

PROTOCOLO 2: UTILIZACION DE INSTRUMENTOS DE DETECCION PARA PROBLEMAS PSICOSOCIALES

- La utilización clínica de cuestionarios de detección puede aumentar el reconocimiento de los problemas psicosociales.
- Cuando se utilizan previo a la consulta (por. ej. en la sala de espera) contribuyen a orientar al médico para focalizar la entrevista con el paciente.
- LOS INSTRUMENTOS DE DETECCION DAN SOSPECHA CLÍNICA (PROBABLE CASO) NUNCA SON DE DIAGNOSTICO .
- Los instrumentos de detección se caracterizan por tener una alta sensibilidad (detectan la mayoría de los casos probables) y menor especificidad (pueden identificar erróneamente a pacientes que NO tienen un trastorno.

<ul style="list-style-type: none">• LA CONFIRMACION DIAGNOSTICA POR PARTE DEL CLINICO A TRAVES DE LA ENTREVISTA ES IMPRESCINDIBLE

(Ver Protocolo1: Hoja de identificación de problemas)

<ul style="list-style-type: none">• NO SE PUEDE ESTABLECER TRATAMIENTO EN BASE A UNA SOSPECHA, del mismo modo que no se diagnostica y trata una diabetes por una glucosuria.
--

- LOS CUESTIONARIOS PUEDEN SER CONTESTADOS POR EL PROPIO PACIENTE, excepto que esté muy perturbado o no sepa leer o escribir o haya perdido esa capacidad por desuso (pacientes muy añosos o bajo nivel de escolaridad seguido de falta de práctica)
- EXPERIENCIAS HECHAS EN NUESTRO PAIS CON PACIENTES HOSPITALARIOS Y CRONICOS AMBULATORIOS MUESTRAN QUE LOS PACIENTES ACEPTAN BIEN LOS CUESTIONARIOS SI SON SENCILLOS Y PRESENTADOS EN TAMAÑO ADECUADO DE LETRA
- El personal de enfermería puede participar en aplicar los cuestionarios en la Sala de Espera. Cuando se maneja adecuadamente la situación, esta tarea es vivida como útil y gratificante por los/las enfermeras en tanto les permite colaborar activamente en el proceso de diagnóstico del paciente.
- Existen numerosos instrumentos de detección a nivel internacional, muchos de ellos con buenas propiedades psicométricas (confiabilidad y validez)

- En el presente protocolo se incluyen instrumentos probados a nivel nacional en el marco de proyectos de investigación que han mostrado ser adecuados para nuestros pacientes.

1. Cuestionario de Bienestar

Nombre o cédula de identidad:

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

Instrucciones

Las siguientes preguntas tratan de ayudar a que usted y su médico puedan hablar sobre cómo se siente en general.

Sus respuestas son confidenciales y posiblemente su médico le haga otras preguntas para conocer mejor sus problemas y tratarlo adecuadamente.

Por favor responda a cada pregunta en el espacio suministrado:

1. Por favor **indique cómo se sintió en el último mes.**

Encierre en un círculo el número que le parezca más adecuado para describirlo.

Marque UN solo número.

En el último mes me sentí:

Mejor de cómo me siento normalmente	+1
Normal	0
	-1
	-2
	-3
Mucho peor de cómo me siento normalmente	-4

2. ¿ Qué medicamentos tomó el mes pasado, incluyendo medicamentos no recetados?

Marque aquí si no tomó NINGUN medicamento desde su última visita

Marque aquí si tomó algún medicamento .

3. Por favor **indique los medicamentos y la dosis en que los tomó**

Medicamentos	Dosis por día	Fecha de comienzo	Tomado si lo necesita
-----	-----	-----	
-----	-----	-----	
-----	-----	-----	

Marque aquí si hubo algún cambio en la medicación indicada

Indique todos los cambios que se produjeron con sus medicamentos (dejó de tomar el medicamento, olvidó la dosis recetada, le hizo mal, aumentó la dosis, etc.)

Marque aquí si no hubo cambios en la medicación

4.¿Tomó bebidas alcohólicas en el último mes ?

SI NO

5.¿ Fumó tabaco en el último mes?

SI NO

6. ¿Desearía discutir con su médico otro medicamento o sustancia que haya tomado en el último mes?

SI NO

7. ¿En el último mes, tuvo algún tipo de problema que haya influido sobre cómo se siente?

SI NO

Si marcó SI:

Vinculado al trabajo y /o al estudio

Vinculado a la situación económica

Vinculado a la muerte o enfermedad grave de un ser querido

Vinculadas a problemas afectivos

Vinculados a problemas familiares

Otros problemas

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION (EADG)

Un puntaje mayor de 4 sumando las preguntas 1 a 9 indica probable ANSIEDAD

1. ¿ Se ha sentido muy nervioso, tensionado?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿ Se ha sentido muy irritable?
4. ¿ Ha tenido dificultad para estar tranquilo y relajado?

Si contestó SI a más de 2 preguntas, por favor continúe contestando

5. ¿ Ha dormido mal o ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿ Ha tenido dolores de cabeza?
7. ¿ Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
8. ¿ Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿ Ha tenido dificultad para quedarse dormido ?

Un puntaje mayor de 2 sumando las preguntas 1 a 9 indica probable DEPRESION

1. ¿ Se ha sentido con poca energía?
2. ¿ Ha perdido interés por las cosas?
3. ¿ Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿ Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?

Si contestó SI a cualquiera de estas preguntas , por favor, continúe contestando

- 5.¿ Ha tenido dificultades para concentrarse en sus tareas?
6. ¿ Ha perdido peso, a causa de su falta de apetito?
7. ¿ Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿ Se ha sentido como que está muy “lento” ?
9. ¿ Cree que ha tenido tendencia a estar peor por las mañanas?

El chequeo puede completarse aplicando una escala de **CALIDAD de VIDA** , que puede repetirse en cada consulta, brindando una “instantánea” del paciente en términos de BIENESTAR FISICO, PSIQUICO y SOCIAL.

Se recomienda el SF-36 (Versión abreviada del Medical Outcome Study), de amplio uso internacional y validado en nuestro país, inicialmente para pacientes en Hemodiálisis.

CUESTIONARIO SF- 36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más acertado.

1. En general, usted diría que su salud es:

(marque un solo número)

- Excelente.....1
- Muy buena.....2
- Buena.....3
- Regular.....4
- Mala.....5

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, **comparada con la de hace un año?**
(marque un solo número)

- Mucho mejor ahora que hace un año..... 1
- Algo mejor ahora que hace un año.....2
- Más o menos igual ahora que hace un año.....3
- Algo peor ahora que hace un año.....4
- Mucho peor ahora que hace un año.....5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer durante un día normal. **Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?**

(marque **un solo número** por cada pregunta, por favor conteste **todas** las preguntas)

	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos , tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores	1	2	3
b. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a las bochas o caminar más de 1 hora.	1	2	3
c. Llevar la bolsa de los “ mandados”	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar un kilómetro o más	1	2	3
h. Caminar varias cuadras	1	2	3
i. Caminar una sola cuadra (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante **las 4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física**?

(marque un solo número por cada pregunta)

	Si	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante **las 4 últimas semanas**, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimido o nervioso)?

(marque un solo número por cada pregunta)

	Si	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional ?	1	2
b. ¿ Hizo menos de lo que usted hubiera querido hacer, por algún problema emocional ?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional ?	1	2

6. Durante **las 4 últimas semanas**, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

(marque un solo número)

- | | | | |
|-----|---|---------------|---|
| ... | 1 | Nada.. .. | 1 |
| | | Un poco..... | 2 |
| | | Regular..... | 3 |
| | | Bastante..... | 4 |
| | | Mucho | 5 |

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante **las 4 últimas semanas**?

(marque un solo número)

- | | | | |
|--|--|--------------------|---|
| | | No, ninguno..... | 1 |
| | | Si, muy poco..... | 2 |
| | | Si, un poco..... | 3 |
| | | Si, moderado..... | 4 |
| | | Si, mucho..... | 5 |
| | | Si, muchísimo..... | 6 |

8. Durante **las 4 últimas semanas**, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
(marque un solo número)

- Nada1
- Un poco.....2
- Regular.....3
- Bastante.....4
- Mucho5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas **durante las 4 últimas semanas**. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante **las últimas 4 semanas** ¿cuánto tiempo....

(marque **un solo número** por cada pregunta , por favor marque **todas** las preguntas)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. se sintió tan bajo de ánimo que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
d. se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante **las 4 últimas semanas**, ¿con qué frecuencia **la salud física o los problemas emocionales** le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

(marque un solo número)

- Siempre..... 1
- Casi siempre..... 2
- Algunas veces..... 3
- Sólo alguna vez..... 4
- Nunca..... 5

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

(marque **un solo número** por cada pregunta, por favor conteste a **todas** las afirmaciones)

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No se	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquier otra persona	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

La puntuación puede calcularse fácilmente con el instructivo apropiado.

