

ANEXO N  
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 más veces a la semana
- 2) ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
  - a) Una o dos
  - b) Tres o cuatro
  - c) Cinco o seis
  - d) Siete a nueve
  - e) Diez o más
- 3) ¿Con qué frecuencia toma otras 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 indica un consumo significativo (o "positivo"); 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.

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

POSITIVO

POSITIVO



N. HUAMANI

**CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN PARA  
EN COMUNICACIÓN**

**USO POR CONSUMO DE ALCOHOL  
ORDINARIO**

RESALAS PREGUNTAS TAL COMO ESTÁN ESCRITAS. CODIFIQUE EN EL CUADRO DE LA DERECHA. (COMIENCE EL AUDIT DIC EN C).

BEBIDA ESTÁNDAR). ANOTE LAS RESPUESTAS CUIDADOSAMENTE

Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de las veces que toma (o brinda, bebe...) cuando se reúne con sus amigos (trago... sidra... licor... chicha... las preguntas sucesivas).

En este último año, ¿qué es lo que consume? En este último año, ¿qué es lo que consume? por ej. cerveza... caña...  
[Escriba ejemplos mencionados por el entrevistado en]

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

[Escriba aquí]

1. Por lo general ¿cuántas veces tomas (...) ?

- (0) Nunca (pase a la pregunta 9 y 10)
- (1) Una o menos veces al mes
- (2) 2, 3 o 4 veces por mes
- (3) 2 a 3 veces por semana
- (4) Todos los días, casi todos los días

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

En este año, ¿cuántas veces después de haber tomado (...) se siente la cabeza?

- (0) Nunca (pase a la pregunta 9 y 10)
- (1) Solo en las fiestas o compromisos [ver preg. #2]
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos los días, casi todos los días

2. A. ¿Cuántas [BEB. ESTD., MOSTRAR PANEL B]... tomas en un día de fiesta o de compromiso?

- (0) 1 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7, 8 o 9
- (4) 10 o más

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

En este año, ¿cuántas veces le has sentido (como arrepentido o malos sentimientos de culpa) después de haber tomado (...) ?

- (0) Nunca
- (1) Solo en fiestas o compromisos [ver preg. #3]
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos los días, casi todos los días

2. B. ¿Cuántas [BEB. ESTD., MOSTRAR PANEL B]... tomas en un día cualquiera?

- (0) 0 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7, 8 o 9
- (4) 10 o más

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

En este año, ¿le ha ocurrido que después de haber tomado (...) acordando lo que hiciste cuando estabas borracho?

- (0) Nunca
- (1) Solo en fiestas o compromisos
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos los días, casi todos los días

[USAR ESTE PUNTAJE EN PUNTAJE FINAL]

3. ¿Cuántas veces has tomado (...) 6 o más [BEB. ESTD.] en un solo día?

- (0) Nunca
- (1) Solo en las fiestas o compromisos [CONFIRMAR QUE SEA EN PROMEDIO MENOS DE UNA VES AL MES]
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos los días, casi todos los días

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

En este año, ¿has tenido algún accidente, le has dañado algo a alguien?

- (0) Nunca
- (1) Solo en fiestas o compromisos
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos los días, casi todos los días

[PASE A LAS PREGUNTAS 9 Y 10 SI LA SUMA TOTAL DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3 = 0]

4. En este último año, cuando has tomado (...) ¿has querido seguir tomando todo el día o no puedes dejar de tomar (...) ?

- (0) Nunca
- (1) Solo en fiestas y compromisos
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos los días, casi todos los días

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

En este año, ¿has tenido algún accidente, le has dañado algo a alguien?

- (0) Nunca
- (1) Solo en fiestas o compromisos
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos los días, casi todos los días

5. En este último año, ¿cuántas veces por haber tomado no has cumplido con tu trabajo o con tus responsabilidades?

- (0) Nunca
- (1) Solo en fiestas o compromisos
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos los días, casi todos los días

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

ESTIMACIÓN FINAL AQUÍ

[SI LA PUNTAJE TOTAL ES MAYOR QUE EL PUNTO DE RIESGO]

\* Las preguntas 2A y 2B son previas a la validación

MEJORADO. CONSULTE EL MANUAL DE USUARIO.  
E 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

### Consumo en el último año

### Síntomas de Dependencia:

6.- Consumo Matutino

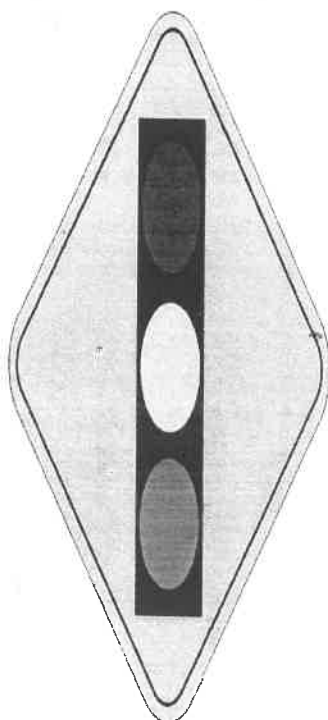
### Consumo Perjudicial de Alcohol:

- 7.- Sentimientos de Culpa tras el consumo
- 8.- olvidos
- 9.- Lesiones relacionadas con el alcohol
- 10.- Otros se preocupan por el consumo

### Consumo en el pasado

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

### TRATAMIENTO ESPECIALIZADO Y EVALUACIÓN PROFUNDA

20 O MÁS PUNTOS

ZONA III

### INTERVENCIÓN BREVE Y ABORDAJE CONTINUO

16 A 19 PUNTOS

ZONA II

8 a 15 PUNTOS

ZONA I

### EDUCACIÓN SOBRE EL ALCOHOL

0 a 7 PUNTOS

**GUÍA TÉCNICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA**

**Interpretación:**

	<i>Punto mínimo</i>	<i>Puntaje máximo</i>
<i>Tamizaje positivo</i>	≥15	24
<i>Tamizaje negativo</i>	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:**

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



### Anexo 3: Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS-15)

**GDS – 15:** La Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS) cuantifica síntomas depresivos en adultos mayores. Consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario. Se da un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo. Para diligenciar esta escala se necesitan cinco minutos, en promedio.

GDS-15			
Preguntas		Respuestas	
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?	SI	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	SI	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI	NO
6	¿Teme que algo malo le pase?	SI	NO
7	¿Se siente feliz muchas veces?	SI	NO
8	¿Se siente a menudo abandonado?	SI	NO
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	SI	NO
10	¿Cree tener más problemas de memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SI	NO
13	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14	¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO
Total=		Subtotal=	Subtotal=

Puntaje	0-4	5-8	9-11	12-15
Interpretación	Normal	Depresión leve	Depresión Moderada	Depresión severa
Caso negativo		Caso positivo		

## CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

1.	¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2.	¿Qué día de la semana?
3.	¿En qué lugar estamos? (2)
4.	¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5.	¿Cuántos años tiene?
6.	¿Dónde nació?
7.	¿Cuál es el nombre del presidente?
8.	¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9.	¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10.	Reste de tres en tres desde 29 (3)

(1) Día, mes y año

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores:	Resultados:
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

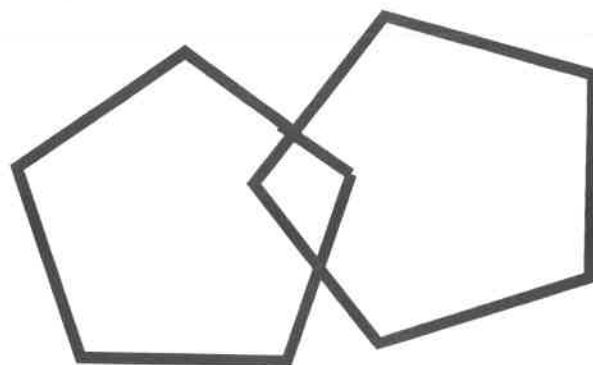
- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

## Anexo 2 Mini-Mental State Examination (MMSE) versión NORMACODERM

MINI -MENTAL STATE EXAMINATION																						
Nombre y Apellidos:																						
Fecha nacimiento:										Estudios:												
¿A qué edad finalizó los estudios?:										Sabe leer: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>												
Profesión:										Sabe escribir: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>												
I. ORIENTACIÓN TEMPORAL						II. FIJACION						V. LENGUAJE										
¿En qué año estamos ?						Nombrar 3 objetos,						Señalando el lápiz ¿Qué es esto?										
¿Qué día del mes es hoy?						a intervalos de 1 segundo						INC		0		COR		1				
¿En qué mes del año estamos?						BICICLETA, CUCHARA, MANZANA						Señalando el reloj ¿Qué es esto?										
RESPUESTA			REAL			Ahora dígalos usted						INC		0		COR		1				
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año							INC		GOR				0 1 2				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	BICICLETA	0		1		Quiero que repita lo siguiente:					
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	CUCHARA	0		1		"NI SÍ, NI NO, NI PEROS"					
2	2		2	2	2	2	2		2	2	2	MANZANA	0		1							
3	3		3	3	3	3	3		3	3	3		0		1 2 3		Haga lo que le voy a decir					
	4		4	4	4		4		4	4	4	Repetir los nombres hasta que los aprenda.							INC		COR	
	5		5	5	5		5		5	5	5						0		1			
	6		6	6	6		6		6	6	6						0		1			
	7		7	7	7		7		7	7	7	III. ATENCION Y CALCULO										
	8		8	8	8		8		8	8	8	Le voy a pedir que reste desde					dóblelo por la mitad		0		1	
	9		9	9	9		9		9	9	9	100 de 7 en 7										
¿Qué día de la semana es hoy?						RES		REAL		INC		COR		y déjelo en el suelo		0		1				
RESPUESTA								93		0		1										
L	M	X	J	V	S	D			86		0		1				0 1 2 3					
REAL								79		0		1		Haga lo que dice aquí:								
L	M	X	J	V	S	D			72		0		1		(mostrar atrás de esta hoja)							
¿En qué estación del año estamos?								65		0		1		"Cierre los ojos"								
RESPUESTA			REAL					0 1 2 3 4 5								0 1						

PRIMA		PRIMA		Deletree al revés la palabra				Escriba una frase que tenga			
VERANO		VERANO		MUNDO				sentido (atrás de esta hoja)			
OTOÑO		OTOÑO		RES	REAL	INC	COR				
INVIER		INVIER			O	0	1	Copie este dibujo (atrás de esta			
	0	1	2	3	4	5		D	0	1	hoja)
ORIENTACION ESPACIAL					N	0	1				
¿En qué país estamos?					U	0	1	Puntuación total			
INC	0	COR	1		M	0	1	0	1	2	3
¿En qué provincia estamos?					0	1	2	3	4	5	6
INC	0	COR	1	IV. MEMORIA				Puntuación máxima (30)			
¿En qué ciudad estamos?				Dígame el nombre de los tres				EDAD			
INC	0	COR	1	objetos que le nombré antes				E	≤ 50	51-75	>75
¿Dónde estamos ahora?								S	≤ 8	0	+1
INC	0	COR	1	BICICLETA				C	9-17	-1	0
¿En qué piso /planta estamos?				CUCHARA				O	>17	-2	-1
INC	0	COR	1	MANZANA				L			0
	0	1	2	3	4	5		0	1	2	3
								Puntuación			
								CORREGIDA			





# CIERRE LOS OJOS

