

## **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"><li>• LA CONFIRMACION DIAGNOSTICA POR PARTE DEL CLINICO A TRAVES DE LA ENTREVISTA ES IMPRESCINDIBLE</li></ul>
---

(Ver Protocolo1: Hoja de identificación de problemas)

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

- 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. <b>Esfuerzos intensos</b> , tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores	1	2	3
b. <b>Esfuerzos moderados</b> , 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 <b>varios</b> pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir <b>un</b> piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar <b>un kilómetro o más</b>	1	2	3
h. Caminar <b>varias cuadras</b>	1	2	3
i. Caminar <b>una sola cuadra</b> (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 <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿ <b>Hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que <b>dejar de hacer algunas tareas</b> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo <b>dificultad</b> 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 <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <b>por algún problema emocional</b> ?	1	2
b. ¿ <b>Hizo menos</b> de lo que usted hubiera querido hacer, <b>por algún problema emocional</b> ?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <b>tan cuidadosamente</b> como de costumbre, <b>por algún problema emocional</b> ?	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)**

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

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)

	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
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)

	<b>Totalmente cierta</b>	<b>Bastante cierta</b>	<b>No se</b>	<b>Bastante falsa</b>	<b>Totalmente falsa</b>
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.

