

4

Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz



HISTORIA CLÍNICA

H.C.Nº:

I. DATOS GENERALES

Ψ APELLIDO PATERNO: _____

Ψ APELLIDO MATERNO : _____

Ψ NOMBRES :

Ψ DNI: _____

Ψ EDAD : _____

Ψ SEXO: _____

Ψ FECHA DE NACIMIENTO : _____

Ψ ESTADO CIVIL: _____

Ψ GRADO DE INSTRUCCIÓN:_____

Ψ OCUPACIÓN: _____

Ψ RELIGIÓN :

Ψ LUGAR DE NACIMIENTO : _____

Ψ LUGAR DE PROCEOENCIA: _____

Ψ FAMILIA RESPONSABLE Y PARENTESCO :

Ψ DIRECCIÓN DOMICILIARIA: _____

Ψ TELÉFONO :

Ψ TIPO DE SEGURO :

Ψ LUGAR DE REFERENCIA : -----

Ψ DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA :-----

Ψ FECHA DE ATENCIÓN : -----

II. MOTIVO DE CONSULTA:

[illegible]



PERÚ

Ministerio
de Salud

Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz



EVOLUCIÓN MÉDICA / PSICOTERAPIA

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN FAMILIAR / VISITA DOMICILIARIA

FECHA:

HORA:This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Ministerio
de Salud

Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz



EVOLUCIÓN MÉDICA / PSICOTERAPIA

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL / INTERVENCIÓN FAMILIAR / VISITA DOMICILIARIA

FÉCHA:

HORA:

CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA NIÑOS - SRQ

Fecha: Entrevistador: N° H.C.

Nombre del paciente: Telf:

Fecha de Nacimiento: Edad:

Institución Educativa:

Sexo (M) (F) Dirección: Referencia

MOTIVO DE CONSULTA:

.....
.....

EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS A PRESENTADO:	SI	NO
1. Mal rendimiento académico *		
2. Aislamiento social *		
3. Dificultades familiares		
4. Sufre el niño frecuentes dolores de cabeza, trastornos intestinales		
5. Dificultades en la concentración *		
6. Conductas agresivas, irritabilidad marcada *		
7. Tristeza		
8. Pérdida de energía, se cansa con facilidad y el menor esfuerzo		
9. Pérdida de interés de las cosas, todo lo que antes le divertía ya no le llama la atención		
10. Desesperanza, la persona piensa que su vida no tiene futuro, que sus problemas no se van a solucionar nunca		
11. Lentitud en movimientos, siente que sus movimientos son más lentos que lo usual		
12. Atención del apetito (aumento o disminución)		
13. Alteraciones del sueño (insomnio)		
14. Pobre autoestima (un sentimiento de inferioridad que no corresponde a la realidad)		
15. Ideas y actos suicidas **		
16. Hiperactividad		

- Manifestaciones más comunes de la depresión en niños (*)
- Uno solo de estos síntomas sugiere la interconsulta con el especialista (**)

SRQ - 18

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS

FECHA: ENTREVISTADOR: N° H.C.

NOMBRE DEL PACIENTE: TELF:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: SEXO: (M) (F)

DIRECCIÓN: REFERENCIA:

MOTIVO DE CONSULTA:

.....

.....

EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS A PRESENTADO:	SI	NO
1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor en las manos?		
6. ¿Se siente nervioso o tenso?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿Es incapaz de pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora Ud. con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad de disfrutar de sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿su trabajo se a visto afectado?		
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Se siente aburrido?		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1-18 TOTAL		

DIAGNÓSTICO:



SRQ - 18

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS

EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS A PRESENTADO:	SI	NO
19. ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
20. ¿Es Ud. una persona mucho más importante de los que piensan los demás?		
21. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		
22. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
PUNTUACIÓN		
23. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas: con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		
PUNTUACIÓN		
24. ¿Algunas veces le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado?		
25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?		
26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?		
27. ¿Ha estado en riña o lo han detenido estando borracho?		
28. ¿Le ha parecido alguna vez a Ud. que bebía demasiado?		
PUNTUACIÓN		

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN:

El cuestionario tiene partes:

Ψ Las **PRIMERAS 18** preguntas se refieren a trastorno leve o de moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansioso y otros, **9 o más respuestas positivas** en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental y por lo tanto se le considera un “caso” y probablemente **depresión y/o ansiedad**.

Ψ **LAS PREGUNTAS 19 AL 22** son indicativas de un trastorno psicótico: **una sola respuesta positiva entre estas 4 determina un “caso”**.

Ψ La respuesta positiva a la **PREGUNTA 23** indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Ψ **LAS PREGUNTAS 24 AL 28** indican problemas relacionados con el consumo de alcohol; la respuesta positiva a **una sola de ella, determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo**.

FICHA DE TAMIZAJE - VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

RED: _____ Establecimiento: _____ FECHA: _____
 Emergencia ☐ Pediatría ☐ Ginecología ☐ Obstetricia ☐ CRED ☐ Medicina ☐ P.F. ☐ Otros ☐
 Nombre y Apellido del usuario: _____
 EDAD: _____ SEXO ☐ Masculino ☐ Femenino
 Dirección: _____ Referencia: _____

LEA AL PACIENTE

Debido a que la violencia es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente está en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas.

PREGUNTE

SI ES ADULTO (A):

¿Alguna vez algún miembro de su familia, le insulta, le golpea, le chantajea, o le obliga a tener relaciones sexuales?

☐ SI ☐ No

¿Quién? _____

¿Desde cuándo? _____

¿Cuándo fue la última vez? _____

SI ES PADRE O MADRE DE FAMILIA:

¿Su hijo es muy desobediente?

SI NO ¿Quién? _____

☐ ☐ ¿Desde cuándo? _____

¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?

☐ ☐ ¿Cuándo fue la última vez? _____

Marque con aspa (x) todos los indicadores de maltrato que observe

En todos los casos: niña(o), adolescentes, adulto(s), ancianas (o)

FÍSICO

- Hematomas y contusiones inexplicables.
- Cicatrices y quemaduras.
- Fracturas inexplicables.
- Marca de Mordeduras.
- Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.
- Laceraciones en la boca, mejilla, ojos, etc.
- Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupciones de sueño)
- Enuresis (Niños)

PSICOLÓGICO

- Extrema falta de confianza en sí mismo
- Tristeza, depresión o angustia.
- Retraimiento
- Llanto frecuente.

- Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
- Demandas excesivas de atención.
- Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
- Tartamudeo.
- Temor a los padres o de llegar al hogar.
- Robo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad.
- Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.
- Bajo rendimiento académico.
- Aislamiento de personas.
- Intento de Suicidio.
- Uso alcohol, Drogas.
- Tranquilizantes o analgésicos.

SEXUALES

- Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños).
- Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital
- Embarazo precoz.
- Abortos o amenaza de enfermedad de transmisión sexual.

NEGLIGENCIA

- Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
- No vacunas o atención de salud.
- Accidente o enfermedad muy frecuente.
- Descuido de higiene y aliño, falta de estimulación del desarrollo
- Fatiga, sueño, hambre.

DERIVADO POR: _____ FIRMA: _____
 NOMBRE DEL PERSONAL QUE ATENDIÓ EL CASO: _____



AUDIT

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ H.C. _____ FECHA: _____

EDAD: _____ SEXO: (M)(F) DIRECCIÓN: _____ TELF: _____ EVALUADOR: _____

Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de alcohol. Lea cuidadosamente las preguntas, elija la opción que más se acerque y marque la columna correspondiente con una "X". Conteste de acuerdo a lo sucedido en los últimos doce meses.

CALIFICACIÓN		0	1	2	3	4
PREGUNTAS						
1. En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia ingirió bebidas alcohólicas?	Nunca	Una vez al mes o menos	2 ó 4 veces al mes	2 ó 3 veces por semana	4 ó más veces por semana	
2. En los últimos doce meses, ¿cuántas copas tomó en un día típico de los que bebe?	Nunca	1 ó 2	3 ó 4	5 a 9	10 ó más	
3. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente tomó 6 o más copas en la misma ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario	
4. En los últimos doce meses, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que empezó?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario	
5. En los últimos doce meses, ¿que tan frecuente dejó de hacer algo que debía hacer por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario	
6. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente bebió a la mañana siguiente después de beber en exceso el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario	
7. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario	
8. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente olvidó algo de lo que pasó cuando bebió?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario	
9. En los últimos doce meses, ¿se lastimó o alguien resulto lastimado cuando bebió?	No		Sí, pero no en el, último año			
10. En los últimos doce meses, ¿algún amigo, familiar o doctor se preocupó por su forma de beber o le sugirió que le bajara?	No		Sí, pero no en el, último año			

Calificación total:

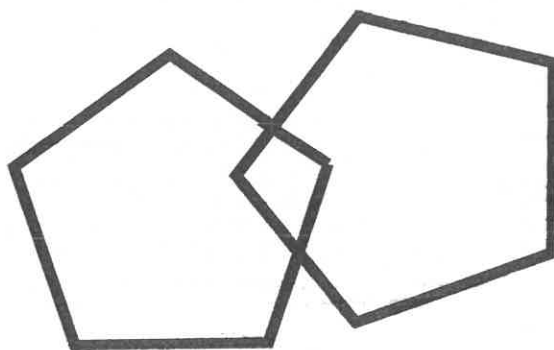
- 0 a 7 Abstemio o consumo de bajo riesgo
- 8 a 15 Consumo de alto riesgo
- 16 a 19 Consumo perjudicial
- 20 a 40 Probable dependencia

7

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

MINI -MENTAL STATE EXAMINATION																											
Nombre y Apellidos:																											
Fecha nacimiento:												Estudios:															
¿A que 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 0 COR 1				0 1 2									
0	0	0	0	0	0	BICICLETA								0 1				Quiero que repita lo siguiente:									
1	1	1	1	1	1	CUCHARA								0 1				"NI SÍ, NI NO, NI PEROS"									
2	2	2	2	2	2	MANZANA								0 1				0 1									
3	3	3	3	3	3									0 1 2 3				Haga lo que le voy a decir									
4	4	4	4	4	4	Repetir los nombres hasta que								INC COR													
5	5	5	5	5	5	los aprenda.												Coja este papel con la mano derecha,									
6	6	6	6	6	6													0 1									
7	7	7	7	7	7	III. ATENCION Y CALCULO																					
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	100 de 7 en 7																					
¿Qué día de la semana es hoy?												RES				REAL				INC COR				y déjelo en el suelo			
RESPUESTA																93				0 1				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	PUNTUACION TOTAL												
INC	0	COR	1		M	0	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
¿En qué provincia estamos?					0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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?					INC	COR	S	≤ 8	0	+1	+2									
INC	0	COR	1	BICICLETA	0	1	C	9-17	-1	0	+1									
¿En qué piso /planta estamos?				CUCHARA	0	1	O	>17	-2	-1	0									
INC	0	COR	1	MANZANA	0	1	L	PUNTUACION												
	0	1	2	3	4	5		0	1	2	3	CORREGIDA								



CIERRE LOS OJOS

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

El MMSE por sí sólo no da ningún diagnóstico, y aunque es una herramienta útil a la hora de valorar a un paciente con problemas de memoria, el diagnóstico de DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL) O DEMENCIA se hace complementándolo con una buena historia clínica además de una correcta exploración física y la realización de pruebas complementarias. Aun así, en algunas ocasiones es necesario un control evolutivo del paciente para dar un diagnóstico concreto.

CONSIDERACIONES PREVIAS A LA REALIZACIÓN DEL TEST:

Respecto al paciente, conviene recordar que aquellos que sean analfabetos o con graves déficits sensoriales como sordera, ceguera etc., serán excluidos del ensayo, puesto que en estos casos el resultado final puede inducir a error por un llamado "falso positivo" (se puede incluir los llamados analfabetos funcionales, que son los que saben leer y escribir de forma sencilla aunque no hayan estado escolarizados).

El examinador debe ser una persona entrenada al respecto, por lo que se recomienda que además de leer estas sencillas instrucciones, se practique la realización del test con familiares y amigos, y así obtener el grado de experiencia necesario.

El lugar de la aplicación debe ser tranquilo, fuera de estímulos externos que distraigan al paciente y bajen su rendimiento.

Es recomendable que el paciente venga acompañado por un familiar para darle mas tranquilidad, pero intentaremos que, a la hora de realizar el test, quede en un segundo plano para que no interfiera en las respuestas (muchas veces el cónyuge responde a la pregunta tras increpar al encuestado).

LA APLICACIÓN DEL TEST:

Es preceptivo a la hora de iniciar el test comenzar recogiendo los datos del paciente, así como su grado de escolarización y trabajo que realizaron antes de jubilarse (año en que iniciaron el colegio y año de finalización, aproximadamente). Esto además, ayudará a crear un grado de confianza con el paciente y facilitará su colaboración.

Si analizamos el MMSE, vemos que consta de 5 apartados: (1º) Orientación, (2º) Fijación, (3º) Cálculo y atención, (4º) Memoria y (5º) Lenguaje y praxis.

A la hora de realizarlo no debemos interrumpirlo sobre todo la secuencia fijación, cálculo y atención y memoria. Entre el 1º y 2º, y entre el 4º y 5º podemos hacer una breve pausa si el paciente se cansa o está muy nervioso, intentando tranquilizarle y decirle que no es ningún examen.

7

ORIENTACIÓN:

ORIENTACIÓN	
¿En qué año estamos?	0 1
¿En qué estación del año estamos?	0 1
¿Qué día del mes es hoy?	0 1
¿Qué día de la semana es hoy?	0 1
¿En qué mes del año estamos?	0 1
¿En qué país estamos?	0 1
¿En qué provincia estamos?	0 1
¿En qué ciudad estamos?	0 1
¿Dónde estamos en este momento?	0 1
¿En qué piso/planta estamos?	0 1

De las 10 preguntas 5 hacen referencia a orientación temporal y 5 a la espacial. No debemos dar pistas y si el paciente falla, tras los 2 segundos de silencio que le otorgaremos para que rectifique, pondremos "cara de póker" y haremos como si nada hubiese pasado, formulando la siguiente pregunta.

Una vez concluidas las 10 preguntas pasaremos al siguiente bloque.

FIJACIÓN:

FIJACIÓN	
Nombrar 3 objetos a intervalos de 1 s: bicicleta, cuchara, manzana.	0 1 2 3
Dar 1 punto por cada respuesta correcta y repetir los nombres hasta que los aprenda.	

Se le dice al paciente que le vamos a decir tres palabras, y que debe prestar atención porque luego nos las tiene que repetir. Se le dicen en voz alta y a intervalos de 1 segundo. Sólo contabilizaremos las que repita en el primer intento (no importa el orden). Con posterioridad si observamos que ha fallado al repetirlas, las repetiremos tantas veces sea necesario hasta conseguir que las aprenda y nos las repita correctamente. Finalizaremos este apartado pidiéndole que las recuerde ya que luego se las volveremos a preguntar.

CÁLCULO Y ATENCIÓN:

ATENCIÓN Y CÁLCULO	
A. Series de 7. Restar desde 100 de 7 en 7. Parar después de 5 respuestas.	
B. Deletrear al revés la palabra MUNDO.	
(Puntuar la mejor de las dos opciones.)	0 1 2 3 4 5

En este apartado existe 2 posibilidades, A y B:

A: Se realizará esta en primer lugar, pidiéndole al encuestado que vaya restando 7 a 100 de forma consecutiva hasta 5 veces (93 → 86 → 79 → 72 → 65). Si el paciente se equivoca, (tras la pausa de silencio de 2 segundos para que rectifique), volveremos a poner cara de póker y le pediremos que reste 7 a la última cifra que nos haya dicho, aunque sea incorrecta, y seguiremos restando hasta completar las 5 restas, anotando sólo aquellas que haya hecho bien.

B: La segunda posibilidad es deletrear la palabra MUNDO al revés, y la usaremos en el caso de que el paciente tenga problemas para restar por el bajo nivel cultural. Le diremos que debe deletrear la palabra MUNDO al revés empezando por la última letra.

Se puntuará la mejor de las dos opciones (A o B).

(En España no existe la costumbre de deletrear que hay en los países anglosajones, por lo que a veces este apartado les resulta más difícil que la resta).

MEMORIA:

En este apartado se valora la memoria reciente (antes habíamos valorado la inmediata), por lo que tras el apartado 3 que nos ha servido de maniobra de distracción se le pregunta por las tres palabras que se le dijeron antes (sólo tienen una oportunidad), sin pistas ni ayuda.

MEMORIA

Preguntar los nombres de los tres objetos (bicicleta, cuchara, manzana).
Dar 1 punto por cada respuesta correcta.

0 1 2 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:

LENGUAJE Y PRAXIS CONSTRUCTIVA

Señalar un lápiz y un reloj. Hacer que el paciente los denomine.
Dar 1 punto por cada respuesta correcta.

0 1 2

Hacer que el paciente repita: NI SÍ, NI NO, NI PEROS.

0 1

Hacer que el paciente siga tres órdenes:
COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO.
POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO

Dar 1 punto por cada sección de la orden hecha correctamente.

0 1 2 3

El paciente tiene que leer y hacer lo siguiente: CIERRE LOS OJOS.

0 1

Hacer que el paciente escriba una frase (sujeto, verbo y objeto).
No puntuar las faltas de ortografía.

0 1

Hacer copiar el dibujo (dos pentágonos en intersección).

0 1

En primer lugar les señalaremos los objetos (lápiz o bolígrafo y reloj) y le pediremos que nos diga lo que son (el nombre, no para que sirven). Si el bolígrafo o el lápiz tienen una forma extraña daremos por válida cualquier respuesta de las dos.

En segundo lugar solicitaremos que nos repita la frase, exigiéndole la máxima atención porque sólo la diremos una vez y no la repetiremos. Debe decirla de forma correcta.

En tercer lugar está la secuencia de tres órdenes que debe realizar, y para ello debe prestar atención a lo que le diremos.

- Una vez planteadas las acciones, se le pregunta si lo ha entendido y si dice que sí se le insta a hacerlo, (pudiendo repetir una vez si tiene dudas).
- Si dejamos el papel algo lejos de su alcance observaremos mejor si realiza bien o mal la 1ª orden.
- Si se bloquea y nos pregunta durante el proceso le decimos que no nos acordamos y por supuesto no le damos pistas.
- Un punto por cada acción realizada de forma correcta.

7

En cuarto lugar le pedimos que lea lo que le vamos a enseñar y que lo haga (un punto si cierra los ojos. Si insiste en que le demos papel y boli para escribirlo, no vale).

En quinto lugar debe escribir una frase (se les puede decir que pongan algo que tenga sentido cuando lo lea). Puntúa correcto si tienen sujeto, verbo y predicado. No tendremos en cuenta la caligrafía, ni las faltas de ortografía.

En último lugar le pediremos que copie el dibujo. Puntúa si son dos pentágonos que se cruzan en dos puntos, no importa si los ángulos no son iguales, aunque sí es necesario que los pentágonos no queden abiertos por alguna esquina (se permiten pequeños errores casi imperceptibles, y también si tiembla y las líneas no son rectas del todo).

Con todo ello habremos llegado al final del test y deberemos hacer la corrección por edad y nivel cultural. Tras revisar el MMSE se llega al siguiente acuerdo:

	≤ 75 AÑOS	> 75 AÑOS
ESCOLARIDAD ≤ 8	+ 1	+ 2
ESCOLARIDAD 9 - 17	0	+1
ESCOLARIDAD > 17	-1	0

La escolaridad hace referencia a la edad en que finalizó los estudios, no a los años que fue al colegio. A grandes rasgos en el primer grupo estarían los que no han terminado los estudios primarios, en el segundo grupo los que sí los han terminado y los que realizaron bachiller, y en el tercero los que realizaron el bachiller superior o carrera.

Los pacientes con depresión y ansiedad suelen puntuar bajo en este tipo de test por la alteración de la atención y la concentración, sin ser indicativo de DCL o demencia (es característica la respuesta de "no se, no se" a preguntas sencillas de orientación o cálculo, y que acaban por realizar si se insiste en que presten atención y hagan un esfuerzo).



8



FICHA DE VISITA DOMICILIARIA

Nº DE HCL:.....

Paciente : N () C () R ()

Fecha :

I.- DATOS PERSONALES			
Apellidos y nombres de Usuario:			
Edad:	Nº de DNI:	Estado Civil:	Teléfono:
Dirección actual:			
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA PERSONA ENTREVISTADA:			
Edad:	DNI:	Lugar de Procedencia:	
Parentesco		Teléfono:	
Grado de Instrucción:			
II.- MOTIVO DE LA VISITA:			

III.- EJECUCIÓN DE LA VISITA: CARACTERÍSTICAS DEL BARRIO PERCIBIDO DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA VISITA

III.- EJECUCIÓN DE LA VISITA: CARACTERÍSTICAS DEL BARRIO PERCIBIDO DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA VISITA	
Como se llega a la vivienda	caminando menos de 15 minutos () caminando más de 15 minutos () con vehículo () modalidad mista ()
Riesgo percibido en el territorio:	Delincuencia () Consumo de Alcohol () Consumo de drogas () Sector solitario () Poca iluminación () Presencia de perros () Presencia de basurales ()
Factores protectores en el territorio:	Parques () Juegos infantiles () Campo deportivo () Plazas () Otros factores protectores:

IV.- EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES MATERIALES DE LA VIVIENDA FAMILIAR Y EL ENTORNO

V.- EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES MATERIALES DE LA VIVIENDA FAMILIAR Y EL ENTORNO										
Situación de Tenencia		Propia () Alquilada () Familiar () Cedida o Donada () Otros.								
Conservación de la vivienda		Buena () Mala () Regular ()			Material de la vivienda		Noble () Mixto () Rustico ()			
		OBSERVACIONES								
Servicios Básicos dentro del hogar		Agua potable	Si	No	Desagüe Red	Si	No	Luz electrica	Si	No
Servicios Básicos fuera del hogar		Pozo negro/ letrina	Si	No	Presencia de aguas grises	Si	No	Pileta común	Si	No
Contaminación intradomiciliaria		Problema de ventilación		Si	No	Contaminación estufa/tabaco			Si	No
		Humedad		Si	No	Aseo y orden deficiente			Si	No
		Acopio de basuras y/o desechos		Si	No	Tenecia irresponsable de mascotas			Si	No
Condiciones de hacinamiento		Nº de dormitorios:.....		Nº de personas:.....		Niños/adolescentes compartes cama:				

V.- EVALUACIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR

Tipo de familia	Nuclear () Monoparental () Extensa () Reconstituida () Ensamblada () Otro:.....
Comunicación	Funcional () Disfuncional () Porque:.....
Frecuencia conflictos	Frecuente () Poco frecuente () Muy frecuente () Nunca () Porque:.....

VI.- DIAGNOSTICO SOCIAL

[illegible]

VII.- PLAN DE ACCIÓN

VII.- PLAN DE ACCION

PERSONA ENTREVISTADA
DNI N°:.....

TRABAJADORA SOCIAL

H.C. N°

V. RESULTADOS DE LA VISITA:



VI. ACCIONES A REALIZAR:

VII. CROQUIS:

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES - NIÑOS DE 8 - 11 Años

Nombres y Apellidos:	Edad:	Sexo (F) (M)
Institución Educativa:	Grado:	
Domicilio:	Fecha:	

INSTRUCCIONES: A continuación encontrarás una lista de habilidades utilizadas en la vida diaria por los niños. Al lado de cada habilidad, encontraras 5 casilleros, marca tu respuesta con una X en el que consideres conveniente, para esto ten en cuenta los siguientes criterios.

N	NUNCA
CN	CASI NUNCA
AV	A VECES
CS	CASI SIEMPRE
S	SIEMPRE

RECUERDA: Responde con sinceridad, no hay respuestas buenas ni malas, ah! Y asegúrate de contestar todas.

HABILIDAD		N	CN	AV	CS	S
1.	Cuando les hablo a mis amigos y amigas. me comprenden con facilidad.					
2.	Cuando converso con alguien le miro a los ojos.					
3.	Escucho atentamente a quien me está hablando.					
4.	En clase cuando no atiendo el mensaje del profesor, pregunto para aclarar mis dudas					
5.	Cuando un compañero me insulta o se burla de mí, le digo como me siento por lo que me dice.					
6.	Cuando alguien coge mis cosas sin permiso lo primero que hago es pedirle que me lo devuelva.					
7.	Si algún compañero me amenaza le informo al profesor.					
8.	Si tengo dificultad para resolver una tarea pido ayuda a mis familiares o amigos.					
9.	Le ofrezco disculpas a mis padres cuando me doy cuenta que me he portado mal					
10.	Acostumbro ofrecer disculpas cuando me hacen notar que he ofendido.					
11.	Me doy cuenta cuando me siento alegre, triste, con miedo o con cólera.					
12.	Cuando estoy triste me doy cuenta que no tengo ganas de jugar.					
13.	Si mi amigo o amiga se encuentra triste le pregunto si lo puedo ayudar.					
14.	Cuando mis amigas o amigos están alegres también me siento contento.					
15.	Me siento contento por las cosas buenas que hago.					
16.	Aun cuando me equivoque en una tarea escolar, pienso que en otra oportunidad puedo mejorar.					
17.	Si me saco buena nota por mi propio esfuerzo pienso: "soy un buen estudiante".					
18.	Luego de cumplir mis tareas me premio (entro al internet, veo televisión, me compro un dulce, etc.)					
19.	Reconozco las cosas que me dan mucha cólera.					
20.	Si alguien me fastidia le digo que me molesta y que deje de hacerlo.					
21.	Cuando alguien me molesta pienso: "No vale la pena hacerles caso".					

HABILIDAD	N	CN	AV	CS	S
22. Cuando estoy muy molesto acostumbro a contar hasta 5 para calmarme.					
23. Si me buscan para pelear, pienso en las consecuencias que se darían si lo hago.					
24. Pienso que las personas que insultan y golpean a los demás al final se quedan sin amigos.					
25. Cuando estoy molesto tomo aire y la expulso lentamente para poder calmarme.					
26. Practico ejercicios para poderme calmar cuando estoy molesto.					
27. Si alguien no está de acuerdo conmigo es importante escuchar sus razones.					
28. Si no me pongo de acuerdo con un amigo busco la solución.					
29. A pesar de que tenga miedo de salir a la pizarra, salgo al frente.					
30. Puedo dormir solo sin sentir temor.					
31. Si desapruébo en un examen, sigo estudiando para aumentar mi nota.					
32. Pienso: "No soy perfecto(a) algunas veces me puedo equivocar".					
33. Si un compañero o compañera de clase me dice para escaparnos, le respondo que no quiero hacerlo.					
34. Si mis amigos o amigas me presionan para esconder los útiles de un compañero o compañera no le hago caso.					
35. Si mis amigos o amigas se ríen de mi cuando salgo a la pizarra yo no les hago caso.					
36. Aceptaría participar en una actuación en mi colegio.					
37. Si una persona me trata mal, se lo digo a un adulto (policía, profesor, etc).					
38. Rechazo hacer cosas que ponen en peligro mi salud (arreglar enchufes, hervir agua, planchar, cambiar el gas, etc.)					
39. Si una persona toca mi cuerpo (nalgas, genitales, pechos) me defiende y le comunico a mi papá, mamá, profesor, otro familiar.					
40. Boto las cáscaras de fruta y las envolturas de galletas en el tacho de basura.					
41. Tiendo mi cama y ordeno mi cuarto.					
42. Dejo de jugar y me pongo a estudiar cuando mis padres me recuerdan que tengo examen.					

¡GRACIAS POR TU VALIOSA COLABORACIÓN!

CALIFICACIÓN:

ÁREA	ITEMS	PUNTAJE	NIVEL
COMUNICACIÓN	ítems del 1 al 10		
SENTIMIENTOS	ítems del 11 al 18		
AGRESIÓN	ítems del 19 al 28		
ESTRÉS	ítems del 29 al 36		
DERECHOS Y OBLIGACIONES	ítems del 37 al 42		
PUNTAJE GENERAL			

RECOMENDACIÓN: _____

11 39

FICHA MULTISECTORIAL VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA DE VIOLENCIA FAMILIAR

1 DATOS DE LA NOTIFICACIÓN:

1.1 Fecha Registro de Ficha : día mes año

1.2 Evaluación anterior : SI NO

MINSA
PNP
DEFENSOR
COMMUNICI

1.3 INSTITUCION NOTIFICANTE:

ESSALUD
C.E.MUJER
M. EDUC.
M. PUBLICO

PODER. JUD.
SANIDAD
ONG
OTROS

1.3.1 Especifique otros:

1.4 Lugar digitación:

DIRESA

RED

MICRORED

ESTABLECIMIENTO

2 DATOS DEL (A) AGREDIDO (A):

2.1 Nombres y Apellidos del (a) Agredido (a):

2.2 Documento de Identidad

2.3 Departamento de Residencia en el ultimo año

2.4 Edad 2.5 Tipo edad Años | Meses | Dias

2.6 Sexo: Hombre Mujer

2.6.1 En caso de Ser mujer:
¿Se encuentra Gestando?

SI NO

2.7 Estado Civil

Soltero(a)

Casado(a)

Conviviente

Separado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Exconyugue

Ex-conviviente

2.8 Grado de Instrucción

iletrada

Primaria
Completo

Primaria
Incompleto

Secundaria
Completo

Secundaria
Incompleto

Superior
Completo

Superior
Incompleto

2.9 Ocupación

Tiene Empleo remunerado? SI NO

Cual es su ocupación

2.10 Dirección

Departamento Provincia Distrito Localidad Domicilio

3 DATOS DEL (A) AGRESOR (A):

3.1 Nombres y Apellidos del (a) Agredido (a):

3.2 Edad años

3.5 Sexo: Masculino Femenino

3.4 Vinculo con la Víctima

Esposo(a)

Conviviente

Hijo(a)

Padre

Madre

Exconyugue

Ex-conviviente

Otro especifique otro

3.5 Grado de Instrucción

iletrada

Primaria
Completo

Primaria
Incompleto

Secundaria
Completo

Secundaria
Incompleto

Superior
Completo

Superior
Incompleto

3.6 Ocupación

Tiene Empleo remunerado? SI NO

Cual es su ocupación

4 DATOS DEL (A) AGRESOR (A):

4.1 Ubicación geográfica de la agresión:

Departamento Provincia Distrito

4.2 Fecha de agresión: día mes año

4.3 Estado del Agresor:

Ecuanime

Efecto de Drogas

Efecto de Alcohol

Otros

4.4 Tipo de Violencia (CIEIX)

T74.1 Fisica

T74.3 Psicologica

T74.2 Violencia Sexual

T74.0 Abandono

4.5 Medio Utilizado : Según tipo de violencia

Fisica: Propio Cuerpo

Arma blanca

Arma de fuego

Objeto contundente

Otros

Psicologica: Indiferencia

Maltrato Verbal

Amenazas

Otros

Violencia Sexual: Acoso Sexual

Violacion

Sedución

Otros

4.6 Motivo Expresado :

Familiares

Celos

Economicos

Laborales

Sin Motivo

Otros

Especificar Otros

4.7 Frecuencia

Primera vez que es agredido(a) SI NO

Desde Cuando Sufre Violencia

Durante la semana cuantas veces fue agredido(a)

1 2 3 4 5 6 7 veces

Durante el ultimo mes cuantas veces fue agredid(a)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mas veces

4.8 Lugar de Agresión

Calle

Casa

Centro de Trabajo

Otros

4.9 Hora de la Agresión

24h

a.m.

p.m.

4.10 Defunción por violencia familiar

SI

NO

5 MEDIDAS TOMADAS

Atención Medica

Atención Psicológica

Denuncia Fiscal

Asistencia Social

Denuncia Policial

Otros

Especifique

6 SEGUIMIENTO

6.1 Fue Derivado

SI

NO

6.2 Donde? Ministerio de Salud

Policia

ONG

Ministerio Publico

Médico Legal

DEMUNA

Otros

Especifique

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL DE PERSONAS CON INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA

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 más 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 o cuatro
 - c) Cinco o seis
 - d) Siete a nueve
 - e) Diez o más

- 3) ¿Con qué frecuencia toma 6 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 de alcohol.

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



N. HUAMANI

ANEXO N°3

CUESTIONARIO DE ESTRÉS PARENTAL

Este documento puede ser revocado, en el momento que el paciente lo considere necesario.

INSTRUCCIONES: Al contestar el siguiente cuestionario piense en lo que más le preocupa de su hijo(a). En cada una de las oraciones siguientes le pedimos que indique, por favor, rodeando con un círculo, la respuesta que mejor describa lo que siente. Si encuentra que una respuesta no describe con exactitud sus sentimientos, señale la que más se acerca a ellos. **DEBE RESPONDER DE ACUERDO CON LA PRIMERA REACCIÓN QUE TENGA DESPUES DE LEER CADA ORACIÓN.**

	MA	A	NS	D	MD
	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	Desacuerdo	Muy desacuerdo
1 Siento que dejo más cosas de mi vida de lo que pensé para satisfacer las necesidades de mi hijo(a).					
2 Me siento atrapado por mis responsabilidades como madre - padre.					
3 Desde que he tenido este hijo(a), he sido incapaz de hacer cosas nuevas.					
4 Desde que he tenido a este hijo(a), siento que he dejado de hacer cosas que me gustan.					
5 Tener un hijo(a) me ha causado más problemas de los que esperaba en mis relaciones con otras personas.					
6 Antes de tener a mi hijo(a) estaba más interesado(a) por la gente.					
7 Antes de tener mi hijo(a) disfrutaba más de las cosas.					
8 Siento que mi hijo(a) quiere estar lejos de mí.					
9 Mi hijo(a) me sonríe menos de lo que yo esperaba.					
10 Me parece que el ritmo de aprendizaje de mi hijo(a) es más lento que el de otros niños.					
11 Me parece que mi hijo(a) sonríe menos que los otros niños.					
12 Mi hijo(a) hace menos cosas que las que yo esperaba.					
13 A mi hijo(a) le resultaba difícil acostumbrarse a situaciones nuevas.					
14 Mi hijo(a) parece llorar más a menudo que la mayoría de los niños.					
15 Mi hijo(a) se despierta de mal humor.					
16 Siento que mi hijo(a) se enoja con facilidad.					
17 Mi hijo(a) hace cosas que me molestan mucho.					
18 Mi hijo(a) reacciona mal cuando sucede algo que le desagrada.					
19 Mi hijo(a) se molesta fácilmente por las cosas más insignificantes.					
20 Marque una sola opción: He observado que lograr que mi hijo(a) me obedezca es: 1. Mucho más difícil de lo que imaginaba. 2. Algo más difícil de lo que me imaginaba. 3. Como esperaba. 4. Algo menos difícil de lo que esperaba. 5. Mucho más fácil de lo que esperaba					
21 Escriba en las líneas punteadas, y luego cuente, el número de cosas que le molesta que haga su hijo(a) demasiado movido, llora, interrumpe, pelea, etc. Luego marque en la columna de la derecha el número que indica el conjunto de cosas que haya contado. -----	10	8-9	6-7	4-5	1-3
22 Las cosas que hace mi hijo(a) me fastidian mucho.					
23 Mi hijo(a) se ha convertido en un problema mayor de lo que yo esperaba.					
24 Mi hijo me demanda más de lo que exigen la mayoría de niños.					

14 ✓

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 6: Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R, Versión peruana)

Por favor, responda las siguientes preguntas acerca de su niño o niña. Considere la forma en la que su niño o niña se comporta habitualmente. Si Ud. ha visto a su niño o niña realizar la conducta pocas veces, pero no es lo que él o ella habitualmente hace, entonces marque la respuesta "NO". Por favor, encierre en un círculo SI o NO en cada pregunta. Muchas gracias.

1	Si Ud. señala algo que está del otro lado de la habitación, ¿su hijo(a) mira hacia lo que acaba de señalar? (POR EJEMPLO: si Ud. señala un juguete o animal, ¿su hijo o hija mira al juguete o animal?)	SI	NO
2	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo(a) es sordo(a)?	SI	NO
3	¿Su hijo(a) realiza juegos de imaginación o imitación? (POR EJEMPLO: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o a un peluche?)	SI	NO
4	¿A su hijo(a) le gusta treparse o subirse a las cosas? (POR EJEMPLO: juegos del parque como toboganes o 'subibajas', muebles o escaleras)	SI	NO
5	¿Su hijo(a) hace movimientos extraños con los dedos de las manos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO: ¿mueve o agita los dedos de la mano cerca de sus ojos de manera extraña?)	SI	NO
6	¿Su hijo(a) señala o indica con el dedo cuando quiere pedir algo o buscar ayuda? (POR EJEMPLO: señala algún alimento o juguete que está fuera de su alcance)	SI	NO
7	¿Su hijo(a) señala o indica con el 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) muestra interés por otros niños? (POR EJEMPLO: ¿mira a otros niños, les sonríe o se acerca a ellos?)	SI	NO
9	¿Su hijo(a) le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que Ud. las vea, no para pedir ayuda, sino solamente para compartirlas con Ud.? (POR EJEMPLO: ¿le muestra una flor, un peluche o un carrito?)	SI	NO
10	¿Su hijo(a) responde cuando Ud. lo llama por su nombre? (POR EJEMPLO: ¿su hijo(a) le mira, habla o balbucea o deja de hacer lo que está haciendo para mirarlo cuando Ud. lo llama por su nombre?)	SI	NO
11	¿Cuándo Ud. le sonríe a su hijo(a), él o ella también le sonríe?	SI	NO
12	¿A su hijo(a) le molestan mucho los ruidos comunes? (POR EJEMPLO: ¿su hijo(a) grita, llora o se desespera cuando escucha una aspiradora, una licuadora, una moto, la radio, música fuerte u otro ruido común?)	SI	NO
13	¿Su hijo(a) camina solo o sola, sin apoyo?	SI	NO
14	¿Su hijo(a) le mira a los ojos cuando Ud. le habla, juega con él o ella o le viste?	SI	NO
15	¿Su hijo(a) imita lo que Ud. hace? (POR EJEMPLO: decir chau con la mano, aplaudir o repetir un ruido gracioso cuando Ud. lo hace).	SI	NO
16	Si Ud. volte a mirar algo, ¿su hijo(a) también volte a ver lo que Ud. está mirando?	SI	NO
17	¿Su hijo(a) intenta hacer que Ud. le mire y le preste atención? (POR EJEMPLO: su hijo(a) le llama o le pide que le mire, buscando su aprobación)	SI	NO
18	¿Su hijo(a) le entiende cuando Ud. le pide que haga algo sin hacerle algún gesto? (POR EJEMPLO: su hijo(a) entiende, sin que Ud. señale, cuando le dice "pon el libro encima de la silla" o "trae la mantita".)	SI	NO
19	Si algo le llama la atención a su hijo(a), ¿él o ella le mira a Ud. para ver su reacción? (POR EJEMPLO: si escucha un ruido extraño o gracioso o si ve un juguete nuevo, ¿le mira a Ud.?)	SI	NO
20	¿Le gustan a su hijo(a) los juegos con movimientos? (POR EJEMPLO: le gusta que lo columpien o jugar al "caballito" sobre sus rodillas)	SI	NO

Anexo 7: Pauta de administración y corrección del M-CHAT-R

El instrumento de tamizaje M-CHAT-R consta de 20 ítems cuya respuesta puede ser "Sí" o "No". Puede ser respondido por el padre, madre u otro cuidador o el profesional de la salud puede leerlo en voz alta al padre, madre u otro cuidador para registrar la respuesta.

La puntuación se obtiene de la suma de los ítems de riesgo.

La respuesta "No" es una respuesta de riesgo en todos los ítems excepto en los ítems 2, 5, y 12.

Debe asignarse 0 (cero) puntos a cada ítem cuya respuesta sea "Sí" y 1 (un) punto a cada ítem cuya respuesta sea "No", excepto en los ítems 2, 5, y 12 cuyo puntaje es invertido.

El riesgo se clasifica de la siguiente manera:

- 0 a 2 puntos: Significa BAJO riesgo
 - 3 a 7 puntos: Significa riesgo MODERADO
 - 8 a 20 puntos: Significa riesgo ALTO
-

16

Lista de Síntomas Pediátricos (Pediatric Symptom Checklist –PSC)
Adaptación para padres y madres

Por favor, indique lo que mejor describa a su hijo(a):

		Nunca	A veces	Frecuentemente
1	Se siente triste			
2	Se siente pesimista/piensa que las cosas son difíciles y le van a salir mal			
3	Se siente mal consigo mismo			
4	Se preocupa mucho			
5	Se aburre fácilmente			
6	Le cuesta estar tranquilo(a)			
7	Sueña despierto(a)/ está en su propio mundo			
8	Se distrae fácilmente			
9	Le cuesta concentrarse			
10	Es muy inquieto(a), tiene demasiada energía			
11	Pelea con otros niños(as) o adolescentes			
12	No sigue las órdenes/reglas			
13	No comprende los sentimientos de los demás			
14	Molesta o se burla de los demás			
15	Culpa a los demás de sus problemas			
16	Se niega a compartir			
17	Coge cosas ajenas			

¿Tiene su hijo(a) algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesita ayuda?	Sí	No
--	----	----

16

Lista de Síntomas Pediátricos (Pediatric Symptom Checklist –PSC)
Adaptación para adolescentes

Por favor, marca lo que mejor te describa

		Nunca	A veces	Frecuentemente
1	Te sientes triste			
2	Te sientes pesimista/piensas que las cosas son difíciles y te van a salir mal			
3	Te sientes mal contigo mismo(a)			
4	Te preocupas mucho			
5	Parece que te diviertes menos que antes/ Te aburres fácilmente			
6	Te cuesta estar tranquilo(a)			
7	Sueñas despierto(a)/ estás en su propio mundo			
8	Te distraes fácilmente			
9	Te cuesta concentrarse			
10	Eres muy inquieto(a), tienes demasiada energía			
11	Peleas con otros chicos(as) o adolescentes			
12	No sigues las órdenes/reglas			
13	No comprendes los sentimientos de los demás			
14	Molestas o te burlas de los demás			
15	Culpas a los demás de tus problemas			
16	Te niegas a compartir			
17	Coges cosas ajenas			

¿Consideras que tienes algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesitas ayuda?	Sí	No
--	----	----

Fuente:

Jellinek M, Murphy M. Pediatric Symptom Checklist [Internet]. Massachusetts General Hospital. 2020 [citado 4 diciembre 2020]. Disponible en:

[https://www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/pediatric-symptom-checklist#:~:text=The%20Pediatric%20Symptom%20Checklist%20\(PSC\)%20is%20a%20brief%20questionnaire%20that,%20an%20assessment%20of%20psychosocial%20functioning.](https://www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/pediatric-symptom-checklist#:~:text=The%20Pediatric%20Symptom%20Checklist%20(PSC)%20is%20a%20brief%20questionnaire%20that,%20an%20assessment%20of%20psychosocial%20functioning.)

17

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 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		

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

19

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				





FICHA DE ESTUDIO SOCIAL

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL USUARIO

1.1 NOMBRES Y APELLIDOS: _____ 1.2. SEXO F/M

1.3. FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ 1.4. LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(DISTRITO) (PROVINCIA) (DEPARTAMENTO)

1.5. ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ UNIÓN DE HECHO ☐ UNIÓN LEGAL ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐

1.3. NIVEL EDUCATIVO: PRIMARIA COMPLETA ☐ PRIMARIA INCOMPLETA ☐ SECUNDARIA COMPLETA ☐ SECUNDARIA INCOMPLETA ☐ TÉCNICO INCOMPLETO ☐
TÉCNICO INCOMPLETO ☐ UNIVERSITARIO COMPLETO ☐ UNIVERSITARIO INCOMPLETO ☐ SIN INSTRUCCIÓN ☐

1.7. OCUPACIÓN: ESTUDIANTE ☐ EMPLEADO ☐ ESPECIFIQUE: _____ DESEMPLEADO ☐

1.8. DOMICILIO ACTUAL: _____ REFERENCIA _____

9. TELÉFONO / CELULAR: _____

2. DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE

2.1. NOMBRES Y APELLIDOS: _____ 2.2. SEXO F/M

2.2. RELACIÓN CON LA PERSONA SINTOMÁTICA: _____

2.4 DOMICILIO ACTUAL: _____

2.5 TELÉFONO / CELULAR: _____

3. COMPOSICIÓN FAMILIAR:

3.1. NÚCLEO FAMILIAR:

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	SEXO	GRADO DE INSTRUCCIÓN	VIVE CON USTED	APORTE FAMILIAR

3.2. TIPO DE FAMILIA SEGÚN COMPOSICIÓN: FAMILIA NUCLEAR CON HIJOS ☐ FAMILIA NUCLEAR SIN HIJOS ☐ FAMILIA MONOPARENTAL ☐
FAMILIA EXTENSA ☐ FAMILIA AMPLIADA ☐ EQUIVALENTE FAMILIAR ☐
FAMILIA RECONSTITUIDA ☐

3.2. CICLO FAMILIAR: FORMACIÓN ☐ EXTENSIÓN ☐ EXTENSIÓN COMPLETA ☐ CONTRACCIÓN ☐
CONTRACCIÓN COMPLETA ☐ DISOLUCIÓN ☐



3.4. APGAR FAMILIAR:

APGAR FAMILIAR	NUNCA (0)	CASI NUNCA (1)	A VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
ME SATISFACE LA AYUDA QUE RECIBO DE LA FAMILIA CUANDO TENGO ALGÚN PROBLEMA Y/O NECESIDAD					
ME SATISFACE CÓMO EN MI FAMILIA HABLAMOS Y COMPARTIMOS NUESTROS PROBLEMAS					
ME SATISFACE CÓMO MI FAMILIA ACEPTA Y APOYA MIS DESEOS DE EMPRENDER NUEVAS ACTIVIDADES					
ME SATISFACE CÓMO MI FAMILIA EXPRESÓ AFECTOS Y RESPONDE A MIS EMOCIONES					
ME SATISFACE CÓMO MI FAMILIA Y YO COMPARTIMOS TIEMPO JUNTOS					

OBSERVACIÓN

PUNTAJE

SEVERAMENTE DISFUNCIONAL 18-20
DISFUNCIONAL 14-17
MODERADAMENTE DISFUNCIONAL 10-13
FUNCIONAL < 9

4. VIVIENDA:

4.1. TENENCIA

PROPIA ☐ ALQUILADA ☐ ALOJADOS ☐ GUARDIANÍA ☐
INVASIÓN ☐ OTROS ☐

4.1. MATERIAL DE LA VIVIENDA

VIVIENDA RUSTICO ☐ NOBLE ☐ MIXTO ☐ NOBLE ☐
TECHO CONCRETO ARMADO ☐ MADERA ☐ CALAMINA ☐ MADERA ☐
PAREDES PAREDES REVESTIDO ☐ LADRILLO SIN REVESTIR ☐ MADERA Y ESTERA ☐ LADRILLO SIN REVESTIR ☐
PISO CERÁMICA PARQUET ☐ MADERA CEMENTO ☐ FALSO PISO, TIERRA ☐ MADERA CEMENTO ☐

4.3. NÚMERO DE AMBIENTES

DESIGNACIÓN DORMITORIO ☐ DORMITORIO ☐ SALA ☐ OTROS ☐
PERSONAS POR HABITACIÓN 01 PERSONA ☐ 01 PERSONA ☐ 03 PERSONAS ☐ MÁS DE 03 PERSONAS ☐

4.4. SERVICIOS BÁSICOS

AGUA ☐ AGUA ☐ DESAGUE / ALCANTARILLADO ☐ INTERNET ☐
CABLE ☐ CABLE ☐ OBSERVACIÓN ☐

4.5. UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

ZONA RESIDENCIAL ☐ BARRIO URBENO ☐ URBANIZACIÓN POPULAR ☐ CONJ HABITACIONAL ☐ QUINTA/ CALLEJON ☐
BARRIO JOVEN ☐ ASENTAMIENTO ☐ ZONA RURAL ☐ OTROS ☐

4.6. PROBLEMAS SOCIALES QUE OCURREN EN SU COMUNIDAD

5. DATOS ECONÓMICOS: PARA DETERMINAR EL INGRESO FAMILIAR SUMA LAS CANTIDADES CONSIDERADAS EN EL GRUPO DE CONVIVENCIA TENIENDO EN CUENTA EL SUELDO MÍNIMO VITAL

5.1. INGRESO PROMEDIO S/. USUARIO ☐ CÓNYUGE ☐ OTROS ☐

5.2. NÚMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES ☐

5.3. EGRESOS PROMEDIO MENSUAL

SERVICIOS AGUA S/.
LUZ S/.
TELÉFONO / CELULAR S/.
CABLE S/.
INTERNET S/.
OTROS S/.
TOTAL S/.

SOCIO FAMILIAR ALQUILER S/.
MEDICAMENTO S/.
VESTIMENTA S/.
EDUCACIÓN S/.
MOVILIDAD S/.
OTROS S/.

OTROS EGRESOS

DEUDAS S/.
SEGURO DE SALUD S/.
SEGURO DE VIDA S/.
SEGURO DE SEPELIO S/.
VEHÍCULO S/.
OTROS S/.
TOTAL S/.

OBSERVACIONES:

6. SERVICIOS DE SALUD:

6.1. USOS DE SERVICIOS PARA LA SALUD

CENTRO DE SALUD ☐ PUESTO DE SALUD ☐ PARTICULAR ☐ OTROS ☐

ESPECIFIQUE:



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

27



FICHA DE NOTIFICACIÓN DEL CASO

21✓

Fecha: / /

Información de la institución que notifica / deriva (marcar con una "X" y especificar nombre de la Institución)	
	CEM:
	EE.SS.:

Información relevante de la persona que notifica / deriva	
Nombres y apellidos de la persona que deriva	
Cargo de la persona que deriva	
Motivo de la derivación	
Documento que adjunta	

Datos de la persona usuaria	
Nombres y apellidos de la usuaria	
Sexo	
Edad	
N° de DNI	
Domicilio	
Teléfono	
N° de HC / N° Ficha de Registro	
Fecha de atención de la Usuaria	

PROFESIONAL QUE NOTIFICA:



ANEXO 4

FICHA "VALORACIÓN DE RIESGO" EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

APELLIDOS Y NOMBRES DE EL/LA OPERADOR/A: _____ FECHA: _____
INSTITUCIÓN (COMISARÍA, MINISTERIO PÚBLICO, PODER JUDICIAL): _____ DISTRITO: _____ PROVINCIA: _____ DEPARTAMENTO: _____

APELLIDO Y NOMBRE DE LA VÍCTIMA: _____ EDAD DE LA VÍCTIMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA ☐ OTROS ☐ Número: _____ N° DE HIJOS/AS MENORES DE EDAD: _____
OCUPACIÓN: _____ LENGUA MATERNA: CASTELLANO ☐ QUECHUA ☐ AYMARA ☐
LA VÍCTIMA ESTÁ EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☐ OTROS (INGLÉS, ETC) ESPECIFIQUE: _____
TIPO: FÍSICA ☐ VISUAL ☐ AUDITIVA ☐ PSICOSOCIAL ☐ LENGUA DE SEÑAS (LEY 29535): SI ☐ NO ☐
INTELLECTUAL ☐ SOR DO/A-CIEGO/A ☐ MUDO/A ☐ IDENTIDAD ÉTNICA, ESPECIFIQUE: _____

INSTRUCCIONES: La presente ficha es para ser aplicada a mujeres y adolescentes mujeres mayores de 14 años que son víctimas de violencia por su pareja o ex pareja, con el objetivo de valorar el riesgo, prevenir el Feminicidio y adoptar las medidas de protección correspondientes (Art. 28 de la Ley 30364). La ficha contempla datos sobre los hechos de violencia. Para su llenada, él/ella operador/a marcará cada ítem según el relato de la víctima, al final sumará todos los puntajes y de acuerdo al intervalo donde se ubica, pondrá la valoración respectiva.

I. ANTECEDENTES - VIOLENCIA PSICOLÓGICA, FÍSICA Y SEXUAL					PUNTAJE
1. ¿Ha interpuesto denuncia por anteriores hechos de violencia?	SI 2	NO 0			
2. ¿Con qué frecuencia su pareja o expareja le agredió física o psicológicamente, en el último año?	NO 0	A veces 1	Mensual 2	Diario / semanal 3	
3. En el último año, ¿las agresiones se han incrementado?	SI 2	NO 0			
4. ¿Qué tipo de lesiones le causaron las agresiones físicas recibidas en este último año?	NO 0	Lesiones como moretones, rasguños 1	Lesiones como fracturas, golpes sin compromisos de zonas vitales 2	Con riesgo de muerte/ requirió hospitalización: estrangulamiento, envenenamiento, desbarrancamiento, lesiones con compromisos de zonas vitales. 3	
5. ¿Usted conoce si su pareja o expareja tiene antecedentes de haber agredido físicamente a sus exparejas?	SI 2	NO 0	DESCONOCE 0		
6. ¿Su pareja o expareja ejerce violencia contra sus hijos/as, familiares u otras personas?	SI 2	NO 0	DESCONOCE 0		
7. ¿Su pareja o ex pareja le ha obligado alguna vez a tener relaciones sexuales?	SI 3	NO 0			

II. AMENAZAS					PUNTAJE
8. ¿Su pareja o expareja le ha amenazado de muerte? ¿De qué manera le ha amenazado?	NO 0	Amenaza enviando mensajes por diversos medios (teléfono, email, notas) 1	Amenaza verbal con o sin testigos (hogar o espacios públicos) 2	Amenaza usando objetos o armas de cualquier tipo 3	
9. ¿Usted cree que su pareja o expareja la pueda matar?	SI 3	NO 0			

III. CONTROL EXTREMO HACIA LA PAREJA O EX PAREJA					PUNTAJE
10. ¿Su pareja o expareja desconfía de Ud. o la acosa? ¿Cómo le muestra su desconfianza o acoso?	NO 0	Llamadas insistentes y/o mensajes por diversos medios 1	Invade su privacidad (revisa llamadas y mensaje telefónicos, correo electrónico, etc.) 2	Le sigue o espía por lugares donde frecuenta (centro laboral, estudios, etc.) 3	
11. ¿Su pareja o expareja la controla? ¿De qué forma lo hace?	NO 0	Controla su forma de vestir y salidas del hogar 1	La aísla de amistades y familiares 2	Restringe acceso a servicios de salud, trabajo o estudios 3	
12. ¿Su pareja o expareja utiliza a sus hijos/as para mantenerla a Ud. bajo control?	SI 2	NO 0			
13. ¿Su pareja o expareja le ha dicho o cree que usted le engaña?	NO le ha dicho nada 0	NO le ha dicho, pero cree 1	Si le ha dicho que le engaña 2		
14. ¿Ud. Considera que su pareja o expareja es celoso?	SI 2	NO 0			



PERÚ

Ministerio
de Salud



Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz



IV. CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES					PUNTAJE
15. ¿Usted en algún momento le dijo a su pareja que quería separarse de él? ¿Cómo reaccionó el?	NO	Aceptó separarse pero no desea retirarse de la casa	No aceptó separarse Insiste en continuar con la relación	No aceptó separarse, la amenaza con hacerle daño o matar a sus hijos/as	
	0	1	2	3	
16. ¿Actualmente vive usted con su pareja?	Si, viven juntos	NO, ya no viven juntos, pero insiste en retomar la relación			
	1	2			
17. ¿Su pareja es consumidor habitual de alcohol o drogas (diario, semanal, mensual)?	SI	NO			
	1	0			
18. ¿Su pareja o expareje tiene acceso a un arma de fuego?	SI	NO	DESCONOCE		
	1	0	0		
19. ¿Su pareja o expareje usa o ha usado un arma de fuego?	SI	NO			
	2	0			
TOTAL:					

VALORACIÓN DE RIESGO

Riesgo Leve: < 0 - 12 >

Riesgo Moderado: < 13 - 21 >

Riesgo Severo: < 22 - 44 >

Si marcó en la pregunta 4 la alternativa "Con riesgo de muerte/requirió hospitalización" (estrangulamiento, envenenamiento, desbarrancamiento, lesiones con compromisos de zonas vitales, etc.) SE CONSIDERA COMO RIESGO SEVERO

RIESGO LEVE ☐

RIESGO MODERADO ☐

RIESGO SEVERO ☐

OBSERVACIONES DE INTERÉS: (ESCRIBA LOS RESULTADOS DEL ANEXO FACTORES DE VULNERABILIDAD, ASÍ COMO INFORMACIÓN QUE CONSIDERE IMPORTANTE Y NO RECOJA LA FICHA).

FIRMA Y SELLO DEL/LA OPERADOR/A:

FIRMA DE LA USUARIA:

HUELLA DIGITAL

SE DEBE CONTINUAR CON EL ANEXO



FACTORES DE VULNERABILIDAD (Anexo complementario a la ficha de valoración de riesgo en mujeres víctimas de violencia de pareja)

INSTRUCCIONES: Mediante este anexo se recogen factores de vulnerabilidad que inciden en la continuidad de la violencia. Debe ser aplicada por el/la operador/a policial inmediatamente después de la FVR. En caso que la persona denunciante no presente la condición a la cual se refiere la pregunta de este anexo se marcará "no aplica". Cuando los factores de vulnerabilidad estén presentes en la víctima, deben ser tomados en cuenta para ampliar las medidas de protección y cautelares en la etapa de protección del proceso.

Violencia económica o patrimonial

1. ¿Depende económicamente de su pareja?

SI () NO () Compartimos gastos ()

2. ¿Su pareja o ex pareja cumple puntualmente con atender los gastos de alimentación suya y/o de sus hijos/as?

SI () NO ()

3. ¿Piensa o tuvo que interponerle una demanda de alimentos?

Sí piensa interponer demanda¹ () Sí interpuso demanda () NO ()

4. ¿Su pareja o expareja ha realizado o realiza acciones para apropiarse de sus bienes (casa, dinero, carro, animales, artefactos, sueldo, negocio u otros bienes)? ¿o le restringe o impide el uso de los mismos?

SI () NO () No aplica porque no tiene bienes propios ()

Orientación Sexual

5. ¿Su pareja o expareja la ha agredido, insultado y/o excluye (discriminado) por su orientación sexual?

(La víctima puede reservarse el derecho de contestar).

SI () NO () No aplica ()

Interculturalidad

6. ¿Su pareja o expareja le humilla o excluye (discrimina) por su cosmovisión (forma de interpretar el mundo), lengua (lenguas indígenas, acento y forma de hablar una lengua), fenotipo (rasgos físicos y/o color de piel), indumentaria (vestimenta, adornos y accesorios) e identidad étnica (pertenencia a un grupo étnico)?

SI () Especifique:

En el ámbito étnico² de su pareja () En el ámbito étnico de ella () En cualquier otro ámbito () NO ()

Discapacidad

Si en la primera sección (datos generales de la víctima) identificó que la persona no presenta discapacidad, pase a la pregunta 8.

7. ¿Su pareja o ex pareja le humilla o excluye (discrimina) por estar en situación de discapacidad que le impide realizar con facilidad las actividades de la vida diaria?

SI () NO () No aplica ()

Embarazo (en caso de responder afirmativamente la clasificación del riesgo sube un nivel)

8. ¿Está embarazada?

SI () NO () (si respondió "No", no realizar las siguientes preguntas)

9. ¿Su pareja le ha amenazado con abandonarle o su expareja le ha abandonado porque está embarazada?

SI () NO () No aplica porque no está embarazada ()

10. ¿Su pareja o ex pareja le golpea o le ha golpeado en el vientre?

SI³ () NO () No aplica porque no está embarazada ()

¹ Operador/a, que identifique este factor de vulnerabilidad, debe orientar a la víctima sobre la posibilidad de interponer una demanda por alimentos.

² Espacio geográfico que ancestralmente ocupan y los nuevos espacios que están ocupando.

³ Operador/a, que identifique este factor de vulnerabilidad, debe conducir a la víctima a una institución de salud.



PERÚ

Ministerio
de Salud



Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz



Anexo 6
SRQ Abreviado

(Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos)

N° HC.: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS S.R.Q.

Nombres y apellidos: _____ Edad: _____

Sexo (M) (F) Grado de Instrucción: _____

Dirección _____ Distrito: _____

Motivo de la Consulta: _____

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿TIENES DOLORES FRECUENTES DE CABEZA? | SI | NO |
| 2. ¿TIENE MAL APETITO? | SI | NO |
| 3. ¿DUERME MAL? | SI | NO |
| 4. ¿SE ASUSTA CON FACILIDAD? | SI | NO |
| 5. ¿SUFRE TEMBLOR EN LAS MANOS? | SI | NO |
| 6. ¿SE SIENTE NERVIOSO O TENSO? | SI | NO |
| 7. ¿SUFRE DE MALA DIGESTIÓN? | SI | NO |
| 8. ¿ES INCAPAZ DE PENSAR CON CLARIDAD? | SI | NO |
| 9. ¿SE SIENTE TRISTE? | SI | NO |
| 10. ¿LLORA UD. CON MUCHA FRECUENCIA? | SI | NO |
| 11. ¿TIENE DIFICULTAD EN DISFRUTAR DE SUS ACTIVIDADES DIARIAS? | SI | NO |
| 12. ¿TIENE DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES? | SI | NO |
| 13. ¿TIENE DIFICULTAD EN HACER SU TRABAJO? ¿SU TRABAJO SE HA VISTO AFECTADO? | SI | NO |
| 14. ¿ES INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN SU VIDA? | SI | NO |
| 15. ¿HA PERDIDO INTERÉS EN LAS COSAS? | SI | NO |
| 16. ¿SE SIENTE ABURRIDO? | SI | NO |
| 17. ¿HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA? | SI | NO |
| 18. ¿SE SIENTE CANSADO TODO EL TIEMPO? | SI | NO |

TOTAL: _____

Las 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustias o ansiosos y otros. Nueve (9) o más respuestas positivas determinan que la persona tiene una alta probabilidad de sufrir trastorno mental, y por lo tanto se le considera un "caso" para ser atendido.



23

24

Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz

INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENK Y EYSENK (A)

HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres:

Lugar de Nac.: Fecha de Nac.: Edad:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	41.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	44.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	47.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	49.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	31.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	32.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	52.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	37.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	58.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	59.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	60.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nº

E:

L:

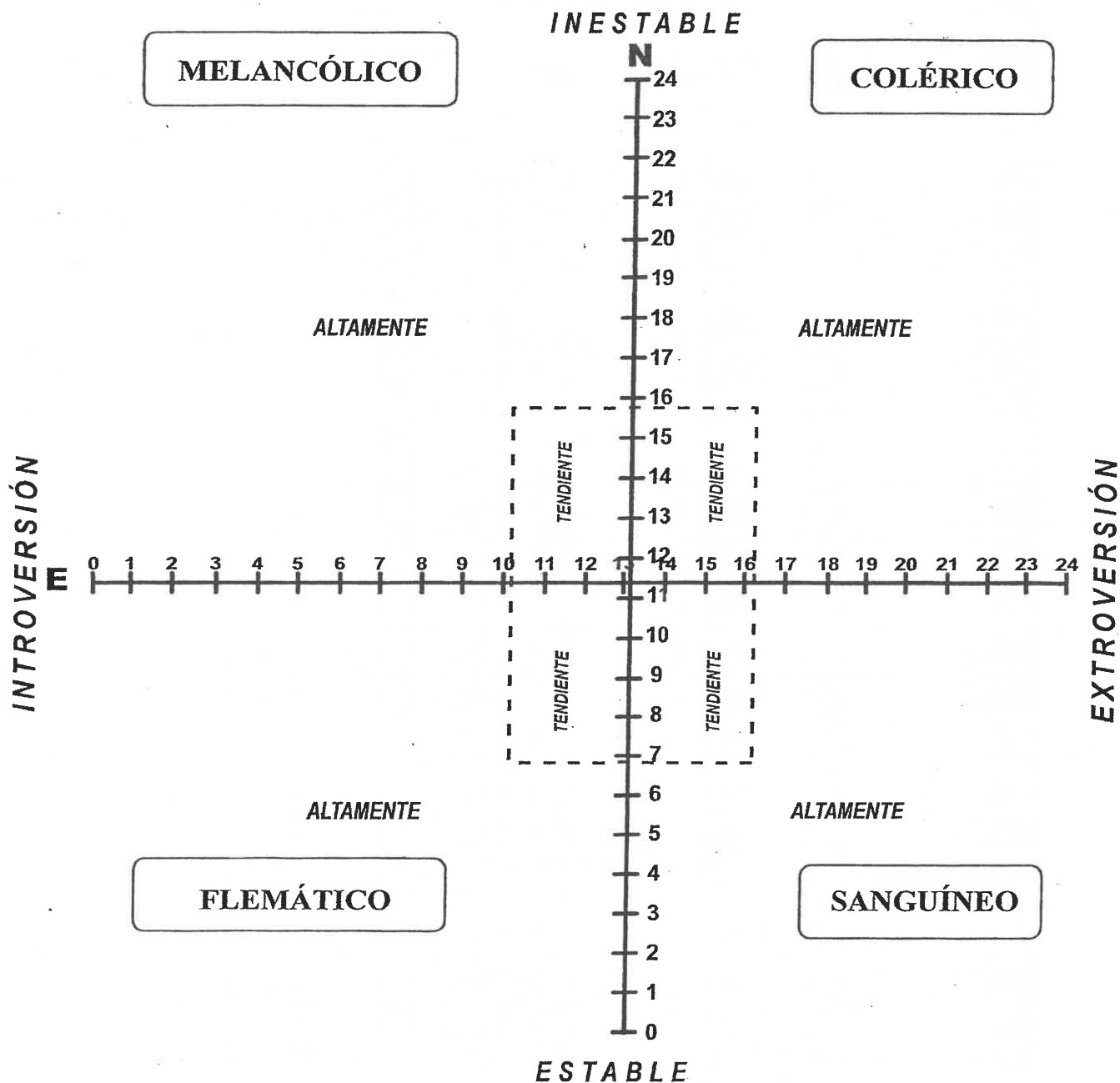


TABLA DE CALIFICACIÓN EYSENCK & EYSENCK

$L = \begin{cases} \text{Individual: 4} \\ \text{Grupal: 3.80} \end{cases}$

$E = \{ \bar{X} = 13.24 \text{ D.S.} = 3.10(10.14 - 16.34) \}$

$N = \{ \bar{X} = 11.24 \text{ D.S.} = 4.44(6.90 - 15.78) \}$



DIAGNÓSTICO:

.....

INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK Y EYSENCK (4) B

HOJA DE RESPUESTAS

24



Apellidos y Nombres: _____

Lugar de Nac.: _____ Fecha de Nac.: _____ Edad: _____

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	41.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	44.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	47.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	49.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	31.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	32.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	52.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	37.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

N:

E:

L:



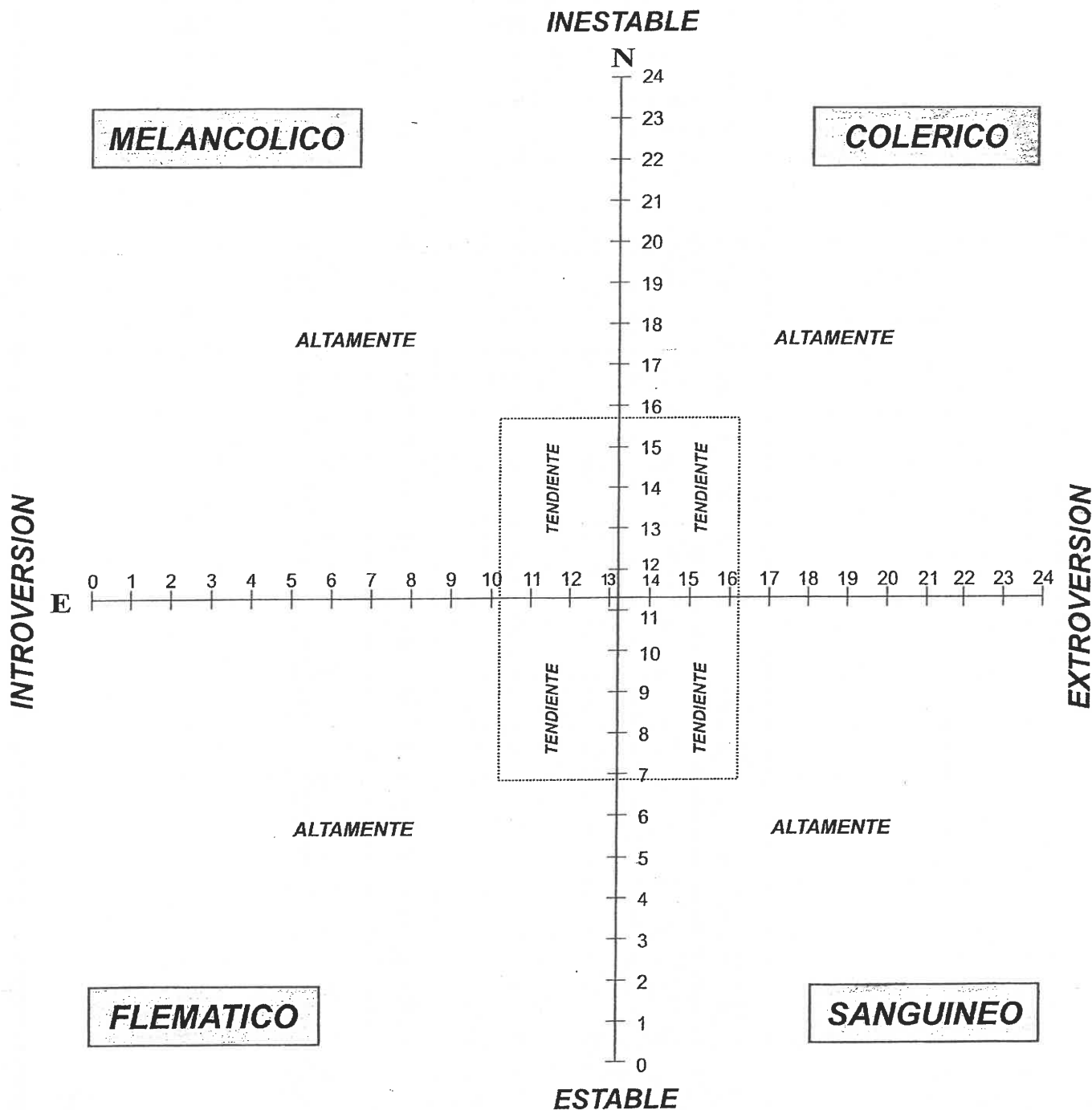


TABLA DE CALIFICACIÓN EYSENCK & EYSENCK

L= { Individual: 4
Grupal: 3.80

E= { \bar{X} = 13.24 D.S. = 3.10 (10.14 - 16.34)

N= { \bar{X} = 11.34 D.S. = 4.44 (6.90 - 15.78)



DIAGNOSTICO: _____

22
25

CUESTIONARIO
INVENTARIO MULTIAIXIAL DE MILLON VI

1	Últimamente parece que me quedo sin fuerzas incluso por las mañanas.
2	Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
3	Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
4	Me preocupa que las personas de las que dependo me abandonen.
5	Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
6	Raramente exteriorizo los pocos sentimientos que tengo.
7	Me cuesta mantener el equilibrio cuando camino.
8	Siempre busco oportunidades nuevas que me resulten emocionantes.
9	Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia
10	Me gusta ser el centro de atención.
11	De adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en la escuela o instituto.
12	Me da miedo hacerme muy amigo de alguien, porque podría acabar sintiéndome ridiculizado o avergonzado.
13	Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
14	Hace uno años comencé a sentirme un fracasado.
15	Si puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
16	Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.
17	Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
18	A veces, cuando las cosas empiezan a irme mal, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
19	Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.
20	Afronto mis actividades diarias con mucha energía y persistencia.
21	Nunca perdono una ofensa ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
22	Me siento extremadamente deprimido y triste gran parte del tiempo.
23	Siempre tiendo a culparme cuando las cosas van mal.
24	Hace mucho decidí que es mejor tener poca relación con la gente.
25	Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
26	Soy una persona socialmente muy reservada y tímida.
27	Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
28	En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo en particular.
29	Mi tiempo es más valioso que el de los demás.
30	Siempre estoy buscando hacer nuevas amistades y conocer gente nueva.
31	Desde hace unas semanas estoy muy nervioso.
32	Simplemente, no he tenido la suerte que otras personas han tenido en la vida.
33	Las ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
34	Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
35	Intento hacerlo todo tan perfecto como sea posible.
36	Mi adicción a las drogas hizo que faltara al trabajo.
37	Mi estado de ánimo varía mucho de un día para otro.
38	Utilizo mi encanto para conseguir lo que quiero.
39	A menudo pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
40	En el pasado me corté o autolesioné a propósito

- 44 A menudo tengo pensamientos extraños de los que desearía librarme.
- 45 Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber alcohol en exceso.
- 46 Hago amistades con mucha más facilidad que la mayoría de la gente que conozco.
- 47 Me da vergüenza el maltrato que sufrí cuando era joven.
- 48 Me parece muy bien que haya normas, porque son una buena guía para seguir.
- 49 El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
- 50 A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
- 51 Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
- 52 Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea específicamente agradable conmigo.
- 53 Mis actividades cotidianas me animan y motivan.
- 54 Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
- 55 Desde que sufrí una conmoción cerebral grave, ya no puedo concentrarme en nada.
- 56 Antes la gente decía que me interesaba y me entusiasmaba demasiado por muchas cosas.
- 57 He perdido el apetito por completo, y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
- 58 Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
- 59 No puedo sentir mucho placer, porque no creo que lo merezca.
- 60 Prefiero que me digan lo que tengo que hacer en lugar de decidir por mí mismo.
- 61 Consumir drogas me ha causado discusiones con mi familia.
- 62 El recuerdo de una experiencia muy perturbadora sigue presente en mis pensamientos y me obsesiona.
- 63 La mayoría de la gente me considera una persona prudente y cuidadosa.
- 64 Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
- 65 He tenido problemas con la ley un par de veces.
- 66 He tenido que ser muy duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
- 67 Estoy muy seguro de mí mismo.
- 68 La gente intenta hacerme creer que estoy loco.
- 69 Me doy atracones de comida un par de veces en la semana.
- 70 Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
- 71 Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
- 72 Cuando estoy solo y lejos de casa a menudo comienzo a sentirme tenso y entro en pánico.
- 73 La gente dice que soy una persona formal y con valores morales.
- 74 Me cuesta controlar mi ira.
- 75 Soy una persona muy optimista.
- 76 Años después, aún tengo pesadillas sobre un hecho que fue una amenaza real para mi vida.
- 77 Me parece que necesito que alguien me oriente para hacer las cosas.
- 78 Recientemente he pensado muy en serio en quitarme la vida.
- 79 Hay gente mala que intenta llevarse el mérito de lo que he hecho o pensado.
- 80 Últimamente estoy destrozado.
- 81 Consumir drogas puede ser irresponsable, pero en el pasado las he necesitado.
- 82 Soy una persona muy variable, cambio de opinión y sentimientos continuamente.
- 83 Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
- 84 Cuando estoy en una fiesta, nunca me aílo de los demás.
- 85 Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
- 86 Algunas veces me provoca el vértigo.

89	Ciertos pensamientos vuelven a mi mente una y otra vez.
90	Pocas cosas en la vida me resultan placenteras.
91	Me siento agitado y me cuesta conciliar el sueño porque tengo recuerdos dolorosos dando vueltas en mi cabeza.
92	A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
93	Nunca he podido dejar de sentir que no valgo nada para los demás.
94	Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
95	Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
96	La mayoría de las personas que han triunfado han tenido suerte o han sido deshonestas.
97	A menudo irrito a la gente dándoles órdenes.
98	No he visto un coche en los últimos diez años.
99	Siempre me siento cohibido y tenso en las reuniones sociales.
100	Creo que provoqué situaciones en las que resulté herido o me siento rechazado.
101	Me siento profundamente deprimido sin saber por qué.
102	La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
103	A menudo disfruto provocando una discusión o una pelea.
104	Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, para que nadie pueda aprovecharse de mí.
105	El consumo de drogas me ha causado muchos problemas.
106	A menudo me echan la culpa por las cosas de las que no soy responsable.
107	Pensar en el futuro al inicio de cada día me hace sentir extremadamente deprimido.
108	A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado rápido.
109	Yo nunca podría arreglármelas solo.
110	Mi cabeza no funciona bien desde que hace unos años tuve una lesión cerebral.
111	Me siento solo y vacío la mayor parte del tiempo.
112	La gente se burla de mí a mis espaldas.
113	Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
114	Estas últimas semanas me siento cada vez más triste.
115	Me enfurezco rápidamente con la gente que me molesta.
116	A veces no he podido pasar el día sin tomar drogas.
117	Me gusta mucho coquetear.
118	Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades.
119	Mis emociones no parecen ser tan intensas como las del resto de la gente.
120	Me siento débil y cansado la mayor parte del tiempo.
121	Ideas extrañas entran en mi mente, dan vueltas y vueltas en mi cabeza, y no desaparecen.
122	Los demás tienen oportunidades que yo no tengo.
123	Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
124	He tomado medicación que me habían recetado.
125	Mi vida actual todavía se ve afectada por recuerdos e imágenes de algo terrible que me pasó.
126	A menudo echo a perder las cosas buenas que me ocurren.
127	Voces malvadas intentan apoderarse de mi mente.
128	Me siento muy culpable cuando pierdo el control.
129	Mi entusiasmo por el trabajo que hago nunca disminuye.

- 133 Dejo de hacer cosas si tengo que hacerlas solo.
- 134 He intentado suicidarme.
- 135 Soy una persona miedosa y reservada.
- 136 A las personas que supuestamente son mis amigos les gustaría hacerme daño.
- 137 A menudo me dejo llevar por la rabia y luego me siento culpable.
- 138 A menudo oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
- 139 Aparte de mi familia, tengo muy pocos amigos íntimos.
- 140 La desorganización me hace sentir muy incómodo.
- 141 A menudo critico mucho a la gente que me irrita.
- 142 Tengo muchas cualidades que los demás querrían tener.
- 143 Terribles acontecimientos de mi pasado reaparecen obsesivamente en mis pensamientos y sueños.
- 144 Sé que he gastado más dinero en droga del que debería.
- 145 A menudo, y antes de darme cuenta, me pongo a gritar enfadado a mis amigos y familiares.
- 146 Me preocupa que mi cuerpo se desgaste rápidamente.
- 147 Está bien burlar la ley si es poco probable que te atrapen.
- 148 Creo que hay una conspiración contra mí.
- 149 Soy una persona solitaria y no me molesta.
- 150 Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
- 151 Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 152 Los castigos nunca me impidieron hacer lo que quería.
- 153 Pocas veces creo lo que la gente me dice.
- 154 Soy una persona muy sociable y extrovertida.
- 155 Me entusiasmo con casi todo lo que hago.
- 156 Estoy confundido sobre quién soy.
- 157 Odio pensar en el maltrato que sufrí en la infancia.
- 158 Nunca infringiría la ley, aunque pudiera salir impune.
- 159 Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí.
- 160 En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
- 161 Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
- 162 Preferiría seguir a alguien antes que ser yo el líder.
- 163 A menudo me vienen ideas a la mente mucho más rápido de lo puedo expresarlas.
- 164 A menudo me siento tan mal que quiero hacerme daño de verdad.
- 165 Algunas personas dicen que soy extraño o raro.
- 166 A veces encuentro consuelo en mi sufrimiento.
- 167 A menudo creo que me han tratado injustamente.
- 168 Muestro mi enfado rápidamente a las personas que no están de acuerdo conmigo.
- 169 Casi siempre me siento culpable sin ninguna razón aparente.
- 170 Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y parece que no consigo animarme.
- 171 Sé cómo seducir a la gente.
- 172 Siempre he tenido que estar atento a la gente que intenta engañarme.
- 173 Siempre estoy dispuesto a aceptar lo que los demás les gustaría hacer.
- 174 Afronto todos los retos de la vida con una actitud valiente y enérgica.

175 Nunca siento...



PERÚ

Ministerio
de Salud



Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz

26

20



MCMI - III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLÓN - III

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Nombre y apellidos

N° identificación

Fecha de nacimiento

Sexo ☐ V ☐ M

Profesión actual

1. ESTADO CIVIL

- ☐ No ha estado casado ☐ Casado en 1er matrimonio ☐ Casado (segundas nupcias o más)
☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Vive en pareja
☐ Viudo ☐ Otros (especificar) _____

2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con un aspa el nivel más alto que haya cursado)

- ☐ Primarios (hasta 6° de Educación Primaria) ☐ 3er curso de estudios universitarios
☐ 8° de EGB o Graduado escolar ☐ Estudios universitarios
☐ ESO o FP ☐ Otros niveles (indicar) _____
☐ COU o Bachillerato

3. ENTORNO EN EL QUE RESPONDE LA PRUEBA (marque con un aspa el que corresponda)

- ☐ Centro docente (escuela, universidad, etc.) ☐ Centro de salud (consultas)
☐ Ingresado en un centro hospitalario o clínica ☐ Orientación o selección profesional
☐ Centros de detención ☐ Otros (indicar) _____

4. LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Origen

Residencia

5. INDIQUE CON LOS NÚMEROS 1 Y 2 Y SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS

- ☐ Matrimonial o familiar ☐ Confianza en sí mismo ☐ Trabajo, estudios o empleo
☐ Cansancio o enfermedad ☐ Soledad ☐ Alcohol
☐ Drogas ☐ Problemas mentales ☐ Conducta antisocial
☐ Otros (especificar) _____

A CUMPLIMENTAR POR EL EXAMINADOR

¿paciente internado? SI ☐ NO ☐

Trastorno Eje I presentado:

- ☐ Hace menos de 1 semana ☐ Entre 1 y 4 semanas ☐ Hace más de 4 semanas



Autor: Theodore Millón.

Adaptación española: Violeta Cardenal y M° Pilar Sánchez

Copyright © 1997 by DICADRIEN INC.

Copyright © 2009 by TEA Ediciones S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID

Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.



PERÚ

Ministerio
de Salud



Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz



HOJA DE RESPUESTAS

Marque con un aspa (X) la respuesta (V= Verdadero, F= Falso)
que mejor le describa a usted y a su manera de ser.

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2	V	F	27	V	F	52	V	F	77	V	F	102	V	F	127	V	F	152	V	F
3	V	F	28	V	F	53	V	F	78	V	F	103	V	F	128	V	F	153	V	F
4	V	F	29	V	F	54	V	F	79	V	F	104	V	F	129	V	F	154	V	F
5	V	F	30	V	F	55	V	F	80	V	F	105	V	F	130	V	F	155	V	F
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F	156	V	F
7	V	F	32	V	F	57	V	F	82	V	F	107	V	F	132	V	F	157	V	F
8	V	F	33	V	F	58	V	F	83	V	F	108	V	F	133	V	F	158	V	F
9	V	F	34	V	F	59	V	F	84	V	F	109	V	F	134	V	F	159	V	F
10	V	F	35	V	F	60	V	F	85	V	F	110	V	F	135	V	F	160	V	F
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F	161	V	F
12	V	F	37	V	F	62	V	F	87	V	F	112	V	F	137	V	F	162	V	F
13	V	F	38	V	F	63	V	F	88	V	F	113	V	F	138	V	F	163	V	F
14	V	F	39	V	F	64	V	F	89	V	F	114	V	F	139	V	F	164	V	F
15	V	F	40	V	F	65	V	F	90	V	F	115	V	F	140	V	F	165	V	F
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F	166	V	F
17	V	F	42	V	F	67	V	F	92	V	F	117	V	F	142	V	F	167	V	F
18	V	F	43	V	F	68	V	F	93	V	F	118	V	F	143	V	F	168	V	F
19	V	F	44	V	F	69	V	F	94	V	F	119	V	F	144	V	F	169	V	F
20	V	F	45	V	F	70	V	F	95	V	F	120	V	F	145	V	F	170	V	F
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F	171	V	F
22	V	F	47	V	F	72	V	F	97	V	F	122	V	F	147	V	F	172	V	F
23	V	F	48	V	F	73	V	F	98	V	F	123	V	F	148	V	F	173	V	F
24	V	F	49	V	F	74	V	F	99	V	F	124	V	F	149	V	F	174	V	F
25	V	F	50	V	F	75	V	F	100	V	F	125	V	F	150	V	F	175	V	F



27

4

INVENTARIO EMOCIONAL BarOn ICE: NA - COMPLETAAdaptado por
Nelly Ugarriza Chávez y Liz Pajares Del Aguila

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Colegio : _____ Estatal () Particular ()
Grado : _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES

Lee cada oración y elige la respuesta que mejor te describe, hay cuatro posibles respuestas:

1. Muy rara vez
2. Rara vez
3. A menudo
4. Muy a menudo

Dinos cómo te sientes, piensas o actúas LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LA MAYORIA DE LUGARES. Elige una, y sólo UNA respuesta para cada oración y coloca un ASPA sobre el número que corresponde a tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es "Rara vez", haz un ASPA sobre el número 2 en la misma línea de la oración. Esto no es un examen; no existen respuestas buenas o malas. Por favor haz un ASPA en la respuesta de cada oración.

	Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
1. Me gusta divertirme	1	2	3	4
2. Soy muy bueno (a) para comprender cómo la gente se siente.	1	2	3	4
3. Puede mantener la calma cuando estoy molesto	1	2	3	4
4. Soy feliz	1	2	3	4
5. Me importa lo que les sucede a las personas.	1	2	3	4
6. Me es difícil controlar mi cólera.	1	2	3	4
7. Es fácil decirle a la gente cómo me siento.	1	2	3	4
8. Me gustan todas las personas que conozco.	1	2	3	4
9. Me siento seguro (a) de mí mismo (a).	1	2	3	4
10. Sé cómo se sienten las personas.	1	2	3	4
11. Sé como mantenerme tranquilo (a).	1	2	3	4
12. Intento usar diferentes formas de responder las preguntas, difíciles.	1	2	3	4
13. Pienso qué las cosas que hago salen bien.	1	2	3	4
14. Soy capaz de respetar a los demás.	1	2	3	4
15. Me molesto demasiado de cualquier cosa.	1	2	3	4
16. Es fácil para mí comprender las cosas nuevas.	1	2	3	4
17. Puedo hablar fácilmente sobre mis sentimientos.	1	2	3	4
18. Pienso bien de todas las personas.	1	2	3	4
19. Espero lo mejor.	1	2	3	4
20. Tener amigos es importante.	1	2	3	4
21. Peleo con la gente.	1	2	3	4
22. Puedo comprender preguntas difíciles.	1	2	3	4
23. Me agrada sonreír.	1	2	3	4
24. Intento no herir los sentimientos de las personas.	1	2	3	4
25. No me doy por vencido (a) ante un problema hasta que lo resuelvo.	1	2	3	4
26. Tengo mal genio.	1	2	3	4
27. Nada me molesta.	1	2	3	4

	Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
28. Es difícil hablar sobre mis sentimientos más íntimos	1	2	3	4
29. Sé que las cosas saldrán bien.	1	2	3	4
30. Puedo dar buenas respuestas a preguntas difíciles.	1	2	3	4
31. Puedo fácilmente describir mis sentimientos.	1	2	3	4
32. Sé cómo divertirme.	1	2	3	4
33. Debo decir siempre la verdad.	1	2	3	4
34. Puedo tener muchas maneras de responder una pregunta difícil, cuando yo quiero.	1	2	3	4
35. Me molesto fácilmente.	1	2	3	4
36. Me agrada hacer cosas para los demás.	1	2	3	4
37. No me siento muy feliz.	1	2	3	4
38. Puedo usar fácilmente diferentes modos de resolver los problemas.	1	2	3	4
39. Demoro en molestarme.	1	2	3	4
40. Me siento bien conmigo mismo (a).	1	2	3	4
41. Hago amigos fácilmente.	1	2	3	4
42. Pienso que soy el(la) mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4
43. Para mí es fácil decirle a las personas cómo me siento.	1	2	3	4
44. Cuando respondo preguntas difíciles trato de pensar en muchas soluciones.	1	2	3	4
45. Me siento mal cuando las personas son heridas en sus sentimientos.	1	2	3	4
46. Cuando estoy molesto (a) con alguien, me siento molesto (a) por mucho tiempo.	1	2	3	4
47. Me siento feliz con la clase de persona que soy.	1	2	3	4
48. Soy bueno (a) resolviendo problemas.	1	2	3	4
49. Para mí es difícil esperar mi turno.	1	2	3	4
50. Me divierte las cosas que hago.	1	2	3	4
51. Me agradan mis amigos.	1	2	3	4
52. No tengo días malos.	1	2	3	4
53. Me es difícil decirle a los demás mis sentimientos.	1	2	3	4
54. Me disgusto fácilmente.	1	2	3	4
55. Puedo darme cuenta cuando mi amigo se siente triste.	1	2	3	4
56. Me gusta mi cuerpo.	1	2	3	4
57. Aún cuando las cosas sean difíciles, no me doy por vencido.	1	2	3	4
58. Cuando me molesto actúo sin pensar.	1	2	3	4
59. Sé cuando la gente está molesta aún cuando no dicen nada.	1	2	3	4
60. Me gusta la forma como me veo.	1	2	3	4

Gracias por completar el cuestionario.

INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK

FORMATO B
CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES:

Aquí tienes algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta, conteste en la hoja de respuestas con un "SI" o con una "NO" según sea su caso.

Trate de decir "SI" o "NO" representa su modo usual de actuar o sentir, entonces, ponga un aspa o cruz en el círculo debajo de la columna "SI" o "NO" de su hoja de respuestas. Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta; queremos su primera reacción, en un proceso de pensamiento prolongado.

El cuestionario total no debe de tomar más que unos pocos minutos. Asegúrese de omitir alguna pregunta.

Ahora comience. Trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas. No hay contestaciones "correctas" ni "incorrectas" y esto no es un test de inteligencia o habilidad, sino simplemente una medida de la forma como usted se comporta.

1. ¿Le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?
2. ¿Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber que?
3. ¿Tiene casi siempre una contestación lista ala mano cuando se le habla?
4. ¿Se siente algunas veces feliz, algunas veces triste, sin una razón real?
5. ¿Permanece usualmente retraído (a) en fiestas y reuniones?
6. Cuando era niño(a) ¿hacia siempre inmediatamente lo que le decían, sin refunfuñar?
7. ¿Se enfada o molesta a menudo?
8. Cuando lo(a) meten a una pelea ¿prefiere sacar los trapitos al aire de una vez por todas, en vez de quedar callado(a) esperando que las cosas se calmen solas?
9. ¿Es usted triste, melancólico (a)?
10. ¿Le gusta mezclarse con la gente?
11. ¿Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?
12. ¿Se pone a veces malhumorado (a)?
13. ¿Se catalogaría a si mismo(a) como despreocupado (a) o confiado a su buena suerte?
14. ¿Se decide a menudo demasiado tarde?
15. ¿Le gusta trabajar solo (a)?
16. ¿Se ha sentido a menudo apático (a) y cansado(a) sin razón?
17. ¿Es por lo contrario animado(a) y jovial?
18. ¿Se ríe a menudo de chistes groseros?
19. ¿Se siente a menudo hastiado(a), harto, fastidiado?
20. ¿Se siente incómodo(a) con vestidos que no son del diario?
21. ¿Se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?
22. ¿Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?
23. ¿Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?
24. ¿Está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?
25. ¿Le gusta las bromas?
26. ¿Piensa a menudo en su pasado?
27. ¿Le gusta mucho la buena comida?
28. cuándo se fastidia ¿necesita algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?
29. ¿Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?

30. ¿Alardea (se jacta) un poco a veces?
31. ¿Es usted muy susceptible (sensible) por algunas cosas?
32. ¿Le gusta más quedarse en casa, que ir a una fiesta aburrida?
33. ¿Se pone a menudo tan inquieto(a) que no puede permanecer sentado(a) durante mucho rato en una silla?
34. ¿Le gusta planear las cosas, con mucha anticipación?
35. ¿Tiene a menudo mareos (vértigos)?
36. ¿Contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leído?
37. ¿Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando a otra persona sobre ello?
38. ¿Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?
39. ¿Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?
40. ¿Sufre de los nervios?
41. ¿Le gustaría más planear cosas, que hacer cosas?
42. ¿Deja algunas veces para mañana. Lo que debería hacer hoy día?
43. ¿Se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?
44. Cuando hace nuevos amigos(as) ¿es usted usualmente quien inicia la relación o invita a que se produzca?
45. ¿Sufre fuertes dolores de cabeza?
46. ¿Siente generalmente que las cosas se arreglarán por sí solas y que terminarán bien de algún modo?
47. ¿Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?
48. ¿Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?
49. ¿Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?
50. ¿Se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?
51. ¿Se mantiene usualmente hérnico(a) o encerrado (a) en sí mismo(a), excepto con amigos muy íntimos?
52. ¿Se crea a menudo problemas, por hacer cosas sin pensar?
53. ¿Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?
54. ¿Se le hace más fácil ganar que perder un juego?
55. ¿Se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo(a) o poco natural cuando está con sus superiores?
56. Cuando todas las posibilidades están contra usted, ¿piensa aun usualmente que vale la pena intentar?
57. ¿Siente "sensaciones" en el abdomen, antes de un hecho importante?

**POR FAVOR ASEGURESE QUE HAYA CONTESTADO TODAS LAS
PREGUNTAS**

EYSENCK Y EYSENCK - FORMA A (NIÑOS)

INVENTARIO DE PERSONALIDAD

INSTRUCCIONES

Aquí hay algunas preguntas acerca de la manera como tú te portas, sientes o actúas.

Después de cada pregunta, contesta en la HOJA DE RESPUESTAS, contestando "SI" o "NO".

Es decir, que pondrás una aspa o cruz en el círculo debajo de la columna "SI"; si la pregunta esta de acuerdo con la manera en que generalmente actúas o sientes. Y pondrás una aspa o cruz en el círculo debajo de la columna "NO"; cuando la pregunta no diga la manera como tú actúas o sientes.

Trabaja rápidamente y no demores mucho tiempo en cada pregunta.

CUESTIONARIO

1. ¿Te gusta que haya mucho ruido y alboroto alrededor tuyo?
2. ¿Necesitas a menudo amigos o compañeros buenos, comprensivos, que te den ánimo o valor?
3. ¿Casi siempre tienes una contestación o respuesta rápidamente (al toque) cuando la gente te conversa?
4. ¿Algunas veces te pones malhumorado, de mal genio?
5. ¿Eres triste?
6. ¿Prefieres estar sólo, en vez de estar acompañado de otros niños?
7. ¿Pasan ideas por tu cabeza que note dejan dormir?
8. ¿Siempre haces inmediatamente conforme lo que te dicen o mandan?
9. ¿Te gustan las bromas pesadas?
10. ¿A veces te sientes infeliz, triste sin que haya ninguna razón especial?
11. ¿Eres vivaz y alegre?
12. ¿Alguna vez has desobedecido cierta regla de la escuela?
13. ¿Te aburren o fastidian muchas cosas?
14. ¿Te gusta hacer las cosas rápidamente?
15. ¿Te preocupas por cosas terribles o feas que pudieran sucederte?
16. ¿Siempre puedes callar todo secreto que sabes?
17. ¿Puedes hacer que una fiesta, paseo o juego sean alegres?
18. ¿Sientes golpes en tu corazón?
19. ¿Cuándo conoces nuevos amigos, generalmente tu empiezas la conversación?
20. ¿Has dicho alguna vez alguna mentira?
21. ¿Te sientes fácilmente herido o apenado cuando la gente encuentra un defecto en ti, o una falta en el trabajo que haces?
22. ¿Te gusta "cochinear" (hacer bromas) y contar historias graciosas a tus amigos?
23. ¿A menudo te sientes cansado sin razón?
24. ¿Siempre terminas tus tareas antes de ir a jugar?
25. ¿Estás generalmente alegre y contento?
26. ¿Te sientes dolido ante ciertas cosas?
27. ¿Te gusta juntarte con otros chicos?
28. ¿Dices tus oraciones todas las noches?
29. ¿Tienes mareos?
30. ¿Te gusta hacerles travesuras y jugarretas a otros?
31. ¿Te sientes a menudo harto, hastiado?
32. ¿Algunas veces alardeas (fanfarroneas) o "tiras pana" un poco?
33. ¿Estás generalmente tranquilo y callado cuando estás con otros niños?

34. ¿Algunas veces te pones tan inquieto que no puedes estar sentado en una silla mucho rato?
35. ¿A menudo decides hacer las cosas de repente, sin pensarlo?
36. ¿Estás siempre callado y tranquilo en la clase, aún cuando el profesor(a) esté fuera del salón?
37. ¿Tienes muchas pesadillas que te asustan?
38. ¿Puedes generalmente participar y disfrutar de una fiesta o un paseo alegre?
39. ¿Tus sentimientos son fácilmente heridos?
40. ¿Alguna vez has dicho algo malo, feo u ofensivo acerca de alguna persona o compañero?
41. ¿Considerarías que eres feliz, suertudo y "lechero"?
42. ¿Si es que sientes que has aparecido como untonto o has hecho el ridículo, te quedas preocupado?
43. ¿Te gustan a menudo los juegos bruscos, desordenados, brincar, revolearte?
44. ¿Siempre comes todo lo que te dan en las comidas?
45. ¿Te es muy difícil aceptar que te digan "NO", te nieguen algo o no te dejen hacer algo?
46. ¿Te gusta salir a la calle bastante?
47. ¿Sientes algunas veces que la vida no vale la pena vivirla?
48. ¿Has sido alguna vez insolente o malcriado con tus padres?
49. ¿Las personas piensan que tú eres alegre y "vivo"?
50. ¿A menudo te distraes o piensas en otras cosas cuando estás haciendo un trabajo o tarea?
51. ¿Prefieres más estar sentado y mirar, que jugar y bailar en las fiestas?
52. ¿A menudo has perdido el sueño por tus preocupaciones?
53. ¿Generalmente te sientes seguro de que puedes hacer las cosas que tienes que hacer?
54. ¿A menudo te sientes solo?
55. ¿Te sientes tímido de hablar cuando conoces a una nueva persona?
56. ¿A menudo te decides a hacer algo cuando ya es muy tarde?
57. ¿Cuando los chicos(as) te gritan, tú les gritas también?
58. ¿Algunas veces te sientes muy alegre y otros momentos triste sin ninguna razón especial?
59. ¿Encuentras difícil disfrutar y divertirse en una fiesta, paseo o juego alegre?
60. ¿A menudo te metes en problemas o líos porque haces las cosas sin pensar primero?



30

4

Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz

TRVB - Test de Retención Visual de Benton

Hoja de anotaciones

Forma: C, D, E Administración: A, B, C y D (rodear las empleadas)

Apellidos y nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nivel de inteligencia (conocido o estimado): _____

Motivo del examen: _____

Examinador: _____ Fecha: _____

LAMINA	Reproducción correcta	VALORACIÓN DE ERRORES						TOTAL DE ERRORES	
		Omisión	Distorsión	Perseveración	Rotación	Desplazamiento	Tamaño	Derecha	Izquierda
I									
II									
III									
IV									
V									
VI									
VII									
VIII									
IX									
X									
TOTALES									
TOTAL DE ERRORES:									

REPRODUCCIONES CORRECTAS "ESPERADAS" _____ OBTENIDAS _____ DIFERENCIA _____

VALORACIÓN DE ERRORES "ESPERADA" _____ OBTENIDA _____ DIFERENCIA _____



Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz

TRVB - Test de Retención Visual de Benton

Hoja de anotaciones

Forma: C, D, E Administración: A, B, C y D (rodear las empleadas)

Apellidos y nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nivel de inteligencia (conocido o estimado): _____

Motivo del examen: _____

Examinador: _____ Fecha: _____

LAMINA	Reproducción correcta	VALORACIÓN DE ERRORES						TOTAL DE ERRORES	
		Omisión	Distorsión	Perseveración	Rotación	Desplazamiento	Tamaño	Derecha	Izquierda
I									
II									
III									
IV									
V									
VI									
VII									
VIII									
IX									
X									
TOTALES									
TOTAL DE ERRORES:									

REPRODUCCIONES CORRECTAS "ESPERADAS" _____ OBTENIDAS _____ DIFERENCIA _____

VALORACIÓN DE ERRORES "ESPERADA" _____ OBTENIDA _____ DIFERENCIA _____



ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN

Apellidos y Nombres: H.C.:

Edad:

SÍNTOMA	0 inicio	4 sem.	6 sem.	8 sem.	6 sem.	12 mes	18 mes	24 mes
1. Animo deprimido: (tristeza, desesperanza, impotencia, inutilidad) 0 Ausente 1 La sensación está presente, pero solo lo manifiesta el preguntarsele. 2 La sensación está presente y se manifiesta verbalmente en forma espontánea. 3 La sensación se presenta en forma no verbal, por ejemplo a través de la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto. 4 El paciente reporta estas sensaciones virtualmente en su comunicación espontánea verbal y no verbal.								
2. Sentimientos de culpa 0 Ausentes 1 Autoreproche, siente que ha causado el fracaso de los demás. 2 Ideas de culpa o rumiación respecto a errores pasados o actos pecaminosos. 3 La presente enfermedad es un castigo. Desilusiones de culpa. 4 Escucha voces acusatorias o que lo denuncian o experiencias alucinatorias visuales amenazantes.								
3. Suicidio 0 Ausente 1 Siente que la vida no vale la pena. 2 Deseos de estar muerto o cualquier pensamiento de posible muerte de sí mismo. 3 Gesto o ideas suicidas 4 Intentos suicidas (cualquier intento serio debe ser valorado como 4)								
4. Insomnio de conciliación 0 No hay dificultad para conciliar el sueño 1 Quejas de dificultad ocasional para conciliar el sueño. Por ejemplo más de 1/2 hora. 2 Quejas de que todas las noches tiene dificultad para conciliar el sueño.								
5. Insomnio de medio sueño 0 No hay dificultad 1 El paciente se queja de haberse desvelado o estar alterado durante la noche. 2 Se despierta durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivo de evacuación).								
6. Insomnio tardío 0 No hay dificultad 1 Se despierta en horas muy temprano de la mañana pero nuevamente se duerme. 2 Es incapaz de volver a dormirse nuevamente si se levanta de la cama.								
7. Trabajo y actividades 0 No hay dificultad 1 Pensamientos y sensación de incapacidad, fatiga o debilidad relacionada con las actividades, el trabajo o las distracciones. 2 Pérdida de interés en las actividades, distracciones o trabajo, tanto si esta es reportada directamente por el paciente o indirectamente por descuidos, indecisión o vacilación. 3 Disminución en el tiempo presente dedicado a actividades o disminución en la productividad. En el hospital se valorará 3 si el paciente no emplea por lo menos 3 horas al día en actividades domésticas (desaliño personal) 4 Suspende el trabajo debido a la enfermedad actual. En el hospital se valorará 4 si el paciente no participa excluyendo las actividades domésticas. Si el paciente realiza de manera deficiente sus actividades domésticas (aliño personal) sin asistencia.								
8. Retardo: (lentitud en el pensamiento y el habla, disminución de la capacidad de concentración y actividad motora) 0 Habla y pensamientos normales 1 Discreto retardo durante la entrevista 2 Retardo obvio durante la entrevista. 3 Entrevista dificultosa. 4 Estupor completo.								

SÍNTOMA	0 inicio	4 sem.	6 sem.	8 sem.	6 sem.	12 mes	18 mes	24 mes
9. Agitación 0 Ninguna 1 Juega con la manos, cabello, etc. 2 Se frota las manos, las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios.								
10. Ansiedad Psíquica 0 No hay dificultad. 1 Tensión subjetiva e irritabilidad. 2 Se preocupa por asuntos menores. 3 Aparente actitud aprehensiva en el rostro o en el habla. 4 Escucha voces acusatorias o que lo denuncian o experiencias alucinatorias visuales amenazantes.								
11. Ansiedad somática: (componentes fisiológicos de la ansiedad: gastrointestinales - sequedad de boca, gases idigestión, diarrea, retortijones, eructos, cardiovasculares - palpitaciones, cefalea; respiratorios - hiperventilación, suspiros; frecuencia urinaria, sudoración. 0 Ausente 1 Mediano 2 Moderado 3 Severo 4 Incapacitante								
12. Síntomas somáticos gastrointestinales 0 Ninguno 1 Pérdida del apetito pero el sujeto se alimenta sin deseos, sensación de pesadez en el abdomen. 2 Dificultad para alimentarse sin ver la urgencia del mismo. Se requiere de laxantes o medicación para el intestino o los síntomas gastrointestinales.								
13. Síntomas somáticos generales 0 Ninguno 1 Pesadez en los miembros, la espalda o cabeza; dolores de espalda, cefalea, dolores musculares o pérdida de energía o fatiga. 2 Cualquier síntoma claro se evalúa como 2								
14. Síntomas genitales: (pérdida de la libido, alternadores menstruales, no determinado) 0 Ausentes 1 Moderado 2 Severo								
15. Hipocondria 0 No esta presente. 1 Preocupación por el propio cuerpo. 2 Preocupación por la salud. 3 Quejas constantes, búsqueda de ayuda, etc. 4 Delusiones, hipocondríacas.								
16. Pérdida de peso A. Cuando se evalúa por historia: 0 No hay pérdida de peso 1 Probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual 2 Definitiva pérdida de peso (de acuerdo con el paciente) B. En evaluaciones semanales por el psiquiatra en la sala, cuando los cambios de peso actuales son ponderados: 0 Menos de 1/2 kg. De peso perdido en una semana 1 Más de 1/2 Kg. De peso perdido en una semana. 2 Más de 1 Kg. De peso perdido en una semana.								
16. Introspección 0 Reconocerse estar deprimido y enfermo. 1 Reconocer la enfermedad pero atribuirlo a causas tales como: mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc 2 Negarse estar enfermo del todo.								

Diagnóstico:

Atendido por

Usuario fue referido a: Hospital ☐ Centro de Salud ☐ Inst. de salud mental ☐

Otro:

PUNTAJE	CARACTERÍSTICA
0 - 7	Normal
8 - 13	Leve
14 - 18	Moderado
19 - 22	Severo
19 - mas	Muy severo

Firma usuario



REGIONAL DE AREQUIPA
REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
JUDICIAL AREQUIPA
RED 13 DE AGOSTO

ST DE EVALUACION DE HABILIDADES PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES

HABILIDAD	N	RV	AV	AM	S
DE ASERTIVIDAD					
No callarme lo que pienso para evitarme problemas	5	4	3	2	1
amigo (a) habia mal de mi le insulto	5	4	3	2	1
cesito ayuda la pido de buena manera	1	2	3	4	5
es difícil felicitar a la persona que hace algo bueno	5	4	3	2	1
lezo cuando alguien me ayuda	1	2	3	4	5
cerco a saludar a mi amigo (a) cuando cumple años	1	2	3	4	5
amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi gura.	1	2	3	4	5
do me siento triste prefiero no hablar de lo que me	5	4	3	2	1
go a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada	1	2	3	4	5
testo en voz alta cuando alguien se cuela delante de mi	1	2	3	4	5
na persona mayor me ofende le insulto	5	4	3	2	1
hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para ar lo que ellos quieren.	1	2	3	4	5
TOTAL					
comunicación					
distraigo fácilmente cuando una persona me habla.	5	4	3	2	1
gunto cada vez que sea necesario para atender lo que me en	1	2	3	4	5
o a los ojos cuando alguien me habla.	1	2	3	4	5
ando hablo no me dejo entender.	5	4	3	2	1
agunto a las personas si me han entendido.	1	2	3	4	5
izo un tono de voz con gestos apropiados para que uchen y me entiendan mejor.	1	2	3	4	5
o las cosas sin pensar.	5	4	3	2	1

20. Si estoy tenso (a) trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.	1	2	3	4	5
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.	1	2	3	4	5
SUB TOTAL					
AREA DE TOMA DE DECISIONES					
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud	1	2	3	4	5
23. No me siento conforme con mi aspecto físico	5	4	3	2	1
24. Me gusta verme arreglado (a)	1	2	3	4	5
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado.	1	2	3	4	5
26. Me da vergüenza reconocer mis errores	5	4	3	2	1
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas	1	2	3	4	5
28. Puede hablar sobre mis temores.	1	2	3	4	5
29. Cuando algo me sale mal no se como expresar mi cólera.	5	4	3	2	1
30. Comparto mi alegría con mis amigos (as)	1	2	3	4	5
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante	1	2	3	4	5
32. Guardo los secretos de mis amigos (as)	1	2	3	4	5
33. Me niego hacer las tareas de mi casa.	5	4	3	2	1
SUB TOTAL					
AREA DE TOMA DE DECISIONES					
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema	1	2	3	4	5
35. Me decido por lo que la mayoría decide	5	4	3	2	1
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones	1	2	3	4	5
37. No me agrada hablar sobre mi futuro.	5	4	3	2	1
38. Hago planes para mis vacaciones.	1	2	3	4	5
39. Busco apoyo de otras personas para decidir algo importante para mi futuro.	1	2	3	4	5
40. Me cuesta decir no	5	4	3	2	1
41. Mantengo mi idea cuando mis amigos están equivocados.	1	2	3	4	5
42. Rechazo una invitación sin sentirme culpable	1	2	3	4	5
SUB TOTAL					
TOTAL					

N= NUNCA, RV=RARA VEZ, AV=A VECES, AM= A MENUDO, S=SIEMPRE
OBSERVACIONES:

Áreas de las habilidades sociales

ÁREAS DE LA LISTA DE HABILIDADES SOCIALES	ITEMS
Asertividad	01 al 12
Comunicación	13 al 21
Autoestima	22 al 33
Toma de decisiones	34 al 42

Categorías de las habilidades sociales

CATEGORÍAS	PUNTAJE DIRECTO DE ASERTIVIDAD	PUNTAJE DIRECTO DE COMUNICACIÓN	PUNTAJE DIRECTO DE AUTOESTIMA	PUNTAJE DIRECTO DE TOMA DE DECISIONES	TOTAL
Muy bajo	0 a 20	Menor a 19	Menor a 21	Menor a 16	Menor a 88
Bajo	20 a 32	19 a 24	21 a 34	16 a 24	88 a 126
Promedio bajo	33 a 38	25 a 29	35 a 41	25 a 29	127 a 141
Promedio	39 a 41	30 a 32	42 a 46	30 a 33	142 a 151
Promedio alto	42 a 44	33 a 35	47 a 50	34 a 36	152 a 161
Alto	45 a 49	36 a 39	51 a 54	37 a 40	162 a 173
Muy alto	50 a mas	40 a mas	55 a mas	41 a mas	174 a mas

Perfil diagnóstico de las habilidades sociales

Nombre:

Edad: Sexo M () F ()

Colegio: Año de estudio:

Nombre de Evaluador:

Fecha:

Categorías	Muy bajo	Bajo	Promedio bajo	Promedio	Promedio alto	Alto	Muy alto
------------	----------	------	---------------	----------	---------------	------	----------

Áreas	Puntaje
Asertividad	
Comunicación	
Autoestima	
Toma de Decisiones	
Puntaje Total	

33

EDAH

HOJA DE ANOTACIÓN

Nombre: _____ Grado: _____ Edad: _____

Sexo: ☐ F ☐ M Colegio: _____ Fecha: ____/____/____.

Responda a cada cuestión rodeando con un círculo el grado en el que el alumno presenta cada una de las conductas descritas

Nada	Poco	Bastante	Mucho
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3	H
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3	DA
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3	H
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3	DA
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas	0	1	2	3	H
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3	TC
7	Está en las nubes, ensimismado	0	1	2	3	DA
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3	DA
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3	TC
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3	TC
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3	TC
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante	0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3	H
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3	TC
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3	TC
16	Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"	0	1	2	3	TC
17	Es impulsivo e irritable	0	1	2	3	H
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3	TC
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	0	1	2	3	DA
20	Acepta mal las críticas del profesor	0	1	2	3	TC

RESUMEN DE PUNTUACIONES	PD	H	DA	H+DA	TC	H+DA+TC
	Centil					

BUSINESS

INSTRUCCIONES

En las siguientes páginas se le presenta una serie de frases sobre el modo como Ud. se comporta como Ud., se y siente. Después de leer cada frase, debe decidir con un "CIERTO" o con un "FALSO". Trate de responder rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada frase; queremos su primera reacción, no un proceso de pensamiento prolongado.

Ahora trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las frases. NO HAY CONTESTACIONES "CORRECTAS" O "INCORRECTAS", sino simplemente una medida de la forma como Ud. se comporta. Para responder, ponga un UNO (1) debajo de la columna "C" (cierto) o "F" (falso).

	C	F
1 Pierdo la paciencia fácilmente, pero la recobro fácilmente		
2 Cuando desapruebo la conducta de mis amigos (as) se los hago saber		
3 A veces hablo mal de las personas que no me agradan.		
4 De vez en cuando no puedo controlar mi necesidad de golpear a otros		
5 Siento que no consigo lo que merezco.		
6 Sé de personas que hablan de mí a mis espaldas.		
7 Siempre soy paciente con los demás.		
8 A menudo me encuentro en desacuerdo con los demás.		
9 Nunca me molesto tanto como para tirar las cosas.		
10 No tengo ninguna buena razón para golpear a los otros		
11 Otra gente parece que lo obtiene todo.		
12 Me mantengo en guardia con gente que de alguna manera es más amigable de lo que esperaba.		
13 Soy más irritable de lo que la gente cree.		
14 No puedo evitar entrar en discusiones cuando la gente no está de acuerdo conmigo.		
15 Cuando me molesto, a veces tiro las puertas.		
16 Si alguien me golpea primero, le respondo de igual manera y de inmediato		
17 Cuando recuerdo mi pasado y todo lo que me ha sucedido, no puedo evitar sentirme resentido (a).		
18 Creo que le desagrado a mucha gente.		
19 Me "hierve" la sangre cada vez que la gente se burla de mí.		
20 Yo exijo que la gente respete mis derechos.		
21 Nunca hago bromas pesadas.		
22 Quien sea que insulte a mi familia o a mí, está buscando pelea.		
23 Casi todas las semanas encuentro a alguien que me desagrada.		
24 Hag mucha gente que me tiene envidia		
25 Si alguien no me trata bien, no permito que eso me moleste.		
26 Aún cuando estoy enfurecido no hablo liguras.		
27 A veces hago mal las cosas cuando estoy enojado (a).		
28 Quien continuamente me molest, está buscando un puñete en la nariz		
29 Aunque no lo demuestre, a veces siento envidia		
30 A veces tengo la sospecha de que se rien de mí		
31 A veces me molesta la sola presencia de la gente		
32 Si alguien me molesta estoy dispuesto (a) a decirle lo que pienso		
33 A veces dejo de hacer las cosas cuando no consigo lo que quiero		
34 Pocas veces contesto, aunque me golpeen primero		
35 No sé de alguien a quien odie completamente		
36 Mi tema es "nunca confiar en extraños"		
37 A menudo me siento como "pólvora a punto de estallar"		
38 Cuando la gente me grita, les grito también		
39 Desde los 10 años no he tenido una rabieta		

40 Cuando verdaderamente pierdo la calma, soy capaz de cachetear a alguien.

41 Si permito que los demás me vean como soy, seré considerado difícil de llevar		
42 Comúnmente pienso, que razón oculta tendrán para hacer algo bueno por mí		
43 A veces me siento "acalorado" (a) y de mal genio		
44 Cuando me molesto digo cosas desagradables		
45 Recuerdo que esture tan amargo que cogí lo primero que encontré a mano y lo rompí		
46 Peleno tanto como las demás personas		
47 A veces siento que la vida me ha tratado mal		
48 Solía pensar que la mayoría de la gente decía la verdad, pero ahora sé que estoy equivocado (a)		
49 No puedo evitar ser rudo (a) con la gente que no me agrada		
50 No puedo poner a alguien en su lugar, aún si fuese necesario		
51 A veces demuestro mi enojo golpeando la mesa		
52 Si tengo que recurrir a la violencia física para defender mis derechos, lo hago		
53 Aunque no lo demuestre, me siento insatisfecho (a) conmigo mismo (a)		
54 No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño		
55 No permito que muchas cosas sin importancia me irriten		
56 A menudo hago amenazas que no cumplo		
57 Cada vez que estoy molesto (a) dejo de hacer las tareas de mi casa		
58 Sé de personas que por molestarme, me han obligado a usar la violencia		
59 Hay personas a quienes les guardo mucho rencor		
60 Raramente siento que la gente trata de amargarme o insultarme		
61 Ultimamente he estado algo malhumorado		
62 Cuando discuto tiendo a elevar la voz		
63 Me desquito una ofensa negándome a realizar las tareas		
64 Quienes me insultan sin motivo, encontrarán un buen golpe		
65 No puedo evitar ser tosco con quienes trato		
66 He tenido la impresión de que ciertas personas me han tratado de sacar provecho		
67 Me irrita rápidamente cuando no consigo lo que quiero		
68 Generalmente oculto la pobre opinión que tengo de los demás		
69 Cuando me molestan me desquito con las cosas de quienes me desagrada		
70 Quien se burla de mis amigos (as) se enfrentará a golpes conmigo		
71 Me duele pensar que mis padres no hicieron lo suficiente por mí		
72 A veces desconfío de las personas que tratan de hacerme un favor		
73 Tiendo a irritarme cuando soy criticado		
74 Prefiero ceder en algún punto de vista antes de disautir		
75 Con mis amigos acostumbro a burlarme de quienes no me agradan		
76 No hay otra manera de librarse de los sujetos, más que empleando la violencia		
77 Siento que los continuos fracasos en la vida, me han vuelto rencoroso (a)		
78 Hag momentos en los que siento que todo el mundo está contra mí.		
79 Soy de las personas que se exasperan ante la menor provocación		
80 Tiendo a burlarme de las personas que hacen mal su trabajo		
81 Demuestro mi cólera pateando las cosas		
82 la mejor solución para colocar a alguien "en su lugar" es enfrentándolo a golpes.		
83 Siento que no he recibido en la vida todas las recompensas que merezco		
84 Siento que existe mucha hipocresía entre la gente		
85 A veces me irritan las acciones de algunas personas		
86 Evito expresar lo que siento ante personas que me desagrada		
87 No soy de las personas que se desquitan una ofensa con las cosas de la gente		
88 Soy una persona que tiende a meterse en líos		
89 Comparado con otros, siento que no soy feliz en esta vida		
90 Pienso que las personas que aparentan amistad conmigo, son desleales en mi ausencia		
91 Se necesita mucho para irritarme		

2 MILLARES

34



3 MILLARES
ESCALA DE ZUNG

35

Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz

Nombre: INDICE EAA

Fecha: Edad: Sexo:	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	BÜEN NUMERO DE VECES	LA MAYORÍA DE VECES
1. Me siento mas nervioso y ansioso que de costumbre.				
2. Me siento con temor sin razón.				
3. Despierto con facilidad o siento pánico.				
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.				
5. Siento que todo esta bien y que nada malo puede sucederme.				
6. Me tiemblan los brazos y las piernas.				
7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura.				
8. Me siento débil y me canso fácilmente.				
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente.				
10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.				
11. Sufro de mareos.				
12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.				
13. Puedo inspirar y expirar fácilmente.				
14. Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.				
15. Sufro de molestias estomacales o indigestión.				
16. Orino con mucha frecuencia.				
17. Generalmente mis manos están secas y calientes.				
18. Siento bochornos.				
19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche.				
20. Tengo pesadillas.				



Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz

Nombre: INDICE EAMD

Fecha: Edad: Sexo:	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Me siento triste y decaído.				
2. Por las mañanas me siento mejor				
3. Tengo ganas de llorar y aveces lloro.				
4. Me cuesta mucho dormir por la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Aun tengo deseos sexuales.				
7. Noto que estoy adelgazando.				
8. Estoy estreñado.				
9. El corazón me late mas rápido que antes.				
10. Me canso sin motivo.				
11. Mi mente esta tan despejada como siempre.				
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo confianza en el futuro.				
15. Estoy mas irritable que antes.				
16. Encuentro fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Encuentro agradable vivir.				
19. Creo que seria mejor para los demás si estuviera muerto.				
20. Me gusta las mismas cosas que antes.				

36

HABILIDADES SOCIALES (HH.SS)

A continuación te presentamos una tabla con diferentes aspectos de las "*Habilidades Sociales Básicas*". A través de ella podrás determinar el grado de desarrollo de tú "*Competencia Social*" (conjunto de HH.SS necesarias para desenvolverte eficazmente en el contexto social). Señala el grado en que te ocurre lo que indican cada una de las cuestiones, teniendo para ello en cuenta:

1 → Me sucede **MUY POCAS** veces

2 → Me sucede **ALGUNAS** veces

3 → Me sucede **BASTANTES** veces

4 → Me sucede **MUCHAS** veces

HABILIDADES SOCIALES		1	2	3	4
1	Prestas atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para comprender lo que te está diciendo				
2	Hablas con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes				
3	Hablas con otras personas sobre cosas que interesan a ambos				
4	Clarificas la información que necesitas y se la pides a la persona adecuada				
5	Permites que los demás sepan que les agradeces los favores				
6	Te das a conocer a los demás por propia iniciativa				
7	Ayudas a que los demás se conozcan entre sí				
8	Dices que te gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza				
9	Pides que te ayuden cuando tienes alguna dificultad				
10	Eliges la mejor forma para integrarte en un grupo o para participar en una determinada actividad				
11	Explicas con claridad a los demás cómo hacer una tarea específica				
12	Prestas atención a las instrucciones, pides explicaciones y llevas adelante las instrucciones correctamente				
13	Pides disculpas a los demás por haber hecho algo mal				
14	Intentas persuadir a los demás de que tus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona				
15	Intentas reconocer las emociones que experimenta				
16	Permites que los demás conozcan lo que sientes				
17	Intentas comprender lo que sienten los demás				
18	Intentas comprender el enfado de la otra persona				
19	Permites que los demás sepan que te interesas o preocupas por ellos				
20	Piensas porqué estás asustado y haces algo para disminuir tu miedo				
21	Te dices a ti mismo o haces cosas agradables cuando te mereces una recompensa				
22	Reconoces cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pides a la persona indicada				



37

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE STANLEY COOPERSMITH FORMA ADULTOS

NOMBRE: FECHA:

EDAD: SEXO: V () M () OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:

ITEM	SI	NO	ITEM	SI	NO	ITEM	SI	NO	ITEM	SI	NO	ITEM	SI	NO
1			6			11			16			21		
2			7			12			17			22		
3			8			13			18			23		
4			9			14			19			24		
5			10			15			20			25		

Si Mismo General

Social Pares

Familiar



PERÚ

Ministerio de Salud



Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz



8

38



HOJA DE RESPUESTAS

APELLIDOS Y NOMBRES : _____

EDAD : _____

FECHA : _____

	V	F		V	F		V	F		V	F		V	F		V	F
1			26			51			76			101			126		
2			27			52			77			102			127		
3			28			53			78			103			128		
4			29			54			79			104			129		
5			30			55			80			105			130		
6			31			56			81			106			131		
7			32			57			82			107			132		
8			33			58			83			108			133		
9			34			59			84			109			134		
10			35			60			85			110			135		
11			36			61			86			111			136		
12			37			62			87			112			137		
13			38			63			88			113			138		
14			39			64			89			114			139		
15			40			65			90			115			140		
16			41			66			91			116			141		
17			42			67			92			117			142		
18			43			68			93			118			143		
19			44			69			94			119			144		
20			45			70			95			120			145		
21			46			71			96			121			146		
22			47			72			97			122			147		
23			48			73			98			123			148		
24			49			74			99			124			149		
25			50			75			100			125			150		
															151		
															152		
															153		
															154		
															155		
															156		
															157		
															158		
															159		
															160		



Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y Cultura de Paz



39

APGAR FAMILIAR

Nombres y Apellidos:				
Sexo		Edad		Fecha Evaluación:
Nivel de Instrucción				Ocupación

A continuación, le pedimos a que lea cuidadosamente cada una de las afirmaciones, y señale con un aspa (x) la alternativa que más se asemeje a su situación familiar.

Preguntas	Nunca 0	Casi Nunca 1	Algunas veces 2	Casi siempre 3	Siempre 4
Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Estoy satisfecho con la forma en que en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Estoy satisfecho de que mi familia acepte y apoye mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Estoy satisfecho con la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo juntos.					

Calificación:

Función familiar	Puntaje
Buena funcionalidad familiar	17-20
Disfunción familiar leve	13-16
Disfunción familiar moderada	10-12
Disfunción familiar severa	0-9

40

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupacion..... Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido, si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando, miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5 Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. :
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

40

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:



41

Nombres y apellidos: _____ Edad _____

Fecha ____/____/____

MINI –MENTAL

El Mini –Mental es un instrumento práctico de screening o rastreo de alteraciones cognitivas. Se trata de un método muy utilizado ya que se puede administrar en 5-10 minutos.

El Mini-Mental está formado por un conjunto de ítems que forman un test que mide orientación (personal, espacial y temporal), memoria a corto y largo plazo (fijación y recuerdo diferido), atención , lenguaje (expresión verbal y escrita, comprensión verbal y escrita) praxias, habilidades visoconstructivas...Permite evaluar de manera rápida la sospecha de déficit cognitivo ,sin embargo no debe utilizarse como una evaluación clínica completa del estado mental ya que no permite estudiar de manera detallada la función cognitiva alterada ni conocer la causa del déficit.

Dentro del Mini-Mental podemos encontrar diferentes escalas o versiones: una de ellas se hace sobre una puntuación máxima de 30 puntos mientras que en la otra el puntaje máximo es de 35.

Pruebas del Mini –Mental y como se corrige

A continuación, se exponen, en orden de presentación, las áreas cognitivas que exploran las diferentes pruebas de las que se compone el Mini- Mental:

1. Orientación

En primer lugar, se hace preguntas relacionadas con la fecha en la que nos encontramos y se interroga de manera específica sobre el año, la estación, el día de la semana, el lugar donde nos encontramos en el momento de administrar el Mini Mental. El objetivo es observar si el paciente se encuentra orientado en tiempo y espacio. Se daría un punto por cada respuesta correcta, pudiendo obtener un máximo de 10 puntos.

- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año?
- ¿Qué día del mes es hoy?
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes del año estamos?
- ¿En qué país estamos?
- ¿En qué provincia estamos?
- ¿En qué ciudad estamos?
- ¿Dónde estamos en este momento?
- ¿En qué piso/planta estamos?

2. Fijación

Voy a decir 3 palabras y las tienes que repetir una vez que yo acabe (se repiten 3 veces las 3 palabras). Se asigna un punto por cada respuesta correcta pudiendo obtenerse un máximo de 3 puntos en la prueba.

- Repite estas 3 palabras: Bicicleta, cuchara, manzana.



3. Atención y cálculo

Esta prueba se divide en dos partes. En la primera se le pide al sujeto lo siguiente: “¿Cuánto es 100 menos 7?” Una vez hayamos obtenido una respuesta, el sujeto debe ir restando de 7 en 7 hacia atrás en 4 ocasiones más. Se asigna un punto por cada número enunciado de manera correcta, siendo los números correctos 93, 86, 79, 72, 65.

En la segunda parte se le pide lo siguiente al sujeto: “Deletréeme la palabra MUNDO al revés” (O-D-N-U-M). Esta vez asignará un punto por cada letra en orden inverso dicho manera correcta.

4. Memoria

Se le pide al sujeto que recuerde las 3 palabras que le dijimos en pruebas anteriores (“bicicleta”, “cuchara”, “manzana”). ¿Puedo recordar las palabras que le dije antes?

Se le asignaría un punto por cada palabra recordada, en caso de que el sujeto no sea capaz de recordar ninguna palabra, no se le daría ninguna puntuación. A pesar de eso, se puede indagar en la memoria del sujeto haciendo preguntas del tipo semántico o fonológico (por ejemplo; “es un medio de transporte” o “empieza por la sílaba bi-”, respectivamente). De este modo podríamos obtener información sobre si el sujeto. Al administrarle algunas claves, tendría mayor facilidad para acceder al recuerdo.

5. Lenguajes y praxias

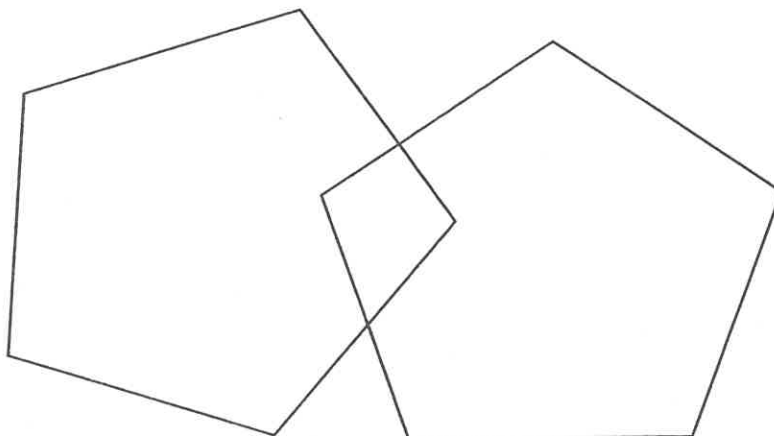
- Mostrar un lápiz. ¿Qué es esto? Se da un punto si lo reconoce
- Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? Se da un punto si lo reconoce
- Repetición. “Escuche bien la frase que voy a decir y repítala .NI SI, NI NO, NI PERO”, Se da un punto si dice la frase de manera correcta.

Compresión. “Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo encima de la mesa”, Se da un punto por cada acción bien realizada pudiendo obtener un máximo de 3 puntos si se realiza bien las 3 acciones que se le piden.

“Lea lo que dice en la hoja y haga lo que está escrito: CIERRE LOS OJOS”, Deben leerlo y realizar la acción de cerrar los ojos. Se asigna un punto si lo realizan de manera correcta.

Se solicita al sujeto que escriba una frase completa, “Escriba una frase, Si no sabe qué escribir piense en lo que va a hacer esta tarde y escríbalo”. Se asigna un punto si realiza una frase de manera correcta.

Copia del dibujo. “Copie este dibujo” (se le da un folio y un lápiz y se muestra el dibujo, adecuado a la visión de cada usuario). Se asigna un punto si el sujeto realiza un dibujo en el que aparezca dos pentágonos y entre ellos exista una intersección.





PERÚ

Ministerio
de Salud



Estrategia Sanitaria Nacional de
Salud Mental y cultura de Paz



3

41

Interpretación Mini-Mental

- Orientación temporal (5 puntos)
- Orientación espacial (5 puntos)
- Fijación (3 puntos)
- Atención y cálculo (5 puntos)
- Evocación (3 puntos)
- Denominación (2 puntos)
- Repetición (1 punto)
- Comprensión (3 puntos)
- Lectura (1 punto)
- Escritura (1 punto)
- Dibujo (1 punto)

En totalidad del test la puntuación máxima que se puede obtener es de 30 puntos. La puntuación final es la suma de las puntuaciones de los diferentes subapartados y en función de cuántos números obtenga, así interpretamos el final de la evaluación siendo entre 30 y 27= Sin Deterioro; Entre 26 y 25 = Dudoso o posible Deterioro; Entre 24 y 10 = Demencia leve o Moderada; Entre 9 y 6 = Demencia Moderada a Severa y menos de 6 = Demencia Severa.

Hemos de resaltar que esta prueba NO define de manera clara un diagnóstico y que, para ello hace falta realizar una entrevista clínica previa, exploración física y diferentes pruebas diagnósticas complementarias.

El Mini-Mental administrativo junto con otros test como por ejemplo el Test del Reloj , es una prueba muy utilizada para realizar el seguimiento de pacientes con demencia o deterioro cognitivo ya que de manera rápida podemos observar funciones cognitivas importantes del sujeto como atención (sostenida ,selectiva...), memoria (a corto plazo, a largo plazo, semántica...), praxias (ideomotoras, faciales ...), orientación (temporal, espacial y personal), lenguaje (fluido, no fluido, coherente, denominación...), funciones ejecutivas (presencia de perseveraciones , inhibición, planificación, toma de decisiones,...), control mental, etc.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CUENTARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO POR CATEGORÍA DE ALCOHOL
E INSTRUCCIONES AL PARTICIPANTE

LEA LAS PREGUNTAS TAL COMO ESTÁN ESCRITAS. CONVIENE EN TÉRMINOS DE RESPUESTA ESTÁNDAR. ANOTE LAS RESPUESTAS CUIDADOSAMENTE EN EL CUADRO DE LA DERECHA. (CONVIENE EL AUDIOTAGUEO).

Anotale hoy hacer algunas preguntas acerca de las bebidas y su manera de consumirlas. En este último año ¿qué es lo que más le gusta beber? (cuando se reúne con sus compañeros, amigos o en las fiestas) Por ej.: cerveza, cana, traga, sidra, licor, chicha, otra (especificar). (Ver ejemplos mencionados por el entrevistado en las preguntas sucesivas).

[CALCULAR LA RESPUESTA ESTÁNDAR, VER ESTO]

<p>1. Por lo general ¿cuántas veces bebes?</p> <p>(0) Nunca (ase a la pregunta 8 y 10) (1) Una o menos veces al mes (2) 2 a 3 veces por mes (3) 2 a 3 veces por semana (4) Todos los días, casi todos los días</p> <div></div>	<p>6. En este último año ¿cuántas veces después de haber tomado mucho has estado borracho?</p> <p>(0) Nunca (ase a la pregunta 8 y 10) (1) Solo en las fiestas o cumpleaños (ver preg. #5) (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Todos los días, casi todos los días</p> <div></div>
<p>2. A ¿Cuántas (VER ESTO, MUESTRA PANEL E) en un día en fiestas o cumpleaños?</p> <p>(0) 1 a 2 (1) 3 a 4 (2) 5 a 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o más</p> <div></div>	<p>7. En este último año ¿cuántas veces te has sentido como resaca o has tenido síntomas (que te duela) después de haber tomado?</p> <p>(0) Nunca (1) Solo en fiestas o cumpleaños (ver preg. #5) (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Todos los días, casi todos los días</p> <div></div>
<p>3. B ¿Cuántas (VER ESTO, MUESTRA PANEL E) en un día en fiestas?</p> <p>(0) 0 a 2 (1) 3 a 4 (2) 5 a 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o más</p> <p>[VER ESTE PUNTAJE EN PUNTAJE FINAL]</p> <div></div>	<p>8. En este último año ¿te ha debido de dar después de haber tomado una resaca o te ha debido de dar síntomas cuando estabas borracho?</p> <p>(0) Nunca (1) Solo en fiestas o cumpleaños (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Todos los días, casi todos los días</p> <div></div>
<p>4. ¿Cuántas veces has tomado? (0 o más) (VER ESTO) en un mes?</p> <p>(0) Nunca (1) Solo en las fiestas o cumpleaños (VER PANEL DE RESPUESTAS EN FRECUENCIA DE UNA VEZ AL MES) (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Todos los días, casi todos los días</p> <div></div> <p>[PUSE A LAS PREGUNTAS 8 Y 10 A LA SUMA TOTAL DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3]</p>	<p>9. Cuando has tomado ¿te has sentido algún accidente, te has debido de ir a las preguntas siguientes?</p> <p>(0) Nunca (1) 5 pero hace mucho tiempo o en algún año (2) 5 o más veces al año</p> <div></div>
<p>5. En este último año ¿cuántas veces has tomado? (0 o más) (VER ESTO, MUESTRA PANEL E) en un mes?</p> <p>(0) Nunca (1) Solo en fiestas o cumpleaños (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Todos los días, casi todos los días</p> <div></div>	<p>10. ¿Cuántas veces has tomado? (0 o más) (VER ESTO, MUESTRA PANEL E) en un mes?</p> <p>(0) Nunca (1) 5 pero hace mucho tiempo o en algún año (2) 5 o más veces al año</p> <div></div>
<p>6. En este último año ¿cuántas veces has tomado? (0 o más) (VER ESTO, MUESTRA PANEL E) en un mes?</p> <p>(0) Nunca (1) Solo en fiestas o cumpleaños (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Todos los días, casi todos los días</p> <div></div>	<p>11. ¿Cuántas veces has tomado? (0 o más) (VER ESTO, MUESTRA PANEL E) en un mes?</p> <p>(0) Nunca (1) Solo en fiestas o cumpleaños (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Todos los días, casi todos los días</p> <div></div>

[SI LA SUMA TOTAL ES MAYOR QUE EL PUNTO DE CORTE RECOMENDADO, CONSULTE EL MANUAL DE USUARIO.]
Las preguntas 2 y 3 son provisionales hasta tanto se complete la versión de cuestionario

