

Interpretación:

	Punto mínimo	Puntaje máximo
Tamizaje positivo	≥15	24
Tamizaje negativo	8	15

Si una o más preguntas 4 y 7 son (+), incluso aunque total fuera < de 15 (asegurada la comprensión de las preguntas)

Caso de violencia confirmado – Tamizaje positivo.

Para preguntar directamente a las usuarias sobre una posible violencia, el profesional de la salud realiza las siguientes preguntas:

Cuestionario				Puntaje
1	En general ¿Cómo describiría su relación de pareja?			
	Estresante (3 puntos)	Un poco estresante (2 p)	Nada estresante (1 p)	
2	Usted y su pareja resuelven las discusiones con:			
	Mucha dificultad (3p)	Algo de dificultad (2p)	Sin dificultad (1p)	
3	Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
4	Las discusiones ¿terminan en golpes, patadas o empujones?			
	Muchas veces (3pm)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
5	¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
6	Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
7	Su pareja ¿la insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
8	¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
PUNTAJE TOTAL				



Anexo 2: Escala de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

PHQ- 9: La escala autoadministrada de tamizaje y seguimiento *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), en español *Cuestionario de Salud del Paciente*, consta de 9 ítems y nos permite obtener un diagnóstico provisional de depresión; así como valora la severidad de los síntomas depresivos durante las 2 semanas previas a la aplicación de esta escala.

Escala de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)					
En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, ¿usted ha sentido molestias o problemas cómo?					
Nº	Preguntas	Para nada	Varios días (1 a 6 días)	La mayoría de días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
1	¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas?	0	1	2	3
2	¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?	0	1	2	3
3	¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?	0	1	2	3
4	¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?	0	1	2	3
5	¿Poco apetito o comer en exceso?	0	1	2	3
6	¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?	0	1	2	3
7	¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?	0	1	2	3
8	¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	0	1	2	3
9	¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familiar?	0	1	2	3
Sub total					
Total					
Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa o relacionarse con otras personas debido a estos problemas? (Marque con una x en la casilla que mejor lo represente)		Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Sumar todos los ítems y obtener un puntaje total.

Puntaje	0-4	5-9	10-14	15-19	20-27
Interpretación	Mínimo o ninguna	Síntomas depresivos leves	Síntomas depresivos moderados	Síntomas depresivos moderadamente severos	Síntomas depresivos severos
Caso negativo		Caso positivo			

ANEXO N° 2
PRUEBA AUDIT - C

- 1) ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
 - a) Nunca
 - b) Una o menos veces al mes
 - c) Dos o cuatro veces al mes
 - d) Dos-tres veces/semana
 - e) Cuatro o mas veces a la semana

- 2) ¿Cuántas consumiciones (mostrar anexo 7) de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
 - a) Una o dos
 - b) Tres ó cuatro
 - c) Cinco o seis
 - d) Siete a nueve
 - e) Diez o más

- 3) ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?
 - a) Nunca
 - b) Menos de una vez al mes
 - c) Mensualmente
 - d) Semanalmente
 - e) A diario o casi a diario

El AUDIT-C se califica en una escala de 0 a 12 puntos (puntajes de 0 indican ningún uso de alcohol).

En hombres, una puntuación de 4 o más es considerada significativa (o "positiva"); en mujeres, se considera significativa una puntuación de 3 o más.

Un puntaje significativo ("positivo") indica que la persona está en riesgo elevado de consumo perjudicial o abusivo o dependencia del alcohol.



N. HUAMANI

GÉNERO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
MASCULINO				POSITIVO								
FEMENINO				POSITIVO								

**CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL
EN COMUNIDADES ALTOANDINAS**

ALAS PREGUNTAS TAL COMO ESTÁN ESCRITAS. CODIFIQUE EN TÉRMINOS DE (BEBIDA ESTÁNDAR). ANOTE LAS RESPUESTAS CUIDADOSAMENTE EN EL CUADRO DE LA DERECHA. [COMIENCE EL AUDIT DICENDO].

..Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de las bebidas y su manera de consumirla. En este último año, ¿qué es lo que toma (o brinda, bebe...) cuando se reúne con sus compañeros, amigos o en las fiestas? por ej., cerveza..... caña..... ltrago..... sidra..... licor..... chicha..... otros (especifique).... [usar ejemplos mencionados por el entrevistado en las preguntas sucesivas]

[CALCULAR LA BEBIDA ESTÁNDAR (BEB. ESTD).]

<p>1. Por lo general ¿cuántas veces tomas (...).....?</p> <p>(0) Nunca (pase a la pregunta 9 y 10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) 2, 3 o 4 veces por mes</p> <p>(3) 2 a 3 veces por semana</p> <p>(4) Todos los días, casi todos los días</p>	<p>6. En este último año, ¿cuántas veces después de haber tomado (...) mucho has curado la cabeza?</p> <p>(0) Nunca (pase a la pregunta 9 y 10)</p> <p>(1) Solo en las fiestas o compromisos (ver preg. #3)</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos los días, casi todos los días</p>
<p>2. A. ¿Cuántas [BEB. ESTD., MOSTRAR PÁNEl 6]..... tomas (...) en un día de fiesta o de compromiso?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7,8 o 9</p> <p>(4) 10 o más</p>	<p>7. En este último año, ¿cuántas veces le has sentido (como arrepentido o has tenido sentimientos de culpa) después de haber tomado (...)?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Solo en fiestas o compromisos (ver preg. #3)</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos los días, casi todos los días</p>
<p>2. B. ¿Cuántas [BEB. ESTD., MOSTRAR PÁNEl 6]..... tomas (...) en un día cualquiera?</p> <p>(0) 0 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7,8 o 9</p> <p>(4) 10 o más</p> <p>[USAR ESTE PUNTAJE EN PUNTAJE FINAL]</p>	<p>8. En este último año, ¿le ha ocurrido que después de haber tomado (...) (no recordaste lo que hiciste cuando estabas borracho)?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Solo en fiestas o compromisos</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos los días, casi todos los días</p>
<p>3. ¿Cuántas veces has tomado (...) 6 o más [BEB. ESTD] en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Solo en las fiestas o compromisos [CONFIRMAR QUE SEA EN PROMEDIO MENOS DE UNA VES AL MES]</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos los días, casi todos los días</p> <p>[PASE A LAS PREGUNTAS 9 Y 10 SI LA SUMA TOTAL DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3 = 0]</p>	<p>9. Cuando has tomado (...), ¿has tenido algún accidente, le has peleado o has pegado a alguien?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(2) Si, pero hace mucho (no en el último año)</p> <p>(4) Si, en este último año</p>
<p>4. En este último año, cuando has tomado (...) ¿has querido seguir tomando todo el día o no pudiste dejar de tomar (...)?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Solo en fiestas y compromisos</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos los días, casi todos los días</p>	<p>10. ¿Alguien (familia, amigos, vecinos, personal de salud o alguien del pueblo) le ha dicho que ya no tomes (...)?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(2) Si, pero hace mucho (no en el último año)</p> <p>(4) Si, en este último año</p>
<p>5. En este último año, ¿cuántas veces por haber tomado (...) no has cumplido con tu trabajo o con tus responsabilidades?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Solo en fiestas o compromisos</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos los días/casi todos los días</p>	<p>SUMAR LOS DIEZ ÍTEM Y ANOTAR LA PUNTUACIÓN FINAL AQUÍ:</p>

[SI LA PUNTUACIÓN TOTAL ES MAYOR QUE EL PUNTO DE CORTE RECOMENDADO, CONSULTE EL MANUAL DE USUARIO.]
* Las preguntas 2A y 2B son provisionales hasta tanto se complete la validación del cuestionario.

CARACTERÍSTICAS DEL TEST AUDIT

Consumo de Riesgo de Alcohol:

- 1.- Frecuencia
- 2.- Cantidad Típica
- 3.- Frecuencia de Consumo elevado

Síntomas de Dependencia:

4.- Pérdida de Control sobre el consumo

5.- Aumento de la Relevancia del consumo

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 9 y 10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>Consumo en el último año</p>	<p>6. ¿En el último año ha intentado reducir o dejar de beber?</p> <p>(0) Sí</p> <p>(1) No</p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de alcohol suele realizar en un día de consumo habitual?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8 o 9</p> <p>(4) 10 o más</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el último año ha sentido síntomas de intoxicación por alcohol?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el último año ha sentido síntomas de dependencia?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más copias de alcohol en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p>Pase a las preguntas 9 y 10 si es "0".</p>	<p>9. ¿Con qué frecuencia en el último año ha sentido síntomas de dependencia?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>Consumo en el pasado</p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el último año ha sido incapaz de parar de beber una vez ha empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Con qué frecuencia en el último año ha sentido síntomas de dependencia?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>11. ¿Con qué frecuencia en el último año ha sentido síntomas de dependencia?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el último año ha sentido síntomas de dependencia?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>12. ¿Con qué frecuencia en el último año ha sentido síntomas de dependencia?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>13. ¿Con qué frecuencia en el último año ha sentido síntomas de dependencia?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>

Si la puntuación total es mayor que el punto de corte establecido, consulte el Manual de usuario.

Síntomas de Dependencia:

6.- Consumo Matutino

Consumo Perjudicial de Alcohol:

7.- Sentimientos de Culpa tras el consumo

8.- olvidos

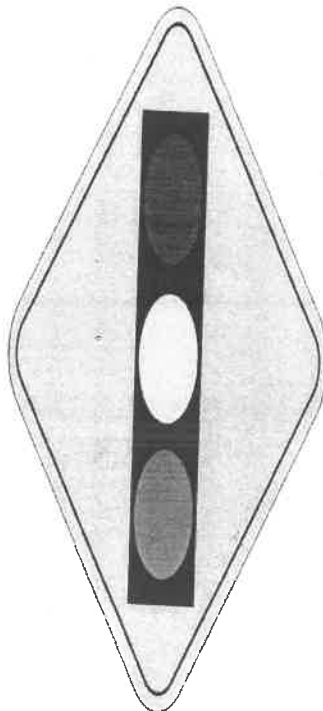
9.- Lesiones relacionadas con el alcohol

10.- Otros se preocupan por el consumo

Si, en la pregunta 1 es "0", pase a la pregunta 9 y 10. lo mismo en la pregunta 2 y 3 si es "0".

"Acortamiento"

ZONAS DE RIESGO, PUNTUACIÓN E INTERVENCIÓN



ZONA IV

ZONA III

ZONA II

ZONA I

TRATAMIENTO ESPECIALIZADO Y EVALUACIÓN PROFUNDA

20 O MÁS PUNTOS

INTERVENCIÓN BREVE Y ABORDAJE CONTINUO

16 A 19 PUNTOS

8 a 15 PUNTOS

EDUCACIÓN SOBRE EL ALCOHOL

0 a 7 PUNTOS

