

**PAQUETE DE VISITA DE SEGUIMIENTO** BASE DE DATOS UNIFORMES DEL

**Formulario B5: EVALUACIÓN CONDUCTUAL** Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q<sup>1</sup>)

Centro: \_\_\_\_\_ ID del sujeto: \_\_\_\_\_

Fecha del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Visita No.: \_\_\_\_ Iniciales del examinador: \_\_\_\_

*INSTRUCCIONES: Este formulario debe completarse por un médico u otro profesional de la salud de acuerdo a una entrevista con el informante, como se describe en el video de entrenamiento. (Este formulario no debe completarse por el sujeto como un auto-reporte de papel y lápiz). Para información sobre la Certificación para Entrevistadores del NPI-Q, vea la Guía de Códigos para el Paquete de Visita de Seguimiento del UDS, Formulario B5. Marque solo una casilla para cada categoría de respuesta.*

**INSTRUCCIONES CORREGIDAS:** Por favor responda a las siguientes preguntas basado en cambios que han ocurrido desde que el paciente empezó a experimentar problemas cognitivos o de memoria. **Indique 1=SÍ solo si el síntoma o síntomas han estado presentes en el último mes. De otro modo indique 0=No.**

Para cada ítem marcado **1=SÍ**, registre la SEVERIDAD del síntoma (como éste afecta al paciente):  
 1= **Leve** (notable, pero no es un cambio significativo) 2= **Moderado** (significativo pero no es un cambio dramático) 3= **Severo** (muy marcado o prominente; cambio dramático)

					SEVERIDAD				
		Sí	No	No sabe	Leve	Mod	Severo	No sabe	
1. NPI INFORMANTE: <input type="checkbox"/> 1 Esposo(a) <input type="checkbox"/> 2 Hijo(a) <input type="checkbox"/> 3 Otro (ESPECIFIQUE): _____									
2. <b>Delirios</b> — ¿Tiene el paciente creencias falsas, como creer que otras personas le están robando o que planean hacerle daño de alguna manera?	2a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	2b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
3. <b>Alucinaciones</b> — ¿Tiene el paciente alucinaciones como visiones falsas o voces? ¿Actúa el paciente como si oyera o viera cosas que no están presentes?	3a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	3b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
4. <b>Agitación o agresividad</b> — ¿Se resiste el paciente a la ayuda de otros o es difícil de manejar?	4a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	4b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
5. <b>Depresión o disforia</b> — ¿Actúa el paciente como si estuviera triste o dice que esta deprimido?	5a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	5b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

<sup>1</sup>Copyright© Jeffrey L. Cummings, MD. Reproducido con permiso.

**INSTRUCCIONES CORREGIDAS:** Por favor responda a las siguientes preguntas basado en cambios que han ocurrido desde que el paciente empezó a experimentar problemas cognitivos o de memoria. **Indique 1=Sí solo si el síntoma o síntomas han estado presentes en el último mes. De otro modo indique 0=No.**

Para cada ítem marcado **1=Sí**, registre la SEVERIDAD del síntoma (como éste afecta al paciente):

1= **Leve** (notable, pero no es un cambio significativo) 2= **Moderado** (significativo pero no es un cambio dramático) 3= **Severo** (muy marcado o prominente; cambio dramático)

					SEVERIDAD				
		Sí	No	No sabe	Leve	Mod	Severo	No sabe	
6. <b>Ansiedad</b> — ¿Se molesta el paciente cuando se separa de usted? ¿Muestra otras señales de nerviosismo, como falta de aire, suspiros, incapacidad de relajarse o se siente excesivamente tenso?	6a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	6b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
7. <b>Euforia o exaltación</b> — ¿Parece que el paciente se siente demasiado bien o actúa excesivamente alegre?	7a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	7b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
8. <b>Apatía o indiferencia</b> — ¿Parece el paciente menos interesado en sus actividades habituales o en las actividades y planes de los demás?	8a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	8b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
9. <b>Pérdida de la inhibición/ Desinhibición</b> — ¿Parece que el paciente actúa impulsivamente? Por ejemplo, habla el paciente con extraños como si los conociera o dice cosas que podrían herir los sentimientos de los demás?	9a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	9b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
10. <b>Irritabilidad o labilidad</b> — ¿Se muestra el paciente irritable o impaciente? ¿Tiene dificultad para lidiar con retrasos o para esperar actividades planeadas?	10a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	10b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
11. <b>Disturbio motor</b> — ¿Lleva a cabo el paciente actividades repetitivas, como dar vueltas por la casa, jugar con botones, enrollar hilos o hacer otras cosas repetitivamente?	11a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	11b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
12. <b>Conductas nocturnas</b> — ¿Le despierta el paciente durante la noche, se levanta muy temprano por la mañana o toma siestas excesivas durante el día?	12a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	12b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
13. <b>Apetito y alimentación</b> — ¿El paciente ha perdido o aumentado de peso o ha tenido algún cambio en la comida que le gusta?	13a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	13b.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9