

Formulario B5: EVALUACIÓN CONDUCTUAL – Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q)¹

ADRC: _____ PTID: _____ Fecha del Formulario (MM/DD/AAAA): ____/____/____ Visita #: _____ Iniciales del Examinador: _____

Idioma: <input type="checkbox"/> 1 Inglés <input type="checkbox"/> 2 Español	Modo: <input type="checkbox"/> 1 En persona <input type="checkbox"/> 2 Remoto (razón): ____ <input type="checkbox"/> 1 Teléfono <input type="checkbox"/> 2 Video <input type="checkbox"/> 3 No completado (razón): ____	Clave (razón remoto): 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deterioro físico 3=Confinado en su casa o en residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra	Clave (razón por la que no se completó): 95=Problema físico 96=Problema cognitivo/conductual 97=Otra 98=Se niega verbalmente
--	---	---	--

INSTRUCCIONES: Este formulario debe completarse por un médico u otro profesional de la salud basado en una entrevista con el co-participante, como se describe en el video de entrenamiento. (Este formulario no lo debe completar el participante por sí mismo). Para información sobre la Certificación para Entrevistadores del NPI-Q, vea la [Guía de Codificación UDS, Formulario B5](#). Marque solo una casilla para cada categoría de respuesta.

Por favor responda a las siguientes preguntas basado en cambios que han ocurrido desde que el participante empezó a experimentar problemas cognitivos o de memoria. **Indique 1=Sí, solo si el síntoma o los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario indique 0=No.** (NOTA: Para el UDS, por favor administre el NPI-Q a todos los participantes.)

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

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)

1. NPI CO-PARTICIPANTE: ☐ 1 Espos(a) ☐ 2 Hijo(a) ☐ 3 Otro (**ESPECIFIQUE**): _____

					SEVERIDAD					
		Sí	No	No sabe		Leve	Mod	Severo	No sabe	
2.	Delirios – ¿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.	Alucinaciones – ¿Tiene el paciente alucinaciones como visiones o voces falsas? ¿Actúa 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.	Agitación o agresividad – ¿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.	Depresión o disforia – ¿Actúa el paciente como si estuviera triste o dice que está 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
6.	Ansiedad – ¿Se molesta el paciente cuando se separa de usted? ¿Muestra otras señales de nerviosismo, como falta de aire, suspiros, incapacidad para 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.	Euforia o exaltación – ¿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.	Apatía o indiferencia – ¿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.	Desinhibición – ¿Parece que el paciente actúa impulsivamente? Por ejemplo, ¿habla 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.	Irritabilidad o labilidad – ¿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

¹Copyright© Jeffrey L. Cummings, MD. Reproducido con permiso.

					SEVERIDAD					
		Sí	No	No sabe		Leve	Mod	Severo	No sabe	
11.	Alteraciones motoras – ¿Lleva a cabo el paciente actividades repetitivas, como dar vueltas por la casa, manipular 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.	Conductas nocturnas – ¿El paciente, le despierta 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.	Apetito y alimentación – ¿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