

LISTA DE VERIFICACION DEL COMPORTAMIENTO- ADDTC

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del Cuidador (persona que llena este formulario): _____

Relación con el paciente: _____

Pasa la mayor parte del día con el paciente? sí / no

Este cuestionario contiene una lista de problemas de comportamiento o tipos de cambio en el comportamiento. Por favor circule sí o no para indicar si el comportamiento ha estado presente durante los últimos seis meses, aún cuando usted no lo considere como problema.

Después, por cada comportamiento, indique con una X la frecuencia con la que ha ocurrido durante el último mes de la siguiente manera:

- Nunca** Jamás ha ocurrido en el último mes.
- Raramente** Ha ocurrido una o dos veces en el último mes.
- Semanalmente** Ha ocurrido una vez por semana o cada cuantos días.
- Diariamente** Ha ocurrido casi cada día o diariamente.
- Constantemente** Ha ocurrido muchas veces cada día.

Estuvo presente este síntoma durante los últimos 6 meses? 	SI LA RESPUESTA ES SÍ				
	<u>Cuántas veces en el último mes?</u>				
	Nunca	Raramente	Semanalmente	Diariamente	Constantemente
1. Es olvidadizo(a) o tiene mala memoria.	sí	no	_____	_____	_____
2. Se confunde o se desorienta.	sí	no	_____	_____	_____
3. Es fácilmente distraído(a)	sí	no	_____	_____	_____
4. Tiene problemas al expresarse verbalmente.	sí	no	_____	_____	_____
5. Se pierde fácilmente.	sí	no	_____	_____	_____
6. Habla de sentirse triste o deprimido.	sí	no	_____	_____	_____
7. Se pone lagrimoso(a).	sí	no	_____	_____	_____
8. Habla de ser un fracaso, de ser inútil o de sentirse sin valor.	sí	no	_____	_____	_____
9. Habla de cosas que ha hecho mal.	sí	no	_____	_____	_____
10. Se queja de problemas con el pensamiento o concentración.	sí	no	_____	_____	_____
11. Dice que la vida no tiene valor.	sí	no	_____	_____	_____
12. Habla de suicidio.	sí	no	_____	_____	_____
13. Se preocupa demasiado por cosas pequeñas.	sí	no	_____	_____	_____
14. Tiene etapas de pánico o extrema ansiedad.	sí	no	_____	_____	_____

Estuvo presente este síntoma durante los últimos 6 meses?	SI LA RESPUESTA ES SÍ						
	<u>Cuántas veces en el último mes?</u>						
			Nunca	Raramente	Semanalmente	Diariamente	Constantemente
15. Tiene miedo irracional de objetos or situaciones.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
16. Hace comentarios sexuales inapropiados.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
17. Su conducta sexual es inapropiada.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
18. Manifiesta conducta vergonsoza o inapropiada.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
19. Vaga.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
20. Se pasea de ida y vuelta.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
21. Sigue al cuidador a dondequiera que vaya.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
22. Esconde o atesora cosas	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
23. Toma parte en actividades sin sentido.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
24. Repite la misma conducta una y otra vez.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
25. Repite preguntas o historias.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
26. Es inquieto, no puede sentarse quieto(a).	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
27. Se queja de insomnio.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
28. Se le dificulta dormir de noche.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
29. Se queja de dormir demás.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
30. Duerme demás.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
31. Le ha aumentado el apetito.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
32. Tiene muy poco apetito.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
33. Ha subido de peso.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
34. Ha perdido peso.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
35. Es violento(a) con otra gente.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
36. Golpea, pateo o avienta objetos de coraje.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
37. Tiene arrebatos verbales de ira.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
38. Incooperativo con su cuidador.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
39. Es irracionalmente celoso(a).	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
40. Es muy sospechoso(a).	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
41. Cree que otros conspiran en su contra o quieren hacerle daño.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
42. Tiene una creencia irreal de que tiene una enfermedad seria o un problema físico.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____

Estuvo presente este síntoma durante los últimos 6 meses?	SI LA RESPUESTA ES SÍ Cuántas veces en el último mes?						
	Nunca	Raramente	Semanalmente	Diariamente	Constantemente		
43. Tiene una creencia irreal de que su cuerpo no funciona bien.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
44. Tiene una creencia irreal de que tiene poderes excepcionales, talentos o habilidades.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
45. Cree que la gente le esta robando cosas.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
46. Cree que su esposo(a) le ha sido infiel.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
47. Cree que va a ser abandonado(a).	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
48. Cree que su esposo(a) o cuidador es un impostor(a).	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
49. Cree que donde vive no es su casa.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
50. Cree que los programas de TV son reales.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
51. Se desconoce en el espejo.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
52. Desconoce o identifica mal a gente conocida.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
53. Ve gente u objetos que no están presente.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
54. Ve luces o colores que no están presente.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
55. Oye palabras o voces que no están presente.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
56. Oye ruidos que no están presente.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
57. Tiene sensación (como de ser tocado/a) cuando nadie o nada está presente.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
58. Huele olores que no están presente.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
59. Prueba cosas que no están presente.	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
60. Oye sonidos pero los confunde (e.g. piensa que el timbre del teléfono es una sirena).	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
61. Ve algo pero cree que es otra cosa (e.g. cree que la almohada es una persona)	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____
62. Siente una sensación pero cree que es otra cosa (e.g. algo que lo toca)	sí	no	_____	_____	_____	_____	_____

En esta página hay una lista de cambios de humor y emoción. Por favor indique el grado de seriedad con que cada comportamiento ocurre o cuánto se ha dado cuenta de ello DURANTE EL ULTIMO MES. *Base sus respuestas en las siguientes definiciones:*

No Existe	No he observado este comportamiento.
Ligero	Este comportamiento puede ser observado por alguien que busca encontrarlo pero no es muy intenso. Si hago algo para ayudar, o cambiar la situación, el comportamiento mejora.
Moderado	Este comportamiento es notado fácilmente. Es moderadamente intenso. Se puede observar el comportamiento todo el día. Cambios en la situación o esfuerzos dedicados por otros podrían ayudar a mejorar el comportamiento un poco.
Severo	Este comportamiento es inconfundible. Además, es muy intenso. El comportamiento puede ser lo único que se puede notar en la persona. Hay poco que se puede hacer para ayudarlo.

	No existe	Ligero	Moderado	Severo
1. Parece estar triste o deprimido(a).	_____	_____	_____	_____
2. Parece que no disfruta de nada.	_____	_____	_____	_____
3. Tiene poca energía, se cansa fácilmente.	_____	_____	_____	_____
4. Se pone nervioso(a), ansioso(a), o tenso(a).	_____	_____	_____	_____
5. Reacciona muy enojado(a) por frustraciones ligeras.	_____	_____	_____	_____
6. Hay que cumplir sus demandas de inmediato.	_____	_____	_____	_____
7. Es excitable o impulsivo(a).	_____	_____	_____	_____
8. Se agita o se aflige.	_____	_____	_____	_____
9. Su humor o emociones cambian rápida y dramáticamente.	_____	_____	_____	_____
10. Las cosas le interesan muy poco o nada.	_____	_____	_____	_____
11. Parece no importarle nada.	_____	_____	_____	_____
12. Le desinteresa socializar con los demás.	_____	_____	_____	_____
13. Responde con muy poca emoción.	_____	_____	_____	_____
14. Tiene poco sentido de humor.	_____	_____	_____	_____
15. Es inquieto(a) o sobreactivo(a).	_____	_____	_____	_____
16. Habla o se mueve lentamente.	_____	_____	_____	_____
17. Demuestra humor en exceso o que es inapropiado.	_____	_____	_____	_____
18. Desea mucho comidas dulces.	_____	_____	_____	_____
19. Piensa lentamente.	_____	_____	_____	_____

Preguntas de la Experiencia del Cuidador

Las siguientes preguntas se refieren a cómo **usted**, el cuidador, se siente. Por favor conteste estas preguntas acerca de cómo han ido las cosas durante el último mes para **usted**.

	Nunca	Rara vez	Algo frecuente	Casi siempre
1. Siente usted tensión o estrés por la responsabilidad de cuidar a su familiar y a la vez tratar de atender a su familia y trabajo?	_____	_____	_____	_____
2. Siente usted temor por lo que le puede esperar a su familiar en el futuro?	_____	_____	_____	_____
3. Se siente usted decaído(a), abatido(a), o triste?	_____	_____	_____	_____
4. Se pone a llorar o siente ganas de hacerlo?	_____	_____	_____	_____
5. Se cansa usted por ningún motivo?	_____	_____	_____	_____
6. En total, cuánto es la carga que usted siente por cuidar de su familiar?	_____	_____	_____	_____