



The Neuropsychiatric Inventory - Questionnaire

Protocolo

Número de centro

Número de selección

Número de aleatorización

Fecha de evaluación

Evaluator

© 1995 J Cummings; all rights reserved

© MedAvante-ProPhase - Programming and
Presentation Design 2021

Build 2



Instrucciones

Responda las siguientes preguntas considerando los cambios que se han producido desde que el/la paciente comenzó a tener problemas de memoria.

Responda "Sí" solamente si los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario, responda "No".

Para cada respuesta marcada con un "Sí":

- a) Evalúe la GRAVEDAD del síntoma (cómo afecta al/a la paciente).**
- b) Evalúe la ANGUSTIA que siente usted debido a ese síntoma (cómo le afecta).**

Responda cada pregunta detenidamente. Pida ayuda si tiene alguna pregunta.

1. Ideas delirantes

Seleccione SÍ solamente si los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario, seleccione NO.

¿Tiene el/la paciente falsas creencias, por ejemplo, que otras personas le están robando o que planean causarle daño de alguna manera?

☐ SÍ

☐ NO

1. Ideas delirantes (Gravedad)

Evalúe la GRAVEDAD del síntoma (cómo afecta al/a la paciente):

- ☐ **1 = Leve** (se nota pero no es un cambio importante)
- ☐ **2 = Moderada** (un cambio importante pero no drástico)
- ☐ **3 = Severa** (un cambio muy destacado y prominente; drástico)

1. Ideas delirantes (Angustia)

Evalúe la **ANGUSTIA** que siente usted debido a ese síntoma (cómo le afecta):

- ☐ **0 = Ninguna angustia**
- ☐ **1 = Mínima** (un poco angustiante, pero se tolera sin problemas)
- ☐ **2 = Leve** (no es muy angustiante, por lo general se tolera con facilidad)
- ☐ **3 = Moderada** (relativamente angustiante, no siempre se tolera con facilidad)
- ☐ **4 = Severa** (muy angustiante, se tolera con dificultad)
- ☐ **5 = Extrema o muy severa** (extremadamente angustiante, no se puede tolerar)

2. Alucinaciones

Seleccione SÍ solamente si los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario, seleccione NO.

¿Tiene el/la paciente alucinaciones, por ejemplo, visiones falsas U oír voces?

¿Parece oír o ver cosas que no están presentes?

☐ SÍ

☐ NO

2. Alucinaciones (Gravedad)

Evalúe la GRAVEDAD del síntoma (cómo afecta al/a la paciente):

- ☐ **1 = Leve** (se nota pero no es un cambio importante)
- ☐ **2 = Moderada** (un cambio importante pero no drástico)
- ☐ **3 = Severa** (un cambio muy destacado y prominente; drástico)

2. Alucinaciones (Angustia)

Evalúe la **ANGUSTIA** que siente usted debido a ese síntoma (cómo le afecta):

- ☐ **0 = Ninguna angustia**
- ☐ **1 = Mínima** (un poco angustiante, pero se tolera sin problemas)
- ☐ **2 = Leve** (no es muy angustiante, por lo general se tolera con facilidad)
- ☐ **3 = Moderada** (relativamente angustiante, no siempre se tolera con facilidad)
- ☐ **4 = Severa** (muy angustiante, se tolera con dificultad)
- ☐ **5 = Extrema o muy severa** (extremadamente angustiante, no se puede tolerar)

3. Agitación o agresividad

Seleccione SÍ solamente si los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario, seleccione NO.

¿Se resiste el/la paciente en ocasiones a que otras personas le ayuden, o es difícil de manejar?

☐ SÍ

☐ NO

3. Agitación o agresividad (Gravedad)

Evalúe la GRAVEDAD del síntoma (cómo afecta al/a la paciente):

- ☐ **1 = Leve** (se nota pero no es un cambio importante)
- ☐ **2 = Moderada** (un cambio importante pero no drástico)
- ☐ **3 = Severa** (un cambio muy destacado y prominente; drástico)

3. Agitación o agresividad (Angustia)

Evalúe la **ANGUSTIA** que siente usted debido a ese síntoma (cómo le afecta):

- ☐ **0 = Ninguna angustia**
- ☐ **1 = Mínima** (un poco angustiante, pero se tolera sin problemas)
- ☐ **2 = Leve** (no es muy angustiante, por lo general se tolera con facilidad)
- ☐ **3 = Moderada** (relativamente angustiante, no siempre se tolera con facilidad)
- ☐ **4 = Severa** (muy angustiante, se tolera con dificultad)
- ☐ **5 = Extrema o muy severa** (extremadamente angustiante, no se puede tolerar)

4. Depresión o disforia

Seleccione SÍ solamente si los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario, seleccione NO.

¿Parece triste el/la paciente o dice que está deprimido/a?

☐ SÍ

☐ NO

4. Depresión o disforia (Gravedad)

Evalúe la GRAVEDAD del síntoma (cómo afecta al/a la paciente):

- ☐ **1 = Leve** (se nota pero no es un cambio importante)
- ☐ **2 = Moderada** (un cambio importante pero no drástico)
- ☐ **3 = Severa** (un cambio muy destacado y prominente; drástico)

4. Depresión o disforia (Angustia)

Evalúe la **ANGUSTIA** que siente usted debido a ese síntoma (cómo le afecta):

- ☐ **0 = Ninguna angustia**
- ☐ **1 = Mínima** (un poco angustiante, pero se tolera sin problemas)
- ☐ **2 = Leve** (no es muy angustiante, por lo general se tolera con facilidad)
- ☐ **3 = Moderada** (relativamente angustiante, no siempre se tolera con facilidad)
- ☐ **4 = Severa** (muy angustiante, se tolera con dificultad)
- ☐ **5 = Extrema o muy severa** (extremadamente angustiante, no se puede tolerar)

5. Ansiedad

Seleccione SÍ solamente si los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario, seleccione NO.

¿Se disgusta el/la paciente cuando se separa de usted?

¿Muestra algunas otras señales de nerviosismo, tales como falta de aire, suspiros, no poder relajarse o sentirse excesivamente tenso/a?

☐ SÍ

☐ NO

5. Ansiedad (Gravedad)

Evalúe la GRAVEDAD del síntoma (cómo afecta al/a la paciente):

- ☐ **1 = Leve** (se nota pero no es un cambio importante)
- ☐ **2 = Moderada** (un cambio importante pero no drástico)
- ☐ **3 = Severa** (un cambio muy destacado y prominente; drástico)

5. Ansiedad (Angustia)

Evalúe la **ANGUSTIA** que siente usted debido a ese síntoma (cómo le afecta):

- ☐ **0 = Ninguna angustia**
- ☐ **1 = Mínima** (un poco angustiante, pero se tolera sin problemas)
- ☐ **2 = Leve** (no es muy angustiante, por lo general se tolera con facilidad)
- ☐ **3 = Moderada** (relativamente angustiante, no siempre se tolera con facilidad)
- ☐ **4 = Severa** (muy angustiante, se tolera con dificultad)
- ☐ **5 = Extrema o muy severa** (extremadamente angustiante, no se puede tolerar)

6. Exaltación o euforia

Seleccione SÍ solamente si los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario, seleccione NO.

¿Parece sentirse el/la paciente demasiado bien o actúa como si estuviera excesivamente feliz?

☐ SÍ

☐ NO

6. Exaltación o euforia (Gravedad)

Evalúe la GRAVEDAD del síntoma (cómo afecta al/a la paciente):

- ☐ **1 = Leve** (se nota pero no es un cambio importante)
- ☐ **2 = Moderada** (un cambio importante pero no drástico)
- ☐ **3 = Severa** (un cambio muy destacado y prominente; drástico)

6. Exaltación o euforia (Angustia)

Evalúe la **ANGUSTIA** que siente usted debido a ese síntoma (cómo le afecta):

- ☐ **0 = Ninguna angustia**
- ☐ **1 = Mínima** (un poco angustiante, pero se tolera sin problemas)
- ☐ **2 = Leve** (no es muy angustiante, por lo general se tolera con facilidad)
- ☐ **3 = Moderada** (relativamente angustiante, no siempre se tolera con facilidad)
- ☐ **4 = Severa** (muy angustiante, se tolera con dificultad)
- ☐ **5 = Extrema o muy severa** (extremadamente angustiante, no se puede tolerar)

7. Apatía o indiferencia

Seleccione SÍ solamente si los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario, seleccione NO.

¿Parece el/la paciente menos interesado/a en sus actividades habituales o en las actividades y planes de otros?

☐ SÍ

☐ NO

7. Apatía o indiferencia (Gravedad)

Evalúe la GRAVEDAD del síntoma (cómo afecta al/a la paciente):

- ☐ **1 = Leve** (se nota pero no es un cambio importante)
- ☐ **2 = Moderada** (un cambio importante pero no drástico)
- ☐ **3 = Severa** (un cambio muy destacado y prominente; drástico)

7. Apatía o indiferencia (Angustia)

Evalúe la **ANGUSTIA** que siente usted debido a ese síntoma (cómo le afecta):

- ☐ **0 = Ninguna angustia**
- ☐ **1 = Mínima** (un poco angustiante, pero se tolera sin problemas)
- ☐ **2 = Leve** (no es muy angustiante, por lo general se tolera con facilidad)
- ☐ **3 = Moderada** (relativamente angustiante, no siempre se tolera con facilidad)
- ☐ **4 = Severa** (muy angustiante, se tolera con dificultad)
- ☐ **5 = Extrema o muy severa** (extremadamente angustiante, no se puede tolerar)

8. Pérdida de la inhibición

Seleccione SÍ solamente si los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario, seleccione NO.

¿Parece el/la paciente actuar impulsivamente, por ejemplo, hablar con extraños como si los conociera o decir cosas que pudieran herir los sentimientos de otras personas?

☐ SÍ

☐ NO

8. Pérdida de la inhibición (Gravedad)

Evalúe la GRAVEDAD del síntoma (cómo afecta al/a la paciente):

- ☐ **1 = Leve** (se nota pero no es un cambio importante)
- ☐ **2 = Moderada** (un cambio importante pero no drástico)
- ☐ **3 = Severa** (un cambio muy destacado y prominente; drástico)

8. Pérdida de la inhibición (Angustia)

Evalúe la **ANGUSTIA** que siente usted debido a ese síntoma (cómo le afecta):

- ☐ **0 = Ninguna angustia**
- ☐ **1 = Mínima** (un poco angustiante, pero se tolera sin problemas)
- ☐ **2 = Leve** (no es muy angustiante, por lo general se tolera con facilidad)
- ☐ **3 = Moderada** (relativamente angustiante, no siempre se tolera con facilidad)
- ☐ **4 = Severa** (muy angustiante, se tolera con dificultad)
- ☐ **5 = Extrema o muy severa** (extremadamente angustiante, no se puede tolerar)

9. Irritabilidad o labilidad

Seleccione SÍ solamente si los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario, seleccione NO.

¿Es el/la paciente malhumorado/a e impaciente? ¿Le cuesta tolerar demoras o esperar a que acontezcan las actividades planeadas?

☐ SÍ

☐ NO

9. Irritabilidad o labilidad (Gravedad)

Evalúe la GRAVEDAD del síntoma (cómo afecta al/a la paciente):

- ☐ **1 = Leve** (se nota pero no es un cambio importante)
- ☐ **2 = Moderada** (un cambio importante pero no drástico)
- ☐ **3 = Severa** (un cambio muy destacado y prominente; drástico)

9. Irritabilidad o labilidad (Angustia)

Evalúe la **ANGUSTIA** que siente usted debido a ese síntoma (cómo le afecta):

- ☐ **0 = Ninguna angustia**
- ☐ **1 = Mínima** (un poco angustiante, pero se tolera sin problemas)
- ☐ **2 = Leve** (no es muy angustiante, por lo general se tolera con facilidad)
- ☐ **3 = Moderada** (relativamente angustiante, no siempre se tolera con facilidad)
- ☐ **4 = Severa** (muy angustiante, se tolera con dificultad)
- ☐ **5 = Extrema o muy severa** (extremadamente angustiante, no se puede tolerar)

10. Conducta motriz aberrante

Seleccione SÍ solamente si los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario, seleccione NO.

¿Se entretiene el/la paciente con actividades repetitivas, tales como pasear por la casa, jugar con botones, enrollar un hilo o hacer otras cosas repetidamente?

☐ SÍ

☐ NO

10. Conducta motriz aberrante (Gravedad)

Evalúe la GRAVEDAD del síntoma (cómo afecta al/a la paciente):

- ☐ **1 = Leve** (se nota pero no es un cambio importante)
- ☐ **2 = Moderada** (un cambio importante pero no drástico)
- ☐ **3 = Severa** (un cambio muy destacado y prominente; drástico)

10. Conducta motriz aberrante (Angustia)

Evalúe la **ANGUSTIA** que siente usted debido a ese síntoma (cómo le afecta):

- ☐ **0 = Ninguna angustia**
- ☐ **1 = Mínima** (un poco angustiante, pero se tolera sin problemas)
- ☐ **2 = Leve** (no es muy angustiante, por lo general se tolera con facilidad)
- ☐ **3 = Moderada** (relativamente angustiante, no siempre se tolera con facilidad)
- ☐ **4 = Severa** (muy angustiante, se tolera con dificultad)
- ☐ **5 = Extrema o muy severa** (extremadamente angustiante, no se puede tolerar)

11. Conductas nocturnas

Seleccione SÍ solamente si los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario, seleccione NO.

¿Lo/la despierta el/la paciente durante la noche, se despierta demasiado temprano en la mañana o toma demasiadas siestas durante el día?

☐ SÍ

☐ NO

11. Conductas nocturnas (Gravedad)

Evalúe la GRAVEDAD del síntoma (cómo afecta al/a la paciente):

- ☐ **1 = Leve** (se nota pero no es un cambio importante)
- ☐ **2 = Moderada** (un cambio importante pero no drástico)
- ☐ **3 = Severa** (un cambio muy destacado y prominente; drástico)

11. Conductas nocturnas (Angustia)

Evalúe la **ANGUSTIA** que siente usted debido a ese síntoma (cómo le afecta):

- ☐ **0 = Ninguna angustia**
- ☐ **1 = Mínima** (un poco angustiante, pero se tolera sin problemas)
- ☐ **2 = Leve** (no es muy angustiante, por lo general se tolera con facilidad)
- ☐ **3 = Moderada** (relativamente angustiante, no siempre se tolera con facilidad)
- ☐ **4 = Severa** (muy angustiante, se tolera con dificultad)
- ☐ **5 = Extrema o muy severa** (extremadamente angustiante, no se puede tolerar)

12. Apetito/Hábitos alimenticios

Seleccione SÍ solamente si los síntomas han estado presentes en el último mes. De lo contrario, seleccione NO.

¿Ha bajado o subido de peso el/la paciente o ha habido algún cambio en el tipo de comidas que le gustan?

☐ SÍ

☐ NO

12. Apetito/Hábitos alimenticios (Gravedad)

Evalúe la GRAVEDAD del síntoma (cómo afecta al/a la paciente):

- ☐ **1 = Leve** (se nota pero no es un cambio importante)
- ☐ **2 = Moderada** (un cambio importante pero no drástico)
- ☐ **3 = Severa** (un cambio muy destacado y prominente; drástico)

12. Apetito/Hábitos alimenticios (Angustia)

Evalúe la **ANGUSTIA** que siente usted debido a ese síntoma (cómo le afecta):

- ☐ **0 = Ninguna angustia**
- ☐ **1 = Mínima** (un poco angustiante, pero se tolera sin problemas)
- ☐ **2 = Leve** (no es muy angustiante, por lo general se tolera con facilidad)
- ☐ **3 = Moderada** (relativamente angustiante, no siempre se tolera con facilidad)
- ☐ **4 = Severa** (muy angustiante, se tolera con dificultad)
- ☐ **5 = Extrema o muy severa** (extremadamente angustiante, no se puede tolerar)

Conclusión
