

# Escala de evaluación Vanderbilt de NICHQ: informante de padres

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o la madre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del padre o la madre: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Cada calificación debe tenerse en cuenta en el contexto de lo que resulta adecuado para la edad de su hijo. Cuando complete este formulario, piense en las conductas de su hijo en los últimos 6 meses.

¿Esta evaluación se basa en un tiempo en el que el niño

- estaba medicado?     no estaba medicado?     no está seguro?

Síntomas	Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. No presta atención a los detalles o comete errores de descuido con, por ejemplo, la tarea				
2. Tiene dificultad para prestar atención a lo que debe hacerse				
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente				
4. No obedece cuando le dan instrucciones y no termina las actividades (no porque se niegue ni porque no entienda)				
5. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades				
6. Evita, le disgusta o no quiere comenzar tareas que requieren de un esfuerzo mental constante				
7. Pierde las cosas necesarias para las tareas o las actividades (juguetes, trabajos, lápices, libros)				
8. Se distrae fácilmente por ruidos u otros estímulos				
9. Es olvidadizo en las actividades cotidianas				
10. Juguetea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento				
11. Se levanta de su asiento cuando se espera que permanezca sentado				
12. Corre por todas partes o escala demasiado cuando se espera que permanezca sentado				
13. Tiene dificultad para jugar o comenzar actividades de juegos tranquilos				
14. Con frecuencia no se detiene, o actúa como si estuviera "impulsado por un motor"				
15. Habla demasiado				
16. Lanza las respuestas antes de haber terminado las preguntas				
17. Tiene dificultad para esperar su turno				
18. Interrumpe o se entromete en las conversaciones o actividades de los demás				

Para uso exclusivo del consultorio/  
For Office Use Only /9

Para uso exclusivo del consultorio/  
For Office Use Only /9



Muestra de escala de evaluación Vanderbilt de NICHQ puntuada: Informante de padres

Síntomas (continuación)	De vez		Muy a	
	Nunca	en cuando	A menudo	menudo
19. Discute con los adultos				
20. Pierde la paciencia				
21. Desafía en forma activa o se niega a obedecer los pedidos o las reglas de los adultos				
22. Molesta a la gente deliberadamente				
23. Culpa a otros por sus errores o mala conducta				
24. Es sensible o se molesta fácilmente con los demás				
25. Se muestra enojado o resentido				
26. Es rencoroso y busca vengarse				
27. Bravuconea, amenaza o intimida a los demás				
28. Inicia peleas físicas				
29. Miente para librarse de problemas o para evitar obligaciones (p. ej. "tíma" a los demás)				
30. Falta a clases sin autorización				
31. Es físicamente cruel con las personas				
32. Ha robado cosas de valor				
33. Destruye deliberadamente las cosas de los demás				
34. Ha usado un arma que puede causar daños graves (bate, cuchillo, ladrillo, revólver)				
35. Es físicamente cruel con los animales				
36. Ha provocado incendios a propósito para causar daño				
37. Ha entrado sin permiso a casas, negocios o automóviles de otras personas				
38. Se ha quedado fuera durante la noche sin permiso				
39. Ha huido de casa durante la noche				
40. Ha obligado a alguien a involucrarse en actividades sexuales				
41. Se muestra temeroso, ansioso o preocupado				
42. Tiene miedo de intentar hacer cosas nuevas por temor a cometer errores				
43. Se siente inútil o inferior				
44. Se culpa por los problemas, se siente culpable				
45. Se siente solo, que está de más o es despreciado; se queja de que "nadie lo quiere".				
46. Está triste, infeliz o deprimido				
47. Se siente intimidado o se avergüenza fácilmente				

Para uso exclusivo del consultorio/  
For Office Use Only /8

Para uso exclusivo del consultorio/  
For Office Use Only /14

Para uso exclusivo del consultorio/  
For Office Use Only /7

Rendimiento	Por encima		Algo	
	Excelente	del promedio	Promedio	Problemático
48. Lectura				
49. Escritura				
50. Matemática				
51. Relación con los padres				
52. Relación con los hermanos				
53. Relación con los compañeros				
54. Participación en actividades organizadas (p. ej. equipos)				

Para uso exclusivo del consultorio/  
For Office Use Only 4s /3

Para uso exclusivo del consultorio/  
For Office Use Only 5s /3

Para uso exclusivo del consultorio/  
For Office Use Only 4s /4

Para uso exclusivo del consultorio/  
For Office Use Only 5s /4



## Otras afecciones

**Conductas de tics:** a su leal saber y entender, indique si este niño exhibe las siguientes conductas:

1. **Tics motrices:** movimientos rápidos y repetitivos tales como pestañeo, muecas, fruncimiento de nariz, espasmos de cabeza, encogimiento de hombros, espasmos de brazos, espasmos corporales o patadas rápidas.  
 No hay tics.     Sí, aparecen casi todos los días pero pasan desapercibidos para la mayoría de las personas.  
 Sí, hay tics notorios casi todos los días.
2. **Tics fónicos (vocales):** sonidos repetitivos incluyendo, entre otras cosas, carraspeo, tos, silbidos, olfateo, resoplidos, alaridos, ladridos, gruñidos o repetición de palabras o frases cortas.  
 No hay tics.     Sí, aparecen casi todos los días pero pasan desapercibidos para la mayoría de las personas.  
 Sí, hay tics notorios casi todos los días.
3. Si respondió Sí a 1 ó 2, ¿estos tics interfieren con las actividades del niño (como leer, escribir, caminar, hablar o comer)?  No     Sí

**Diagnóstico y tratamiento previos:** a su leal saber y entender, responda las siguientes preguntas:

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Le han diagnosticado a su hijo un trastorno de tics o síndrome de Tourette?         | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 2. ¿Su hijo está tomando medicamentos para un trastorno de tics o síndrome de Tourette? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 3. ¿Le han diagnosticado depresión a su hijo?   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 4. ¿Su hijo está tomando medicamentos para la depresión?                                | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 5. ¿Le han diagnosticado un trastorno de ansiedad a su hijo?                            | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 6. ¿Su hijo está tomando medicamentos para un trastorno de ansiedad?                    | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 7. ¿Le han diagnosticado a su hijo un trastorno de aprendizaje o de lenguaje?           | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

**Comentarios:**