

ANEXO 2

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Órgano y/o Unidad Orgánica:	SERVICIO DE SALUD MENTAL
Actividad del POI:	ATENCIÓN DE PACIENTES EN SALUD MENTAL
Denominación de la Contratación:	SERVICIO DE FOTOCOPIADO DE FORMATOS DE SALUD MENTAL

I. FINALIDAD PÚBLICA

Contar con material impreso indispensable para el desarrollo de las actividades asistenciales y preventivo-promocionales de la Estrategia de Salud Mental vinculadas al cumplimiento de las metas 106 y 107.

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

Contratación del servicio de fotocopiado de formatos utilizados por la Estrategia de Salud Mental para las actividades de tamizaje, evaluación, atención, seguimiento y registro de usuarios, en el marco del cumplimiento de las metas 106 "Tamizaje de trastornos mentales y problemas psicosociales" y 107: "Tamizaje de niños de 0 a 17 años con déficit de habilidades sociales", con cargo a la específica de gasto 2.3.199.13.

III. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

DESCRIPCIÓN	TIPO DE REPRODUCCIÓN	TAMAÑO /GRAMAJE	CARACTERÍSTICAS	CANTIDAD	
EVOLUCIÓN MÉDICA PSQUIÁTRICA	FOTOCOPIA	A4 - Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO	2000	UND.
EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA	FOTOCOPIA	A4 - Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO	2000	UND.
CONTROL DE PESO - SEXO MASCULINO	FOTOCOPIA	A4 - Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	200	UND.
CONTROL DE PESO - SEXO FEMENINO	FOTOCOPIA	A4 - Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	200	UND.
FICHA DE EVALUACIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL	FOTOCOPIA	A4 - Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO	500	UND.
REGISTRO DE DINÁMICA	FOTOCOPIA	A4 - Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	100	UND.
KARDEX DE SALUD MENTAL	FOTOCOPIA	A4 - Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO	2000	UND.
ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND	FOTOCOPIA	A4 - Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	1000	UND.
PRUEBA DE AUTOESTIMA (CESAR RUIZ, UCV, 2003)	FOTOCOPIA	A4 - Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	200	UND.
TEST DE ANSIEDAD (DR. WILLIAM W.K. ZUNG)	FOTOCOPIA	A4 - Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	500	UND.
TEST DE HAMILTON	FOTOCOPIA	A4 - Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	1000	UND.
HOJA DE RESPUESTAS DEL TEST DE RAVEN PARA NIÑOS	FOTOCOPIA	A4 - Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	1000	UND.
HOJA DE RESPUESTAS DEL TEST DE RAVEN PARA ADULTOS	FOTOCOPIA	A4 - Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	1000	UND.
INVENTARIO EYSENCK DE PERSONALIDAD PARA ADULTOS	FOTOCOPIA	A4 - Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO	200	UND.

INVENTARIO EYSENCK DE PERSONALIDAD PARA NIÑOS	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO	200	UND.
ALGUNAS SEÑALES DE AUTISMO	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	1000	UND.
TEST DE FACTOR G DE CATTELL (HOJA DE RESPUESTAS)	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	50	UND.
TEST EDIH (FARRE, A. & NARSONA, J. 1998)	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	1000	UND.
FICHA DE TAMIZAJE – VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	2000	UND.
MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO	2000	UND.
CUESTIONARIO DE SINTOMAS S.Q.R.-18	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO	2000	UND.
CUESTIONARIO M-CHAT REVISADO DE DETECCION DE AUTISMO EN NIÑOS PEQUEÑOS CON ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO (M-CHAT-R/F)	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	3 HOJAS, BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO	50	JUEGOS
ANEXO 1 ADAPTACION PERUANA DE LA LISTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS PEDIATRICOS (PSC-17)	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	200	UND.
ANEXO 2 ADAPTACION PERUANA DE LA LISTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS PEDIATRICOS – AUTOINFORME JUVENIL (PSC-17-Y)	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	200	UND.
INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-2)	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	2 HOJAS, BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO	200	JUEGOS
INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	200	UND.
MCMI-IV (MILLON CLINICAL MULTIAXIAL INVENTORY-IV)	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	3 HOJAS, BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO	300	JUEGOS
ADDENBROCKE S COGNITIVE EXAMINATION (ACE- ADAPTACION PERUANA)	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO	500	UND.
INECO FRONTAL SCREENING	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	500	UND.
INVENTARIO EQ-i (REUVEN BAR-ON, 1997)	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	3 HOJAS, BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO	300	JUEGOS
MANDALAS	FOTOCOPIA	A4 – Bond 75 gr	50 HOJAS, BLANCO Y NEGRO, SOLO ANVERSO	10	JUEGOS

**IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS
(NO CORRESPONDE)**

V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN (NO CORRESPONDE)

VI. GARANTÍA COMERCIAL (NO CORRESPONDE)

VII. MUESTRAS (NO CORRESPONDE)

IX. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

- Contar con RUC activo y habido
- Deberá dedicarse al rubro del servicio solicitado.
- No tener impedimento de contratar con el estado conforme al Art 30 de la ley de contrataciones de estado N°32069.

X. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA

Lugar: Los bienes serán entregados en Almacén Central del Hospital Regional Cusco, ubicado en la Av. La Cultura S/N del distrito, provincia y departamento de Cusco, en el horario de 7:30 am a 3:00 pm.

Plazo: Los bienes materia de la presente convocatoria se entregan en el plazo de 5 DIAS CALENDARIO NOTIFICADA LA ORDEN DE COMPRA

XI. CONFORMIDAD

La conformidad de los bienes, será otorgada por el área usuaria (SALUD MENTAL) para lo cual el proveedor deberá cumplir con las especificaciones técnicas requeridas. La recepción del bien por el jefe de Almacén Central del Hospital Regional Cusco.

XII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en PAGO UNICO

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación

- Recepción del Almacén Central de la Entidad.
- Conformidad otorgada por el área usuaria
- Comprobante de pago.

La Entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato

XIII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del bien ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad

XIV. PENALIDADES

Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación
En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo en días}}$$

Donde F = 0.40

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuere materia de retraso. Se considera justificado el retraso, cuando el contratista acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

XV. OTRAS PENALIDADES (NO CORRESPONDE)

XVI. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL

El Hospital Regional Cusco puede resolver el contrato, en los siguientes casos:

- a) Por acumulación del monto máximo de la penalidad por mora o por el monto máximo para otras penalidades, en la ejecución de la prestación a su cargo.
- b) Caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite la continuación del contrato.
- c) Incumplimiento de obligaciones contractuales por causa atribuida al contratista.
- d) Hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato, de supuesto distinto al caso fortuito o fuerza mayor, no imputable a ninguna de las partes, que imposibilite la continuación del contrato.
- e) Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción y antisoborno.
- f) Por la presentación de documentación falsa o inexacta durante la ejecución contractual.

XVII. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO

A la suscripción del contrato o de la formalización de la Orden, el Contratista declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, al (los) evaluador (es) del proceso de contratación o cualquier servidor de Hospital Regional Cusco.

Asimismo, el Contratista se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existir controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente. Aunado a ello, el Contratista se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito.

En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados. Adicionalmente, el Contratista se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con el Hospital Regional Cusco.

Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acápite, durante la ejecución contractual, otorga a Hospital Regional Cusco el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

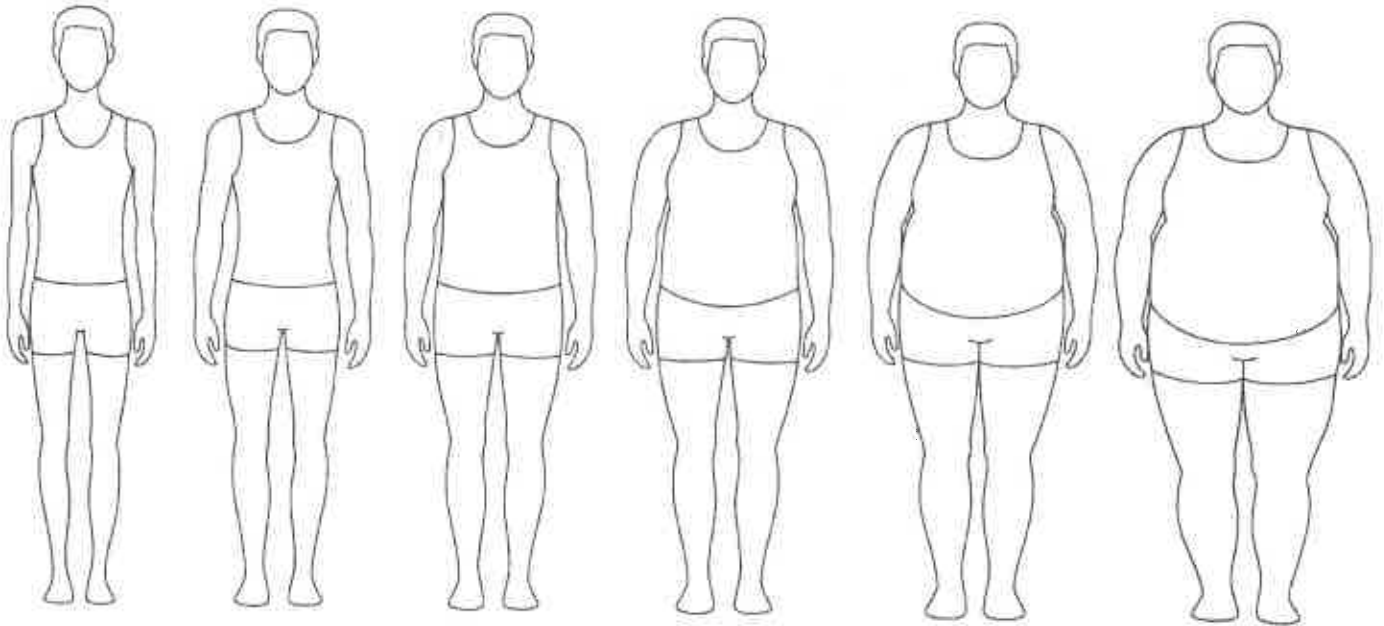


HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

CONTROL DEL PESO - SEXO MASCULINO



NOMBRE Y APELLIDOS:		EDAD:	
---------------------	--	-------	--



BAJO PESO	PESO NORMAL	SOPRESO	OBESIDAD I	OBESIDAD II	OBESIDAD III
IMC < 18.5	18.5 - 24.9	25.0 - 29.9	30.0 - 34.9	35.0 - 39.9	≥ 40.0

REGISTRO	INGRESO	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5
FECHA						
PESO						
TALLA						
IMC						
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE						

APellido PATERNO:	APellido MATERNO:	NOMBRES:
SERVICIO: SALUD MENTAL	N° CAMA:	H. CLINICA: 84

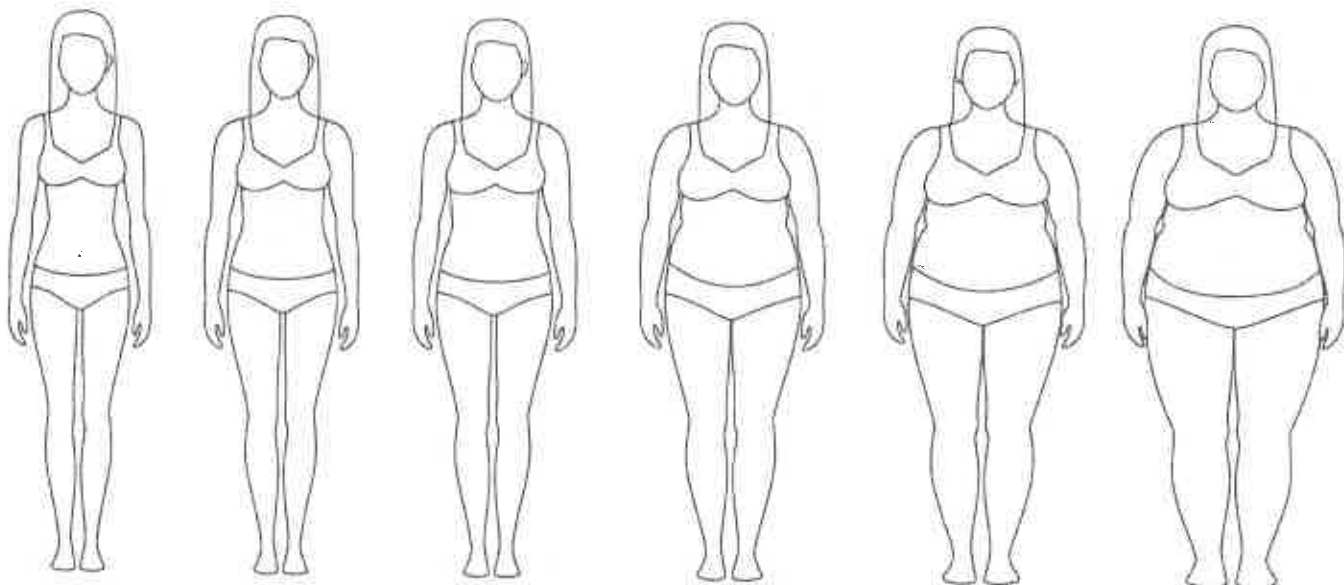


HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO



CONTROL DEL PESO - SEXO FEMENINO

NOMBRE Y APELLIDOS:		EDAD:	
----------------------------	--	--------------	--



BAJO PESO	PESO NORMAL	SOPRESO	OBESIDAD I	OBESIDAD II	OBESIDAD III
IMC < 18.5	18.5 - 24.9	25.0 - 29.9	30.0 - 34.9	35.0 - 39.9	≥ 40.0

REGISTRO	INGRESO	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5
FECHA						
PESO						
TALLA						
IMC						
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE						

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
SERVICIO: SALUD MENTAL	N° CAMA:	4 CLINICA



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

FICHA DE EVALUACIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL-UNIDAD HOSPITAL DE DÍA



Nº H.C.L.:

FECHA DE ATENCIÓN: / /

I. DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS:			EDAD:		
FECHA DE NACIMIENTO: / /		DNI:		ESTADO CIVIL:	
GRADO DE INSTRUCCIÓN:			OCUPACIÓN:		
DIRECCIÓN:				RELIGIÓN:	
PERSONA RESPONSABLE:				TELÉFONO:	
SEGURO: <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno					

II. COMPOSICIÓN FAMILIAR

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO		PARENTESCO	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	ESTADO DE SALUD
		F	M				

TIPO Y COMPOSICIÓN:		ESTILOS DE COMUNICACIÓN:	
<input type="checkbox"/> Nuclear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Agresiva	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Extensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pasiva	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Incompleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asertiva	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reconstituida	<input type="checkbox"/>		

DINÁMICA FAMILIAR:

- Funcional
 Disfuncional
 Severamente disfuncional

Descripción:

REDES DE APOYO

- Tipo de Red: Familiares Comunitarias Institucionales No cuenta con red
 Nivel de apoyo: Adecuado Limitado Inexistente

III. SITUACIÓN DE VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA	CONDICIÓN DE TENENCIA	MATERIAL	SERVICIOS
Casa	Propia	Noble Acabada	Agua
Departamento	Alquilada	Noble Sin Acabar	Luz
Cuarto	Herencia	Adobe	Desague
Otro:	Otro:	Otro:	Internet

Observación:

82



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
REGISTRO DE DINÁMICA-UNIDAD HOSPITAL DE DÍA



FECHA : _____
 PAUSA ACTIVA : _____
 DINÁMICA : _____
 TEMA : _____

OBJETIVOS DE LA DINÁMICA:

OBSERVACIÓN:

Firma y sello del profesional

FECHA : _____
 PAUSA ACTIVA : _____
 DINÁMICA : _____
 TEMA : _____

OBJETIVOS DE LA DINÁMICA:

OBSERVACIÓN:

Firma y sello del profesional

FECHA : _____
 PAUSA ACTIVA : _____
 DINÁMICA : _____
 TEMA : _____

OBJETIVOS DE LA DINÁMICA:

OBSERVACIÓN:

Firma y sello del profesional

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
SERVICIO: SALUD MENTAL			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		

81



ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND



HÓLA DE RESPUESTAS

Nombre y apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escolaridad: _____ Fecha de hoy: _____

Edad Base: _____
Puntos adicionales: _____
Puntaje Total: _____
Edad Social: _____
Edad Cronológica: _____
Cociente Social: _____
Categoría Social: _____

OBSERVACIONES

EDAD 0 - 1																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

EDAD 1 - 2																
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34

EDAD 2 - 3									
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

EDAD 3 - 4					
45	46	47	48	49	50

EDAD 4 - 5					
51	52	53	54	55	56

EDAD 5 - 6				
57	58	59	60	61

EDAD 6 - 7			
62	63	64	65

EDAD 7 - 8				
66	67	68	69	70

EDAD 8 - 9			
71	72	73	74

EDAD 9 - 10		
75	76	77

EDAD 10 - 11			
78	79	80	81

EDAD 11 - 12		
82	83	84

EDAD 12 - 15				
85	86	87	88	89

EDAD 15 - 18					
90	91	92	93	94	95

EDAD 18 - 20					
96	97	98	99	100	101

ANEXOS

PRUEBA DE AUTOESTIMA
(César Ruiz, LCV, 2003)

Nombre _____ Apellidos _____ Edad _____

Instrucción

Lea atentamente y marque con una X en la columna (Sí/No) según corresponda; Sea sincero.

PREGUNTAS DEL QUESTIONARIO			SÍ	NO
1. Me gustaría nacer de nuevo y ser diferente de como ahora soy				
2. Me resulta muy difícil hablar frente a un grupo.				
3. Hay muchas cosas dentro de mí que cambiaría si pudiera hacerlo				
4. Tomar decisiones es algo fácil para mí				
5. Considero que soy una persona alegre y feliz.				
6. En mi casa me molesto a cada rato				
7. Me resulta DIFÍCIL acostumbrarme a algo nuevo				
8. Soy una persona popular entre la gente de mi edad				
9. Mi familia me exige mucho/espere demasiado de mí.				
10. En mi casa se respeta bastante mis sentimientos				
11. Con mucha facilidad hago lo que mis amigos me mandan hacer.				
12. Muchas veces me tengo rabia/cólera a mí mismo				
13. Pienso que mi vida es muy triste				
14. Los demás hacen caso y consideran mis ideas.				
15. Tengo muy mala opinión de mí mismo				
16. Han habido muchas ocasiones en las que he deseado irme de mi casa.				
17. Con frecuencia me siento cansado de todo lo que hago.				
18. Pienso que soy una persona fea comparado con otros.				
19. Si tengo algo que decir a otros, voy sin temor y se lo digo.				
20. Pienso que en mi hogar me comprenden				
21. Siento que lo caigo muy mal a las demás personas.				
22. En mi casa me fastidian demasiado				
23. Cuando intento hacer algo, MUY PRONTO me desanimo				
24. Siento que tengo MAS problemas que otras personas.				
25. Creo que tengo más DEFECTOS que CUALIDADES				

PUNTAJE:
NIVEL:



ANSIEDAD



FECHA:

N° H. CI.:

Nombres y Apellidos:

DNI: Edad: Sexo: Teléfono:

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD (Dr. William W. K. ZUNG)	NUNCA O CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	PUNTOS
1.- Me siento más tranquilo y nervioso que de costumbre	1	2	3	4	
2.- Me siento atemorizado sin motivo.	1	2	3	4	
3.- Me altero o me angustio fácilmente	1	2	3	4	
4.- Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos.	1	2	3	4	
5.- Creo que todo esta bien y que no va a pasar nada malo.	4	3	2	1	
6.- Me tiemblan los brazos y las piernas.	1	2	3	4	
7.- Sufro dolores de cabeza, de cuello y de la espalda.	1	2	3	4	
8.- Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4	
9.- Me siento tranquilo y me es fácil estar me quieto.	4	3	2	1	
10.- Siento que el corazón me late a prisa.	1	2	3	4	
11.- Sufro mareos.	1	2	3	4	
12.- Me desmayo o siento que voy a desmayarme	1	2	3	4	
13.- Puedo respirar fácilmente.	4	3	2	1	
14.- Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.	1	2	3	4	
15.- Sufro dolores de estomago o indigestión.	1	2	3	4	
16.- Tengo que orinar con mucha frecuencia	1	2	3	4	
17.- Generalmente tengo las manos secas y calientes.	4	3	2	1	
18.- La cara se me pone caliente y roja.	1	2	3	4	
19.- Me duermo facilmente y descanso bien por la noche.	4	3	2	1	
20.- Tengo pesadillas.	1	2	3	4	

TEST DE HAMILTON

NOMBRES Y APELLIDOS Fecha Edad

ESTADO CIVIL SEXO Fecha de Aplicación

INSTRUCCIONES: Por favor lea Ud. Atentamente las siguientes preguntas marque con un aspa (x) la respuesta que mas este de acuerdo con su estado de animo en este momento. Asegurese que solo haya una respuesta por cada pregunta.

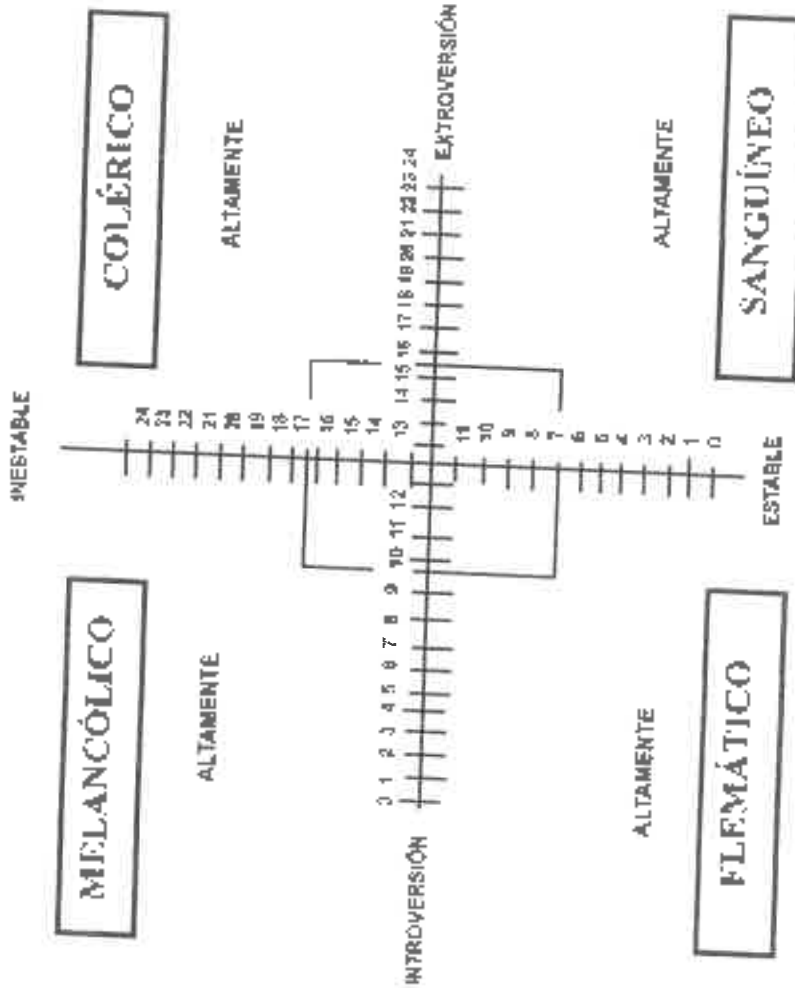
	NADA	UN POCO	MODE-RADA	MUCHO	SUMAMENTE
1.- ¿Me siento decepcionado, triste e infeliz?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2.- ¿Se siente culpable de las cosas que ha hecho o pensado?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3.- ¿Ha perdido interes en su trabajo o pasatiempo?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4.- ¿Le parece que es usted mas lento que su velocidad normal o habitual?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5.- ¿Estado ansioso o lento?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6.- ¿Le preocupa que pudria padecer una enfermedad grave como cáncer o venérea?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7.- ¿Ha perdido peso recientemente?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8.- ¿Le cuesta mas tiempo dormirse?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	No	A veces	siempre		
9.- ¿Duerme a ratos? ¿Se despierta a menudo?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
10.- ¿Se despierta antes de lo habitual y luego no puede conciliar otra vez el sueño?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
11.- ¿Sufre de algún sintoma fisico?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
12.- ¿Ha perdido interes en el sexo?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
13.- ¿Esta peor temprano por la mañana, pero mejora a medida que pasa el dia?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
	NO	SI			
14.- ¿Le encuentra sentido a la vida?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0			
15.- ¿Ha pensado en ponerle fin a todo?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1			
16.- ¿Ha hecho planes para quitarse la vida?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1			
17.- ¿Ha intentado o intenta quitarse la vida?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1			

TOTAL PUNTAJE

- 0-7 NORMAL
- 8-15 DEPRESIÓN MENOR
- >15 DEPRESIÓN MAYOR

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD - ADULTOS

NOTA: Insertar puntajes de acuerdo a la edad del adulto, en el gráfico de correspondencia correspondiente.



INVENTARIO EYSENCK DE PERSONALIDAD PARA ADULTOS
Eysenck

Nombre: _____ Edad: _____
 Grado de Instrucción: _____ Sexo: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Examen: _____

L N I

INSTRUCCIONES

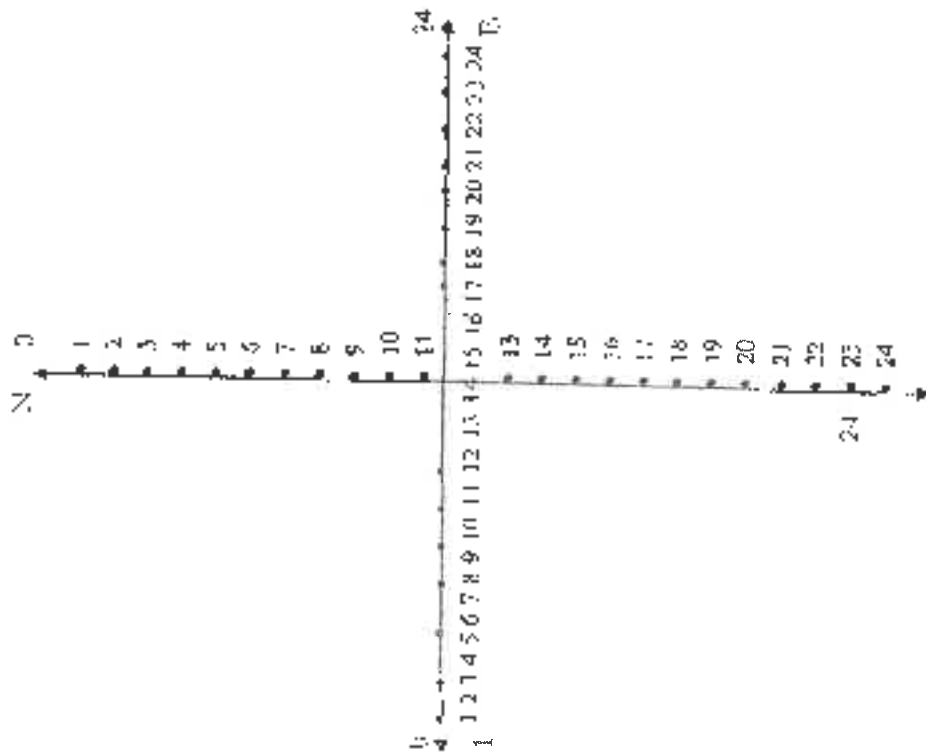
Aquí hay algunas preguntas acerca de las maneras como se comporta, siente o actúa. Después de cada pregunta le pediremos que use palabras "SI" y "NO". Tenga de decidir por SI o por NO.

(No elegite el SI o el NO). Es decir que encerrará con un círculo el "SI", si la pregunta está de acuerdo con la manera en que generalmente actúa o siente. Encerrará con círculo el "NO" cuando la pregunta no diga la manera en que actúa o siente.

Trabaja rápidamente y no demores mucho tiempo en cada pregunta. Asegúrate de no dejar de responder cada pregunta.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD - NIÑOS

NOTA: Incluir puntajes de acuerdo a la edad del niño, en el gráfico de coordenadas cartesianas.



INVENTARIO EYSENCK DE PERSONALIDAD PARA NIÑO: Eysenck

Nombre: _____ Edad: _____
 Grado Escolar: _____ Sexo: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Examen: _____

E N L

INSTRUCCIONES

Aquí hay algunas preguntas acerca de las maneras como tú te comportas, sientes o actúas. Después de cada pregunta tu puedes ver que hay palabras "SI" y "NO". Tienes de decidir por SI o por NO. (Tú eliges el SI o el NO). Es decir que encicuals con un círculo el "SI", si la pregunta está de acuerdo con la manera en que generalmente actúas o sientes. Encicuals con círculo el "NO" cuando la pregunta no diga la manera en que sientas o sientes.

Trabaja rápidamente y no dudes en dar tiempo en cada pregunta. Asegúrate de no dejar de responder cada pregunta.



ALGUNAS SEÑALES DE AUTISMO



Nº H. CL:

FECHA:

Nombre y Apellidos:

DNI:

Edad:

Sexo:

Teléfono:



SÓLO PARTICIPAR SI OTRA PERSONA INSISTE O AYUDA



HABLAR CONTINUAMENTE DEL MISMO TEMA



EXPRESAR NECESIDADES COGIENDO A ALGUIEN DE LA MANO



REIRSE INAPROPIADAMENTE



DIFICULTADES EN LA INTERACCIÓN CON OTROS

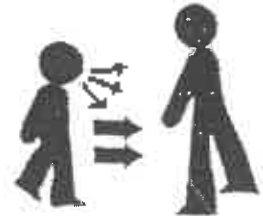


COMPARTIMIENTO DE JUEGO LIMITADO



MÓVIMIENTOS EXTRAÑOS

**DIFICULTADES CON:
RELACIONES SOCIALES
COMUNICACIÓN (NO-) VERBAL
JUEGO E IMAGINACIÓN
CAMBIOS**



RECIPROCIDAD LIMITADA



TRISTEZA O RABIA EXTREMAS SIN CAUSA APARENTE



NO TEME A PELIGROS REALES



REPETIR LAS MISMAS ACTIVIDADES UNA Y OTRA VEZ



REPETIR PALABRAS O FRASES LITERALMENTE

← RUTA CONOCIDA



→ RUTA DISTINTA

POCA FLEXIBILIDAD DE PENSAMIENTO Y ACTUACION



DESTACAR EN ALGUNAS ACTIVIDADES QUE NO REQUIEREN HABILIDADES SOCIALES



CONTACTO VISUAL FUGAZ O INEXISTENTE



LLAMATIVA HIPERACTIVIDAD FÍSICA O EXTREMA PASIVIDAD



MANTENER DISTANCIA



TEST DE FACTOR G DE CATTELL

ESCALA 2 - FORMA A

HOJA DE RESPUESTA

Apellidos y Nombres: _____

Lugar de Nac.: _____ Fecha de Nac.: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Examinador: _____ Fecha de Hoy: _____

TEST 1

EJEMPLOS

E1	X b c d e	1	a b c d e	5	a b c d e	9	a b c d e
E2	a b c d e	2	a b c d e	6	a b c d e	10	a b c d e
E3	a b c d e	3	a b c d e	7	a b c d e	11	a b c d e
		4	a b c d e	8	a b c d e	12	a b c d e
						13	a b c d e

TEST 2

EJEMPLOS

E1	a b c X e	1	a b c d e	6	a b c d e	11	a b c d e
E2	a b c d e	2	a b c d e	7	a b c d e	12	a b c d e
		3	a b c d e	8	a b c d e	13	a b c d e
		4	a b c d e	9	a b c d e	14	a b c d e
		5	a b c d e	10	a b c d e		

TEST 3

EJEMPLOS

E1	a b X d e	1	a b c d e	5	a b c d e	9	a b c d e
E2	a b c d e	2	a b c d e	6	a b c d e	10	a b c d e
E3	a b c d e	3	a b c d e	7	a b c d e	11	a b c d e
		4	a b c d e	8	a b c d e	12	a b c d e

TEST 4

EJEMPLOS

E1	a b X d e	1	a b c d e	5	a b c d e
E2	a b c d e	2	a b c d e	6	a b c d e
E3	a b c d e	3	a b c d e	7	a b c d e
		4	a b c d e	8	a b c d e

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO	
TEST	PUNTAJE
1	
2	
3	
4	
Total	
C.I.	
E.M.	



TEST EDAH

(Farré, A. & Narbona, J. 1998)



NOMBRE: _____

Institución: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Responda a cada pregunta seleccionando con un círculo el grado en que a su juicio profesional- el/la estudiante presenta cada una de las conductas descritas a continuación:

	0	1	2	3		
	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO		
1	Muestra excesiva inquietud motora.	0	1	2	3	H
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar.	0	1	2	3	DA
3	Molesta frecuentemente a otros niños/as.	0	1	2	3	H
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención.	0	1	2	3	DA
5	Exige inmediata solución a sus demandas.	0	1	2	3	H
6	Tiene dificultades para las actividades cooperativas.	0	1	2	3	TC
7	Se muestra ensimismado, como "en las nubes".	0	1	2	3	DA
8	Deja inconclusas las tareas que empieza.	0	1	2	3	DA
9	No es bien aceptado por el grupo de compañeros/as.	0	1	2	3	TC
10	Niega sus errores o echa la culpa a sus compañeros/as.	0	1	2	3	TC
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas para aquello.	0	1	2	3	TC
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso, arrogante.	0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, es intranquilo.	0	1	2	3	H
14	Discute y pelea por cualquier cosa u objeto.	0	1	2	3	TC
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio.	0	1	2	3	TC
16	Le falta sentido de la "regla", del juego "limpio".	0	1	2	3	TC
17	Es impulsivo e irritable.	0	1	2	3	H
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros/as.	0	1	2	3	TC
19	Se frustra fácilmente, es inconstante.	0	1	2	3	DA
20	Accede de mala forma a las indicaciones del profesor/a.	0	1	2	3	TC

	H	DA	TC	TOTAL



Ficha de tamizaje - Violencia Familiar y Maltrato Infantil

ESTABLECIMIENTO: _____

SERVICIO: Emergencia Pediatría Gineco-Obstetricia CRED Otros _____

NOMBRE Y APELLIDO DE USUARIO: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEXO: Masculino Femenino

DIRECCIÓN: _____

Lea al Paciente:

Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de Salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas.

Pregunte:

Si es adulto(a):

¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?

SI

NO

¿Quién? _____

Si es padre o madre de familia:

¿Su hijo(a) es muy desobediente?
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?

SI

NO

Marque con un aspa (X), todos los indicadores de maltrato que observe

En todos los casos: niñas(o), adolescente, adulto(a), adulto(a) mayor:

Físico

- Hematomas, contusiones inexplicables.
- Cicatrices, quemaduras
- fracturas inexplicables,
- Marca de mordeduras
- Lesiones de vulva, perineo, recto.
- Laceraciones en boca, mejilla, ojos, etc.
- Quejas crónicas sin causa física; Cefalea Problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).
- Problemas con apetito
- Enuresis Secundaria (niños), Psicológico
- Extrema falta de confianza en sí mismo,
- Tristeza, depresión o angustia.

- Retraimiento.
- Llanto frecuente.
- Exagerada necesidad de ganar sobresalir.
- Demandas excesivas de atención.
- Mucha agresividad o pasividad, frente a otros niños.
- Tartamudeo.
- Temor a los padre o de llegar al lugar.
- Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.
- Ausentismo escolar;
- Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.
- Bajo rendimiento académico
- Aislamiento de personas
- Intento de suicidio,

- Uso de alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos.
- Sexuales**
- Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños/as) y adolescentes.
- Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
- Embarazo precoz.
- Aborto o amenaza de enferm. de transmisión sexual.
- Negligencia**
- Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
- No vacunas o atención de salud
- Accidente o Enf. muy frecuentes
- Descuido en higiene y aseo.
- Falta de Estimulación del desarrollo.
- Fatiga, sueño, hambre

FECHA: _____ DERIVADO POR: _____ FIRMA _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIÓ EL CASO _____

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre:

Fecha:

Estudios/Profesión:

Observaciones:

F. nacimiento:

Nº Ha:

Varón () Mujer ()

Edad:

<p>¿En qué año estamos? 0-1</p> <p>¿En qué estación? 0-1</p> <p>¿En qué día (fecha)? 0-1</p> <p>¿En qué mes? 0-1</p> <p>¿En qué día de la semana? 0-1</p>	<p>ORIENTACIÓN TEMPORAL (Max.5)</p>	
<p>¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1</p> <p>¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1</p> <p>¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1</p> <p>¿En qué provincia estamos? 0-1</p> <p>¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1</p>	<p>ORIENTACIÓN ESPACIAL (Max.5)</p>	
<p>Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3. hasta un máximo de 6 veces.</p> <p style="text-align: center;"> Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1) </p>	<p>Nº de repeticiones necesarias</p> <p>FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Max.3)</p>	
<p>Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres. ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MLENDO al revés.</p> <p style="text-align: center;"> 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1) </p>	<p>ATENCION- CALCULO (Max.5)</p>	
<p>Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.</p> <p style="text-align: center;"> Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1) </p>	<p>RECUERDO diferido (Max.3)</p>	
<p>-DENOMINACIÓN. Muestre un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1</p> <p>-REPETICIÓN. Pídale que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "Enj un irigai había 5 perros") 0-1</p> <p>-ORDENES. Pídale que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y pongalo en el suelo"</p> <p style="text-align: center;">Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1</p> <p>-LECTURA. Escribe legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1</p> <p>-ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1</p> <p>-COPIA. Dibuje 2 pentágonos interceptados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1</p>	<p>LENGUAJE (Max.9)</p>	
<p>Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menor: sospecha patológica</p>	<p>Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)</p>	<p>12-24: deterioro 9-12: demencia</p>



Anexo I

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS

S.Q.R. - 18



Fecha: Entrevistador:

Establecimiento:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: DNI:

Fecha de Nacimiento Edad: Sexo: M F Telf.:

Dirección: Distrito:

Motivo de la Consulta:

.....

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. ¿Tiene mal apetito? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. ¿Duerme mal? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. ¿Se asusta con facilidad? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. ¿Sufre de temblor de manos? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. ¿Se siente nervioso o tenso? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. ¿Sufre de mala digestión? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 8. ¿Es incapaz de pensar con claridad? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 9. ¿Se siente triste? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 10. ¿Llora Ud. con mucha frecuencia? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Su trabajo se ha visto afectado? | | |
| 14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 15. ¿Ha perdido el interés en las cosas? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 16. ¿Se siente aburrido? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Puntualidad de las preguntas del 1 al 18 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en
Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento
(M-CHAT-R/F)**

Reconocimiento: Las autoras agradecen al Grupo de estudio del MCHAT en España, por su trabajo en desarrollar el formato de organigrama usado en esta entrevista.

Para más información, diríjase al sitio web www.mchatscreen.com

Si la puntuación M-CHAT-R/F se mantiene en 2 o superior, el niño ha resultado positivo. Medida necesaria: remita al niño para una evaluación diagnóstica y para determinar necesidad de atención temprana. Si la puntuación es 0-1, el niño ha resultado negativo. Ninguna otra medida es necesaria a menos que la vigilancia del desarrollo indique riesgo de TEA. El niño debe seguir vigilado en futuras visitas del programa de niño sano.

RIESGO ALTO:

Puntuación total entre 8-20. Es aceptable prescindir de la entrevista de seguimiento y se debe remitir el caso de inmediato para evaluación diagnóstica y para determinar necesidad de intervención temprana.

DOCUMENTO TÉCNICO:
 ORIENTACIONES PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CON
 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Anexo 6: Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R, Versión peruana)

Por favor responda las siguientes preguntas acerca de su niño o niña. Considere la forma en la que su niño o niña se comporta habitualmente. Si Ud. ha visto a su niño o niña realizar la conducta pocas veces, pero no es lo que él o ella habitualmente hace, entonces marque la respuesta "NO". Por favor, complete en un círculo SÍ o NO en cada pregunta. Muchas gracias

		SI	NO
1	Si Ud. señala algo que está del otro lado de la habitación, ¿su hijo(a) mira hacia lo que acaba de señalar? (POR EJEMPLO: si Ud. señala un juguete o animal, ¿su hijo o hija mira al juguete o animal?)	SI	NO
2	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo(a) es sordo(a)?	SI	NO
3	¿Su hijo(a) realiza juegos de imitación o acción? (POR EJEMPLO: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o a un peluche?)	SI	NO
4	¿A su hijo(a) le gusta treparse o subirse a las cosas? (POR EJEMPLO: juegos del parque como toboganes o "subidas", muebles o escaleras)	SI	NO
5	¿Su hijo(a) hace movimientos extraños con los dedos de las manos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO: ¿mueve o agita los dedos de la mano cerca de sus ojos de manera extraña?)	SI	NO
6	¿Su hijo(a) señala o indica con el dedo cuando quiere pedir algo o buscar ayuda? (POR EJEMPLO: señala algún alimento o juguete que está fuera de su alcance)	SI	NO
7	¿Su hijo(a) señala o indica con el dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	SI	NO
8	¿Su hijo(a) muestra interés por otros niños? (POR EJEMPLO: ¿cuando otros niños, es sonríe o se acerca a ellos?)	SI	NO
9	¿Su hijo(a) le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que Ud. las vea, no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con Ud.? (POR EJEMPLO: ¿le muestra una flor, un peluche o un carrito?)	SI	NO
10	¿Su hijo(a) responde cuando Ud. lo llama por su nombre? (POR EJEMPLO: ¿su hijo(a) le mira, habla o balbucea o deja de hacer lo que está haciendo para mirarlo cuando Ud. lo llama por su nombre?)	SI	NO
11	¿Cuánto Ud. se sonríe a su hijo(a) él o ella también le sonríe?	SI	NO
12	¿A su hijo(a) le gustan mucho los ruidos comunes? (POR EJEMPLO: ¿su hijo(a) grita, canta o se desespera cuando escucha una aspiradora, una licuadora, una moto, la radio música fuerte u otro ruido común?)	SI	NO
13	¿Su hijo(a) camina solo o sola sin apoyo?	SI	NO
14	¿Su hijo(a) le mira a los ojos cuando Ud. le habla, juega con él o ella o le viste?	SI	NO
15	¿Su hijo(a) mira lo que Ud. hace? (POR EJEMPLO: decir chau con la mano, aplaudir o repelir un ruido gracioso cuando Ud. lo hace)	SI	NO
16	Si Ud. empieza a mirar algo, ¿su hijo(a) también volteja para ver lo que Ud. está mirando?	SI	NO
17	¿Su hijo(a) intenta hacer que Ud. le mire y, e pteste atención? (POR EJEMPLO: su hijo(a) le llama o le pide que le mire, buscando su aprobación)	SI	NO
18	¿Su hijo(a) se entrende cuando Ud. le pide que haga algo sin hacerle algún gesto? (POR EJEMPLO: su hijo(a) entiende, sin que Ud. señale, cuando le dice "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manzana")	SI	NO
19	Si algo le llama la atención a su hijo(a), ¿él o ella le mira a Ud. para ver su reacción? (POR EJEMPLO: si escuchó un ruido extraño o gracioso o se ve un juguete nuevo, ¿le mira a Ud.?)	SI	NO
20	¿Le gustan a su hijo(a) los juegos con movimientos? (POR EJEMPLO: le gusta que le colgamos o jugar al "cabañito" sobre sus rodillas)	SI	NO



ANEXO 1

Adaptación peruana de la Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos (PSC-17)

Ítems	Nunca	A veces	Frecuentemente
1 Se siente triste.			
2 Se siente pesimista/piensa que las cosas son difíciles y le van a salir mal.			
3 Se siente mal consigo mismo.			
4 Se preocupa mucho.			
5 Se aburre fácilmente.			
6 Le cuesta estar tranquilo(a).			
7 Sueña despierto(a)/está en su propio mundo.			
8 Se distrae fácilmente.			
9 Le cuesta concentrarse.			
10 Es muy inquieto(a), tiene demasiada energía.			
11 Pelea con otros niños(as).			
12 No sigue las órdenes/reglas.			
13 No comprende los sentimientos de los demás.			
14 Molesta o se burla de los demás.			
15 Culpa a los demás de sus problemas.			
16 Se niega a compartir.			
17 Coge cosas ajenas.			
¿Tiene su hijo(a) algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesita ayuda?	Sí	No	

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: Estado Civil: Edad: Sexo:
Ocupación: Educación: Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2^a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2^a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada



MCMI-IV

MILLON® CLINICAL
MULTIAXIAL INVENTORY-IV

Nombre :

Instrucciones:

La persona deberá responder las afirmaciones con una "1" en la casilla correspondiente.

Elegirá la opción de "Verdadero" en casilla izquierda.

Elegirá la opción de "Falso" casilla derecha.

Trate de marcar cada frase aún cuando no está seguro de su decisión.

Si ha intentado y todavía no se puede decidir, marque el Falso.

Procure no hacer dobles respuestas.

ITEMS		V	F
1	Ultimamente parece que me quedo sin fuerzas incluso por las mañanas.	1	
2	Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.	2	
3	Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.	3	
4	Me preocupa que las personas de las que dependo me abandonen.	4	
5	Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaria tener más de las que tengo.	5	
6	Racionalmente exteriorizo los pocos sentimientos que tengo.	6	
7	Me cuesta mantener el equilibrio cuando camino.	7	
8	Siempre busco oportunidades nuevas que me resulten emocionantes.	8	
9	Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.	9	
10	Me gusta ser el centro de atención.	10	
11	De adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en la escuela o instituto.	11	
12	Me da miedo hacerme muy amigo de alguien por que podría sentirme ridiculizado o avergonzado.	12	
13	Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.	13	
14	Hace uno años comencé a sentirme un fracasado.	14	
15	Si puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.	15	
16	Ultimamente he comenzado a sentir deseos de destruir cosas.	16	
17	Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.	17	
18	A veces, cuando las cosas empiezan a irme mal, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.	18	
19	Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.	19	
20	Afronto mis actividades diarias con mucha energía y persistencia.	20	
21	Nunca perdono una ofensa ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.	21	
22	Me siento extremadamente deprimido y triste gran parte del tiempo.	22	
23	Siempre tendó a culparme cuando las cosas van mal.	23	
24	Hace mucho decidí que es mejor tener poca relación con la gente.	24	
25	Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.	25	
26	Soy una persona socialmente muy reservada y tímida.	26	
27	Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.	27	
28	En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo en particular.	28	
29	Mi tiempo es más valioso que el de los demás.	29	
30	Siempre estoy buscando hacer nuevas amistades y conocer gente nueva.	30	
31	Desde hace unas semanas estoy muy nervioso.	31	

76	Años después, aún tengo pesadillas sobre un hecho que fue una amenaza real para mi vida.	76
77	Me parece que necesito que alguien me oriente para hacer las cosas.	77
78	Recientemente he pensado muy en serio en quitarme la vida.	78
79	Hay gente mala que intenta llevarse el mérito de lo que he hecho o pensado.	79
80	Últimamente estoy destrozado.	80
81	Consumir drogas puede ser irresponsable, pero en el pasado las he necesitado.	81
82	Soy una persona muy variable, cambié de opinión y sentimientos continuamente.	82
83	Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.	83
84	Cuando estoy en una fiesta, nunca me aílo de los demás.	84
85	Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.	85
86	Algunas veces me provocho el vómito después de comer.	86
87	Soy una persona especial, así que no me importa lo que piensen los demás.	87
88	Observo atentamente a mi familia para saber en quién se puede confiar y en quién no.	88
89	Ciertos pensamientos vuelven a mi mente una y otra vez.	89
90	Pocas cosas en la vida me resultan placenteras.	90
91	Me siento agitado y me cuesta conciliar el sueño por que tengo recuerdos dolorosos cuando vuelvo en mi cabeza.	91
92	A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.	92
93	Nunca he podido dejar de sentir que no valgo nada para los demás.	93
94	Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.	94
95	Algunas veces he estado intentando controlar mi mente.	95
96	La mayoría de las personas que han triunfado han tenido suerte o han sido deshonestas.	96
97	A menudo irrito a la gente dándole órdenes.	97
98	No he visto un coche en los últimos diez años.	98
99	Siempre me siento cohibido y tímido en las reuniones sociales.	99
100	Creo que provocho situaciones en las que resulto herido o me siento rechazado.	100
101	Me siento profundamente deprimido sin saber por qué.	101
102	La gente dice que soy una persona deigada, pero creen que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.	102
103	A menudo disfruto provocando una discusión o una pelea.	103
104	Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, para que nadie pueda aprovecharse de mí.	104
105	El consumo de drogas me ha causado muchos problemas.	105
106	A menudo me echas la culpa por las cosas de las que no soy responsable.	106
107	Pensar en el futuro al inicio de cada día me hace sentir extremadamente deprimido.	107
108	A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado rápido.	108
109	Yo nunca podría arreglármelas solo.	109
110	Mi cabeza no funciona bien desde que hace unos años tuve una lesión cerebral.	110
111	Me siento solo y vacío la mayor parte del tiempo.	111
112	La gente se burla de mí a mis espaldas.	112
113	Últimamente sudan mucho y me siento muy tímido.	113
114	Estas últimas semanas me siento cada vez más triste.	114
115	Me enfurezco rápidamente con la gente que me molesta.	115
116	A veces no he podido pasar el día sin tomar drogas.	116
117	Me gusta mucho coquetear.	117
118	Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades.	118
119	Mis emociones no parecen ser tan intensas como las del resto de la gente.	119
120	Me siento débil y cansado la mayor parte del tiempo.	120

171	Se cómo seducir a la gente.	171	
172	Siempre he tenido que estar atento a la gente que intenta engañarme.	172	
173	Siempre estoy dispuesto a aceptar lo que los demás les gustaría hacer.	173	
174	Afronto todos los retos de la vida con una actitud valiente y enérgica.	174	
175	Nunca siento que tenga algo interesante que aportar a una conversación.	175	
176	Si un medicamento no me hace efecto, es probable que lo tome con más frecuencia o aumente la dosis.	176	
177	En muchos periodos de mi vida he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.	177	
178	A menudo me siento muy infeliz conmigo mismo.	178	
179	No me gusta cambiar mi rutina.	179	
180	No necesito tener amigos íntimos como tienen los demás.	180	
181	A veces me ha reconfortado herirme físicamente.	181	
182	Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.	182	
183	Cuando quiero, se me da bastante bien engañar a la gente.	183	
184	Incluso cuando las cosas van bien, creo que pronto irán mal.	184	
185	Se me da muy bien animar y motivar a los demás.	185	
186	Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.	186	
187	A menudo estoy irritable y de mal humor.	187	
188	Siempre intento acabar mi trabajo antes de dedicar tiempo a actividades de ocio.	188	
189	Solo las personas excepcionales pueden comprender mis capacidades.	189	
190	Realmente no entiendo los sentimientos humanos como los entienden los demás.	190	
191	Demasiadas normas impedir que haga lo que quiero.	191	
192	A veces siento que merezco ser infeliz.	192	
193	He estado abatido y triste gran parte de mi vida.	193	
194	Tienc a estar de acuerdo con las opiniones de los demás.	194	
195	Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente me rechazará.	195	

**Addenbrooke's Cognitive Examination
(ACE- Adaptación Peruana)**

Apellidos y Nombres: H.C.:
 Edad: Lugar de Nac.: Procedencia:
 Escolaridad: Ocupación:
 Lateralidad: Sexo: Fecha de Evaluación:/...../.....
 Dx. Neurológico:
 Dx. Neuropsicológico:
 RMN:
 TAC:
 EEG:
 Otros:
 Motivo de Consulta: Derivado por para una Evaluación Neuropsicológica
 Observaciones de Importancia:

Antecedentes personales y familiares de importancia:

HTA () Alcoholismo () Enfermedades Pulmonares () Tiroidismo ()
 TEC () Diabetes () Disminución Visual y Auditiva () Alergias ()
 ACV () Cirugías () Farmacodependencia ()

I. ORIENTACIÓN

Tiempo : Año () Día () Mes ()
 Fecha () Estación () País () Distrito ()
 Provincia () Lugar () Piso ()
 Pje. Total:*

II. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

A. Registro Pje:
 Pelota/ Bandera / Árbol
B. Dígitos en regresión: Pje:
 93-86-79-72-65
 ODNUM Pje. Total:*

III. CODIFICACIÓN

A. Evocación
 Pelota/Bandera/Árbol Pje:*

B. Memoria Anterógrada Pje:

I Ensayo	II Ensayo	III Ensayo
Juan	Juan	Juan
Quispe	Quispe	Quispe
Avenida	Avenida	Avenida
Brasil	Brasil	Brasil
420	420	420
Breña	Breña	Breña
Lima	Lima	Lima
Total	Total	Total

C. Memoria Retrógrada Pje.:
 Presidente:
 Alcalde:
 Presidente Anterior:
 Ministro de Economía:

IV. FLUENCIA VERBAL

Semántica:

 Fonológica:

 Pje:

Puntaje Raw		
Animales	P	Puntaje Scaled
+ de 21	+ de 17	7
17-21	14-17	6
14-16	11-13	5
11-13	8-10	4



SERIES MOTORAS /3

"Mire atentamente lo que estoy haciendo". El examinador realiza tres veces la serie de Luria "puño, canto, palma". Ahora haga lo mismo con su mano derecha, primero conmigo y después solo. El examinador realiza las series 3 veces con el paciente y luego le dice: "Ahora, hégalo usted solo". Puntuación: 4 series consecutivas solo o 3 / al menos 3 series consecutivas solo: 2 / El paciente falla en 1 pero logra 3 series consecutivas con el examinador: 1 / El paciente no logra 3 series consecutivas con el examinador: 0

INSTRUCCIONES CONFLICTIVAS /3

"Golpee dos veces cuando yo golpee una vez". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1-1-1. "Golpee una vez cuando yo golpee dos veces". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas: 1

CONTROL INHIBITORIO MOTOR /3

"Golpee una vez cuando yo golpee una vez". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1-1-1. "No golpee cuando yo golpee dos veces". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas: 1

REPETICIÓN DE DÍGITOS ATRÁS /6

2-4	5-7
6-2-9	4-1-5
3-2-7-9	4-9-6-8
1-5-2-8-6	6-1-8-4-3
5-3-9-4-1-8	7-2-1-8-5-6
8-1-2-9-3-6-5	4-7-3-9-1-2-8
9-4-3-7-6-2-5-8	7-2-8-1-9-6-5-3

MESES ATRÁS /2

Diciembre	Noviembre	Octubre	Septiembre	Agosto	Julio
Junio	Mayo	Abril	Marzo	Febrero	Enero

MEMORIA DE TRABAJO VISUAL /4

1-2	3-1-2-1
2-4-3	1-4-2-3-4

Señale los rubros en el orden indicado, el paciente deberá copiar esta secuencia de movimientos en orden inverso. Hágalo despacio; el paciente decide que mano prefiere utilizar.

REFRANES /3

Perro que ladra, no muerde	Los que hablan mucho, suelen hacer poco.
A mal tiempo, buena cara	Tomar una actitud positiva frente a las adversidades
En casa de herrero, cuchillo de palo	Carecer de algo cuando por tu profesión u oficio, no debiera faltarte

Ejemplo: 1/2 punto. Explicación Correcta: 1 Punto.

CONTROL INHIBITORIO VERBAL 6

Iniciación	
Me pongo los zapatos y me ato los	
Peleaban como perro y	
Inhibición	
Juan compró caramelos en el	
Ojo por ojo y diente por	
Lave la ropa con agua y	

Iniciación: Escucha cuidadosamente esta oración y cuando yo haya terminado de leerla, usted debe decirme lo más rápido posible, qué palabra podría completar la frase. Consigna: respuesta. Inhibición: Diferente: 2/ Red. Semántica: 1/Palabra exacta: 0 punto. Esta vez quiero que me diga una palabra que no tenga ningún sentido en el contexto de la oración, que no tenga ninguna relación con la misma. Por ejemplo: Daniel golpeó el clavo con el ...llave.

Puntaje Total = / 30

Índice de Memoria de Trabajo (Dígitos atrás + conal) = / 10

Inventario EQ-i

(Reuven Bar-On, 1997)

Adaptación: Psic. Emir S. Rivera Castillo (1999)

Introducción: Este inventario consta de varios tipos de reactivos en forma de oraciones cortas. EQ-i le proporciona a usted una oportunidad para describirse a sí mismo al indicar el grado en que cada aseveración es cierta en cuanto a su manera de sentir, pensar o actuar la mayor parte del tiempo en la mayoría de las situaciones. Existen cinco posibles respuestas a cada oración.

1. Muy rara vez o ¡No es cierto en mí!
2. Raras veces es cierto en mí
3. A veces es cierto en mí
4. Frecuentemente es cierto para mí
5. Con gran frecuencia o ¡es cierto en mí!

Instrucciones: Lea cada oración y decida cual de las cinco posibles respuestas lo describe mejor. Marque su elección con una X. Si una aseveración no es aplicable a usted, responda de manera que señale en forma acertada como se sentiría, que pensaría o como reaccionaría. Si bien, aun no está seguro; no hay respuestas "correctas" o "incorrectas" o "malas". Responda abierta y honestamente indicando como es usted realmente y no, como le gustaría ser, o ser visto. No hay límite de tiempo, pero trabaje rápidamente y asegúrese de considerar y responder todas las aseveraciones.

36. En los años anteriores he logrado pocas cosas					
37. Cuando estoy enojado (a) con otros puedo decirselos					
38. He tenido experiencias extrañas que no se pueden explicar					
39. Es fácil para mí hacer amigos					
40. Tengo respeto por mí mismo (a)					
41. Hago cosas raras					
42. Mi impulsividad provoca problemas					
43. Me es difícil cambiar de opinión acerca de las cosas					
44. Soy bueno (a) para entender la forma de sentir de otras personas					
45. Al enfrentar un problema lo primero que hago es detenerme y pensar					
46. Es difícil para otros contar conmigo					
47. Estoy satisfecho con mi vida					
48. Me es difícil tomar decisiones por mí mismo					
49. Se me hace difícil trabajar bien bajo estrés					
50. Me he portado bien durante mi vida					
51. Me disgusta lo que hago					
52. Es difícil expresar mis sentimientos íntimos					
53. La gente no entiende la manera en que pienso					
54. Generalmente espero lo mejor					
55. Mis amigos pueden contarme cosas íntimas acerca de sí mismos					
56. Me siento mal con lo que soy					
57. Veo cosas raras que otros no ven					
58. La gente me dice que baje la voz en las conversaciones					
59. Es fácil para mí ajustarme a nuevas condiciones					
60. Al intentar resolver un problema, considero cada posibilidad y entonces decido la mejor manera de hacerlo					
61. Me detendría y ayudaría a un niño llorando, a encontrar a sus padres aún cuando yo tuviera que estar en otro sitio al mismo tiempo					
62. Es divertido estar conmigo					
63. La mayor parte del tiempo soy consciente de cómo me siento					
64. Siento que me es difícil controlar mi ansiedad					
65. Existen pocas cosas que me afectan en mi vida diaria					
66. Es poco emocionante lo que me interesa					
67. Cuando estoy en desacuerdo con alguien soy capaz de decirlo					
68. Tiendo a desvanecerme y a perder el contacto con lo que sucede a mi alrededor					
69. Mi relación con otros es mala (pésima)					
70. Es difícil para mí aceptarme tal y como soy					
71. Me siento separado (a) de mi cuerpo					
72. Me importa lo que suceda a otras personas					
73. Soy impaciente					

disfruto					
111. Otros piensan que carezco de asertividad. *Asertividad es la capacidad para defender un derecho y expresar abiertamente lo que se piensa, las creencias y sentimientos en una forma no destructiva					
112. Puedo dejar de soñar despierto (a) fácilmente para conectarme con la realidad de las situación inmediata					
113. La gente cree que soy sociable					
114. Estoy contento (a) de cómo me veo					
115. Tengo pensamientos extraños que nadie puede entender					
116. Es difícil para mí describir mis sentimientos					
117. Tengo mal carácter					
118. Por lo general me atoro cuando pienso en distintas maneras de resolver problemas					
119. Es duro para mi ver sufrir a gente					
120. Me gusta divertirme					
121. Parezco necesitar más de otras personas de lo que ellas me necesitan					
122. Me pongo ansioso (a)					
123. Todos los días de mi vida son buenos					
124. Evito herir los sentimientos de otras personas					
125. Me es difícil saber lo que quiero hacer de mi vida					
126. Es difícil para mí defender mis derechos					
127. Es difícil mantener las cosas en la perspectiva correcta					
128. Estoy desconectado de mis amigos					
129. Al observar tanto mis puntos buenos como los malos me siento bien conmigo mismo (a)					
130. Tiendo a explotar de rabia fácilmente					
131. Sería difícil para mí acostumbrarme si me obligaran a dejar mi casa					
132. Antes de comenzar algo nuevo, regularmente siento que fracasé					
133. Respondo en forma abierta y honesta la mayor parte del tiempo					



iStock

Credit: Kaewta Sirimongkolwattana



Stock

Credit andi permana putra



iStock
Credit: Maewta Srimongkolwattana



iStock
Credit: olesia_agudova



Stock
Credit: panki



iStock
Credit: Annalie Coetzer



iStock

Credit: Kaewta Sirimongkolwattana



iStock

Credit: Kaewta Sirimongkolwattana



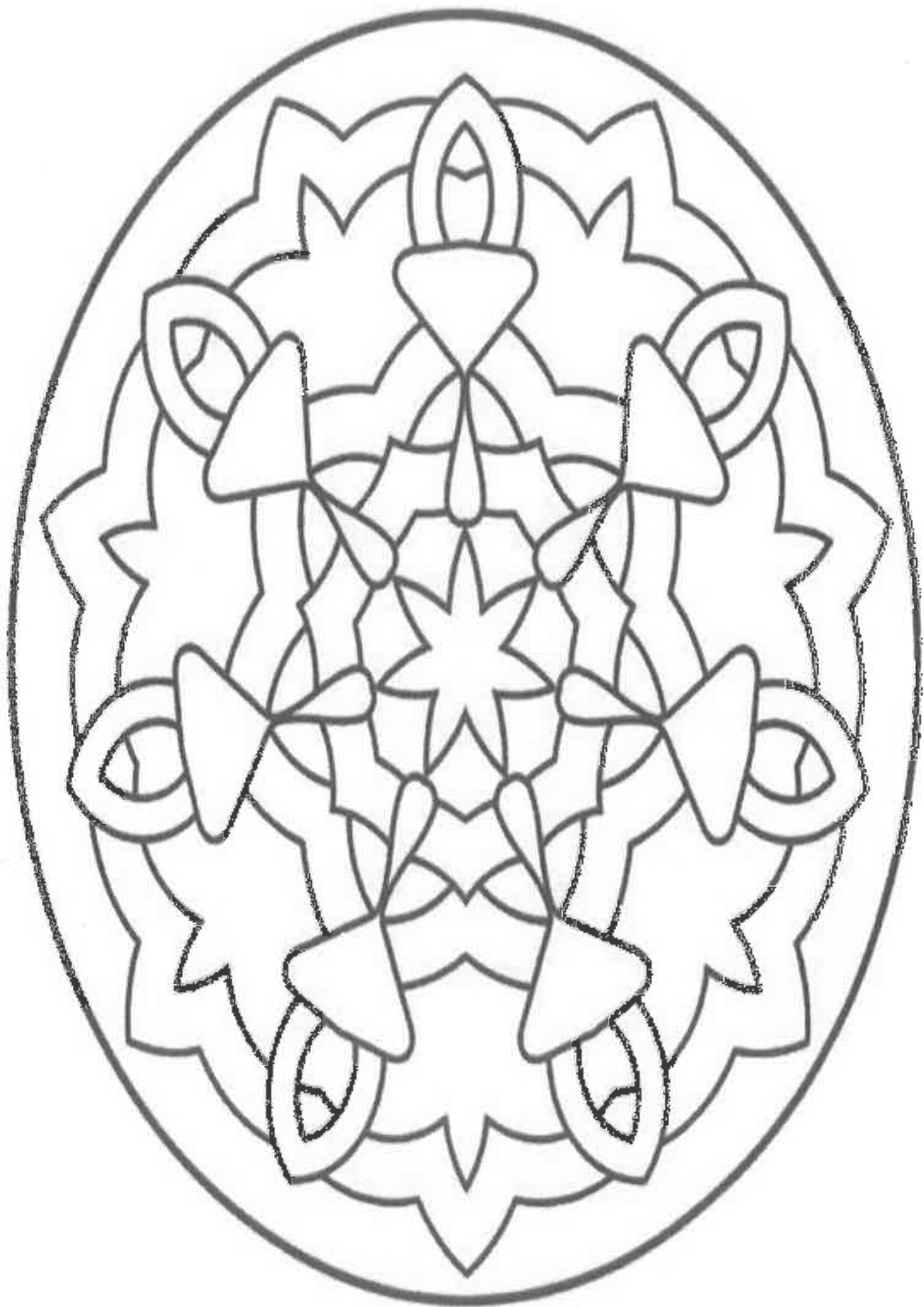
iStock

Credit: Kaewta Sirmongkolwattana

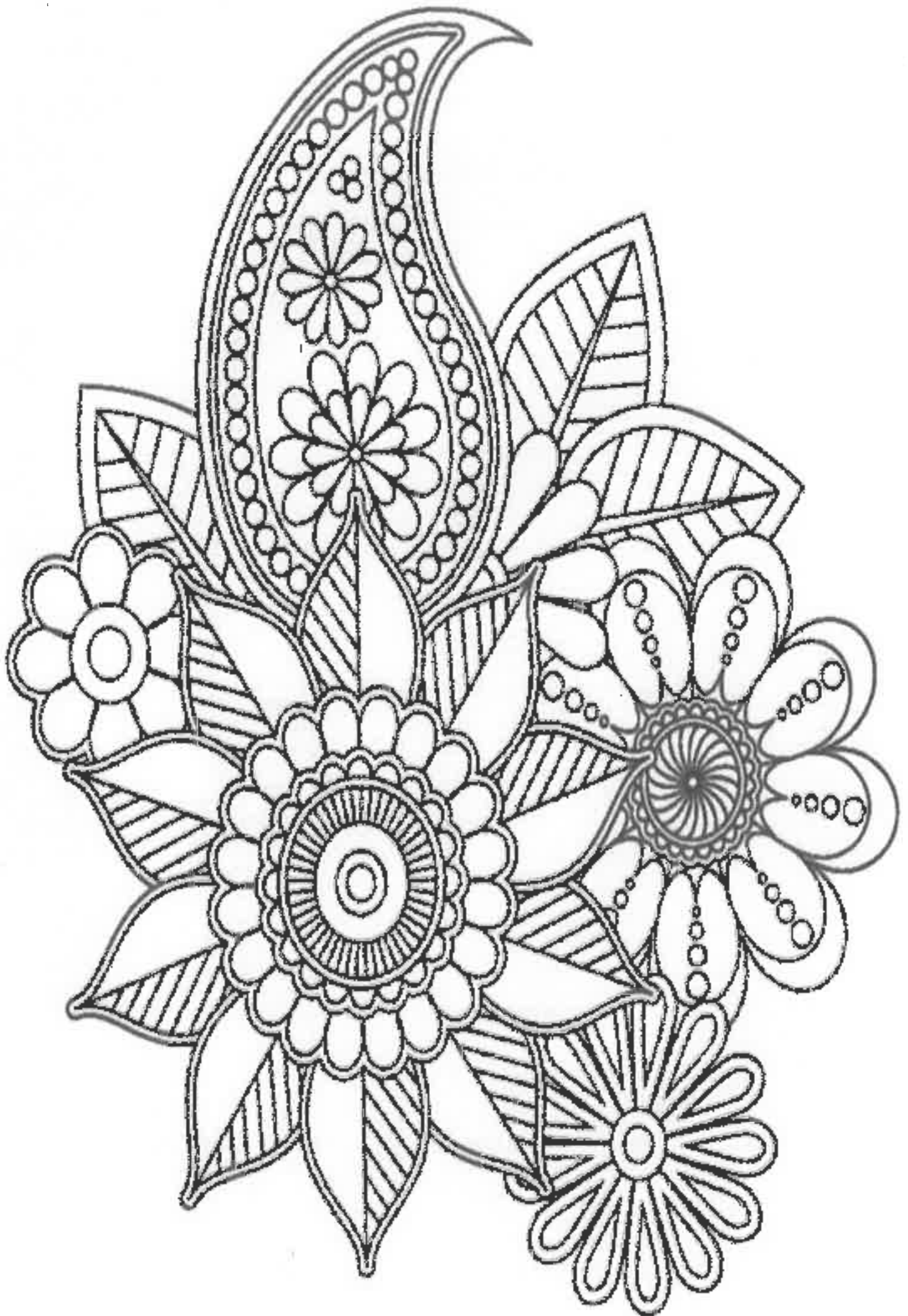


iStock

Credit: Kaewta Sirimongkolwattana









iStock
Credit: Eseninstudio

685469272



iStock
Credit: Kaewta Sirimongkolwattana



iStock

Credit: Kaewta Sirimongkolwattana



500096804



iStock
Credits: pugun-photo



iStock
Credit: lezhepyoka

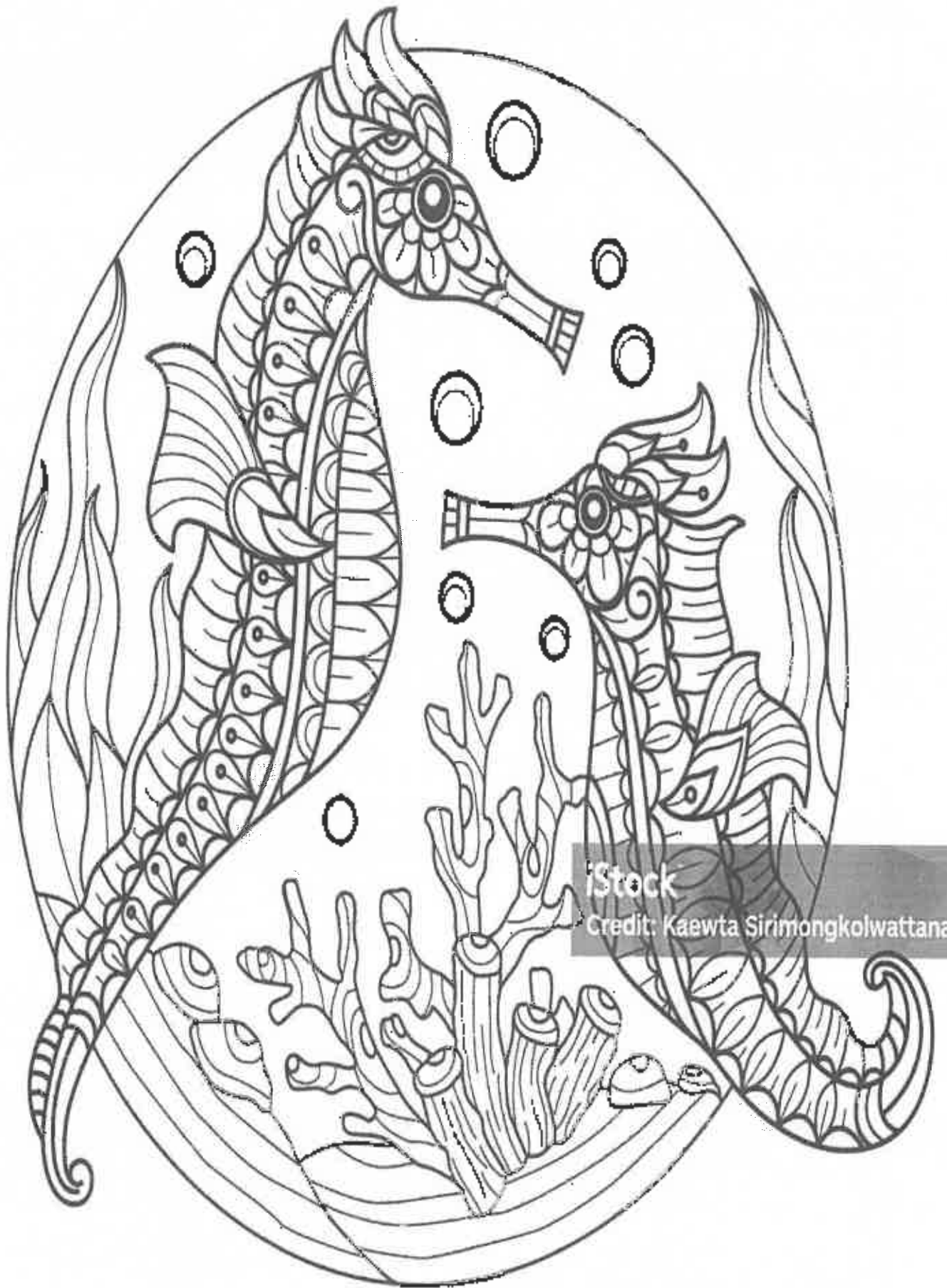
123456789



iStock
Credit: jsabirova



iStock
Credit: Kaewta Sirmongkolwattana



iStock

Credit: Kaewta Sirimongkolwattana



iStock
Credit: Kaewta Sirimongkolwattana



iStock

Credit: Kaewta Sirimongkolwattana

