

TAMIZAJE

Introducción

Los instrumentos de tamizaje en salud mental ayudan a evaluar la posible presencia de problemas de salud mental que afectan a miles de colombianos.

Cuarenta por ciento de la población colombiana entre los 18 y 65 años han tenido algún trastorno mental en algún momento de la vida y una buena proporción de los niños y jóvenes colombianos están en la misma situación. Solo un 15% reciben alguna forma de tratamiento y esto implica gran sufrimiento para las personas que los sufren y sus familias, pérdidas en productividad para las empresas y para el país, accidentes de todo tipo y muchos casos de suicidio.

Un tamizaje en salud mental es una serie de preguntas, que cuando son contestadas, pueden indicar la presencia o ausencia de un problema de salud mental en particular. Un tamizaje **NO DIAGNOSTICA** un trastorno mental

En este manual se compilan una serie de instrumentos de evaluación que recogen información que permite a un profesional de la salud sospechar de la necesidad de hacer un diagnóstico e implementar un tratamiento.

Recordemos que un diagnóstico puede ser realizado solo por un profesional cualificado para ello después de realizar una entrevista y tener una historia clínica completa.

Los tamizajes tienen dos propósitos. El primero, ayuda a determinar si hay un posible problema o trastorno. El segundo, permite dar la información pertinente cuando se canaliza o se remite el caso.

APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Posteriormente la Enfermera (o) obtiene información sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar.

La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, dando a la Enfermera una idea de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y de las fuerzas familiares que pueden utilizarse para solucionar otros problemas familiares.

La valoración del estado de salud incluye información sobre el estilo de vida y creencias sanitarias. La enfermera utiliza datos procedentes del estado de salud para formular un “perfil de salud”, el que a su vez proporciona los datos necesarios para establecer un diagnóstico de enfermería y planificar intervenciones de enfermería apropiadas, encaminadas a promover un óptimo estado de salud mediante la modificación del estilo de vida.

El cliente anota una de las tres posibilidades, puntuándose de la siguiente manera:

Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos).

Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente.

Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

* Se define familia como la (s) persona (s) que normalmente vive con usted. En caso de vivir solo, su familia está formada por aquellas personas con quienes tenga actualmente relaciones emocionales muy estrechas.

CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

APGAR familiar para uso en niños

PREGUNTA	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.			
Me gusta la manera como mi familia habla y comparte los problemas conmigo.			
Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer			
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc.			
Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempos juntos.			

***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.

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**. Seleccione, rodeando con un círculo, Muchas gracias.

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?)	SÍ	NO
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	SÍ	NO
3. ¿Su hijo/a juega 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,...)	SÍ	NO
4. ¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,...)	SÍ	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?)	SÍ	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?)	SÍ	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)	SÍ	NO
8. ¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca?)	SÍ	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)	SÍ	NO
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?)	SÍ	NO
11. ¿Cuándo usted sonríe a su hijo/a, él o ella también le sonríe?	SÍ	NO
12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	SÍ	NO
13. ¿Su hijo/a camina solo?	SÍ	NO
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	SÍ	NO
15. ¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	SÍ	NO
16. Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	SÍ	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")	SÍ	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"?)	SÍ	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?)	SÍ	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)	SÍ	NO



ARTÍCULOS DE REVISIÓN

APLICACIÓN DEL ECOMAPA COMO HERRAMIENTA PARA IDENTIFICAR RECURSOS EXTRAFAMILIARES

Dr. Miguel Ángel Suarez Cuba*

El ecomapa es una herramienta sencilla, que facilita al médico familiar, y al equipo de salud, a reconocer la presencia o no de recursos de apoyo social extrafamiliares en una persona y/o familia.

La podemos definir como una herramienta:

- Que permite al médico familiar a llevar a cabo una revisión sistemática de los recursos extrafamiliares con los que cuenta la persona y la familia.
- Que permite identificar las interrelaciones de la persona, la familia, con el ambiente y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve.
- Que recolecta información que muestra la situación actual de la persona y la familia mediante simbología diseñada previamente.
- Que permite sensibilizar al médico familiar y el equipo de salud en la percepción y búsqueda de recursos de apoyo social extrafamiliares.
- Que permite y facilita la participación en el diseño no solo del paciente índice sino de su familia.

Fue propuesta por Ann Harman en 1978, "El Ecomapa 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"

UTILIDAD

El ecomapa permite al médico familiar

- Identificar los recursos de apoyo social extrafamiliares ausentes y o presentes, que pueden ser de utilidad en situaciones de crisis en la familia, de una manera rápida y sencilla, por tratarse de un método de recolección de datos práctico y versátil.
- Detectar las carencias por las que está pasando la familia, con la finalidad de trabajar en su fortalecimiento.
- Favorecer la relación médico-paciente-familia, así como la comunicación.
- Sospechar de problemas intra y extrafamiliares, que pueden ser corroborados con la aplicación de otros instrumentos.
- Ser usado por cualquier miembro del equipo de salud, como apoyo para su trabajo en la resolución de necesidades y/o problemas del paciente y su familia.
- Ubicar familias que se encuentren socialmente aisladas ya sea por migración reciente y otras razones.
- Identificar y priorizar necesidades y/o problemas en el paciente y su familia.

ELABORACIÓN DEL ECOMAPA

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

* Especialista en Medicina Familiar (CNS).

- Tiempo necesario para su elaboración, entre 15 a 20 minutos.
- Se lo puede realizar en una o varias consultas, con uno o varios miembros de la familia.
- Se lo realiza cuando en familias que el médico familiar considere necesario conocer los recursos de apoyo social extrafamiliares.
- Al ser un instrumento dinámico, se debe actualizar cuando el médico familiar y/o equipo de salud lo considere necesario.
- Debe ser adjuntado a la historia clínica familiar, junto a otros instrumentos como el genograma, APGAR familiar, etc.
- 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. Figura 1.
- 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.). Figura 2.
- 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. Figura 3.

Figura N° 1

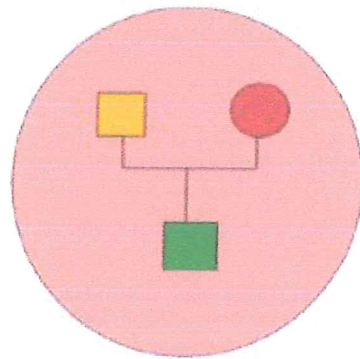


Figura N° 2

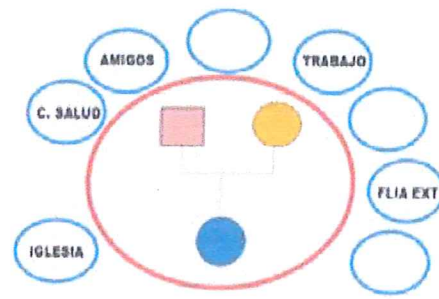
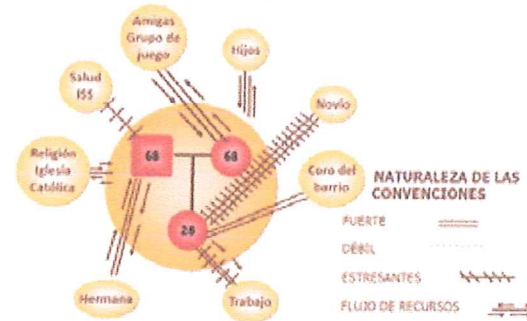


Figura N° 3



ÁREAS A SER INCLUIDAS EN EL ECOMAPA: son múltiples, el médico familiar determinara cuales deben incluirse, como por ejemplo:

- Relaciones personales significativas,
- Los servicios comunitarios,
- Los grupos sociales,
- Educación,
- Trabajo,
- Instituciones de salud,
- La familia extensa,
- Otros.

ANÁLISIS DEL ECOMAPA

El ECOMAPA permite evaluar

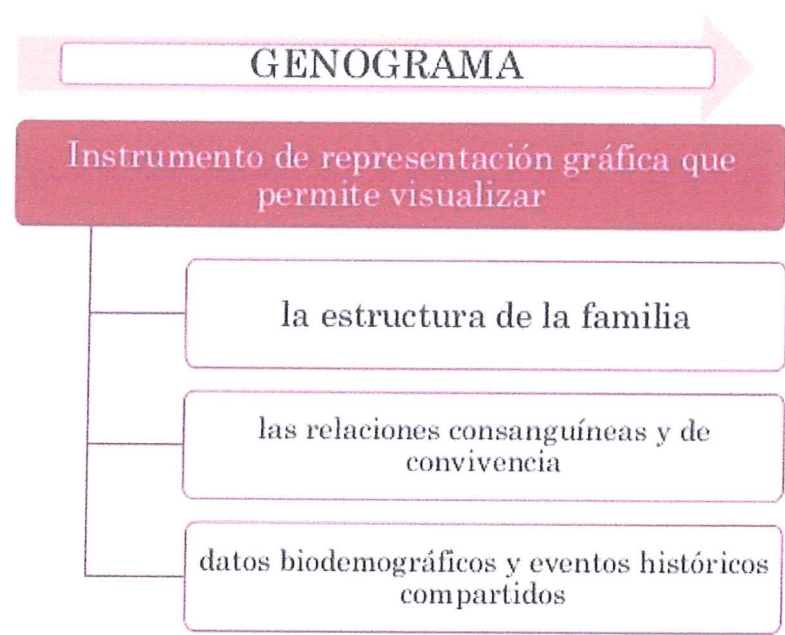
- 1) ¿Está la familia abierta a nuevas experiencias?
- 2) ¿Son los límites permeables?
- 3) ¿Son los límites flexibles?
- 4) ¿Está restringida la familia?
- 5) Satisfacción de las necesidades de la familia.
 - a) Estabilidad.
 - b) Crecimiento.
 - c) Enriquecimiento.

- 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
- CONCLUSIONES**
- El ecomapa es un instrumento que es fácil de elaborar, de amplia aplicabilidad en el trabajo con personas y familias, es una herramienta que permite al médico familiar y/o equipo familiar, planear, evaluar e intervenir familias en la relación que ellas establecen con su contexto.
- Se debe tener en cuenta que el ecomapa un instrumento dinámico, ya que la familia se encuentra en cambios permanentes, al igual que los sistemas que lo rodean. Favorece al médico familiar conocer las redes de apoyo extrafamiliares con los que pueden contar sus pacientes.

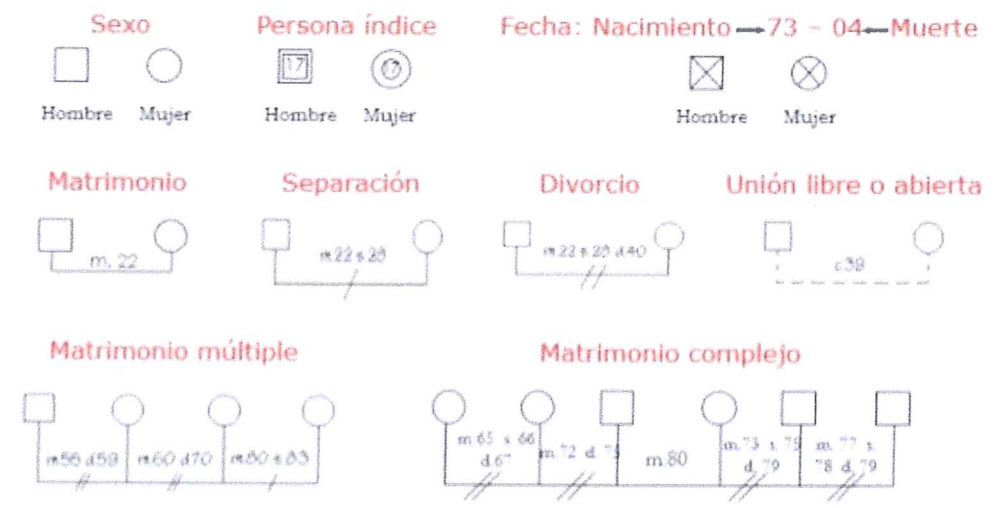
REFERENCIAS


1. De Mello DF, Viera C, Simpionato E, Basioli Z, Nascimento L. *genograma y ecomapa: posibilidades de utilização na estratégia de saúde da família*. Rev Bras Cres Desenv Hum 2005;15(1):79-89.
2. Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VE. *Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica*. Texto Contexto Enferm 2005 Abr-Jun; 14(2):280-6.
3. Agostinho M. *Ecomapa*. Rev Port Clin Geral 2007;23:327-30
4. Navarro AM, Rodríguez R. *Redes de apoyo en el anciano por medio del genograma y el ecomapa*. Aten Fam 2010;17(1):19-21.
5. Arias L, Montero J, Castellanos J. *Medicina familiar. Ecomapa*. Ministerio de Salud, Colombia. Editorial Maldonado. 1995.


FAMILIOGRAMA





Simbología General.





Sospecha de adicción a drogas o alcohol

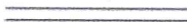

Adicción a drogas o alcohol



En rehabilitación drogas o alcohol



Problema mental o psicológico



Problema mental y adicción a drogas o alcohol


Relaciones Afectivas


Personas con relación cercana


Personas con relación conflictiva


Personas con relación muy cercana y conflictiva


Personas con relación muy unida


Personas con relación distante


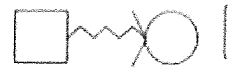
Personas que no se hablan




Abuso físico/verbal



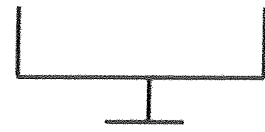
Abuso sexual



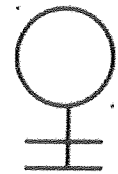
Acoso laboral/escolar



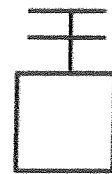
Amante/aventura



MATRIMONIO SIN EMBARAZOS NI HIJOS



Descendencia desconocida
O sin descendencia



Vive lejos del hogar
(internado, cárcel,
cuartel, hospitalizado etc)



ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO (EAD 1)

Rango edad	ITEM	A MOTRICIDAD GRUESA	Anote Edad en meses para cada evaluación	Rango edad	ITEM	B MOTRICIDAD FINO ADAPTATIVA	Anote Edad en meses para cada
>1	0	Patea vigorosamente		>1	0	Sigue movimiento horizontal y vertical del objeto.	
1 a 3	1	Levanta la cabeza en prona.		1 a 3	1	Abre y mira sus manos.	
	2	Levanta cabeza y pecho en prona			2	Sostiene objeto en la mano.	
	3	Sostiene cabeza al levantarlo de los brazos			3	Se lleva objeto a la boca.	
4	4	Control de cabeza sentado		4	4	Agarra objetos voluntariamente.	
a	5	Se voltea de un lado a otro		a	5	Sostiene un objeto en cada mano.	
6	6	Intenta sentarse solo.		6	6	Pasa objeto de una mano a otra.	
7 a 9	7	Se sostiene sentado con ayuda.		7 a 9	7	Manipula varios objetos a la vez.	
	8	Se arrastra en posición prona			8	Agarra objeto pequeño con los dedos	
	9	Se sienta por sí solo.			9	Agarra cubo con pulgar e índice.	
10 a 12	10	Gatea bien.		10 a 12	10	Mete y saca objetos en caja.	
	11	Se agarra y sostiene de pie			11	Agarra tercer objeto sin soltar otros.	
	12	Se para solo.			12	Busca objetos escondidos.	
13	13	Da pasitos solo.		13	13	Hace torre de tres cubos.	
a	14	Camina solo bien		a	14	Pasa hojas de un libro.	
18	15	Corre.		18	15	Anticipa salida del objeto	
19 a	16	Patea la pelota		19	16	Tapa bien la caja.	
24	17	Lanza la pelota con las manos.		a	17	Hace garabatos circulares.	
	18	Salta en los dos pies		24	18	Hace torre de 5 o más cubos.	
25	19	Se empina en ambos pies		25	19	Ensarta 6 o más cuentas.	
a	20	Se levanta sin usar las manos.		a	20	Copia línea horizontal y vertical	
26	21	Camina hacia atrás.		36	21	Separa objetos grandes y pequeños	
37	22	Camina en punta de pies.		37	22	Figura humana rudimentaria I	
a	23	Se para en un solo pie.		a	23	Corta papel con las tijeras.	
48	24	Lanza y agarra la pelota.		48	24	Copia cuadrado y círculo.	
49 a	25	Camina en línea recta		49	25	Dibuja figura humana II	
60	26	Tres o más pasos en un pie.		a	26	Agrupar color y forma.	
	27	Hace rebotar y agarra la pelota.		60	27	Dibuja escalera finita.	
61 a	28	Salta a pies juntos cuerda a 25 cms.		61	28	Agrupar por color forma y tamaño	
72	29	Hace caballitos altemando los pies.		a	29	Reconstruye escalera 10 cubo.	
	30	Salta desde 60 cms. de altura		72	30	Dibuja casa.	

ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO (EAD 1)

Rango edad	ITEM	C	Anote Edad en meses para cada evaluación	ITEM	ITEM	D	Anote Edad en meses para cada
		AUDICION LENGUAJE				PERSONAL SOCIAL	
>1	0	Se sobresalta con ruido		>1	0	Sigue movimiento del rostro.	
1	1	Busca sonido con la mirada		1 a 3	1	Reconoce a la madre.	
a	2	Dos sonidos guturales diferentes			2	Sonríe al acariciarlo.	
3	3	Balbucea con las personas.			3	Se voltea cuando se le habla	
4	4	4 o más sonidos diferentes		4	4	Coge manos del examinador.	
a	5	Ríe a "carcajadas"		a	5	Acepta y coge juguete	
6	6	Reacciona cuando se le llama.		6	6	Pone atención a la conversación.	
7	7	Pronuncia 3 o mas sílabas. Hace sonar la campana.		7 a 9	7	Ayuda a sostener taza para beber.	
a	8	Una palabra clara.			8	Reacciona con la imagen en el espejo.	
9	9				9	Imita aplausos.	
10 a 12	10	Niega con la cabeza.		10 a 12	10	Entrega juguete al examinador.	
	11	Llama a la madre o acompañante.			11	Pide un juguete u objeto.	
	12	Entiende orden sencilla			12	Beba en taza solo.	
13 a 18	13	Reconoce tres objetos		13 a 18	13	Señala una prenda de vestir.	
	14	Combina dos palabras.			14	Señala dos partes del cuerpo.	
	15	Reconoce seis objetos			15	Avisa higiene personal.	
19 a 24	16	Nombra cinco objetos.		19 a 24	16	Señala 5 partes del cuerpo.	
	17	Usa frases de tres palabras claras			17	Trata de contar experiencias.	
	18	Mas de 20 palabras			18	Control diurno de la orina.	
25	19	Dice su nombre completo.		25	19	Diferencia niño-niña.	
a	20	Conoce alto - bajo, grande - pequeño		a	20	Dice nombre papá y mamá.	
36	21	Usa oraciones completas.		36	21	Se baña solo manos y cara.	
37	22	Define por uso cinco objetos.		37	22	Puede desvestirse solo.	
a	23	Repite tres dígitos.		a	23	Comparte juego con otros niños.	
48	24	Describe bien el dibujo.		48	24	Tiene un amigo especial	
49	25	Cuenta dedos de las manos.		49	25	Puede vestirse y desvestirse solo.	
a	26	Distingue adelante-atrás, arriba-abajo		a	26	Sabe cuántos años tiene.	
60	27	Nombra 4 colores		60	27	Organiza juegos.	
61	28	Expresa opiniones.		61	28	Hace "mandados".	
a	29	Conoce izquierda y derecha.		a	29	Conoce nombre vereda-barrio o pueblo de residencia.	
72	30	Conoce los días de la semana		72	30	Comenta vida familiar.	

Edad en Meses	PARAMETROS NORMATIVOS PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO DE NIÑOS MENORES DE 60 MESES																			
	Motricidad Gruesa (A)				Motricidad Fina (B) Adaptativa				Audición y Lenguaje (C)				Personal Social (D)				TOTAL			
	Alerta	Medio	Medio Alto	Alto	Alerta	Medio	Medio Alto	Alto	Alerta	Medio	Medio Alto	Alto	Alerta	Medio	Medio Alto	Alto	Alerta	Medio	Medio Alto	Alto
1-3	0-1	2-3	4-5	6-	0-1	2-3	4-5	6-	0-1	2-3	4-5	10-	0-1	2-3	4-5	0-6	0-6	7-13	14-22	23-
4-6	0-4	5-6	7-9	10-	0-4	5-6	7-9	10-	0-4	5-6	7-9	13-	0-4	5-6	7-9	0-19	0-19	20-27	28-34	35-
7-9	0-7	8-10	11-13	14-17	0-7	8-10	11-12	13-	0-7	8-9	10-12	15-	0-7	8-9	10-12	0-31	0-31	32-39	40-48	49-
10-12	0-11	12-13	14-16	20-	0-9	10-12	13-14	16-	0-9	10-12	13-14	18-	0-9	10-12	13-14	0-42	0-42	43-49	50-56	57-
13-18	0-13	14-16	17-19	24-	0-12	13-15	16-18	19-	0-12	13-14	15-17	21-	0-12	13-14	15-17	0-51	0-51	52-60	61-69	70-
19-24	0-16	17-19	20-23	28-	0-14	15-18	19-20	21-	0-13	14-17	18-20	25-	0-14	15-17	18-22	0-61	0-61	62-71	72-83	84-
25-36	0-19	20-23	24-27	30-	0-18	19-21	22-24	25-	0-17	18-21	22-24	30-	0-18	19-22	23-27	0-74	0-74	75-86	87-100	101-
37-48	0-22	23-26	27-29		0-21	22-24	25-28	29-	0-21	22-25	26-29		0-22	23-26	27-29	0-89	0-89	90-100	101-114	
49-60	0-26	27-29	30-		0-23	24-28	29-		0-24	25-28	29-		0-25	26-28	29-	0-101	0-			101

NOTA : Si el puntaje obtenido por el niño se encuentra en la franja de alerta, no dude en remitirlo para valoración médica.

Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Proyecto de la OMS que ha sido validado en España, para detectar tanto consumos de riesgo como dependencia alcohólica; identifica los trastornos debidos al consumo no responsable de alcohol.

1.	¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	Nunca (0) Una o menos veces al mes (1) 2 a 4 veces al mes (2) 2 o 3 veces a la semana (3) 4 o más veces a la semana (4)
2.	¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?	1 o 2 (0) 3 o 4 (1) 5 o 6 (2) 7 a 9 (3) 10 o más (4)
3.	¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	1 o 2 (0) 3 o 4 (1) 5 o 6 (2) 7 a 9 (3) 10 o más (4)
4.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
5.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
6.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
7.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
8.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
9.	Tú o alguna otra persona, ¿habéis resultado heridos porque habías bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
10.	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?	No (0) Sí, pero no en el curso del último año (2) Sí, en el último año (4)

Interpretación de resultados: La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos como máximo. A mayor número de puntos, mayor dependencia. Si tu puntuación es mayor de 8, puede ser síntoma de padecer algún problema relacionado con el alcohol. Este cuestionario no es determinante.



OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	CLÍNICA	<input type="text"/>
Nº PARTICIPANTE	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cual 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/hafta, 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:
"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.

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 <u>últimos tres meses</u> , (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, 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 <u>últimos tres meses</u> , ¿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, 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 <u>últimos tres meses</u> , ¿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, etc.)	0	4	5	6	7
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 <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente 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, 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 <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, 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, 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 <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, 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, 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

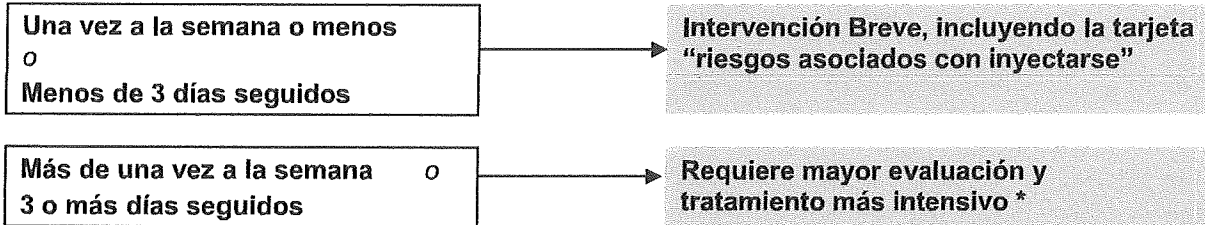
	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? <i>(ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)</i>	0	2	1

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



CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

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.

OMS ASSIST V3.0 TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

Tarjeta de respuesta - sustancias

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Diazepam/Valium, Alprazolam/Trankimazin/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, petidina/dolantina, etc.)
j. Otros - especifique:

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2 – 5)

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.

Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.

Mensualmente: 1 a 3 veces en el último mes.

Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.

Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana.

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)

No, nunca

Si, pero no en los últimos 3 meses

Si, en los últimos 3 meses

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

Nombre _____ Fecha del Test _____

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

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 27+ Alto
j. Otros – especificar		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto

¿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 otro 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, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

¿Está preocupado sobre su consumo de sustancias?

a. Tabaco	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una)
	El consumo habitual de tabaco se asocia con: Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel Infecciones respiratorias y asma Aumento de la presión arterial, diabetes Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores Abortos, partos prematuros y niños con bajos pesos al nacer de madres fumadores embarazadas Enfermedades renales Enfermedad respiratoria obstructiva crónica Enfermedad cardíaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares Cánceres

b. Alcohol	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una)
	La ingesta excesiva habitual de alcohol se asocia con: Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales Dificultad para recordar y solucionar problemas Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de embarazadas bebedoras Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico Enfermedad hepática, enfermedad pancreática Cánceres, suicidio

c. Cannabis	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una)
	El consumo habitual de cannabis se asocia con: Problemas con la atención y motivación Ansiedad, paranoia, pánico, depresión Pérdida de memoria y en la capacidad de solución de problemas Aumento de la presión arterial Asma, bronquitis Psicosis en aquellas personas con antecedentes familiares de esquizofrenia Enfermedad cardíaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica Cánceres

d. Cocaína	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una)
	El consumo habitual de cocaína se asocia con:
	<p>Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso</p> <p>Sensación de adormecimiento, acartonamiento en la piel, rascado en la piel</p> <p>Accidentes y lesiones, problemas económicos</p> <p>Pensamientos irracionales</p> <p>Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía</p> <p>Agresividad y paranoia</p> <p>Craving o deseo intenso, stress debido al estilo de vida</p> <p>Psicosis tras el consumo repetido a altas dosis</p> <p>Muerte súbita debido a problemas cardíacos</p>

e. Estimulantes de tipo anfetamínico	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una)
	El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:
	<p>Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación</p> <p>Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares</p> <p>Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia</p> <p>Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea</p> <p>Agresividad y conducta violenta</p> <p>Psicosis tras el consumo continuado a altas dosis</p> <p>Daño cerebral permanente</p> <p>Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (del éxtasis) en situaciones raras</p>

f. Inhalantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una)
	El consumo habitual de inhalantes se asocia con:
	<p>Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa</p> <p>Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales</p> <p>Indigestión, úlceras estomacales</p> <p>Accidentes y lesiones</p> <p>Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión</p> <p>Alteraciones en la coordinación, enlentecimiento en las reacciones, hipoxia</p> <p>Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (corazón, pulmón, hígado, riñones)</p> <p>Muerte por fallo cardíaco</p>

g. Sedantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
	El consumo habitual de sedantes se asocia con: (marque una)
	<p>Sedación, mareo y confusión</p> <p>Difficultad para concentrarse y recordar cosas</p> <p>Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar</p> <p>Problemas de sueño</p> <p>Ansiedad y depresión</p> <p>Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo.</p> <p>Síntomas de abstinencia graves</p> <p>Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas depresoras.</p>

h. Alucinógenos	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
	El consumo habitual de alucinógenos se asocia con: (marque una)
	<p>Alucinaciones (placenteras o molestas) – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias</p> <p>Difficultades para dormir</p> <p>Náuseas y vómitos</p> <p>Aumento en la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial</p> <p>Cambios de humor</p> <p>Ansiedad, pánico, paranoia</p> <p>Flash-backs</p> <p>Aumento en los efectos de enfermedades mentales como la esquizofrenia</p>

i. opiáceos	Su riesgo de experimentar estos daños es: Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
	El consumo habitual de opiáceos se asocia con: (marque una)
	<p>Picor, náusea y vómitos</p> <p>Mareos</p> <p>Estreñimiento, deterioro de los dientes</p> <p>Difficultad para concentrarse y recordar cosas</p> <p>Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual</p> <p>Difficultades de pareja</p> <p>Problemas económicos y laborales, delincuencia</p> <p>Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia</p> <p>Sobredosis y muerte por depresión respiratoria</p>

OMS-ASSIST

Tarjeta sobre Riesgos asociados con Inyectarse – Información para pacientes

El consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daños debido a las propias sustancias.

El daño puede provenir de:

- **La sustancia**
 - Si consume cualquier droga inyectada, tiene más probabilidades de desarrollar dependencia.
 - Si se inyecta anfetaminas o cocaína tiene un mayor riesgo de experimentar síntomas psicóticos.
 - Si se inyecta heroína u otro tipo de sedantes tiene más riesgo de sobredosis.
- **La conducta de inyección**
 - Al inyectarse dañar su piel, sus venas y padecer infecciones.
 - Puede provocarse cicatrices, hematomas, hinchazones, abscesos y úlceras.
 - Sus venas pueden colapsar.
 - Si se inyecta en el cuello puede provocarse una embolia cerebral.
- **Compartir material de inyección**
 - Si comparte material de inyección (agujas y jeringas, cucharas, esponjas, filtros, etc.) tiene más probabilidades de transmitir infecciones víricas a través de la sangre como la Hepatitis B, la Hepatitis C y el VIH.

❖ Es más seguro no inyectarse

❖ Si se inyecta:

- ✓ use siempre equipamiento limpio (e.g., agujas y jeringa, cucharas, esponjas, filtros, etc.)
- ✓ use siempre una aguja y una jeringuilla nuevas
- ✓ no comparta el material con otras personas
- ✓ limpie el área de preparación
- ✓ límpiese las manos
- ✓ limpie el lugar de inyección
- ✓ utilice un lugar de inyección distinto cada vez
- ✓ inyéctese lentamente
- ✓ ponga su aguja y jeringa usadas en un recipiente rígido y deshéchelo de forma segura

❖ Si consume drogas estimulantes como las anfetaminas o la cocaína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de psicosis.

- ✓ evite inyectarse y fumar
- ✓ evite consumir a diario

❖ Si consume drogas depresoras como la heroína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis.

- ✓ evite consumir otras drogas el mismo día, especialmente sedantes o alcohol
- ✓ consuma pequeñas cantidades y "pruebe" la droga cuando tenga una nueva dosis
- ✓ tenga a alguien cerca cuando consume
- ✓ evite inyectarse en un lugar en el que nadie pueda llegar a usted si tiene una sobredosis
- ✓ tenga a mano los números de teléfono de los servicios de urgencia/ambulancia

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PARA NIÑOS RQC

Para identificar signos y síntomas de interés en salud mental en niños(as) de 5-15 años.

SÍNTOMAS

SI NO

1. ¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma?		
2. ¿El niño(a) duerme mal?		
3. ¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4. ¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza?		
5. ¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?		
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		
7. ¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón?		
8. ¿Parece como retardado(a) o lento(a) para aprender?		
9. ¿El (la) niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?		
10. ¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa?		

Una respuesta positiva o más, indica referencia para evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ

Pregunta	Sí	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 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 de lo que piensan los demás?		
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
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 mordedura 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 la han detenido estando borracho?		
30. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		

Determinación de la puntuación: Se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20, o si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí) o si alguna de las preguntas 26 a 30 se contesta Sí, se debe hacer evaluación especializada.

Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Test de inteligencia emocional -ESCI

A continuación se muestra un test para que conozca su inteligencia emocional y, si desea, puede utilizarlo también para conocer la inteligencia emocional de sus familiares y amigos.

El test de inteligencia emocional mide *tres dimensiones* clave:

1- Atención: Soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada

2- Claridad: Comprendo bien mis estados

3- Reparación: Soy capaz de regular los estados emocionales correctamente

24 preguntas para evaluar tu inteligencia emocional

En primer lugar debe leer las siguientes afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos e indicar el grado de acuerdo o de desacuerdo con respecto a las mismas.

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

No olvide que no hay respuestas correctas o incorrectas, marque la que más se aproxime a sus preferencias y, ¡no emplee demasiado tiempo en cada uno de ellas!

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mi sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5

7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión positiva.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

Una vez rellenado el cuestionario llega el momento de corregirlo para que así pueda hallar su puntuación en el test de Inteligencia emocional.

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL TEST DE GOODENOUGH (Según Jaime Bernstein)

Administración

1. Advertencia: Este test es especialmente aplicable a niños entre 3 y 10 años. Para que el test tenga valor es indispensable que cada niño realice el mejor dibujo de que sea capaz.
2. Actitud del examinador: Para facilitar el máximo de los niños, el examinador debe mostrar en todo momento una actitud simpática y afectuosa.
3. Condiciones de prueba: En la forma colectiva evítase la copia ordenando a los alumnos que guarden sus libros, figuras, etc.
4. Material: Sumínistrese a cada niño una hoja de papel y un lápiz común.
5. Consigna: Dígase a los niños *"En estas hojas deben ustedes dibujar un hombre. El dibujo más lindo que puedan. Trabajen con mucho cuidado y empleen todo el tiempo que necesiten. Me gustaría que sus dibujos sean tan buenos como los de los niños de otras escuelas. Trabajen con entusiasmo y verán qué lindos dibujos hacen."*
6. Control: Mientras los alumnos trabajen, recórrase el cuarto o el aula. Verifíquese el cumplimiento de la consigna. Impídase que los niños exhiban o comenten sus dibujos. En tal caso dígales *"Nadie debe mostrar o hablar ahora de su dibujo. Esperen a que todos hayan terminado."* No se critique ningún dibujo. Estimule en forma general *"están trabajando muy bien"* o *"me gustan mucho sus dibujos"*, etc. Evítase toda sugerencia, no se indiquen errores u omisiones, y a toda pregunta respóndase invariablemente *"hágalo como mejor le parezca."*
7. Observaciones: Si el niño ha estropeado el papel con borraduras, suminístrele otro nuevo. Si un niño ha dibujado un busto, pídale que haga otro, indicándole que debe dibujar *"un hombre completo"*. Si ha dibujado un hombre de espalda, pídale que *"otro, que no esté de espaldas"*. Si un niño ha hecho más de un dibujo, escójase para la evaluación el mejor.

Cómputo y Evaluación

1. Forma de Trabajar: Ubíquese el talón de puntuación en la carpeta. Colóquese el dibujo en evaluación sobre el borde lateral o superior del lado que se consulta.
2. Puntuación: Puntúese cada ítem ateniéndose fielmente a las normas, y en caso de duda, observando el cómputo acreditado en los ejemplos del manual. Hasta tanto se haya familiarizado con las abreviaturas de la carpeta de puntuación, descifrelos mediante la clave que aparece al principio.
3. Puntaje: Otorgue un punto (en ningún caso medio punto) por cada ítem acertado y regístrelo en el talón, marcándolo (1) en las columnas de corrección. A fin de evitar omisiones, señale también los ítemes negativos (-). Obtenga el puntaje total sumando los puntos acreditados.
4. Edad Cronológica (EC): Establezca la edad cronológica del sujeto en años y meses.
5. Edad Mental (EM): Convierta el puntaje total en edad mental consultado la tabla de baremo correspondiente.
6. Coficiente Intelectual (CI): Obtenga el coeficiente intelectual dividiendo la edad mental por la edad cronológica y multiplicando por 100. (Para realizar esto, es necesario convertir las edades a su equivalente en meses)

$$CI = \frac{EM * 100}{EC}$$

7. Diagnóstico de Inteligencia: Obtenga el diagnóstico de inteligencia según el resultado del CI, consultando su correspondiente clasificación.
8. Registro: Registre los resultados en los casilleros que figuran en el talón de puntuación. Abróchelo a la hoja del dibujo de prueba.

Abreviaturas usadas en el manual de puntuación:

F	: dibujo de frente	pos	: positivo	bo	: boca
P	: dibujo de perfil	neg	: negativo	br	: brazo
Tam	: también	ang	: angosto	cad	: cadera
bas	: basta	lin	: línea	cb	: cabeza
cd	: codo	cj	: ceja	cu	: cuello
pa	: piernas	ma	: manos	dd	: dedos
esp	: espalda	fr	: frente	hm	: hombro
fcs	: facciones	lb:	: labio	ma	: mano
mg	: manga	mi	: miembro	mñ	: muñeca
na	: nariz	oj	: ojo	or	: oreja
pts	: pantalones	rll	: rodilla	pch	: pecho
pi	: pie	tr	: tronco		

Cómo se aplica el test de la figura humana de Karen Machover

El test de Machover puede aplicarse a **niños, niñas, adolescentes, mujeres y hombres**. Se pide a la persona que realice el **dibujo de una persona entera**. Si dibuja tan solo la cabeza se le pide amablemente que complete su dibujo. Si se mostrara reacio a dibujar, se le explica que el dibujo solo tiene que ver con una prueba psicológica y no con la calidad del dibujo. Es importante anotar el orden que sigue la secuencia del dibujo, es decir, que parte de la figura hace primero y cual al final.

La segunda parte del dibujo tiene que ver con "las asociaciones". El examinador toma el dibujo y dice: "Muy bien, veamos ahora si **inventamos un relato** acerca de esta persona como si fuera un personaje de teatro o novela". Según la edad del sujeto, se le realizarán varias preguntas sobre el mismo que tienen que ver con las actitudes del paciente hacia sí mismo y hacia los demás. La información obtenidas en estas asociaciones es de gran valor clínico y no se debe prescindir de ella para poder interpretar dibujos.

Cómo interpretar el test de la figura humana de Karen Machover

El supuesto básico verificado por la experiencia clínica es que la figura humana dibujada está en íntima relación con los impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características del individuo. En cierto sentido, la figura dibujada es la misma persona. Por ejemplo, si en un dibujo una persona borra los brazos y los cambia de posición es que no sabe qué hacer con sus propios brazos. Seguidamente, mostramos otros aspectos acerca de la **interpretación de la figura humana dibujada**.

EL DIBUJO LA FIGURA HUMANA SE ANALIZA EN 4 PARTES:

1. CABEZA

⊕ Maneja la percepción externa del individuo. Nos dice qué tipos de relaciones establece el individuo con otras personas; el autoconcepto, nivel intelectual y metas.

2. BRAZOS, MANOS, HOMBROS y PECHO.

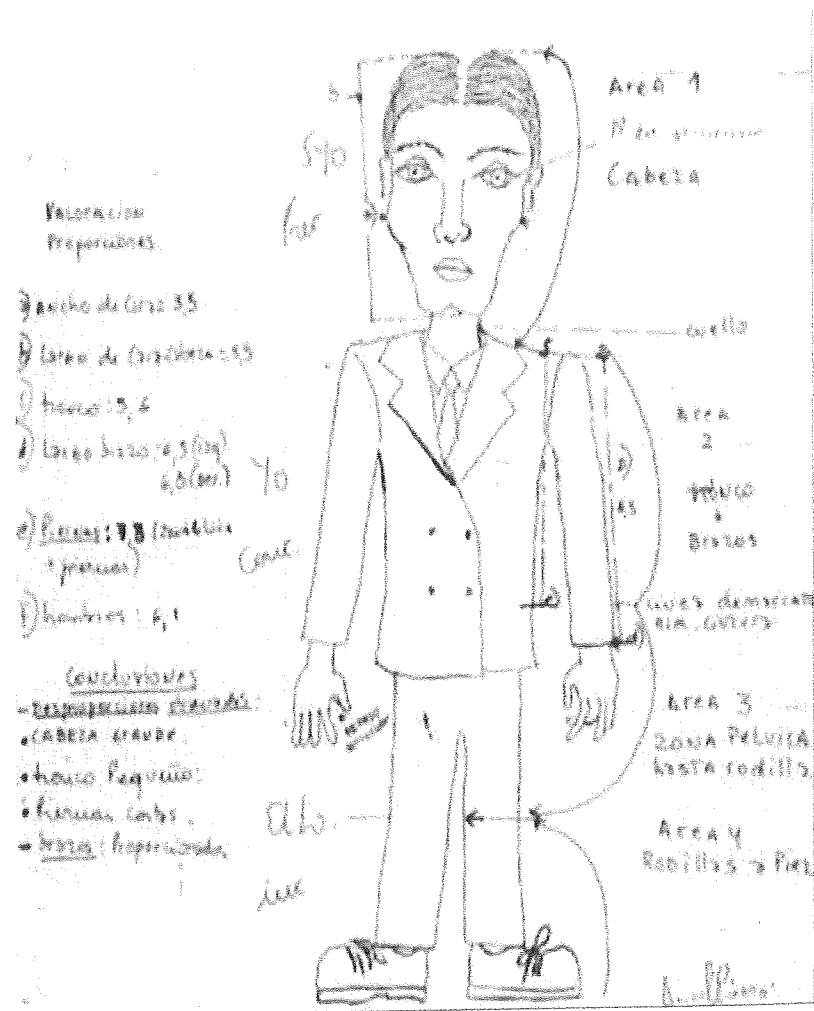
⊕ Indica cómo el individuo se relaciona con el medio externo, "Posición de los brazos".

3. TRONCO.

⊕ Fachada externa en cuanto a los valores convencionales, impulsos.

4. PIERNAS

⊕ Nos habla de la autonomía, autodirección, balance y actividad; esto indica la estabilidad emocional.

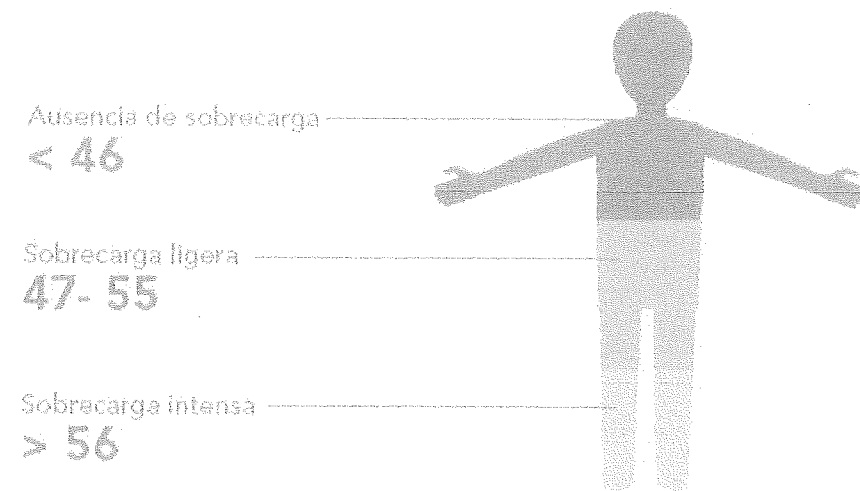


ESCALA DE ZARIT PARA CUIDADORES

La escala de Zarit es una herramienta para medir el nivel de carga en las labores del cuidador y así prevenir posibles condiciones de salud derivadas de una labor excesiva.

Consiste en una tabla con **22 preguntas** cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos).

El resultado clasifica al cuidador en:



A continuación te invitamos a realizar el test para que evalúes en qué etapa te encuentras y puedas buscar soluciones oportunamente.

Es muy fácil, lee cada párrafo e indica con qué frecuencia te sientes así. Recuerda que no existen respuestas acertadas o equivocadas, estas solo depende de tu experiencia.

Puntuación:

0 Nunca 1 Rara vez 2 Algunas veces 3 Bastantes veces 4 Casi siempre

Preguntas	Respuesta				
	0	1	2	3	4
1. ¿Piensas que tu familiar te pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensas que debido al tiempo que dedicas a tu familiar, no tienes suficiente tiempo para ti?					
3. ¿Te sientes agobiado por intentar combinar el cuidado de tu familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Sientes vergüenza por la conducta de tu familiar?					
5. ¿Te sientes enfadado cuando estás cerca de tu familiar?					
6. ¿Piensas que el cuidar de tu familiar afecta negativamente la relación que tienes con otros miembros de tu familia?					
7. ¿Tienes miedo por el futuro de tu familiar?					
8. ¿Piensas que tu familiar depende de ti?					
9. ¿Te sientes tenso cuando está cerca de tu familiar?					
10. ¿Piensas que tu salud ha empeorado debido a tener que cuidar a tu familiar?					
11. ¿Piensas que no tienes tanta intimidad como te gustaría debido al cuidado de tu familiar?					

12. ¿Piensas que tu vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a tu familiar?					
13. ¿Te sientes incómodo por distanciarte de tus amistades debido al cuidado de tu familiar?					
14. ¿Piensas que tu familiar te considera la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensas que no tienes suficientes ingresos económicos para los gastos de tu familiar, además de los tuyos?					
16. ¿Piensas que no serás capaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Sientes que ha perdido el control de tu vida desde que empezó la enfermedad de tu familiar?					
18. ¿Desearías poder delegar el cuidado de tu familiar a otra persona?					
19. ¿Te sientes indeciso sobre qué hacer con tu familiar?					
20. ¿Piensas que deberías hacer más por tu familiar?					
21. ¿Piensas que podría cuidar mejor a tu familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimentas por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Evalúa tu nivel de sobrecarga laboral, realiza un plan de acción para prevenir o mitigar los problemas de salud que esto pueda traerte y comienza a cuidarte a ti mismo. Además, aplica estos [6 consejos](#) que tenemos para ti.