

# DIGA LO QUE PIENSA: HABLE CON SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA SOBRE LOS MOVIMIENTOS CORPORALES INVOLUNTARIOS

La discinesia tardía (DT) es una afección en la que las personas que toman ciertos medicamentos para la salud mental (antipsicóticos) durante un período prolongado experimentan movimientos corporales involuntarios.

Use el cuestionario que aparece a continuación como guía para una conversación con su proveedor de atención médica durante su próxima cita en persona, por teléfono o en línea.

**1 ¿Tiene movimientos corporales involuntarios?**

(Por ejemplo, fruncimiento o chasquido de labios, protrusión de la lengua, parpadeo excesivo, torcer las manos, fasciculaciones, movimientos espasmódicos, sacudidas, etc.)

Sí       No

**2 ¿Alguna vez tomó medicamentos, como antipsicóticos, para tratar una afección de salud mental?**

(Por ejemplo, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.)

Sí       No

Si respondió "sí" a una de estas preguntas o a ambas, es importante que consulte a su proveedor de atención médica sobre la DT.

**3 ¿En qué partes del cuerpo ha experimentado movimientos involuntarios?**

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

Labios

Ojos

Mandíbula

Lengua

Torso

Brazos

Manos/dedos

Piernas

Pies/dedos

**4 ¿En qué medida le afectan a usted o a sus seres queridos sus movimientos involuntarios?**

**Emocionalmente** | Sentirse cohibido, avergonzado, frustrado, preocupado o ansioso, etc.

No me afecta       Me afecta un poco

Me afecta mucho

**Socialmente** | Recibir atención o comentarios indeseados, evitar o cancelar planes sociales, tener dificultad con las responsabilidades, etc.

No me afecta       Me afecta un poco

Me afecta mucho

**Físicamente** | Sentir dolor debido a los movimientos, hacer ruidos con la boca, dificultad para hablar o tragar, dificultad para agarrar objetos o escribir, etc.

No me afecta       Me afecta un poco

Me afecta mucho

# LA DISCINESIA TARDÍA (DT) ES UNA AFECCIÓN REAL CON SU PROPIO DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

## 5 ¿Incluyen sus antecedentes médicos alguna de las siguientes afecciones?

(Seleccione todas las opciones que correspondan; esto puede ser importante para su proveedor de atención médica al momento de elegir el tratamiento adecuado)

- |                                            |                                                          |                                                                   |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta           | <input type="checkbox"/> Cardiopatía o ataque al corazón reciente |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto   | <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol o sustancias | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores                |
| <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos             | <input type="checkbox"/> Otra: _____                              |

## 6 ¿Qué es lo más importante para usted al elegir un medicamento?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- |                                                                                                            |                                                                                                           |                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Que se puedan tomar una vez al día                                                | <input type="checkbox"/> Que sea compatible con la rutina de medicamentos actual                          | <input type="checkbox"/> Posibles efectos secundarios |
| <input type="checkbox"/> Que se puedan espolvorear sobre la comida en lugar de tener que tragárlas enteras | <input type="checkbox"/> Que no requiera ningún ajuste de la dosis o requiera pocos ajustes para comenzar | <input type="checkbox"/> Otra: _____                  |
| <input type="checkbox"/> Que se puedan tomar con o sin alimentos                                           | <input type="checkbox"/> Costo/cobertura del seguro                                                       |                                                       |

A medida que aprende más sobre la DT y sus opciones de tratamiento, es posible que tenga algunas preguntas para su proveedor de atención médica. Asegúrese de anotar sus pensamientos y preguntas con anticipación, de manera que esté listo para analizarlas en su próxima cita.

## LA DT PUEDE TRATARSE CONOZCA SUS OPCIONES Y EXPRESE SUS PREFERENCIAS

Pregunte a su proveedor de atención médica sobre un plan de tratamiento que podría marcar una diferencia en sus movimientos corporales involuntarios mientras sigue manejando su salud mental.

Este cuestionario no es una herramienta de evaluación validada ni una herramienta de diagnóstico para la DT.  
La DT debe ser diagnosticada por un profesional médico.

VISITE [TRATADT.COM](http://TRATADT.COM)  
PARA OBTENER MÁS  
INFORMACIÓN SOBRE UNA  
OPCIÓN DE TRATAMIENTO  
RECETADO

