ANEXO

INSTRUMENTOS SUGERIDOS EN LA VALORACIÓN INTEGRAL PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE RIESGOS O ALTERACIONES

Dirección de Promoción y Prevención
Octubre 2020

Contenido

CUESTIONARIO M-CHAT 3
FAMILIOGRAMA 8
ECOMAPA 12
TEST DE DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE GOODENOUGH HARRIS 15
ESCALA DE TANNER 21
CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PARA NIÑOS (RQC) 24
SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ) 26
VALORACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS 29
VALORACIÓN DE LA IDENTIDAD 33
VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA 38
TEST SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST (ASSIST) 41
TEST AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST) 51
PREGUNTAS WHOOLEY 54
GAD-2 56
ESCALA DE ZARIT 58
CUESTIONARIO PARA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA EPOC 61

ANEXO 2

CUESTIONARIO M-CHAT (M-CHAT-R/F)

CUESTIONARIO M-CHAT REVISADO DE DETECCIÓN DEL AUTISMO EN NIÑOS PEQUEÑOS CON ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO (M-CHAT-R/F)

DEFINICIÓN

El M-CHAT -R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up),es un instrumento útil para realizar tamizaje del espectro autista (TEA) en niños(as) entre los 18 y los 30 meses de vida, este debe ser aplicado dentro de la consulta de valoración integral en salud ante la sospecha de algún trastorno del desarrollo.

El CHAT en su primera versión, fue diseñado para detectar el autismo a los 18 meses de edad contaba con dos secciones, una para los padres (9 preguntas) y otra de exploración directa con el niño (5 preguntas). El M-CHAT es una versión modificada del CHAT, que aumentaba su sensibilidad para la detección temprana del TEA para niños/as entre los 18 a 24 meses de edad, esta versión clasifica los ítems (preguntas) en críticos y no críticos.

Posteriormente en el año 2009, se realizó la última versión M-CHAT R/F el cual cuenta con 20 preguntas para ser respondidas por los padres y/o cuidadores, de acuerdo con el resultado inicial se hará unas preguntas de seguimiento, seleccionando los ítems de la entrevista de seguimiento basándose en aquellos que el/la niño(a) no pasó en el M-CHAT-R. Esta versión ha sido validada y ha demostrado ser más sensible y específica para la detección del TEA (6) sin ser un método de confirmación diagnostica de esta condición; este instrumento puede ser descargado según los permisos descritos por sus autores.

OBJETIVO DE APLICACIÓN

Lograr la máxima sensibilidad, es decir, detectar el mayor número de casos de TEA que sea posible. Por tanto, existe una alta tasa de falsos positivos, lo que significa que no todos los niños que obtengan una calificación en riesgo serán diagnosticados de TEA. Para solucionar este problema se ha desarrollado las preguntas de seguimiento (M-CHAT-R/F). Los usuarios deben ser conscientes de que incluso con el seguimiento, un número significativo de niños que dan positivo en el M-CHAT-R no serán diagnosticados de TEA, sin embargo, esos niños están en alto riesgo de tener otros trastornos del desarrollo o retraso.

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se debe aplicar el instrumento a las niñas y niños entre los 18 a 30 meses de edad por personal de la salud capacitados en su aplicación, dado la necesidad de ampliar su uso en primera infancia se sugiere que pueda ser aplicado por técnico auxiliar de enfermería, profesional de enfermería, médico general o especialista en pediatría o medicina familiar. La entrevista de seguimiento debe ser idealmente de aplicación exclusiva por profesional de medicina, general o especialista según disponibilidad.

Por favor responda a estas preguntas sobre su hijo/a. Tenga en cuenta cómo su hijo/a se comporta habitualmente. Si usted ha visto a su hijo/a comportarse de una de estas maneras algunas veces, pero no es un comportamiento habitual, por favor responda no**. <u>Seleccione, rodeando con un círculo</u>**, Muchas gracias.

PREGUNTA	RESPUESTA	
1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (Por ejemplo, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	SI	NO
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?		
3. ¿Su hijo/a hace o realiza juegos de fantasía o imaginación? (Por ejemplo, hace como que bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche…)	SI	NO
4. ¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (Por ejemplo, a una silla, escaleras, o tobogán…)	SI	NO
5. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (Por ejemplo, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual)	SI	NO
6. ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (Por ejemplo, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)	SI	NO
7. Su hijo/a señala con un 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 se interesa en otros niños? (Por ejemplo, mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca)	SI	NO
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (Por ejemplo, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)	SI	NO

PREGUNTA	RESPUESTA	
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (Por ejemplo, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	SI	NO
11. ¿Cuándo usted sonríe a su hijo/a, él o ella también le sonríe?	SI	NO
12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (Por ejemplo, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	SI	NO
13. ¿Su hijo/a camina solo?	SI	NO
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	SI	NO
15. ¿Su hijo/a imita sus movimientos? (Por ejemplo, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	SI	NO
16. Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	SI	NO
17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (Por ejemplo, busca que usted le haga un cumplido, o le dice "mira" ó "mírame")	SI	NO
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (Por ejemplo, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta"?)	SI	NO
19. Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (Por ejemplo, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?)	SI	NO
20. Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee, o que le haga "el caballito" sentándole en sus rodillas)	SI	NO

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Algoritmo de puntuación para todos los ítems, excepto el 2, 5 y 12, la respuesta "NO " indica riesgo de TEA; para los ítems 2, 5, y 12, "SÍ " indica riesgo de TEA. El siguiente algoritmo potencia las propiedades psicométricas del M- CHAT -R:

BAJO RIESGO: Puntuación total entre 0-2. Si el niño es menor de 24 meses, repetir MCHAT-R a los 24m. Ninguna otra medida necesaria a menos que la vigilancia del desarrollo indique riesgo de TEA.

RIESGO MEDIO:	Puntuación total entre 3-7. Administrar la entrevista de seguimiento (segunda etapa =M- CHAT-R/F) para obtener información adicional acerca de las respuestas de riesgo. 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 del 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.

La entrevista de seguimiento se realizará según indicación y/o pertinencia de acuerdo con la evaluación inicial realizada por el personal de la salud y debe ser aplicada por profesional de medicina.

Si se encuentra alteraciones en el desarrollo o en el comportamiento del niño, o alteraciones en los resultados del M-CHAT R/F, se debe derivar a la atención resolutiva para la evaluación a profundidad del desarrollo del niño(a).

ANEXO 6
FAMILIOGRAMA

FAMILIOGRAMA

DEFINICIÓN

Se considera la herramienta más versátil de la medicina familiar; esta surge desde la teoría de sistemas en 1978 como el fin de evaluar, desde un enfoque sistémico, al individuo y su familia proporcionando una visión integral de los problemas médicos y biopsicosociales; dando una panorámica a través del tiempo del desarrollo de la familia[1]. Es un instrumento que permite hacer una representación gráfica de la estructura familiar, considerando por lo menos tres generaciones, y posibilita registrar información sobre los miembros y sus relaciones. El familiograma comprende la identificación y representación gráfica de i) trazado de la estructura familiar, (ii) registro de información sobre miembros e historia familiar y (iii) Delineado de las relaciones familiares.

Dentro de la información que proporciona el familiograma se encuentra: patrones de género, tipología y curso de vida familiar, patrones intergeneracionales, dinámica familiar, contexto de creencias, costumbres, estilos y modos de relación, tendencias en salud – enfermedad, así como identificación de "enfermedades hereditarias, adaptación de la familia a la enfermedad, recursos familiares y eventos críticos"[2].

OBJETIVO DE APLICACIÓN

Explorar a través de una representación gráfica y esquemática, información sobre los miembros de la familia, sus relaciones, el estado de la estructura y dinámica familiar, así como la identificación de tendencias, tensiones, ausencias, conflictos que inciden en la salud.

INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACIÓN

El familiograma, permite caracterizar por lo menos tres generaciones. Permite visualizar desde una perspectiva longitudinal la historia familiar, y posibilita la identificación de patrones que se repiten o atributos, o características que permanecen en el tiempo, así como las relaciones familiares. También permite identificar el momento de vida de los integrantes de la familia, como de la familia misma, los tipos de familia, los eventos de salud más importantes, os aspectos relevantes de la interrelación. Por tanto, constituye un resumen completo de factores clave de la familia

[1] Zurro, A. M., Cano Pérez, J. F. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica 4 edición Harcourt Brace, España. 2003.

[2] [2] Terrasa, S., Rubinstein, A. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 2 edición. Editorial Panamericana. Argentina 2006.

que constituyen insumo importante para la valoración y determinación de la orientación a seguir.

En el campo de la salud, apoyan la elaboración de una valoración del estado y situación familiar, y se conecta con la perspectiva de curso de vida, al permitir identificar trayectorias vitales y ciertas tendencias básicas tanto individuales como del colectivo familia. Permite entender la determinación de factores internos que inciden en la salud y elaborar hipótesis que son contextualizadas en la expresión de los miembros de la familia informantes.

El familiograma se hace a través del registro de datos de forma simbólica – con símbolos internacionalmente aceptados[3]. A continuación, se plantean algunos de los trazados básicos:

- El hombre es representado por un cuadrado y la mujer por un círculo.
- Los cónyuges están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha.
- Los hijos, son representados desde una línea descendente desde la pareja por un cuadrado o círculo, según el sexo; comenzando con el mayor y de izquierda a derecha.
- Siempre se pide al integrante de la familia (o integrantes) en la consulta, encerrar en una línea punteada a quienes viven bajo el mismo techo.
- Los hijos mellizos se representan por la conexión de dos líneas convergentes a la línea de los padres; si son monocigóticos (idénticos) éstos a su vez están conectados por una línea horizontal. En el caso de los hijos adoptados, la línea que los conectan a la línea de los padres es discontinua o incluye la letra A.
- La persona consultante –centro de la atención de acuerdo al motivo de consulta- alrededor de quien se construye el familiograma, se identifica con una línea doble o se señala con una flecha La línea que une a los cónyuges es continua cuando los cónyuges están casados y discontinua cuando son convivientes. Una letra «M» seguida por una fecha indica cuando se casó la pareja. En el caso de las parejas no casadas, esta fecha representa cuando empezaron a vivir juntos. Las separaciones y divorcios se indican con dos líneas oblicuas y una interrupción en la línea que une al matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 para

[3] Alegre Palomino Y.RAMPA (2006) p. 50. Se ha tomado presentación textual, por ser representación de orden universal. En este caso centrado en el familograma de orden estructural que presenta Alegre Palomino. Ya en la profundización, el profesional especializado, se puede concentrar en el familograma de orden funcional con las adaptaciones disciplinarias propias.

un divorcio. Cuando existan sucesivos compromisos luego de una separación, los matrimonios se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al final,

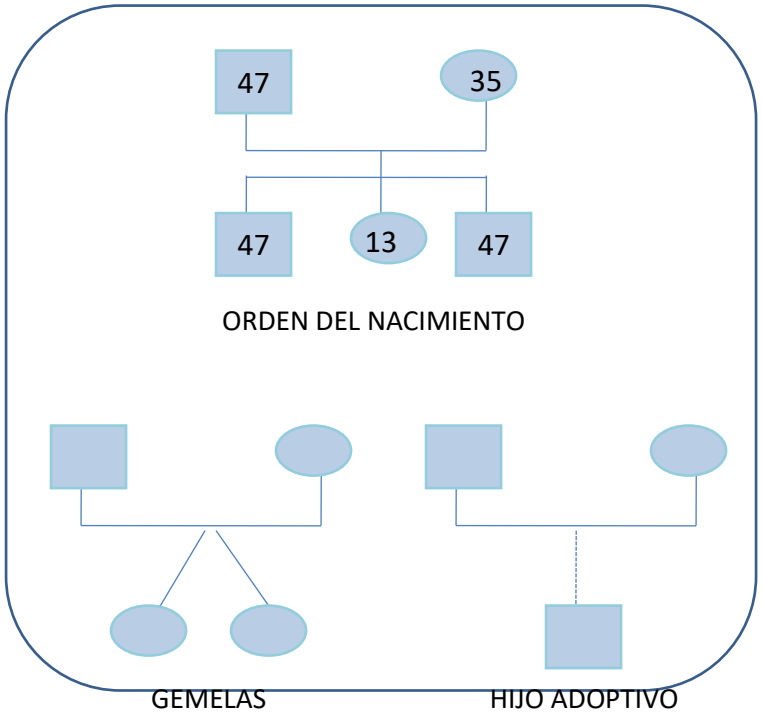
- Idealmente, al lado de cada uno de los símbolos de los miembros se pueden incluir las edades p.ej. 68 (68 años), 5 m (5 meses), o año de nacimiento p.ej. ‘99 (año 99)☐. Las edades generalmente se escriben dentro de los símbolos, mientras que la fecha de nacimiento se coloca en la parte superior e izquierda.

Igualmente puede utilizarse el familiograma para registrar otros antecedentes de importancia como la ocupación y antecedentes patológicos, riesgos o problemas de salud crónicos o de importancia, si los hay. Por ejemplo. Diabetes (DBM), alcoholismo (OH).

A este tipo de familiograma en el que se grafican fundamentalmente los miembros de la familia y su relación de parentesco o convivencia se le denomina familiograma estructural, a diferencia del familiograma funcional donde también se registran la calidad e intensidad de las interrelaciones entre los miembros.

Es importante tener en cuenta que no en todas las especialidades que usan el familiograma emplean la misma nomenclatura y simbología, pudiendo variar ligeramente de una a otra. Igualmente entre diversas regiones o países, es común ver que los símbolos se diferencien por pequeños detalles o notaciones, sin embargo la estructura general es la misma”.

Figura 1. Familiograma



Expresión sencilla de familia nuclear a manera de ejemplo. Tomado de: Zurro, A. M., & Cano Pérez, J. F. (2003). *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica* 4 edición Harcourt Brace, España.

ANEXO 8
ECOMAPA

ECOMAPA

DEFINICIÓN

El Ecomapa, fue propuesto por Ann Harman en 1978, "(…) representa un panorama de la familia y su situación gráfica, conexiones importantes que nutren las relaciones, la carga conflictiva entre la familia y su mundo, muestra el flujo de los recursos, las pérdidas y de privaciones. El procedimiento de dibujar el mapa, destaca la naturaleza de las interfaces y puntos de conflicto que se deben mediar, los puentes que hay que construir y los recursos que se deben buscar y modificar[4]"

OBJETIVO DE APLICACIÓN

Identificar de forma rápida las interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural en el que está inmersa. Por ende, constituye un complemento del familiograma. Es una herramienta que mediante un diagrama explica el contacto de la familia con el exterior (comunidad, sociedad) y cómo puede afectar, positiva o negativamente, la estructura familiar. Incluye todos los agentes externos que tienen relación con el núcleo familiar en cuestión; en otras palabras, permite establecer la red social de apoyo y el acceso a recursos económicos en un momento en el tiempo, pero con un seguimiento a futuro. Tanto el ECOMAPA como el familiograma se han convertido en herramientas muy usadas en investigación por diferentes disciplinas ya que permiten entender el contexto familiar en el proceso salud – enfermedad[5].

INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACIÓN

Material: papel y lápiz, se puede utilizar hojas preimpresas, que ayudan a ahorrar tiempo[6].

Se lo realiza cuando se considera necesario conocer los recursos de apoyo social extrafamiliares[7].

Al ser un instrumento dinámico, se debe actualizar cuando se considere necesario de acuerdo al proceso de la familia.

[4] Suárez Cuba, M. (2015). Aplicación del Ecomapa como herramienta para identificar recursos extra familiares. Rev. Med La Paz

[5] M.I. Pardavila Belio, C.G. Vivar. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enferm Intensiva. 2012;23(2):51---67.
Nascimento L. C., Dantas I.R.O., Andrade R. D., Mello D.F. Genogram and ecomap: brazilian nursing contributions. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2014 Mar [cited 2015 Oct 06]; 23(1): 211-220.

[6] Dependiendo dela complejidad de la situación familiar se puede elaborar en una o varias consultas. O reservar para su elaboración completa en la consulta de atención básica de orientación familiar.

[7] Ídem

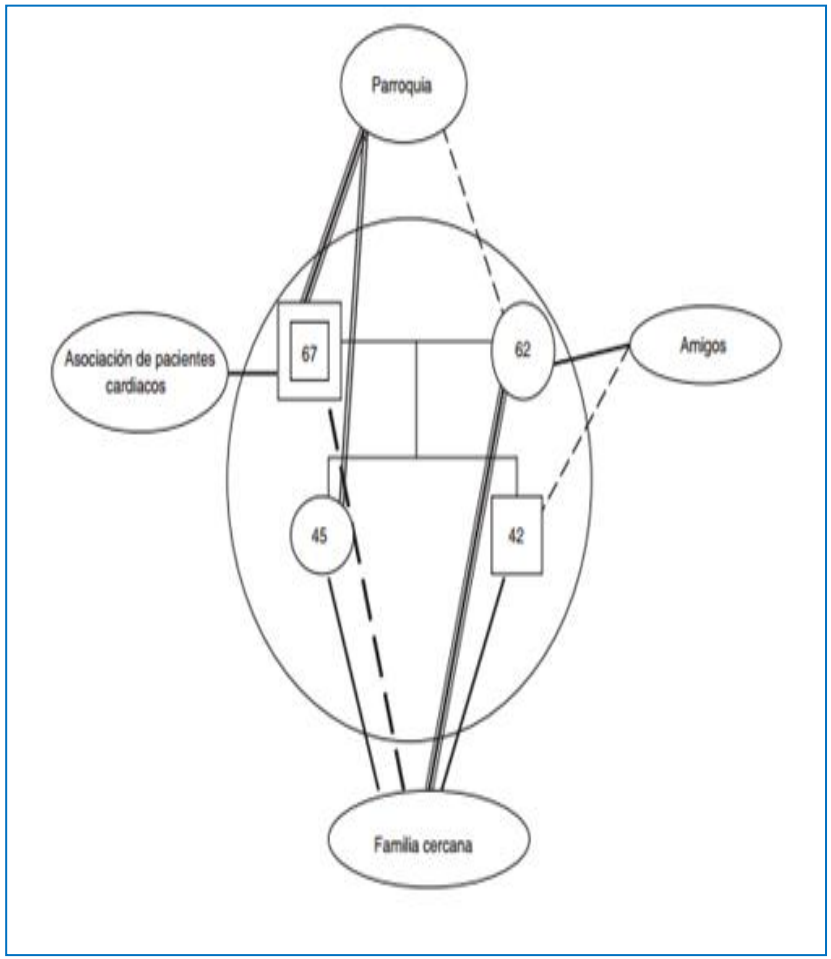
Para el diseño se parte de la estructura de la familia, se traza un círculo alrededor de la misma, que permite diferenciar el medio intrafamiliar del extrafamiliar.

Alrededor de este gran círculo, y como elementos del contexto se dibujan círculos más pequeños, cada uno de ellos representara un recurso (la familia extensa, instituciones educativas, religiosas, de salud, etc.).

Para representar las relaciones se trazan líneas que unen cada círculo, ya sea con un miembro de la familia en particular, o con todo el círculo, cuando se quiere resaltar que el recurso es importante para todo el grupo familiar.

El Ecomapa, permite evaluar apoyos familiares desde la respuesta a preguntas como: 1) ¿Está la familia abierta a nuevas experiencias? 2) ¿Son los límites permeables? 3) ¿Son los límites flexibles? 4) ¿Está restringida la familia? 5) Satisfacción de las necesidades de la familia. a) Estabilidad. b) Crecimiento. c) Enriquecimiento. d) Competencia. e) Contextualizar la familia dentro de su cultura. 6) Necesidades de la familia como: a) Protección b) Salud c) Sentido de pertenencia intimidad, relaciones interpersonales d) Educación e) Fuentes de crecimiento espiritual. Entre otros. (Tomado de Suárez M.)

Figura 2. ECOMAPA.



Tomado de: M.I. Pardavila Belio, C.G. Vivar. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enferm Intensiva. 2012; 23 (2):51-67.

ANEXO 9
TEST DE DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE GOODENOUGH HARRIS

TEST DE DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE GOODENOUGH HARRIS

DEFINICIÓN

Es un instrumento útil para aproximarse a la edad mental de un niño o de una niña. Está indicada su aplicación en niñas y niños entre los 6 a 11 años en quienes se sospecha discapacidad intelectual.

Esta sospecha puede generarse por la presencia de signos de alarma en la historia del desarrollo del niño o niña (por ejemplo, problemas motores, de coordinación, lenguaje, adaptación, etc.), así mismo por referencia de problemas de rendimiento escolar o de comportamiento o por resultados alterados en el Test RQC (Cuestionario de reporte para Niños) o el antecedente de resultados anormales en la Escala Abreviada de Desarrollo-3 o en el Cuestionario VALE.

Este test evalúa tres áreas del desarrollo visomotor:

1. Visualización de la figura humana
2. Organización e interpretación (p.ej. conceptualización abstracta de formas, etc.).
3. Reproducción a través de habilidades motoras de la imagen visualizada según como se ha visto e interpretado.

OBJETIVO DE APLICACIÓN

Calcular la edad mental aproximada de las niñas y niños entre 6 y 11 meses con sospecha de discapacidad intelectual.

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Tenga en cuenta que, no se recomienda realizar interpretaciones proyectivas del dibujo de la figura humana que haga el niño o la niña.

Considere que un resultado anormal en este test no sirve solo para detectar discapacidad cognitiva, puede alertar sobre dificultades o alteraciones neurológicas o psicológicas, por lo que el niño(a) debe ser evaluado cuidadosamente para detectar condiciones físicas o neuromusculares asociadas o síntomas emocionales.

La aplicación del Test de dibujo de la figura humana de Goodenough Harris debe ser aplicado por profesional de enfermería o profesional de medicina general o especialista según disponibilidad previamente capacitados en su uso.

INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DEL DIBUJO

Como parte de la forma de desarrollar la consulta de valoración integral en salud, es posible que mientras se realiza la anamnesis, pueda facilitarle al niño una hoja de papel en blanco y un esfero o un lápiz para dibujar. En este caso, puede decirle al niño: "Mira esta(s) hoja(s). Dibuja una persona. Haz el dibujo más lindo que puedas hacer. Trabaja con mucho cuidado y emplea todo el tiempo que necesites. Hazlo con entusiasmo y verás que lindo dibujo haces".

FORMA DE PUNTUACIÓN

Valore completamente el dibujo, teniendo en cuenta la representación de diferentes partes del cuerpo, las proporciones, la calidad de los trazos del dibujo y proceda con la puntuación. El niño recibe 1 punto por cada uno de los ítems presentes en el dibujo. Un punto es equivalente a 3 meses de edad de desarrollo, por lo que, por cada 4 puntos, se adiciona 1 año a la edad basal, la cual es de 3 años.

Por ejemplo, si el puntaje de un niño es 9 puntos, su edad mental es 5 años 3 meses (3 años de línea de base + 2 años que corresponden a 8 puntos + 3 meses que corresponden a 1 punto). Si el niño tiene un puntaje de 18 puntos, su edad mental es de 7 años 6 meses (3 años de línea de base + 4 años que corresponden a 16 puntos + 6 meses que corresponden a 2 puntos).

CRITERIOS DE PUNTUACIÓN

Segmento corporal	Aspecto a evaluar	1	0	Segmento corporal	Aspecto a evaluar	1	0
General	Cabeza presente (toda forma que la represente)			Articulaciones	Presencia de codo, hombro o ambos.		
	Piernas presentes (número correcto)				Presencia de rodilla, cadera o ambas.		
	Brazos presentes (Número correcto, no bastan los dedos)			Proporciones	Cabeza es 10-50% del tronco.		
Tronco	Presente (Lineal o bidimensional)				Brazos aproximadamente igual de largos al tronco (no debe llegar a rodillas).		
	Más largo que ancho.				Piernas son 1-2 veces la longitud del tronco y son menos anchas que el tronco.		
	Presencia clara de hombros				Pies no deben tener aspecto de palos de golf y su longitud no excede la longitud de la pierna.		
Brazos y piernas	Unidos al tronco (no pueden estar unidos entre sí o unidos de forma incompleta).				Brazos y piernas en dos dimensiones.		
	Unidos en el punto correcto.				Presencia de tacones.		
Cuello	Presente.			Coordinación motora	Líneas firmes y bien conectadas (sin tendencias a entrecruzarse, superponerse o a dejar espacios en blanco entre dos extremos).		
	Contorno del cuello continuo con la cabeza, el tronco o ambos.				Líneas trazadas firmemente y con unión correcta (más exigente que el anterior).		
	Presencia de ojos				Contorno de la cabeza (más evolucionado que formas rudimentarias, formas primitivas del círculo y la elipse).		
	Presencia de nariz.				Contorno del tronco (no debe ser círculo o elipse).		
	Presencia de boca.				Contornos de brazos y piernas (sin irregularidades ni estrechamientos).		

Segmento corporal	Aspecto a evaluar	1	0	Segmento corporal	Aspecto a evaluar	1	0
Cara	Presencia de nariz y boca en dos dimensiones (labios indicados).				Rasgos faciales regulares, coordinados.		
	Presencia de fosas nasales.			Orejas	Presentes (dos en dibujos de frente y una en los de perfil).		
Cabello	Presente.				Posición y proporción correctas.		
	Presente y no excede la circunferencia del cráneo (mejor que un garabato), sin transparencia (el contorno del cráneo debe verse a través del cabello).			Detalles de los ojos	Presencia de cejas, pestañas o ambas.		
Ropas	Presentes (de forma clara)				Presencia de pupilas.		
	Dos prendas, no transparentes (ocultan las partes del cuerpo que deben cubrir)				Ojos proporcionados (más horizontales que verticales).		
	Dibujo con mangas y pantalones no transparentes.				Mirada dirigida al frente en los dibujos de perfil.		
	Cuatro prendas (por ejemplo, sombrero, zapatos, saco, camisa, cuello, corbata, cinturón, tirantas o pantalones).			Mentón	Presente, al igual que representación de la frente.		
	Vestimenta completa (sin incongruencias).				Proyección (separación de la barbilla y el mentón).		
Dedos	Presentes.			Perfil	Cabeza, tronco y pies con no más de un error (no se debe observar contorno a través del brazo, muslo oculto por el perfil no debe verse, brazos deben estar unidos al borde de la espalda y extenderse hacia delante).		
	Número correcto				Correcto, sin transparencias ni errores.		
	En dos dimensiones (más largos que anchos)						
	Pulgar en oposición						
	Mano es distinta de los dedos y del brazo.						

Sume todos los puntos que tuvo positivos y a partir de este puntaje, ubique la edad mental a la que le corresponde esa sumatoria, como se describió previamente.

Años / Meses	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
0	-	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40
3	-	5	9	13	17	21	25	29	33	37	41
6	2	6	10	14	18	22	26	30	34	38	42
9	3	7	11	15	19	23	27	31	35	39	43

En el ejemplo anteriormente mencionado, se había obtenido el resultado de 9 puntos y su correspondencia en edad mental era de 5 años y 3 meses.

Posteriormente, al tener el resultado de la edad mental (en meses) correspondiente al puntaje obtenido, realice la siguiente ecuación para aproximarse al cociente del desarrollo cognitivo:

$$\frac{\text{Edad mental}}{\text{Edad cronológica}} \times 100$$

El resultado de esta ecuación puede ser correlacionado con la siguiente clasificación:

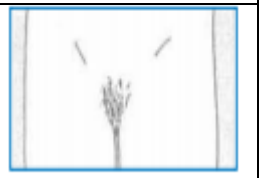
Cociente intelectual	Posible diagnóstico
150	Genialidad
140	Casi genialidad
120-139	Muy superior
110-119	Superior
90-109	Normal o media
80-89	Limítrofe
70-79	Discapacidad intelectual leve
50-69	Discapacidad intelectual moderada
20-49	Discapacidad intelectual severa
0-19	Discapacidad intelectual profunda

Traducido y adaptado de: Welsh J., Instone S. & Stein M. Use of Drawings by Children at Health Encounters. En: Dixon S., Stein M. 2006. Encounters with Children. 4ª Edición. Mosby. Elsevier; y tomado de: Valencia D., Jara I. 2008. Formato de Goodenough. Universidad Nacional de Colombia. Hospital de la Misericordia. Unidad de Habilitación Infantil. Documento de trabajo de la Rotación de Fisiatría infantil.

ANEXO 10

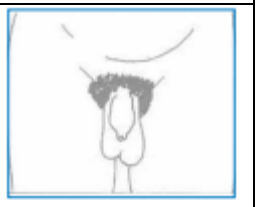
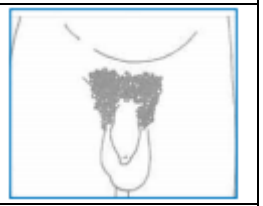
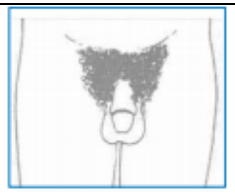
ESCALA DE TANNER

ESCALA DE TANNER
DESARROLLO PUBERAL EN MUJERES

DESARROLLO MAMARIO MUJERES		DESARROLLO DEL VELLO PUBIANO MUJERES	
Estadio 1 (S1) Mamas infantiles. Solo el pezón está ligeramente sobre elevado.		**Estadio 1 (P1)** Ligera vellosidad infantil.	
Estadio 2 (G2) Brote mamario. Las areolas y pezones sobresalen como un cono. Esto indica la existencia de tejido glandular subyacente. Aumento del diámetro de la areola.		**Estadio 2 (P2)** Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente a lo largo de los labios (dificultad para apreciar en la figura.)	
Estadio 3 (S3) Continuación del crecimiento con elevación de mama y areola en un mismo plano.		**Estadio 3 (P3)** Vello rizado, aun escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, sobre los labios.	
Estadio 4 (S4) La areola y el pezón pueden distinguirse como una segunda elevación, por encima del contorno de la mama.		**Estadio 4 (P4)** Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos.).	
Estadio 5 (S5) Desarrollo mamario total. La areola se encuentra a nivel de la piel, y sólo sobresale el pezón (Nota: en algunos casos, la mujer adulta puede mantenerse en estadio 4).		**Estadio 5 (P5)** Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino (el vello crece también en la cara interna de los muslos).En el 10% se extiende por fuera del triángulo pubiano (estadio 6).	

Fuente: Tanner J (1962).

DESARROLLO PUBERAL EN HOMBRES

DESARROLLO GENITAL HOMBRES	DESARROLLO DEL VELLO PUBIANO HOMBRES
Estadio 1 (G1) Pene, escroto y testículos infantiles; es decir, de aproximadamente el mismo tamaño y forma que en la infancia.	**Estadio 1 (P1)** Ligera vellosidad infantil.
Estadio 2 (G2) Agrandamiento de escroto y testículos. La piel escrotal se vuelve más roja, delgada y arrugada. El pene no tiene ningún agrandamiento o muy insignificante. 	**Estadio 2 (P2)** Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente arraigado al pene (dificultad para apreciar en la fig.). 
Estadio 3 (G3) Agrandamiento del pene, principalmente en longitud. Continuación del desarrollo testicular y escrotal. 	**Estadio 3 (P3)** Vello rizado, aun escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, arraigado al pene. 
Estadio 4 (G4) Aumento de tamaño de pene con crecimiento de diámetro y desarrollo del glande. Continuación de agrandamiento de testículos y escroto. Aumento de la pigmentación de la piel escrotal. 	**Estadio 4 (P4)** Vello pubiano de tipo adulto, pero con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos.). 
Estadio 5 (G5) Genitales de tipo y tamaño adulto. 	**Estadio 5 (P5)** Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino (el vello crece también en la cara interna de los muslos).En el 80% de los casos, el crecimiento del vello continúa hacia arriba, a lo largo de la línea alba. (Estadio 6). 

Fuente: Tanner J (1962).

ANEXO 11

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PARA NIÑOS (RQC)

CUESTIONARO DE SÍNTOMAS PARA NIÑOS
RQC

DEFINICIÓN

Es un instrumento que consta de 10 preguntas, referidas a los últimos seis meses, que identifican signos y síntomas de interés en salud mental en niños y niñas entre 5-15 años. Un ítem positivo indica la necesidad de evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento por parte de profesional en medicina especializada o profesional en psicología o trabajo social, según sea el caso, para el manejo respectivo.

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se aplica a través de entrevista con los padres, madres o cuidadores de las niñas y niños menores de 14 años de edad y con los mayores de esta edad con previa autorización. Se responde con una **X** según corresponda a SI o NO.

	PREGUNTAS	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 casa frecuentemente?		
6	¿Ha robado algo 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?		

ANEXO 11

SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ)

SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ)

DEFINICIÓN

Este instrumento se aplica a las personas a partir de los 16 años de edad y consta de 30 preguntas, referidas a los últimos 30 días (el último mes).

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Puede ser auto aplicado o a manera de entrevista estructurada. La persona responde SI o NO dependiendo de su vivencia.

Las primeras 20 preguntas se refieren a problemas de salud mental como depresión, ansiedad y otros. Once o más respuestas positivas en este grupo determinan una alta probabilidad de sufrir uno de estos problemas.

De la 21 a la 24 evalúa posible psicosis. Con una respuesta positiva se considera un posible 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 la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

	PREGUNTA	RESPUESTA
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	
2	¿Tiene mal apetito?	
3	¿Duerme mal?	
4	¿Se asusta con facilidad?	

	PREGUNTA	RESPUESTA
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, como movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de 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?	

ANEXO 11
VALORACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

VALORACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ÁMBITO DE EXPLORACIÓN		
1. Ejercicio de Derechos	**2. Información, educación y acceso a servicios**	**3.Condiciones particulares que pueden afectar el ejercicio de los derechos**
• Toma decisiones alrededor de la sexualidad (autonomía) • Identidad de género (sexismo, homofobia, y transfobia) • Violencia contra la mujer y/o violencia de género. (incluye explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes ESCNNA, abuso sexual en menores de 14 años de edad, violencia en el noviazgo) • Maternidad y paternidad planeada, uso de anticonceptivos. • Cuidado del cuerpo y uso de protección contra ITS /VIH.	• Conocimiento de fisiología y anatomía de la sexualidad y la reproducción. • Conocimientos sobre ITS/VIH y formas de protección. • Conocimientos, creencias y actitudes sobre el uso de anticoncepción y preservativos. • Creencias y actitudes sobre el inicio de relaciones sexuales. • Creencias y actitudes sobre las relaciones de pareja. • Conocimientos sobre derechos en salud (anticoncepción e IVE). • Conocimiento sobre la ESCNNA-), uso de redes sociales.	• Transgénero que no han accedido a acompañamiento en salud de su tránsito en el género. • Homosexuales víctimas de violencia de pares y social. • Heterosexuales hijos de víctimas de violencia de pareja. • Adolescentes en contexto de alto riesgo de ESCNNA • Víctimas de violencia sexual
FORMA DE EXPLORACIÓN (PREGUNTAS GUÍA)		

Antecedentes personales, ginecobstétricos.

Fisiología, anatomía de la sexualidad y reproducción

Explorar existencia y tipo de relación actual: ¿tiene pareja, o tiene alguna relación con alguien?

Situación de abuso: Características de la pareja: edad, escolaridad, actividad consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, hijos.

Estilos de comunicación, violencia en el noviazgo o relación de pareja: (explorar en hombres y mujeres, tanto como víctima o agresor) ¿Cuándo tienen un desacuerdo como lo resuelven?, ¿es usual que se presenten conflictos?, ¿controla frecuentemente su forma de vestir, los o las amigos, el dinero, los planes? ¿Existen acusaciones de coquetear frecuentemente con otra persona? ¿Le han insultado?, ¿Se ha sentido obligada(o) a hacer algo que no quiere?, ¿recibe amenazas, o siente miedo?, ¿Le hacen sentir vergüenza o le tratan mal frente a otras personas?, ¿alguna vez le han empujado, golpeado o lanzado objetos?, ¿Le han obligado a alguna actividad sexual cuando no quiere?, ¿Le han intentado o forzado a mantener alguna actividad sexual con engaños, insistencia o intimación?

Inicio de relaciones sexuales, prácticas sexuales: ¿Ha tenido relaciones sexuales?, ¿Con quién tiene relaciones sexuales?, ¿Tuvo o tiene relaciones sexuales con varias parejas sexuales?, ¿Tiene más de un/a Compañero/a sexual?, ¿Cambia frecuentemente de pareja sexual?, ¿Tiene relaciones sexuales con personas desconocidas?, ¿Qué tipo de prácticas sexuales tiene en este momento? (colectivas, individuales, con uso de SPA, oral, anal, vaginal).

Orientación sexual, identidad de género: ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?, ¿Se considera heterosexual, bisexual o prefiere identificarse de otra forma? (explicar hacia donde se orienta el deseo erótico). ¿Con que género se identifica (Hombre, Mujer o Transgénero)? De acuerdo con sus expresiones de género en una escala de 1 a 10, siendo uno totalmente femenino y 10 totalmente masculino, ¿Qué calificación daría a su forma de vestir, ademanes, gestos o modales?

Maternidad/paternidad, uso de anticoncepción y preservativo, autonomía, ITS: (Si tiene relaciones sexuales heterosexuales) ¿Qué método de anticoncepción usa?, ¿Por qué?, ¿Quién se lo formuló?, ¿Qué métodos de anticoncepción conoce?

¿Desea ser padre o madre en este momento?, ¿Qué ventajas o desventajas tiene para usted la maternidad/paternidad?, ¿Qué acercamientos sexuales cree que la/lo ponen en riesgo de embarazo?, ¿Qué barrera puede incidir en su decisión?, ¿Cómo enfrentaría estas barreras?

(Todos(as) con relaciones sexuales) ¿Qué acercamientos sexuales te ponen en riesgo para una ITS/VIH?, ¿Usa preservativo en todas sus relaciones sexuales?, ¿Porque?, ¿En una parte del acto sexual o en todo el acto sexual?, ¿Tiene conocimiento de las enfermedades que se transmiten sexualmente?, ¿Ha tenido flujo uretral o vaginal anormal (olor, color)?, ¿Dolor, lesiones, verrugas, masas, úlceras, picazón, ardor en la región genital?

Autonomía:(Si No tiene relaciones sexuales) ¿Cree probable tener relaciones sexuales dentro de lo próximos seis meses?, ¿o lo considera improbable?, ¿Qué ventajas o desventajas tiene para usted postergarlas relaciones sexuales?, ¿Que barreras pueden influir en la decisión?, ¿Cómo enfrentaría estas barreras?

Violencia sexual: ¿Alguna vez alguien le ha obligado a realizar alguna actividad sexual cuando no quiere o bajo efectos de alguna sustancia?

Algunos/as adolescentes pueden participar en actividades sexuales a cambio de dinero o regalos. ¿Tiene amigos/as que participen en este tipo de actividades?, ¿tiene o ha tenido actividades sexuales a cambio de dinero o regalos?

Percepciones/conocimientos, actitudes:

Algunas personas piensan que el condón no es efectivo, o que no se siente lo mismo ¿Usted qué opina?
Algunos/as Adolescentes les da vergüenza comprar o venir al centro de salud, o no saben dónde pueden conseguir preservativos o anticonceptivos. ¿Usted que piensa al respecto?

Algunos/as Adolescentes prefieren remedios caseros como método anticonceptivo porque creen que los anticonceptivos van a ocasionarle algún daño. ¿Usted qué opina sobre esto?
¿Conoce en que caso puede acceder a un aborto (IVE) legal y seguro en el servicio de salud?

Redes sociales: ¿Sus padres lo acompañan cuando usa internet?, ¿Algunos adolescentes comparten información intima, videos, fotos con contenido erótico en las redes sociales usted lo ha hecho?, ¿con personas conocidas o desconocidas?, ¿conoce los riego de compartir este tipo de información?, ¿alguna vez se ha puesto una cita con alguien que conoció en la red?, ¿Alguna han publicado fotos o videos íntimos suyos sin su conocimiento?

Identidad de género/sexismo/homofobia/violencia de género en la familia de origen

¿En alguna ocasión, has visto o percibido que su papá insulte o diga malas palabras a su mamá?, ¿que la ofenda?, ¿Qué rompa sus cosas?, ¿Qué la amenace?, ¿qué le pegue, la empuje, la abofetee, la queme o le propine otro agresión física?, ¿esto sucede en este momento o en el pasado?, ¿Hace cuánto?, ¿ha hablado con alguien de esto?, ¿Con quién?
(Mujeres/ heterosexuales) ¿Cree que en una relación de pareja hay que estar dispuesta a sufrir y soportar?, ¿Qué tan importante es para usted en este momento enamorase y mantener una relación de pareja por el resto de tu vida?
(Hombres/heterosexuales) ¿Qué tan de acuerdo está con que no es propio de hombres encargarse de las tareas del hogar?, ¿Qué tan de acuerdo está con que el marido es la cabeza de la familia y la mujer debe respetar su autoridad?

ANEXO 14

VALORACIÓN DE LA IDENTIDAD

GÚIA PARA LA VALORACIÓN DE LA IDENTIDAD

ÁMBITO DE EXPLORACIÓN		FORMA DE EXPLORACIÓN (PREGUNTAS GUÍA)
1. Exploración y construcción de compromisos en los diferentes dominios de la identidad. Teniendo en cuenta que las construcciones o compromisos que se establecen en la mayoría de los dominios de la identidad marcan trayectorias de vida, tienen implicaciones en salud y resultan en marcadores del desarrollo.	Relacional	¿Cuántas horas a la semana dedica a tomar lecciones de música, teatro u otra disciplina artística?, ¿Cuántas horas dedica a practicar algún deporte? ¿Realiza actividades recreativas?, ¿Cuál es la que más le gusta?
	Relacional: Genero	¿Ha pensado sobre el rol que ejercen los hombres y las mujeres? (familia, comunidad, medios de comunicación). ¿Ha pensado/definido que es lo que funcionaría más para usted?
	Relacional: Amigos/pareja	¿Ha tenido diversas clases de amigos?, ¿Tiene un/a amigo/a cercano/a?, ¿Qué busca en un amigo o amiga?, ¿no está seguro aún?, ¿Elije a sus amigos sobre algunos valores o condiciones particulares?, ¿ha tenido alguna pareja?, ¿Tiene interés de iniciar relaciones de noviazgo?, ¿Ha probado deferentes tipos de relaciones de pareja?, ¿Tiene idea sobre lo que no le gustaría o le gustaría encontrar en una pareja?, ¿Sus ideas al respecto aún se están desarrollando?, ¿Ha decidido lo que sería mejor para usted?
	Global	¿Tiene idea de los que quiere para su vida?, ¿Ha conversado con amigos/as, madre, padre, profesores/as sobre esto?
	Vocacional	¿Se ha preguntado sobre lo que quiere estudiar?, o ¿En qué quiere trabajar?, ¿Ha conversado con sus amigos/madre/ padre, sobre esto?, ¿Cree que lo mejor es lo que sus padres ya establecieron para usted?

ÁMBITO DE EXPLORACIÓN		FORMA DE EXPLORACIÓN (PREGUNTAS GUÍA)
	Ideológica (religión, política y moral)	¿Participa en algo en su comunidad o en organizaciones de la escuela o municipio?, ¿Asiste a la Iglesia?, ¿Participa en algún otro grupo juvenil (pandillas o barras)?, ¿Ha pensado en sus creencias políticas/ religiosas?, ¿En este momento está de acuerdo con sus padres?, ¿Sabe y entiende que es lo correcto para usted?, ¿Es importante para usted ayudar a los demás?, ¿Dedica algún tiempo a ayudar a los demás o a su comunidad?, ¿Participa en alguna causa social?, ¿Es importante para usted buscar cualquier oportunidad para divertirse?, ¿Generalmente actúa de acuerdo a lo que piensa así no le guste a sus amigos?, ¿Para usted es importante ser sincero con los demás?, ¿ Culpa a otros por sus errores? Algunos/as jóvenes participan… (En actividades sexuales a cambio de dinero o regalos…. en actividades que implican dañar a otras personas, bienes públicos o de otras personas, robar, traficar drogas… en consumir drogas); ¿Conoce personas que participen en este tipo de actividades?
	Consigo mismo: Autodefinición positiva de sí mismo relativamente independientemente de lo externo, conciencia del yo adaptada a los expectativas sociales, sentido de continuidad (que incluye significados positivos del	¿En general se siente satisfecho/a y orgulloso/a consigo mismo/a?, ¿Alguna vez ha sentido que no sirve para nada?, ¿Se considera (indígena, afro, room, mestizo) (homosexual, bisexual, Transgénero, heterosexual) ¿Ha sido desplazado o víctima de violencia?

ÁMBITO DE EXPLORACIÓN		FORMA DE EXPLORACIÓN (PREGUNTAS GUÍA)
	propio pasado) y singularidad que le permite diferenciarse y funcionar autónomamente	
2. Se valoran las condiciones que facilitan su desarrollo	Factores contextuales: creencias y expectativas culturales, opciones disponibles, modelos y oportunidades que tienen las/os adolescentes en los diferentes dominios. Pares y entornos escolares que dan idea al joven de las expectativas y opciones disponibles. La familia, facilita el apoyo y estimulación para la exploración, estilos familiares que permiten a los adolescentes expresar su propia individualidad en un clima de conexión emocional y de apoyo	(Pares) ¿Puede hablar con sus amigos de sus problemas y dificultades?, ¿Se siente solo/a o aislado/a?, ¿Se siente avergonzado de contarles sus problemas a sus amigos/as? (Familia) ¿Sabe que espera su padre, madre o cuidador de usted?, ¿Le animan a que les cuente sus problemas, preocupaciones o sus opiniones?, ¿Cuenta con la ayuda de su familia cuando tiene algún problema?¿ Le ponen límites a la hora de su llegada a casa?, ¿Le animan a tomar tus propias decisiones?, ¿Le hacen sentir culpable cuando usted no hace lo que ellos quieren o le tratan de forma distante y fría?, ¿Habla con su madre/padre/cuidador(a) sobre lo que le pasa cuando sale en su tiempo libre, con sus amigos/as, novio/a o cuando no está en casa?
	Factores intrapersonales: disposición o apertura de nuevas experiencias, en equilibrio con el mantenimiento de ciertos compromisos. Conciencia	¿Hay alguna situación difícil por la que haya pasado o esté pasando?... ¿La pudo resolver?, ¿Cómo la resolvió?, ¿Cómo la piensa solucionar?, ¿Qué aprendió de esta situación? ¿Cuándo se le presenta algún problema difícil generalmente confía en que puedes resolverlo?

ÁMBITO DE EXPLORACIÓN		FORMA DE EXPLORACIÓN (PREGUNTAS GUÍA)
	de que existen conflictos a la vez que ve la posibilidad de poder transformarlos. Percepción de apoyo del medio y las oportunidades percibidas (modelos, expectativas). Logra hacer síntesis de resultados de crisis anteriores. Autoestima, Autocontrol, capacidad de recuperación de la autoconfianza, habilidades cognitivas, de reflexión, capacidad para soportar la separación.	

ANEXO 15

VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA

VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA

ÁMBITO DE EXPLORACIÓN		FORMA DE EXPLORACIÓN (PREGUNTAS GUÍA)
1. Funcionamiento psicosocial del adolescente fuera del hogar	Valoración la implicación del/la adolescente en problemas de comportamiento. Valora el nivel de competencia con sus pares	En la exploración con la familia del adolescente interrogar sobre participación en actividades como destruir bienes ajenos, vincularse a peleas, agredir a otras personas, quejas de comportamiento del colegio, uso de SPA, conducción temeraria.
2. Componentes de la autonomía (actitudinal, emocional, funcional)	Componente actitudinal: hace referencia a la capacidad de elegir metas (capacidad de identificar varias opciones y tomar una decisión) Componente emocional: tiene que ver con el proceso afectivo de sentirse con confianza en las opciones y objetivos propios. (independencia emocional) Componente funcional: Son los procedimientos de regulación necesarios para el desarrollo de estrategias y selección de alguna	Se recomienda valorar en relación con algún asunto particular en el que se quiera profundizar y aun se esté valorando este: (Por ejemplo: inicio de relaciones sexuales, drogas, maternidad/ paternidad. Violencia de pareja, reclutamiento….) ¿Ha pensado sobre… (v.g. la maternidad en este momento)?. ¿Tiene alguna decisión al respecto?, ¿Porque tomo esa decisión? En general en la adolescencia las y los jóvenes pueden sentirse presionados por sus amigos/as, pareja a… Algunos argumentos que suelen utilizarse son… ¿Qué opina sobre esto? ¿Qué haría si se encontrara en una situación similar? ¿Qué opciones tiene para evitar….?

	potencialmente eficaz de acuerdo a su objetivo.	
3. Factores asociados a su buen desempeño	Factores que facilitan su buen desarrollo: Comunicación familiar Equilibrio entre la concesión de la autonomía con cantidades apropiadas de control y aceptación. Espacios familiares que facilitan aprender de los errores.	¿En su familia suelen explicar y discutir las razones de los desacuerdos? ¿Sabe que espera su madre, padre o cuidador(a) de usted?, ¿Lo animan a que les cuente sus problemas, preocupaciones u opiniones?, ¿En caso de tener problemas puede contar con su ayuda?, ¿Le ponen límites a la hora en que usted debe volver a casa?, ¿considera que las reglas en su familia son muy estrictas?, ¿Le animan tomar sus propias decisiones?, ¿Lo hacen sentir culpable cuando usted no hace lo que ellos quieren o le tratan de forma distante?.

ANEXO 16

TEST SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST (ASSIST)

ASSIST - TEST SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST

DEFINICIÓN

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada para la Organización Mundial de la Salud (OMS) por un grupo internacional de investigadores y médicos como una herramienta técnica para ayudar a la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud, la atención médica general y otros entornos.

OBJETIVO

Brindar apoyo y promover la prueba de detección de consumo e intervenciones breves del uso de sustancias psicoactivas por profesionales de la salud para facilitar la prevención, la identificación temprana y el manejo de los trastornos de uso de sustancias en los sistemas de atención de la salud con el objetivo principal de reducir la carga de morbilidad que se atribuye al uso de sustancias en el mundo

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

INTRODUCCIÓN *(Léalo por favor al participante)*

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar

fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES

Pregunta 1

(Al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en estas preguntas debe ser explorada)

A lo largo de su vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? *(SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)*	**NO**	**SI**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas: ***Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.***

"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"

Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	4	5	6	7

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia no pudo atender sus obligaciones por el consumo de (PRIMERA DROGA, *SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

Un amigo, un familiar o alguien más, ¿alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
	0	2	1

NOTA IMPORTANTE

A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE INYECCIÓN	GUÍAS DE INTERVENCIÓN
Una vez a la semana o menos *o* **Menos de 3 días seguidos** →	**Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse"**

Más de una vez a la semana *o* **3 o más días seguidos**	→	**Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo ***

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**
Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	REGISTRE LA PUNTUACIÓN PARA SUSTANCIA ESPECÍFICA	SIN INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓN BREVE	TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO *
a. Tabaco		0 - 3	4 - 26	27 +
b. Alcohol		0 - 10	11 - 26	27 +
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	27 +
d. Cocaína		0 - 3	4 - 26	27 +
e. Anfetaminas		0 - 3	4 - 26	27 +
f. Inhalantes		0 - 3	4 - 26	27 +
g. Sedantes		0 - 3	4 - 26	27 +
h. Alucinógenos		0 - 3	4 - 26	27 +
i. Opiáceos		0 - 3	4 - 26	27 +
j. Otras drogas		0 - 3	4 - 26	27 +

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS ASSIST V3.0) TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

SUSTANCIA	PUNTUACIÓN	NIVEL DE RIESGO
a. Productos derivados del tabaco		0 – 3 Bajo 4 – 26 Moderado 27 + Alto
b. Bebidas alcohólicas		0 – 10 Bajo 11 – 26 Moderado 27 + Alto
c. Cannabis		0 – 3 Bajo 4 – 26 Moderado 27 + Alto
d. Cocaína		0 – 3 Bajo 4 – 26 Moderado 27 + Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico		0 – 3 Bajo 4 – 26 Moderado 27 + Alto
f. Inhalantes		0 – 3 Bajo 4 – 26 Moderado 27 + Alto
g. Sedantes o pastillas para dormir		0 – 3 Bajo 4 – 26 Moderado 27 + Alto
h. Alucinógenos		0 – 3 Bajo 4 – 26 Moderado 27 + Alto
i. Opiáceos		0 – 3 Bajo 4 – 26 Moderado

¿Qué significan sus puntuaciones?

BAJO

Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

MODERADO

Usted presenta riesgo para su salud y de otros tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

ALTO

Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja u otros) derivado de su patrón

		27 +	Alto
j. Otras drogas		0 – 3 4 – 26 27 +	Bajo Moderado Alto

actual de consumo y probablemente sea dependiente.

ANEXO 17

TEST AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)

AUDIT

DEFINICIÓN

AUDIT es la sigla de Alcohol Use Disorders Identification Test (Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol), una prueba simple de diez preguntas desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, que sirve para determinar si el consumo de alcohol de una persona puede considerarse peligroso.

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

La prueba se diseñó para ser utilizada internacionalmente.

- Las preguntas 1 a 3 están relacionadas con el consumo de alcohol
- Las preguntas 4 a 6 están relacionadas con la dependencia del alcohol
- Las preguntas 7 a 10 consideran problemas relacionados con el consumo de alcohol.

El profesional de salud que realice la prueba debe informarle a la persona: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad. Para cada pregunta en la tabla siguiente, marque una **X** en el cuadro que mejor describa su respuesta.

	PREGUNTAS	0	1	2	3	4
1	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2	¿Cuántas bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más

PREGUNTAS		0	1	2	3	4
3	¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4	¿En el último año, con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber, una vez haya iniciado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5	¿En el último año, con qué frecuencia no pudo atender sus obligaciones porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6	¿En el último año, con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7	¿En el último año, con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8	¿En el último año, con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9	¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, el último año
10	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, el último año
TOTAL						

Fuente. Organización Mundial de la Salud y la Generalitat Valenciana Conselleria de Benestar Social. Excerpted from NIH Publication No. 07-3769 National Institute on Alcohol and Alcoholism

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

HOMBRES	MUJERES	INDICACIÓN
8 o más puntos	7 o más puntos	Fuerte probabilidad de daños debido al consumo de alcohol

15 o más puntos	13 o más puntos	Indicativo de una probable dependencia
20 o más puntos	20 o más puntos	Dependencia del alcohol

ANEXO 21

PREGUNTAS WHOOLEY

PREGUNTAS DE WHOOLEY PARA TAMIZACIÓN DE DEPRESIÓN

Las preguntas de Whooley, son los dos ítems referidos al estado de ánimo y anhedonia del PHQ-9[8]. Se aplican en menos de un minuto y atendiendo a sus propiedades psicométricas[9] han sido recomendadas para la identificación precoz (cribado) de la depresión en personas con factores de riesgo, que sean mayores de 18 años.

PREGUNTAS

A. ¿Durante los últimos 30 días se ha sentido a menudo desanimado, deprimido o con pocas esperanzas? (Respuesta: Sí/No)

B. ¿Durante los últimos 30 días ha sentido menudo poco interés o placer al hacer cosas que habitualmente disfrutaba? (Respuesta Sí/No)

Si la respuesta a alguna de las dos preguntas es positiva, se debe realizar la valoración correspondiente para confirmar el diagnóstico de un episodio depresivo único o recurrente.

[8]El *BriefPatientHealthQuestionnaire* (PHQ-9)es la versión autoaplicada del módulo de depresión del PRIME-MD (*PrimaryCareEvaluation of Mental DisordersProcedure*). Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas.

[9]Sensibilidad de (alta) 0.95 (95% CI 0.88 to 0.97) y especificidad de (modesta) 0.65 (95% CI 0.56 to 0.74)

ANEXO 23

GAD-2

LA ESCALA PARA DESORDEN DE ANSIEDAD GENERALIZADA GAD - 2

La Generalized Anxiety Disorder Scale-2 (GAD-2), validada para personas mayores de 18 años, está conformada por 2 ítems que evalúan conductas vinculadas con la expresión emocional y cognitiva de la ansiedad generalizada, escalados en 5 opciones de respuesta ordinal (desde *para nada* hasta *casi todos los días*).

Es útil para la tamización de los trastornos de ansiedad excepto las fobias y trastorno de estrés postraumático[10].

DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, ¿QUÉ TAN SEGUIDO SE HA MOLESTADO POR LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?		PARA NADA	ALGUNOS DÍAS	MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS	CASI TODOS LOS DÍAS
1	Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o inquieto	0	1	2	3
2	No poder parar o controlar la preocupación	0	1	2	3

Si la persona obtiene un puntaje mayor a 3, la tamización es positiva y se debe realizar la valoración correspondiente para confirmar un diagnóstico de ansiedad generalizada.

[10]Sus propiedades psicométricas son sensibilidad: 0.76 (95% CI 0.55-0.89), especificidad: 0.81 (95% CI 0.60-0.92)], dando para moderado y siendo más bajo por las dificultades para la identificación de fobias y trastorno de estrés postraumático.

ANEXO 23

ESCALA DE ZARIT

ESCALA DE ZARIT

DEFINICIÓN

Es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Consta de un listado de afirmaciones que describen cómo se sienten los cuidadores.

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas. Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos.

PREGUNTA		PUNTUACIÓN				
		0	1	2	3	4
1	¿Cree que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades en su trabajo o familia?					
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo de lo que el futuro depare a su familiar?					
8	¿Cree que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11	¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?					
12	¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?					
14	¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?					

PREGUNTA		PUNTUACIÓN				
		0	1	2	3	4
15	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16	¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Cree que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Tomado de CENETEC 2011

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56

ANEXO 23

CUESTIONARIO PARA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA EPOC

CUESTIONARIO PARA LA BÚSQUEDA DE CASOS SOSPECHOSOS DE EPOC

INSTRUCCIONES

A. Este cuestionario puede ser auto-aplicado previo al ingreso de la consulta.

B. Debe ser aplicado en personas identificadas con factores de riesgo: fumador, exfumador, exposición a humo de tabaco, exposición a humo de leña.
C. Introducción para el encuestado: Si responde estas preguntas, esto le ayudará a saber si usted podría tener Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC.

NÚMERO	PREGUNTA	SI	NO
1.	¿Tose muchas veces la mayoría de los días?		
2.	¿Tiene flemas o mocos la mayoría de los días?		
3.	¿Se queda sin aire más fácilmente que otras personas de su edad?		
4.	¿Es mayor de 40 años?		
5.	¿Actualmente fuma o es un ex-fumador?		

D. Si contestó, **SI** a tres o más de las anteriores preguntas, la persona es sospechosa para EPOC y debe ser derivado para manejo y realizarse una prueba simple de respiración, llamada espirometria.