

Spanish

MINNESOTA NICOTINE WITHDRAWAL SCALE. SELF REPORT.

Por favor, indique si en los últimos....., ha sentido usted alguno de estos síntomas.
Please, rate yourself for the period for the last.....

0= Nada 1= Escaso 2= Leve 3= Moderado 4= Severo.
None Slight Mild Moderate Severe

- 1.- Enfado /Irritabilidad / Frustración
Angry/ Irritable/ Frustrated
- 2.- Ansiedad, nerviosismo.
Anxious, nervous
- 3.- Animo deprimido, tristeza
Depressed mood, sad
- 4.- Deseo o necesidad de fumar.
Desire or craving to smoke
- 5.- Dificultad de concentración.
Difficulty concentrating
- 6.- Incremento del apetito, hambre, ganancia de peso
Increased appetite, hungry, weight gain
- 7.- Insomnio, problemas con el sueño, despertarse a media noche
Insomnia, sleep problems, awakening at nights
- 8.- Intranquilidad.
Restless
- 9.- Impaciencia
Impatient
- 10.- Estreñimiento
Constipation
- 11.- Mareo
Dizziness
- 12.-Expectoración
Coughing

13.- Sueños o pesadillas.
Dreaming or nightmares

14.- Náuseas
Nausea

15.- Irritación de garganta
Sore throat

Frecuencia cardíaca-----lpm
Heart rate _____ **bpm**

Peso-----KG
Weight _____ **kg**