

## **Instrucciones para la HISTORIA INTEGRAL Y FORMATOS DE CUESTIONARIO DE NIÑOS Y ADOLESCENTE**

Los formatos de tamizaje contienen la Historia Integral de Niños/adolescentes y el Cuestionario de Niños/adolescentes. La información colectada en estos formatos ayuda a lograr una evaluación integral en salud mental

El proceso requerirá una hora o más de su tiempo y del tiempo del muchacho. Es evidente que algunas preguntas pueden no aplicar a niños muy pequeños, tales como las de consumo de drogas y alcohol y conducir muy rápido, pero por favor conteste lo más preciso y completo posible. Si necesita más espacio, puede utilizar el reverso del formato.

El cuestionario de niños y adolescentes puede ser llenado con la ayuda de los padres, por niños mayores de 5-6 años. Lea la pregunta al niño y llene la respuesta. Avance lento, una pagina o media pagina. Haga descansos frecuentes. Usted se sorprenderá lo mucho que le dirán los niños. Algunas preguntas son muy personales; pero es importante que sean contestadas todas. Los profesionales de salud es posible que quieran compartir esta información con otros profesionales involucrados en la atención. Usted se debe asegurar de no compartir esta información sin su permiso escrito. Nadie tiene una memoria perfecta, pero haga lo mejor que pueda para lograr respuestas adecuadas a todas las preguntas. **Es especialmente importante tener fechas aproximadas de los tratamientos previos.** Para cualquier medicamento psiquiátrico que haya sido tomado, son necesarias las fechas de inicio y terminación así como las dosis.

Usted observará que el cuestionario pregunta si el niño **alguna vez ha tenido alguno de los síntomas listados.** Los síntomas mentales aparecen y desaparecen, por lo que es importante tratar de recordar si su hijo alguna vez ha tenido síntomas. Después de que usted llene cada pagina, usted, el padre y el niño deben **regresar a los síntomas y señalar el número que corresponde a los síntomas si el niño los esta experimentando en ese momento.**

Por ejemplo

En la página 1, # 1 Cuestionario de padres “Mi hijo se siente desanimado”

Si su hijo se ha sentido desanimado en el pasado, usted debe marcar el cajón apropiado para el grado de dificultad que el o ella han tenido: **Nunca, De ninguna manera | Algunas veces, Solo un poco | Frecuente, bastante | Muy frecuente, Mucho**

Si el niño/adolescente usuario se siente desanimado en este momento, usted debe indicar esto **señalando en el número 1** y se hace lo mismo para las preguntas tanto en el formato del padre como en la de niño/adolescente.

**Ejemplo de cuestionario con niños/adolescentes:**

	Nunca De ninguna manera	Algunas veces Solo un poco	Frecuente Bastante	Muy frecuente Mucho
X 1. Me siento muy desanimado			X	
X 2. Me siento por el suelo, bajito y triste mucho tiempo				X
3. Lloro fácilmente		X		
X 4. Me enloquezco fácilmente; me siento chiflado			X	
X 5. Siento que las personas me irritan; frecuentemente me siento frustrado			X	
X 6. Exploto por pequeñeces;			X	
7. He perdido el interés en las actividades (deportes, salir, ir de compras)		X		
8. Paso menos tiempo con la familia	X			
9. Paso menos tiempo con los amigos	X			
10. Peleo con los amigos	X			
11.		X		

Frecuentemente no siento que me guste comer				
12. He perdido peso ( Kg.)	X			
X 13. Me salto comidas				X

Ejemplo con cuestionario de padres:

	Nunca De ninguna manera	Algunas veces Solo un poco	Frecuente Bastante	Muy frecuente Mucho
X 1. Me siento muy desanimado				X
X 2. Me siento por el suelo, bajito y triste mucho tiempo				X
3. Lloro fácilmente		X		
X 4. Me enloquezco fácilmente; me siento chiflado			X	
X 5. Siento que las personas me irritan; frecuentemente me siento frustrado			X	
X 6. Exploto por pequeñeces;			X	
7. He perdido el interés en las actividades (deportes, salir, ir de compras)		X		
8. Paso menos tiempo con la familia			X	
X 9. Paso menos tiempo con los amigos		X		
10. Peleo con los amigos	X			
11. Frecuentemente no siento que me guste comer		X		
12. He perdido peso ( Kg.)	X			
X 13. Me salto comidas				X

De esta manera se tiene un cuadro claro de lo que el niño ha experimentado y lo que está experimentando en este momento. Los síntomas mentales aparecen y desaparecen. Lo que el niño o niña han experimentado en el pasado puede ser muy importante para hacer el diagnóstico correcto de lo que el niño está experimentando en el presente. Usted puede observar que algunas preguntas se repiten. Esto tiene un propósito.

### HISTORIA INTEGRAL DEL NIÑO O ADOLESCENTE

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Remitido por \_\_\_\_\_

Dirección del niño \_\_\_\_\_

Informante \_\_\_\_\_ Tel. casa \_\_\_\_\_ Tel. trabajo \_\_\_\_\_

Escuela del niño \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

#### **Familia**

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_

Nombre del padrastro \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_

Nombre de la madrastra \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_

Hermanos y hermanas:

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Genero (H o M) \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Genero (H o M) \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Genero (H o M) \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Genero (H o M) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Genero (H o M) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Genero (H o M) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Genero (H o M) \_\_\_\_\_

Si sus padres son separados o divorciados, anote el teléfono del otro padre

Nombre \_\_\_\_\_ Tel. casa \_\_\_\_\_ Tel. trabajo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Otras personas que residen en el hogar

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

### **Seguridad social**

EPS \_\_\_\_\_ Prepago \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_

### **HISTORIA DEL DESARROLLO**

¿El embarazo fue planeado? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si hubo alguna complicación durante el embarazo, por favor explique \_\_\_\_\_

---

---

¿Estuvo bajo estrés emocional durante el embarazo? Si\_\_No\_\_. Si contestó afirmativo, ¿Cuál fue el estrés? \_\_\_\_\_

---

Usted consumió: Drogas\_\_\_\_alcohol\_\_\_\_tabaco\_\_\_\_medicamentos\_\_\_\_\_

Si así fue, por favor de el tipo, cantidad usada y frecuencia durante el embarazo

---

---

¿Tuvo controles prenatales? Si\_\_No\_\_ Peso del niño al nacer\_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna dificultad al momento del nacimiento? Por favor explique

---

---

¿Su bebe permaneció en el hospital después del nacimiento? Si\_\_No\_\_. Si es afirmativo ¿por qué? \_\_\_\_\_

---

Para las siguientes preguntas, si usted no recuerda, una fecha aproximada, por favor marque Antes o Después.

¿Cuándo caminó su niño? Antes\_\_\_\_Después\_\_\_\_ un año?

¿Dijo su primera palabra? Antes\_\_\_\_Después\_\_\_\_ un años?

¿Habló con frases? Antes\_\_\_\_Después\_\_\_\_ tres años?

¿Controló esfínteres? Antes\_\_\_\_Después\_\_\_\_ cuatro años?

¿Hubo algún problema de lenguaje? \_\_\_\_\_

¿Tuvo terapia de lenguaje? \_\_\_\_\_

## PROBLEMAS EN LA NIÑEZ TEMPRANA

Hubo dificultades en la infancia con:

Alimentación\_\_ Sueño\_\_ Cólicos\_\_ Golpearse la cabeza\_\_ mecerse exageradamente\_\_

Hubo problemas antes de los 7 años con:

Pesadillas\_\_ Terrores nocturnos\_\_ Orinarse en cama\_\_ Defecar en pantalones\_\_ Miedos inusuales\_\_ Agresión\_\_ Pataletas\_\_ Hiperactividad\_\_ Dificultades con el control de impulsos\_\_ Incapacidad para poner atención\_\_ Problemas con otros niños\_\_ Desafiar al diablo\_\_ No demostrar miedo\_\_ Ser arriesgado\_\_ Ser demandante\_\_ Ser muy sensible\_\_

Si es positiva alguna de las anteriores, por favor explique: \_\_\_\_\_

---

---

Para las siguientes preguntas por favor indique las fechas y cuanto duró el abuso

¿Su niño ha sido físicamente abusado?

¿Sexualmente abusado?

¿Psicológicamente abusado?

### ESCUELA

¿Su niño ha experimentado alguna dificultad en la escuela?

Académica \_\_\_\_\_ Comportamental \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha sido suspendido de la escuela?

Cuantas veces \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha sido expulsado de la escuela?

Cuando \_\_\_\_\_ Que tanto tiempo \_\_\_\_\_

¿Su hijo a tenido algún trastorno de aprendizaje? Por favor explique \_\_\_\_\_

## **DESEMPEÑO ESCOLAR**

### Muy importante

Por favor llene el promedio estimado para cada año escolar

- Promedio de grado S: Satisfactorio I: Insatisfactorio (si tiene calificaciones por letras o numérica, anotar)

Por favor explique Cualquier Problema Comportamental o Académico para cada año

- Ejemplos de problemas: no se podía sentar, no podía seguir instrucciones, faltaba a clase, etc.

	<b>Promedio de mi hijo</b>	<b>Problemas durante el año</b>
Kinder	Promedio _____	Problemas _____
Grado 1	Promedio _____	Problemas _____
Grado 2	Promedio _____	Problemas _____
Grado 3	Promedio _____	Problemas _____
Grado 4	Promedio _____	Problemas _____
Grado 5	Promedio _____	Problemas _____



Grado 6	Promedio_____	Problemas_____
Grado 7	Promedio_____	Problemas_____
Grado 8	Promedio_____	Problemas_____
Grado 9	Promedio_____	Problemas_____
Grado 10	Promedio_____	Problemas_____
Grado 11	Promedio_____	Problemas_____

### **COSAS POSITIVAS DEL NIÑO**

Por favor enumere las cosas positivas de su niño (por ejemplo, bueno con los niños, atleta, bueno para la música, etc.)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **ACTIVIDADES DEL NIÑO**

¿Qué le gusta hacer para sentirse contento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **EXPECTATIVAS CON EL TRATAMIENTO**

Por favor enumere los resultados que espera del tratamiento de su niño\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **ESTRESORES AMBIENTALES**

¿Han ocurrido cambios o eventos importantes en la vida del niño o de la familia?  
Por favor explique

Muerte de un amigo o miembro de la familia \_\_\_\_\_

---

---

Desplazamiento o trasteos \_\_\_\_\_

---

---

Problemas médicos importantes para el niño \_\_\_\_\_

---

---

Enfermedad de un miembro de la familia \_\_\_\_\_

---

---

Problemas económicos \_\_\_\_\_

---

---

Abuso en la familia \_\_\_\_\_

---

---

Adicción en la familia \_\_\_\_\_

---

---

Violencia en la familia \_\_\_\_\_

---

---

Otro \_\_\_\_\_

---

---