

APGAR FAMILIAR

	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me siento satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo					
Me siento satisfecho con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me siento satisfecho con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor					
Me siento satisfecho con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero					

CAGE

N°		SI	NO
1.	¿Usted ha experimentado durante el último año vez la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?		
2.	¿Durante el último año se ha sentido molesto porque le critican su maneta de beber?		
3.	¿Durante el último año se ha sentido alguna vez mal o culpable por su manera de beber?		
4.	¿Durante el último año se ha tomado un trago o bebida alcohólica en la mañana para calmar los nervios o quitar el guayabo?		

RQC

SINTOMA	SI	NO
1. ¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?		
2. ¿El niño duerme mal?		
3. ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4. ¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?		
5. ¿El niño ha huido de la casa frecuentemente?		
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		
7. ¿Se asusta o se pone nervioso sin razón?		
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender?		
9. ¿El niño casi nunca juega con otros niños?		
10. ¿El niño se orina o defeca en la ropa?		

SRQ

	SI	NO
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor de manos?		
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿No puede pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20. ¿Se cansa con facilidad?		
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22. ¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?		
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?		
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento?		
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
30. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		
TOTAL		

TEST DE DEPRESIÓN DE ZUNG

MODELO DE APLICACIÓN

Se explica al usuario que este cuestionario debe responderse, teniendo en cuenta como se ha sentido en los últimos treinta días.

		Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1	Se ha sentido triste y decaída	1	2	3	4
2	Ha tenido ganas de llorar o ha llorado	1	2	3	4
3	Ha tenido palpitaciones	1	2	3	4
4	Se ha sentido cansada sin razón aparente	1	2	3	4
5	Ha tenido la mente tan despejada como siempre	4	3	2	1
6	Le ha sido fácil hacer las cosas como antes	4	3	2	1
7	Se ha sentido inquieta, intranquila	1	2	3	4
8	Se ha sentido más irritable que de costumbre	1	2	3	4
9	Ha disfrutado las actividades cotidianas	4	3	2	1
10	Ha encontrado agradable vivir	4	3	2	1
SUBTOTAL					
				TOTAL	

INDICE DE CALIDAD DE VIDA

Es una escala dimensional. A mayor puntuación mayor satisfacción. Responda como se ha sentido durante el último mes.

1. Sentirse llena de energía, sin dolores ni problemas físicos									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Sentirse bien consigo misma.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Desempeñar sus tareas cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Desempeñar su trabajo, tareas escolares o tareas domésticas.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Relacionarse bien con la familia, amigos y grupos.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Disponer de personas en quien confiar, que le proporcione ayuda.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad, disfrute sexual, de las artes, etc.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia, más allá de la vida material ordinaria.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Sentimiento de satisfacción y felicidad con su vida en general.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

TEST DE ANSIEDAD DE ZUNG

Se explica al usuario que este cuestionario debe responderse, teniendo en cuenta como se ha sentido en los últimos treinta días.

		Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1	Se ha sentido últimamente más nervioso y ansioso	1	2	3	4
2	Se ha sentido temerosa sin razón	1	2	3	4
3	Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico	1	2	3	4
4	Ha sentido que se está derrumbando	1	2	3	4
5	Ha sentido que nada malo va a pasar/ que todo va bien	4	3	2	1
6	Se ha sentido temblorosa	1	2	3	4
7	Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza	1	2	3	4
8	Se ha sentido débil y se cansa fácilmente	1	2	3	4
9	Se ha sentido calmada y puede mantenerse quieta	4	3	2	1
10	Ha sentido palpitaciones, taquicardia, últimamente	1	2	3	4
11	Se ha sentido últimamente mareado	1	2	3	4
12	Se ha desmayado o ha sentido síntomas de desmayo	1	2	3	4
13	Ha podido respirar con facilidad	4	3	2	1
14	Ha sentido hormigueo/falta de sensibilidad en los dedos	1	2	3	4
15	Ha sentido náuseas y malestar en el estómago	1	2	3	4
16	Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal	1	2	3	4
17	Ha sentido sus manos secas y calientes	4	3	2	1
18	Se ha ruborizado con frecuencia	1	2	3	4
19	Ha dormido bien y descansado toda la noche	4	3	2	1
20	Ha tenido pesadillas	1	2	3	4
subtotal					
				total	



SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024
FICHA TÉCNICA CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL



TAMIZAJES SALUD MENTAL

INTERPRETACIÓN

APGAR FAMILIAR

El instrumento consta de 5 preguntas con 5 opciones de respuesta cada una a modo de escala de Licker.
El puntaje máximo a obtener es de 20/20 puntos;

El puntaje obtenido por la familia permite clasificarla en 4 rangos de funcionamiento familiar:

- **Buen funcionamiento familiar**, con puntajes entre 18 – 20
- **Disfunción familiar leve**, con puntajes entre 14 – 17
- **Disfunción familiar moderada** con puntajes entre 10 – 13
- **Disfunción familiar severa** con puntajes de 9 o menos.

CAGE

- Si respondió afirmativamente a 3 o 4 preguntas es posible que el paciente tenga dependencia al alcohol
- Si respondió que si a 1 o 2 preguntas es posible que el paciente tenga problemas relacionados con el alcohol (abuso)

RQC

El RQC (Cuestionario de síntomas para niños) es un instrumento que consta de 10 preguntas que identifican signos y síntomas de interés en salud mental en menores entre 5-15 años.

La evaluación de este cuestionario, se realiza teniendo en cuenta que **con una respuesta positiva se debe realizar el siguiente proceso:**

- Evaluación integral
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Seguimiento

SRQ

La puntuación se obtiene sumando el número de respuestas positivas. El cuestionario tiene varias partes: las primeras 20 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad, como los depresivos, angustia y otros.

- **Once o más respuestas positivas** en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental y por lo tanto se le considera un “caso”.
- **La respuesta positiva a la pregunta 25** indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.
- **Las preguntas 26 a 30 indican problemas relacionados con el alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que el paciente tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.**



SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024
FICHA TÉCNICA CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL



TEST DE DEPRESIÓN DE ZUNG

La interpretación del instrumento se realizara bajo los siguientes criterios:

- Dentro de lo normal sin psicopatología: menor a 9 puntos
- Presencia de depresión mínima o ligera: de 10 a 19 puntos
- Presencia de depresión moderada o marcada: de 20 a 29 puntos
- Presencia de depresión severa o extrema: de 30 a 40 puntos

*una puntuación mayor a 30 puntos requiere: evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

INDICE DE CALIDAD DE VIDA

Es una escala dimensional. A mayor puntuación mayor satisfacción. Responda como se ha sentido durante el último mes.

- Para la calificación de este instrumento se debe tener presente que es una escala dimensional y que a mayor puntuación mayor satisfacción.

TEST DE ANSIEDAD DE ZUNG

Se explica al usuario que este cuestionario debe responderse, teniendo en cuenta como se ha sentido en los últimos treinta días.

La interpretación del instrumento se realizara bajo los siguientes criterios:

- Dentro de lo normal sin psicopatología: Menos de 40 puntos
- Presencia de ansiedad mínima o ligera: de 40 a 47 puntos
- Presencia de ansiedad moderada o marcada: de 48 a 55 puntos
- Presencia de ansiedad severa o extrema: mayor a 56 puntos

*una puntuación mayor a 40 puntos requiere: evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.