Mantener una amistad?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.3	<u>Llevarse bien con personas cercanas a usted?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.4	<u>Hacer nuevos amigos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.5	<u>Tener relaciones sexuales?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo



WHODAS 2.0 CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Versión de 36-preguntas, Auto-administrable

Actividades de la vida diaria						
D5.1	Cumplir con sus <u>quehaceres de la casa</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.2	Realizar <u>bien</u> sus quehaceres de la casa más importantes?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.3	Acabar <u>todo</u> el trabajo de la casa que tenía que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Si la "persona" trabaja (remunerado, sin paga, autoempleado) o va a la escuela complete las preguntas D5.5-D5.8. De lo contrario vaya al dominio 6.1

Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para						
D5.5	Llevar a cabo su <u>trabajo diario o las actividades escolares</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.6	Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba <u>hacer</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.8	Acabar su trabajo <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Participación en Sociedad: En los últimos 30 días:						
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido la para <u>participar, al mismo nivel que el resto de las personas</u> , en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras <u>personas</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.4	Cuánto <u>tiempo</u> ha dedicado a su "condición de salud" o a las <u>consecuencias de la misma</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.5	Cuánto le ha afectado <u>emocionalmente</u> su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.6	Qué <u>impacto económico</u> ha tenido usted o su familia su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido usted o su <u>familia</u> debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Puntuación Discapacidad General (Total): _____