

## 1. FORMATO DE EVALUACIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

# ESCALA DE VALORACIÓN DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

	FECHAS	1	2	3	4	5
1	<b>ANSIEDAD:</b> Preocupaciones, temores, aprensión, irritabilidad					
2	<b>TENSIÓN</b> Sensación de tensión, fatigabilidad, incapacidad de relajarse, tendencia a sobresaltarse, tendencia al lloro, trémulo, tembloroso, inquietud.					
3	<b>TEMORES</b> De la oscuridad, desconocidos, la soledad, animales grandes, etc.					
4	<b>TRASTORNOS DEL SUEÑO</b> Dificultad de conciliar el sueño, interrupción del sueño, sueño insatisfactorio, cansancio al despertarse, ensueños, pesadillas, terrores nocturnos.					
5	<b>TRASTORNOS INTELECTIVOS</b> Dificultad de concentración, debilidad de memoria.					
6	<b>DEPRESIÓN:</b> Falta de interés, insatisfacción en las diversiones, deprimido, despertar prematuro, humor diurno oscilante.					
7	<b>SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (MUSCULAR)</b> Dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas musculares, convulsiones clónicas, crujiir de dientes, voz vacilante.					
8	<b>SÍNTOMAS SOMATICOS GENERALES (SENSORIALES):</b> Acúfenos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, hormigueos.					
9	<b>SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES</b> Taquicardia, palpitaciones, dolores torácicos, latidos vasculares, sensación de desmayo, sensación de paro cardíaco.					
10	<b>SÍNTOMAS RESPIRATORIOS</b> Opresión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11	<b>SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES</b> Dificultad para tragar, ventosidades, dispepsia, borborigmos, movimientos intestinales, diarrea, pérdida de peso, constipación.					
12	<b>SÍNTOMAS GENITOURINARIOS</b> Micción frecuente, micción imperiosa, amenorrea, menorragias, frigidez, eyaculación precoz, trastornos de la erección, impotencia.					

	FECHAS	1	2	3	4	5
13	<b>SÍNTOMAS VEGETATIVOS</b> Sequedad de boca, tendencia a ruborizarse, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea tensional, piloerección.					
14	<b>COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA:</b> Rígido, no relajado, inquietud y desasosiego, manos temblorosas, cejas fruncidas, facies rígida, palidez facial, «tragar saliva», eructos, sudoración, tics parpadeantes.					

Puntuaciones totales superiores a 14 orientan hacia trastornos de ansiedad susceptibles de ser tratados.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto 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"/>

## 2.-FORMATO DE EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEPRESIVO

### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo..... Ocupación  
..... 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 del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### 1. 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.

#### 2. 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.

#### 3. 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.

#### 4. 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

#### 5. **Disconformidad con uno mismo.**

0 Siento acerca de mí mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

#### 6. **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.

#### 7. **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.

#### 8. **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**

- 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 mí mismo tan valioso y útil como solía considerar
- 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.
- 1<sup>a</sup>. 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
- 3<sup>a</sup>. 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.
- 1<sup>a</sup>. 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. hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

### **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:**

- Valoración de 0 a 13: el sujeto no padece depresión.
- Valoración de 14 a 19: el sujeto padece una depresión tenue.
- Valoración de 20 a 28: el sujeto padece una depresión moderada.
- Valoración de 29 a 63: el sujeto padece una depresión severa.

# ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.  
Escala E.A.D.G. (GOLDBERG y cols., 1998,  
versión española GZEMPP, 1993)

## SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

## SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.



### SUBESCALA DE ANSIEDAD

10. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
11. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
12. ¿Se ha sentido muy irritable?
13. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
14. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
15. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
16. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
17. ¿Ha estado preocupado por su salud?
18. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

**TOTAL ANSIEDAD: > 4**

### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

10. ¿Se ha sentido con poca energía
11. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
12. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
13. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
14. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
15. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
16. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
17. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
18. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

**TOTAL DEPRESIÓN: > 3**

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

### La Escala de Depresión de Zung.

es

un cuestionario auto aplicado formado por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con 2 ítems referentes al estado de ánimo y otros 2 a síntomas psicomotores. Cada ítem de la escala puede proporcionar una puntuación entre 1 a 4; el rango de valores es por tanto de 20–80 puntos.

<b>&lt;= 28</b>	Ausencia de depresión
<b>entre 28 y 41</b>	Depresión leve
<b>entre 42 y 53</b>	Depresión moderada
<b>&gt;= 53</b>	Depresión grave

	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
Me siento triste y deprimido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ahora tengo tanto apetito como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Atención: esta pregunta ha quedado evidentemente obsoleta con el paso de los años).</b> Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que estoy adelgazando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy estreñado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo palpitaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me canso por cualquier cosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
Mi cabeza está tan despejada como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo esperanza y confío en el futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento más irritable que habitualmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encuentro fácil tomar decisiones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me creo útil y necesario para la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que sería mejor para los demás si me muriera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3.- FORMATO DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES.

#### ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (A. Goldstein & col. 1978)

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 tu “*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 experimentas				
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 por qué 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				

<b>HABILIDADES SOCIALES</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>23</b>	Te ofreces para compartir algo que es apreciado por los demás				
<b>24</b>	Ayudas a quien lo necesita				
<b>25</b>	Llegas a establecer un sistema de negociación que te satisface tanto a ti mismo como a quienes sostienen posturas diferentes				
<b>26</b>	Controlas tu carácter de modo que no se te “escapan las cosas de la mano”				
<b>27</b>	Defiendes tus derechos dando a conocer a los demás cuál es tu postura				
<b>28</b>	Te las arreglas sin perder el control cuando los demás te hacen bromas				
<b>29</b>	Te mantienes al margen de situaciones que te pueden ocasionar problemas				
<b>30</b>	Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearte				
<b>31</b>	Dices a los demás cuándo han sido los responsables de originar un determinado problema e intentas encontrar una solución				
<b>32</b>	Intentas llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien				
<b>33</b>	Expresas un sincero cumplido a los demás por la forma en que han jugado				
<b>34</b>	Haces algo que te ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido				
<b>35</b>	Eres consciente cuando te han dejado de lado en alguna actividad y, luego, haces algo para sentirte mejor en ese momento				
<b>36</b>	Manifiestas a los demás que han tratado injustamente a un amigo				
<b>37</b>	Consideras con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hacer				
<b>38</b>	Comprendes la razón por la cual has fracasado en una determinada situación y qué puedes hacer para tener más éxito en el futuro				
<b>39</b>	Reconoces y resuelves la confusión que se produce cuando los demás te explican una cosa pero dicen o hacen otras que se contradicen				
<b>40</b>	Comprendes lo que significa la acusación y por qué te la han hecho y, luego, piensas en la mejor forma de relacionarte con la persona que te ha hecho la acusación				
<b>41</b>	Planificas la mejor forma para exponer tu punto de vista antes de una conversación pro-blematizada				
<b>42</b>	Decides lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta				
<b>43</b>	Resuelves la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actividad interesante				
<b>44</b>	Reconoces si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo tu control				
<b>45</b>	Tomas decisiones realistas sobre lo que eres capaz de realizar antes de comenzar una tarea				
<b>46</b>	Eres realista cuando debes dilucidar cómo puedes desenvolverte en una determinada tarea				
<b>47</b>	Resuelves qué necesitas saber y cómo conseguir la información				
<b>48</b>	Determinas de forma realista cuál de los numerosos problemas es el más importante y el que deberías solucionar primero				
<b>49</b>	Consideras las posibilidades y eliges la que te hará sentir mejor				
<b>50</b>	Te organizas y te preparas para facilitar la ejecución de tu trabajo				

## ÁREAS DE HABILIDADES

### GRUPO I. PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES.

1. Escuchar.
2. Iniciar una conversación.
3. Mantener una conversación.
4. Formular una pregunta.
5. Dar las gracias.
6. Presentarse.
7. Presentar a otras personas.
8. Hacer un cumplido.

### GRUPO II. HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS.

9. Pedir ayuda.
10. Participar.
11. Dar instrucciones.
12. Seguir instrucciones.
13. Disculparse.
14. Convencer a los demás.

### GRUPO III. HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS.

15. Conocer los propios sentimientos.
16. Expresar los sentimientos.
17. Comprender los sentimientos de los demás.
18. Enfrentarse con el enfado de otro.
19. Expresar afecto.
20. Resolver el miedo.
21. Autorrecompensarse.

### GRUPO IV. HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN.

22. Pedir permiso.
23. Compartir algo.
24. Ayudar a los demás.
25. Negociar.
26. Empezar el autocontrol.
27. Defender los propios derechos.
28. Responder a las bromas.
29. Evitar los problemas con los demás.
30. No entrar en peleas.

**GRUPO V. HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS.**

31. Formular una queja.
32. Responder a una queja.
33. Demostrar deportividad después de un juego.
34. Resolver la vergüenza.
35. Arreglárselas cuando le dejan de lado.
36. Defender a un amigo.
37. Responder a la persuasión.
38. Responder al fracaso.
39. Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
40. Responder a una acusación.
41. Prepararse para una conversación difícil.
42. Hacer frente a las presiones del grupo.

**GRUPO VI. HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN.**

43. Tomar iniciativas.
44. Discernir sobre la causa de un problema.
45. Establecer un objetivo.
46. Determinar las propias habilidades.
47. Recoger información.
48. Resolver los problemas según su importancia.
49. Tomar una decisión.
50. Concentrarse en una tarea

**\* TABLA DE RESULTADOS \***

	<b>GRUPO I (de 1 a 8)</b>	<b>GRUPO II (de 9 a 14)</b>	<b>GRUPO III (de 15 a 21)</b>	<b>GRUPO IV (de 22 a 30)</b>	<b>GRUPO V (de 31 a 42)</b>	<b>GRUPO VI (de 43 a 50)</b>
<b>PDO</b>						
<b>PDM</b>	<b>32</b>	<b>24</b>	<b>28</b>	<b>36</b>	<b>48</b>	<b>32</b>
<b>PDP (%)</b>						

**Cálculo de la Puntuación Directa Ponderada (PDP %) a reflejar en la gráfica**

#### 4.- FORMATO DE EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTICIO.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), 1979

### ESCALA DE AUTOESTIMA

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACIÓN:

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

Ítems	Valoración
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
3. Creo que tengo varias cualidades buenas. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
8. Desearía valorarme más a mí mismo.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo



## 1.1. Cuestionario sobre imagen corporal (BSQ)

### BSQ

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Estudios:

Nos gustaría saber cómo se ha sentido respecto a su apariencia física durante los últimos meses. Por favor, lea cada cuestión y conteste redondeando el número de la derecha, según la escala que se indica más abajo. Por favor conteste todas las cuestiones.

**1: Nunca 2: Rara vez 3: Algunas veces 4: A menudo 5: Habitualmente 6: Siempre**

1. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	1	2	3	4
2. ¿Cuándo te aburres te preocupas por tu figura?	1	2	3	4
3. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	1	2	3	4
4. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	1	2	3	4
5. ¿Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4
6. ¿Has tenido miedo a engordar?	1	2	3	4
7. ¿Preocuparte por tu figura te ha hecho ponerte a dieta?	1	2	3	4

## 1.2. Cuestionario sobre malestar (SIBI-S)

### SIBID

En una escala de 0 a 4, indica con qué frecuencia tienes pensamientos o sentimientos negativos sobre tu apariencia física en cada una de las siguientes situaciones:

	0 Nunca	1 Raramente	2 A veces	3 A menudo	4 Siempre o casi Siempre
1. Cuando estoy con personas atractivas del sexo opuesto.....	0	1	2	3	4
2. Cuando hago ejercicio.....	0	1	2	3	4
3. Cuando alguien mira partes de mi aspecto que a mí no me gustan.....	0	1	2	3	4
4. Cuando creo que he perdido peso.....	0	1	2	3	4
5. Si me pareja acaricia zonas de mi cuerpo que no me gustan.....	0	1	2	3	4
6. Cuando no voy maquillada.....	0	1	2	3	4
7. Cuando pienso qué aspecto puedo tener en el futuro.....	0	1	2	3	4

## 5.-FORMATO PARA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS INFANTILES Y ADOLESCENTES.

F-NNAV-01: Formulario de Registro Pacientes Equipo multidisciplinario atención a Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes – Ministerio de Salud Pública

### 1. DATOS DE LA INSCRIPCIÓN

Servicio: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Área sanitaria: \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_ Código de registro \_\_\_\_\_

Apertura \_\_\_\_\_

Fecha de cierre \_\_\_\_\_

Niño, Niña o Adolescente: Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Padres\ tutores: Madre: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

### 2. CONDICIÓN INICIAL

#### Datos del Niño, Niña o Adolescente

Permanencia cotidiana	Escolaridad	Condición de vulnerabilidad
1. Escuela 2. Guardería 3. Familia 4. Familia extendida 5. Trabajo infantil 6. Otro:..... 7. Desconocido	1. Educación I 2. Educación B 3. Educación M 4. Interrumpido 5. No escolarizado 6. Desconocido	1. Trabajo Infantil 2. Condición de calle 3. Vive en la calle 4. Discapacidad 5. ITS- VIH 6. Acoso escolar 7. Promiscuidad trabajo sexual 8. Explotación sexual y comercial 9. Sobre edad (2años) 10. Aislamiento social 11. Falta de supervisión 12. Violencia doméstica 13. Deserción escolar 14. Ninguno

#### SITUACIÓN SOCIOECONOMICA DE LA FAMILIA

Tenencia de vivienda	Tipo de vivienda	Materiales de construcción
1. Propia 2. Financiada 3. Alquilada 4. Prestada 5. Otros	1. Casa 2. Apartamento 3. Pieza 4. Cuartería 5. Barrancon 6. Otros	1. Block y cemento 2. Madera 3. Zinc 4. Otros
Servicios básicos	Servicios sanitarios	Relación con la comunidad
1. Agua 2. Electricidad 3. Recogida de basura 4. Teléfono Fijo 5. Todos 6. Otros	1. Inodoro 2. Letrina 3. Baño común 4. No tiene	1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. regular 5. Mala 6. Aislamiento

**DATOS GENERALES DE LA FAMILIA (O TUTORES)**
**P= Padre M= Madre T=Tutor**
**Tutores**

- |                                  |                        |                       |
|----------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 1. Ambos padres biológicos       | 5. Padre con madrastra | 10. Tío(a) materno    |
| 2. Madre biológica sola          | 6. Padre adoptivo      | 11. Tío(a) paterno    |
| 3. Madre biológica con padrastro | 7. Madre adoptivo      | 12. Tres generaciones |
| 4. Padre biológico solo          | 8. Abuelos maternos    | 13. Institución       |
|                                  | 9. Abuelos paternos    | 14. Desconocido       |

<b>Estado civil</b> <table border="0"> <tr> <td></td> <td><b>P</b></td> <td><b>M</b></td> <td><b>T</b></td> </tr> <tr> <td>1. Casado</td> <td></td> <td>6. Separado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Unión libre</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Soltero/a</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Divorciado/a</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Viudo/a</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<b>P</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	1. Casado		6. Separado		2. Unión libre				3. Soltero/a				4. Divorciado/a				5. Viudo/a				<b>Tiempo de permanencias cotidiana</b> <table border="0"> <tr> <td></td> <td><b>P</b></td> <td><b>M</b></td> <td><b>T</b></td> </tr> <tr> <td>1. Medio tiempo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Tiempo completo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Desconocido</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Ningún tiempo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<b>P</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	1. Medio tiempo				2. Tiempo completo				3. Desconocido				4. Ningún tiempo							
	<b>P</b>	<b>M</b>	<b>T</b>																																														
1. Casado		6. Separado																																															
2. Unión libre																																																	
3. Soltero/a																																																	
4. Divorciado/a																																																	
5. Viudo/a																																																	
	<b>P</b>	<b>M</b>	<b>T</b>																																														
1. Medio tiempo																																																	
2. Tiempo completo																																																	
3. Desconocido																																																	
4. Ningún tiempo																																																	
<b>Lugar de permanencia</b> <table border="0"> <tr> <td></td> <td><b>P</b></td> <td><b>M</b></td> <td><b>T</b></td> </tr> <tr> <td>1. Trabajo</td> <td></td> <td>5. Otros</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Casa</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Voluntariado</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Estudio</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<b>P</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	1. Trabajo		5. Otros		2. Casa				3. Voluntariado				4. Estudio				<b>Escolaridad</b> <table border="0"> <tr> <td></td> <td><b>P</b></td> <td><b>M</b></td> <td><b>T</b></td> </tr> <tr> <td>1. Educación I</td> <td></td> <td>5. Universitario</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Educación B</td> <td></td> <td>6. No escolarizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Educación M</td> <td></td> <td>7. Desconocido</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Nivel técnico</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<b>P</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	1. Educación I		5. Universitario		2. Educación B		6. No escolarizado		3. Educación M		7. Desconocido		4. Nivel técnico											
	<b>P</b>	<b>M</b>	<b>T</b>																																														
1. Trabajo		5. Otros																																															
2. Casa																																																	
3. Voluntariado																																																	
4. Estudio																																																	
	<b>P</b>	<b>M</b>	<b>T</b>																																														
1. Educación I		5. Universitario																																															
2. Educación B		6. No escolarizado																																															
3. Educación M		7. Desconocido																																															
4. Nivel técnico																																																	
<b>Estrato socio económico</b> <table border="0"> <tr> <td></td> <td><b>P</b></td> <td><b>M</b></td> <td><b>T</b></td> </tr> <tr> <td>1. Pobreza extrema</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Bajo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Medio Bajo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Medio Alto</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Alto</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<b>P</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	1. Pobreza extrema				2. Bajo				3. Medio Bajo				4. Medio Alto				5. Alto				<b>Ocupación</b> <table border="0"> <tr> <td></td> <td><b>P</b></td> <td><b>M</b></td> <td><b>T</b></td> </tr> <tr> <td>1. Empleado(a) Privado</td> <td></td> <td>6. Vendedor ambulante</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Empleado público</td> <td></td> <td>7. Chiripero</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Empleada domestica</td> <td></td> <td>8. Otros</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Comerciante</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Desempleado(a)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<b>P</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	1. Empleado(a) Privado		6. Vendedor ambulante		2. Empleado público		7. Chiripero		3. Empleada domestica		8. Otros		4. Comerciante				5. Desempleado(a)			
	<b>P</b>	<b>M</b>	<b>T</b>																																														
1. Pobreza extrema																																																	
2. Bajo																																																	
3. Medio Bajo																																																	
4. Medio Alto																																																	
5. Alto																																																	
	<b>P</b>	<b>M</b>	<b>T</b>																																														
1. Empleado(a) Privado		6. Vendedor ambulante																																															
2. Empleado público		7. Chiripero																																															
3. Empleada domestica		8. Otros																																															
4. Comerciante																																																	
5. Desempleado(a)																																																	

**MOTIVO ATENCION EQUIPO ESPECIALIZADO**
**Quién refiere**

Servicio de Salud

- |                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| 1. Primer nivel  | 11. Consulta pediátrica |
| 2. Segundo nivel | 12. Urgencia            |
| 3. Tercer nivel  | 13. Hospitalización     |
|                  | 14. Consulta psicología |

Servicio Externo

- |  |
|--|
| 4. Escuela                                       |
| 5. Consulta psicología                           |
| 6. Fiscalía                                      |
| 7. Tribunal Niño, Niña y adolescente             |
| 8. CONANI  |
| 9. Junta Local Protección y Restitución Derechos |

**Motivo de referimiento**

- |                                     |
|-------------------------------------|
| 1. Sospecha del Maltrato físico     |
| 2. Sospecha de maltrato psicológica |
| 3. Sospecha de negligencia          |
| 4. Sospecha de abuso sexual         |
| 5. Sospecha de combinación          |

**Contactos terapéuticos anteriores**

- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Consulta psicología hospital     | 6. Hogares Institucionalizados |
| 2. Centro Comunitario Salud Mental  | 7. Consulta psicología privada |
| 3. Hospital con unidad Psiquiátrico | 8. Consulta psicología ONG     |
| 4. UNAP                             | 9. Otro: .....                 |
| 5. Hogar de paso                    | 10. Ninguno                    |

**Frecuencia**

- |                          |
|--------------------------|
| 1. Una vez               |
| 2. Repetidos             |
| 3. Situación cronificada |

### 3. TRATAMIENTO

#### ACTIVIDADES TERAPEUTICAS

##### Profesional

1. Mdico	2. Psicología	3. Trabajo social	4. Enfermera	5. Otro
11	21.	31.	41	51.
12	22.	32.	42.	52.
	23.			

##### Tipo de Actividad

##### Psicología

- Entrevista Inicial
- Evaluación psicológica
- Terapia familiar
- Terapia individual
- Consulta Telefónica
- Reunión de equipo

##### Social

- Entrevista inicial
- Visita domicilio
- Terapia familiar
- Visita externa

##### Medico

- Consulta de Seguimiento
- Control de la Salud

Fecha	Profesional	Tipo actividad	Comentario

##### 30 DIAGNOSTICO DSM 5 (2X)

##### 31 DIAGNOSTICO MEDICO Según CIE 11 (2 x)

##### ESTATUS ANUAL

- Tratamiento en evolución
- Terminando con consenso mutuo
- Terminado sin consenso
- Referido por falta de cupo
- Referido por otro problema
- Muerto

##### REFERIMIENTO DURANTE TRATAMIENTO

- |                              |                             |                            |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 1. Fiscalía                  | 6. Programa residencial ONG | 11. Actividades deportivas |
| 2. Junta Local Prot Rest Der | 7. CAD                      | 12. Actividades Artísticas |
| 3. Psiquiatría residencial   | 8. Caipi - CAFI             | 13. Centro comunitario     |
| 4. Consulta Psiquiátrica     | 9. Min de la Mujer          | 14 Otro:.....              |
| 5. Hogar de Paso             | 10. Asesoría legal          | 15. Ninguno                |

### 4. Maltrato

#### VÍCTIMAS

##### TIPO DE MALTRATO (varias posibilidades)

- Negligencia o abandono
- Maltrato físico
- Maltrato psicológico
- Abuso sexual
- Explotación Sexual Comercial
- Acoso escolar
- Otros

##### MOMENTO DEL ABUSO

- Actual
- Actual y antes
- Antes

##### GRAVEDAD DEL ABUSO

- |             |                    |
|-------------|--------------------|
| 1. Leve     | 3. Grave           |
| 2. Moderado | 4. Amenaza de vida |

##### TIPO DE PARENTALIDAD

- Sana y competente.
- Disfuncional Mínima
- Disfuncional Parcial
- Disfuncional Severa y crónica
- Tóxica

# PERPETRADOR

## PERPETRADOR 1

## PERPETRADOR 2

QUIEN

TIPO DE VINCULO FAMILIAR

### Intrafamiliar

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. Padre       | 9. Madre        |
| 2. Padrastro   | 10. Madrastra   |
| 3. Abuelo      | 11. Abuela      |
| 4. Tío         | 12. Tía         |
| 5. Hermano     | 13. Hermana     |
| 6. Primo       | 14. Prima       |
| 7. Hermanastro | 15. Hermanastra |
| 8. Otros       | 16. otras       |

### Extra Familiar

- 17. Vecino
- 18. Amigo de la Casa
- 19. Desconocido
- 20. Desconocida

### Institucionalizado

- 21. Acogimiento familiar
- 22. Acogimiento extra familiar
- 23. Mayor de edad
- 24. Profesional ambulatorio
- 25. Profesional residencial
- 26. Desconocido
- 27. Otros

## V CIERRE

1. Diagnóstico DSM V (2 x)

Médico CIE (2x)

## 2. REFERIMIENTO AL CIERRE

- |                              |                             |                            |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 6. Fiscalía                  | 6. Programa residencial ONG | 11. Actividades deportivas |
| 7. Junta Local Prot Rest Der | 7. CAD                      | 12. Actividades Artísticas |
| 8. Psiquiatría residencial   | 8. Caipi - CAFI             | 13. Centro comunitario     |
| 9. Consulta Psiquiátrica     | 9. Min de la Mujer          | 14. Otro:.....             |
| 10. Hogar de Paso            | 10. Asesoría legal          | 15. Ninguno                |

## 3. Maltrato

TIPO

GRAVEDAD

## 4. .CONDICIONES DE VULNERABILIDAD

## 5. Evolución

- 1. Muy buenos resultados
- 2. Buenos resultados
- 3. Pocos resultados

## 6. Cantidad de sesiones terapéuticas al cierre

Sesiones terapéutica

Visitas a domicilio y a instituciones

Total

- |    |       |          |
|----|-------|----------|
| 1. | 1-5   | Sesiones |
| 2. | 6-10  | Sesiones |
| 3. | 11-15 | Sesiones |
| 4. | 16-20 | Sesiones |
| 5. | 20-30 | Sesiones |
| 6. | 31-40 | Sesiones |

# ENTREVISTA PSICOLOGICA para NIÑOS Y ADOLESCENTES.

*Amílcar Iván Valladares*

*Reg. 678.*

## I. DATOS GENERALES:

1. Nombre: \_\_\_\_\_
2. Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Edad en años y meses: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_
4. Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_
5. Grado escolar: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_
6. Estado actual (motivo de consulta): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## II. HISTORIA FAMILIAR:

1. Padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Adicciones: \_\_\_\_\_  
Relaciones con el niño: estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.
2. Madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Adicciones: \_\_\_\_\_  
Relaciones con el niño: estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.
3. Relaciones de pareja: buena, regular, mala, separados, divorciados, abandono total de un miembro.  
Especificar razones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Hermanos: sexo y edad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Relaciones con el niño (cada hermano) estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.
5. Antecedentes familiares:  
Médicos: \_\_\_\_\_  
Psiquiátricos: \_\_\_\_\_  
Tóxicos: \_\_\_\_\_
6. Reacción de los padres ante el problema del niño:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## III. HISTORIA PERSONAL.

1. **Antecedentes:**  
Embarazo: \_\_\_\_\_ hijo deseado: \_\_\_\_\_  
Dificultades prenatales (médicas, intentos aborto, psicológicas): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Período perinatal: Parto: \_\_\_\_\_  
(normal), (anoxia), (cordón umbilical), (placenta), (malformación),  
(ictericia), (preclancia materna).

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ talla al nacer: \_\_\_\_\_  
Lactancia materna hasta los \_\_\_\_\_ meses, con biberón  
hasta \_\_\_\_\_ meses.

Tipos de semisólidos introducidos: \_\_\_\_\_

Tipos de sólidos introducidos: \_\_\_\_\_

Problemas de alimentación al nacer y hasta el primer año:

Dificultades para dormir: \_\_\_\_\_

Reacciones del niño: tranquilo, inquieto.

Edad de gateo: \_\_\_\_\_ edad de ponerse en pie: \_\_\_\_\_

Edad al caminar: \_\_\_\_\_ Inicio del lenguaje: \_\_\_\_\_

Enfermedades médicas: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones y cirugías: \_\_\_\_\_

Problemas visoperceptivomotores: \_\_\_\_\_

## 2. **Antecedentes Escolares:**

Nivel escolar: \_\_\_\_\_ Índice académico: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

¿Cómo fue el proceso de adaptación a la escuela?:

Problemas escolares (académicos), (conductuales): \_\_\_\_\_

¿Qué le gusta más de la escuela?: \_\_\_\_\_

¿Qué no le gusta de la escuela?: \_\_\_\_\_

¿Cómo es con las tareas?: \_\_\_\_\_

¿Cómo maneja los útiles escolares?: \_\_\_\_\_

¿Qué problemas posee a nivel de lectura, escritura, cálculo?:

¿Cómo se relaciona con la maestra?: \_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona con los compañeros?: \_\_\_\_\_

## 3. **Aspectos de Socialización y afectivos:**

¿Hace amigos con facilidad? (comunicativo, poco comunicativo,  
participa en grupo, tendencia al aislamiento, pasivo, agresivo,  
dependiente, independiente).

¿De qué edad son los niños con los que se relaciona?

¿Qué tipo de juegos realiza? \_\_\_\_\_

¿Qué hace con otros niños de su mismo sexo?: \_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona con los niños de otro sexo?: \_\_\_\_\_

¿Por qué cosas se pelea con otros niños?:

¿Qué lo hace feliz?:

¿Qué lo entristece?:

¿Qué lo enoja?:

¿Sobre qué aspectos de la vida pregunta con mayor  
frecuencia?:

¿Qué tan bien se baña, se viste, come, duerme, en la actualidad?

#### **4. Intereses y pasatiempos:**

¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?:

¿Qué hace cuando está solo?

¿Qué no le gusta hacer?

¿Qué tipo de deportes le gustan?

¿Cuáles son sus juegos favoritos?, ¿Alguna vez a jugado al doctor, mamá y papá?

¿Qué programas de televisión mira?

#### **5. Desarrollo Psicosexual:**

Destete: \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de alimentos prefiere?:

¿Alguna vez ha dejado de alimentarse?: \_\_\_\_\_

Control anal: \_\_\_\_\_ vesical diurno: \_\_\_\_\_ Vesical nocturno: \_\_\_\_\_ técnica: \_\_\_\_\_

¿Qué reacciones posee ante la defecación? (asco, vergüenza, miedo, agrado, desagrado)

Succión del dedo: \_\_\_\_\_ Masturbación: \_\_\_\_\_

¿Con quien duerme?: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha observado actos sexuales?: \_\_\_\_\_

¿Qué conocimientos tiene acerca de la sexualidad?

Información sexual adquirida y fuentes: \_\_\_\_\_

#### **Preadolescencia y adolescencia:**

Menarquia: \_\_\_\_\_ experiencia: \_\_\_\_\_

Polución: \_\_\_\_\_ experiencia: \_\_\_\_\_

¿Fue informado?: \_\_\_\_\_

Reacciones emocionales propias de la adolescencia: (extrovertido, tímido, ansioso, voluntarioso, mal humorado, lábil).

Noviazgo: \_\_\_\_\_

Aceptación familiar o restricción familiar ante el noviazgo:

#### **6. Síntomas Neuróticos:**

Pesadillas: \_\_\_\_\_ Terrores nocturnos: \_\_\_\_\_

Sonambulismo: \_\_\_\_\_ Berrinches: \_\_\_\_\_

Regresiones: \_\_\_\_\_ Enuresis: \_\_\_\_\_

Encopresis: \_\_\_\_\_ Onicofagia: \_\_\_\_\_

Tricotilomanía: \_\_\_\_\_ problemas de lenguaje: \_\_\_\_\_

Tics: \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_

Robo: \_\_\_\_\_ Mentira: \_\_\_\_\_

#### **7. Castigos:**

¿Quién es el responsable de la disciplina?:

¿Qué comportamientos le molestan del niño?

¿Qué tipo de castigos utiliza frecuentemente?

#### **8. Observaciones finales:**



**6.-FORMATO DE EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS.**

**Anexo 4.7. Escala de actitudes ante el consumo de drogas**

**NOMBRE DEL CENTRO ESCOLAR:**

**FECHA:**

**CURSO/AULA:**

**SEXO:** Hombre  Mujer

A continuación figuran afirmaciones de diversas personas sobre el consumo de drogas. Marca la respuesta que más se aproxime a tu opinión.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro/a	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
A) Consumir drogas ilegales puede ser agradable					
B) Un joven nunca debería probar drogas					
C) Hay pocas cosas más peligrosas que experimentar con drogas					
D) Consumir drogas es divertido					
E) Hay muchas cosas mucho más arriesgadas que probar drogas					
F) Todo el que prueba drogas acaba lamentándolo					
G) Las leyes en materia de drogas ilegales deberían ser más estrictas					
H) El uso de drogas es uno de los grandes males del país					
I) Las drogas ayudan a la gente a tener una experiencia plena de la vida					
J) En los colegios se deberían enseñar los peligros reales del consumo de drogas					
K) La policía no debería meterse con los jóvenes que prueban drogas					
L) Probar las drogas es perder el control de tu vida					

## Anexo 4.8. Escala percepción de riesgos asociados al consumo de drogas

**NOMBRE DEL CENTRO ESCOLAR:**

**FECHA:**

**CURSO/AULA:**

**SEXO:** Hombre  Mujer

En tu opinión, ¿cuánto riesgo existe de que alguien se perjudique a si mismo por .....

	Ningún riesgo	Pequeño riesgo	Riesgo moderado	Gran riesgo	Difícil de decir/no lo sé
A) Probar hachís ocasionalmente					
B) Consumir hachís con regularidad					
C) Probar disolventes ocasionalmente					
D) Inhalar disolventes con regularidad					
E) Fumar cigarrillos ocasionalmente					
F) Fumar uno o más paquetes de cigarrillos al día					
G) Tomar una o dos copas todos los días					
H) Tomar cuatro o cinco copas casi todos los días					
I) Tomar cinco o más copas una vez o dos cada fin de semana					
J) Probar LSD ocasionalmente					
K) Consumir LSD con regularidad					
L) Probar anfetaminas ocasionalmente					
M) Consumir anfetaminas con regularidad					
N) Probar cocaína ocasionalmente					
O) Consumir cocaína con regularidad					
P) Probar crack ocasionalmente					
Q) Consumir crack con regularidad					
R) Probar éxtasis ocasionalmente					
S) Consumir éxtasis con regularidad					
T) Probar tranquilizantes ocasionalmente					
U) Consumir tranquilizantes con regularidad					

## Anexo 4.9. Escala de intenciones de consumo

**NOMBRE DEL CENTRO ESCOLAR:**

**FECHA:**

**CURSO/AULA:**

**SEXO:** Hombre  Mujer

¿Hasta que punto es probable que consumas cada una de las drogas siguientes EN EL PRÓXIMO AÑO A PARTIR DE AHORA?

	Muy probable	Probable	No estoy seguro/a	Improbable	Muy improbable
A) Cigarillos					
B) Bebidas alcohólicas					
C) Hachís o marihuana					
D) Anfetaminas					
E) LSD u otro alucinógeno					
F) Crack					
G) Cocaína					
H) Éxtasis					
I) Tranquilizantes/sedantes (sin receta médica)					

## Anexo 4.10. Escala de consumo de drogas (FAD, 2005)

CENTRO ESCOLAR:

CURSO/AULA:

SEXO: Hombre  Mujer

Vas a encontrar algunas preguntas acerca de temas como el tabaco, el alcohol o las drogas ilícitas. Debes contestar sinceramente. No olvides que tus respuestas serán **siempre anónimas** y no podrá saberse de ninguna manera a quién corresponden.

### 1) ¿FUMAS TABACO?

- Nunca he fumado
- Sólo lo he probado
- He fumado alguna vez cigarrillos, pero sólo algunos en mi vida.
- Fumaba, pero ya lo he dejado
- Fumo en la actualidad. En este caso, contesta estas dos preguntas:

a) ¿Con qué frecuencia has fumado cigarrillos en los últimos 30 días?

- Nunca
- Menos de una vez a la semana
- Alguna vez a la semana, pero no diariamente
- Diariamente

Indica cuántos cigarrillos AL DÍA  
aproximadamente:

b) Si fumas actualmente, ¿Te has planteado alguna vez dejar de fumar?

- Sí, y lo he intentado
- Sí, pero no lo he intentado
- No

### 2) ¿HAS TOMADO ALGUNA VEZ ALCOHOL (cerveza, vino o licores)? (Contesta NO si sólo diste un sorbo o probaste la bebida de otra persona)

- No (en este caso, no sigas respondiendo y vete directamente a la pregunta 10)
- Sí

### 3) ¿HAS TOMADO ALGO DE ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? (Contesta NO si sólo diste un sorbo o probaste la bebida de otra persona)

- No (en este caso, no sigas respondiendo y vete directamente a la pregunta 8)
- Sí

### 4) ¿CUÁNTAS CERVEZAS HAS TOMADO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?

- Ninguna
- Una
- Entre 2 y 10 cervezas. En este caso: ¿Cuántas? \_\_\_\_\_
- Más de 10 cervezas. En este caso: ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

### 5) ¿CUÁNTOS VASOS DE VINO HAS TOMADO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?

- Ninguno
- Uno
- Entre 2 y 10 vasos de vino. En este caso: ¿Cuántos? \_\_\_\_\_
- Más de 10 vasos de vino. En este caso: ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

6) ¿CUÁNTAS COPAS DE LICOR (ron, ginebra, whisky, cubatas, etc.) HAS TOMADO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?

- Ninguna
- Una
- Entre 2 y 10 copas. En este caso: ¿Cuántas? \_\_\_\_\_
- Más de 10 copas. En este caso: ¿Cuántas, aproximadamente? \_\_\_\_\_

7) SEÑALA CUÁNTAS CERVEZAS, VINO O COPAS DE LICOR HAS BEBIDO DURANTE LA SEMANA PASADA? (En los días en que no hayas bebido nada escribe cero)

	CERVEZAS	VASOS DE VINO	COPAS
LUNES			
MARTES			
MIÉRCOLES			
JUEVES			
VIERNES			
SÁBADO			
DOMINGO			

8) ¿TE HAS EMBORRACHADO ALGUNA VEZ?

- No
- Sí

9) ¿CUÁNTAS VECES TE HAS EMBORRACHADO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? (Si no te has emborrachado, escribe cero)

Me he emborrachado \_\_\_\_\_ veces.

10) ¿HAS CONSUMIDO ALGUNA VEZ HACHÍS O MARIHUANA?

- No
- Sí. En este caso, contesta a esta pregunta:

En los últimos 30 días ¿Cuántos días has consumido hachís o marihuana?

- Nunca
- 1 a 2 días
- 3 a 5 días
- 6 a 9 días
- 10 a 19 días
- 20 días o más

11) ¿HAS CONSUMIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES DROGAS?

DROGAS	Alguna vez en tu vida	En los últimos 12 meses	En los últimos 30 días
<b>COCAÍNA</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>ÉXTASIS/ D. SÍNTESIS</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>SPEED O ANFETAMINAS</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina (FNTD)

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?
  - Hasta 5 minutos..... 3
  - De 6 a 30 minutos..... 2
  - De 31 a 60 minutos..... 1
  - Más de 60 minutos..... 0
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?
  - Sí.....1
  - No.....0
3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?
  - El primero de la mañana.....1
  - Cualquier otro.....0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
  - Menos de 10 cigarrillos/día.....0
  - Entre 11 y 20 cigarrillos/día..... 1
  - Entre 21 y 30 cigarrillos/día.....2
  - 31 o más cigarrillos.....3
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?
  - Sí.....1
  - No..... 0
6. ¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?
  - Sí.....1
  - No..... 0

### Resultados:

- Puntuación entre 0 y 4: El fumador es poco dependiente de la nicotina
- Puntuación de 5 o 6: El fumador tiene una dependencia media
- Puntuación entre 7 y 10: El fumador es altamente dependiente de la nicotina.

## Escala de Dependencia al Alcohol (EDA)

**Estimado paciente:**

Lea con cuidado las preguntas de este cuestionario, a continuación seleccione la respuesta adecuada de acuerdo a su propia experiencia. Sólo debe anotar una respuesta para cada pregunta tachando la letra correspondiente.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**En los últimos doce meses**

		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	¿Cuánto tomó la última vez que ingirió alcohol?	Lo suficiente como para ponerme contento	Lo suficiente para emborracharme	Lo suficiente para perderme	
<b>2</b>	¿Con frecuencia tiene crudas los domingos o los lunes por la mañana?	No	Sí		
<b>3</b>	¿Tuvo temblores cuando dejó de tomar (en la manos o un temblor interno)?	No	Algunas veces	Casi siempre que tomo	
<b>4</b>	¿Se puso mal (vómitos, dolor de estómago) cuando tomó?	No	Algunas veces	Casi siempre que tomo	
<b>5</b>	¿Tuvo delirium tremens -ver, sentir u oír cosas que no existen, estando muy ansioso inquieto y alterado?	No	Una vez	Varias veces	
<b>6</b>	¿Cuando toma se tropieza, se va de lado o camina en "Zig Zag"?	No	Algunas veces	Varias veces	
<b>7</b>	¿Se sintió con mucho calor o excesivamente sudoroso (afiebrado) como consecuencia de haber tomado?	No	Algunas veces	Varias veces	
<b>8</b>	¿Vio cosas que en realidad no existían como consecuencia de haber tomado?	No	Una vez	Varias veces	
<b>9</b>	¿Le ha dado miedo pensar en no tener un trago a la mano cuando lo necesite?	No	Algunas veces	Varias veces	
<b>10</b>	¿Tuvo lagunas mentales (pérdida de memoria, sin perderse totalmente) como resultado de la bebida?	No	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre que tomo
<b>11</b>	¿Cargó una botella con usted o la escondió en algún lugar para tenerla a la mano?	No	Algunas veces	Casi siempre	
<b>12</b>	Después de un periodo de abstinencia (sin beber), ¿terminó usted por tomar fuertemente de nuevo?	No	Algunas veces	Casi siempre	
<b>13</b>	¿Llegó usted a perderse completamente como resultado de haber tomado?	No	Alguna vez	Más de una vez	
<b>14</b>	¿Tuvo ataques (crisis) después de un periodo en que tomó?	No	Alguna vez	Varias veces	
<b>15</b>	¿Bebió a lo largo del día?	No	Sí		
<b>16</b>	Después de beber fuertemente, ¿sintió que su pensamiento estaba confuso o poco claro?	No	Sí, pero sólo unas horas	Sí, durante unos dos días	Sí, por muchos días
<b>17</b>	Como resultado de la bebida, ¿sintió que su corazón latía rápidamente?	No	Alguna vez	Varias veces	
<b>18</b>	¿Pensó constantemente en tomar alcohol?	No	Sí		
<b>19</b>	Como resultado de haber tomado, ¿oyó cosas que realmente no existían?	No	Algunas veces	Casi siempre	
<b>20</b>	¿Tuvo sensaciones raras o atemorizantes cuando tomó?	No	Algunas veces	Casi siempre	
<b>21</b>	Como resultado de haber tomado, ¿sintió cosas que se arrastraban en su cuerpo y que realmente no existían (gusanos, arañas, etc.)?	No	Algunas veces	Varias veces	
<b>22</b>	Con relación a las lagunas mentales (pérdida de la memoria)	Nunca he tenido una laguna	He tenido lagunas que duran menos de una hora	He tenido lagunas que duran varias horas	He tenido lagunas que duran un día o más
<b>23</b>	¿Trató de dejar de beber sin lograrlo?	No	Una vez	Varias veces	
<b>24</b>	Se tomó de una sola vez los tragos (toma muy rápido)	No	Sí		
<b>25</b>	Después de tomar una o dos copas, ¿generalmente podía dejar de tomar?	Sí	No		

*Puntuaciones*

0-7  
8-13  
14-21  
22-30  
31-48

*Niveles de dependencia*

No hay evidencia de dependencia  
Bajo  
Moderado  
Sustancial  
Severo

Puntaje obtenido: \_\_\_\_\_

Nivel de dependencia: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del evaluador: \_\_\_\_\_

## Test de identificación de Trastornos por consumo de alcohol

 Edad 

 Sexo 

Localidad \_\_\_\_\_

Institución \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_

Preguntas	0	1	2	3	4	Puntos
1.¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? Por ej: Cerveza, Vino, Fernet u otras	Nunca Pase a la Nº 9	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2.¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3.¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual- mente	Semanal- mente	A diario o casi a diario	
4.¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual- mente	Semanal- mente	A diario o casi a diario	
5.¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual- mente	Semanal- mente	A diario o casi a diario	
6.¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual- mente	Semanal- mente	A diario o casi a diario	
7.¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimiento de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual- mente	Semanal- mente	A diario o casi a diario	
8.¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la anterior porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual- mente	Semanal- mente	A diario o casi a diario	



9.¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10.¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?			Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
						Total

**SI SU PUNTUACIÓN TOTAL ES:**

De 0 a 7: Ud. parece beber en forma responsable. Siga así.

De 8 a 15: Ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo. Se le indicará una consejería sobre beber sin riesgos.

De 16 a 19: Ud. parece estar en un nivel de problemas con su manera de beber. Se le indicará una consulta para un estudio más detenido.

De 20 y más: Sugerimos que Ud. necesita de un estudio más detenido para evaluar su nivel de riesgo con su manera de beber alcohol.

**FELICITACIONES!**

Usted ha sido franco/a con usted mismo/a. Ahora muestre sus respuestas al profesional que lo atenderá.

**USTED DECIDE!**