

MODELO:

CUESTIONARIO GUÍA PARA LA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

(a ser llenado por el profesional).

Expte.:
Actuación:
Lugar y Fecha:

1) DATOS PERSONALES:

Apellido y Nombre:

Edad:	Nacionalidad:	Estado Civil: casada/o, soltera/o, separada/o, viuda/o. Con quién vive?. Cómo son sus relaciones con su conyuge, pareja e hijos?. Discuten?
-------	---------------	---

Profesión: Documento de Identidad:

Servicio Militar

CUMPLIÓ Sufrió arrestos, castigos u otra sanción	Lugar: Motivo:
---	-------------------

NO CUMPLIÓ	Motivo:
------------	---------

Inicia trámite por

JUBILACIÓN	<input type="checkbox"/>	PENSIÓN	<input type="checkbox"/>
SUBSIDIOS	<input type="checkbox"/>	OTRO BENEFICIO	<input type="checkbox"/>

FECHA Y CAUSA DEL CESE	

2) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

<input type="checkbox"/>	(0) BIEN
<input type="checkbox"/>	(1) CON DIFICULTADES
<input type="checkbox"/>	(2) NO APRENDIÓ
<input type="checkbox"/>	(0) SIN INSTRUCCIÓN

3) A PERSONAS CON INSTRUCCIÓN PRIMARIA Y/O SECUNDARIA

¿HA REPETIDO GRADOS EN ESCUELA PRIMARIA?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1-2-3) SI

(Si repitiese 1 vez, 2, 3 o más)

Cuáles y cuántas veces

¿HA REPETIDO AÑOS EN ESCUELA SECUNDARIA?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(0-1-2-3) SI

- (0) Por causas no médicas
- (1) Por causas psíquicas o físicas superadas
- (2) Por causas psíquicas o físicas Parcialmente superadas
- (3) Por causas no superadas.

Cuáles y cuántas veces.....

Consignar causas:.....

4) ¿HA APRENDIDO EL MANEJO DEL DINERO?:

<input type="checkbox"/>	(0) CORRECTAMENTE
<input type="checkbox"/>	(1) CON DIFICULTADES
<input type="checkbox"/>	(3) NO
<input type="checkbox"/>	(3) TRASTORNOS ACTUALES

5) ¿SABE PARA QUÉ VINO?

<input type="checkbox"/>	TRÁMITE JUBILAC/PENSIÓN
<input type="checkbox"/>	PARA TRATAMIENTO
<input type="checkbox"/>	OTRO MOTIVO

(0) Respuesta correcta - (2) Respuesta incorrecta

6) ¿CONSIDERA QUE LA ENFERMEDAD QUE LO INCAPACITA PARA TRABAJAR NORMALMENTE ES:

	NO	SI
FISICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(0) Respuesta correcta - (2) Respuesta incorrecta

7) ¿VINO SOLO?

<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	SI

8) ¿HABITUALMENTE PREFERE ESTAR O SALIR ACOMPAÑADO?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(2) SI

Porqué.....

9) ¿SUELE DESORIENTARSE A VECES, AUNQUE SEA POR SEGUNDOS, EN LUGARES CONOCIDOS?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	SI
<input type="checkbox"/>	(2) Esporádica o
<input type="checkbox"/>	(3) Frecuentemente

10) ¿SUELE TENER TEMORES, A QUÉ COSAS? ¿QUÉ CONDUCTAS REALIZA PARA EVITAR LO QUE TEME?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1) SI
<input type="checkbox"/>	(2) Con conductas evitativas

Cuáles.....

11) ¿DESAPARECEN O DISMINUYEN LOS MIEDOS CUANDO SE ENCUENTRA ACOMPAÑADO?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(2) SI

12) ¿ES MUY METICULOSO, PREOCUPADO POR EL ORDEN Y LA LIMPIEZA?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	(2) SI

¿ LE INCOMODA "EXCESIVAMENTE" EL DESORDEN?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(3) SI

13) ¿TIENE NECESIDAD DE VERIFICAR VARIAS VECES SI ESTAN CERRADAS LAS LLAVES DE GAS, LAS PUERTAS O APAGADA LA LUZ PARA SENTIRSE SEGURO?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(2) SI

14) ¿EL MIEDO A ENFERMARSE POR CONTACTO CON OBJETOS O PERSONAS LE HACE TOMAR MEDIDAS DESPROPORCIONADAS DE PRECAUCIÓN PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CONTAGIO?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(3) SI

Cuáles.....

15) ¿LE OCURRE TENER LA SENSACIÓN DE MAREARSE Y NO SALIR A LA CALLE POR MIEDO A DESCOMPONERSE?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(2) SI

16) CONSIGNAR HÁBITOS:
FUMA:

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1) SI

Cuánto.....

INGIERE BEBIDAS ALCÓHOLICAS?:

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1) SI

Cuáles prefiere.

Cantidades.....

¿CONSUME? O LO HA HECHO:TRANQUILIZANTES, ANOREXÍGENOS U OTRAS DROGAS

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1) SI

Cuáles.....

17) ¿HA NECESITADO ASISTENCIA MÉDICA CLÍNICA, PSIQUIÁTRICA O PSICOLÓGICA COMO CONSECUENCIA?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(3) SI

18) ¿SE CONSIDERA UNA PERSONA DESCONFIADA?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1) SI

19) ¿SE HA SENTIDO PERJUDICADO CON FRECUENCIA POR PERSONAS DE SU RELACIÓN?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1) SI

De qué manera?

20) ¿EL DAÑO Y PERJUICIO SUFRIDO HA SIDO TAN IMPORTANTE QUE REQUIRIÓ AYUDA PSIQUIÁTRICA?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(2) SI

21) ¿CUÁNDO Y CUÁNTO TIEMPO TOMÓ PSICOFARMÁCOS POR ESA RAZÓN?
¿Cuáles y en qué dosis?

- (4) Psicofármacos antipsicóticos
- (2) Otros

22) ¿SUELE TENER CON FRECUENCIA ALGUNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?
(sin base orgánica).

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1) SI

<input type="checkbox"/>	SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE
<input type="checkbox"/>	OPRESIÓN EN EL PECHO
<input type="checkbox"/>	SUDORACIÓN
<input type="checkbox"/>	PALPITACIONES
<input type="checkbox"/>	TRASTORNOS DIGESTIVOS

Cuáles.....

23) ¿HA CAMBIADO MUCHAS VECES DE TRABAJO?

<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	SI

Motivos.....

24) ¿SE CONSIDERA LIDER EN SU GRUPO LABORAL?

<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	SI

Por qué?

25) ¿SUS AUTORIDADES HAN TENIDO PARTICIPACIÓN EN EL ORIGEN DE SUS ACTUALES PROBLEMAS?

<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	SI

26) ¿HA TENIDO TRAUMATISMO DE CRÁNEO CON PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1) SI

Completar fechas. Lugar de asistencia o internación. Duración de la pérdida de conciencia

27) ¿QUEDARON SECUELAS?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1) SI

Cuáles.....

28) ¿CAMBIÓ SU MANERA DE SER POSTERIORMENTE?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	SI

- (3) Trastornos orgánicos de la personalidad.
- (2) Otros trastornos.

En que?.....

29) ¿HA PASADO ALGUNA VEZ POR PERÍODOS CON ALGUNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

<input type="checkbox"/>	(1) HA VISTO IMÁGENES QUE OTROS NO VEIAN
<input type="checkbox"/>	(2) HA ESCUCHADO VOCES QUE OTROS NO ESCUCHABAN
<input type="checkbox"/>	(3) ESAS VOCES SON CLARAS E INSULTANTES
<input type="checkbox"/>	(2) SE HA SENTIDO IMPULSADO A REALIZAR ACTOS QUE NO DESEABA
<input type="checkbox"/>	(3) LOS HA REALIZADO

Cuáles.....

Tratamientos:

(3) Con dosis de Psicofármacos.

(4) Con Internaciones.

Dosis de Psicofármacos. Internaciones.

30) ¿HA SUFRIDO DEPRESIONES QUE REQUIRIERAN TRATAMIENTO?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1) SI

31) ¿REALIZÓ ALGUNA VEZ INTENTO DE SUICIDIO?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(4) SI

Descripción detallada

.....

.....

32) ¿REQUIRIÓ POR ESA RAZÓN INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA U OTRO TRATAMIENTO?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(3) SI

Dónde y por cuánto tiempo?.....

SI HACE TRATAMIENTO ACTUALMENTE, INDICAR CUAL Y DOSIS DE PSICOFÁRMACOS

(4) Con psicofármacos antipsicóticos

(2) Otros psicofármacos

33) ¿HA TENIDO PROBLEMAS DE CONDUCTA?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1) SI

34) ¿SUS CONDUCTAS HAN REQUERIDO INTERVENCIÓN POLICIAL?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(3) SI

35) ¿EL AFILIADO HA TENIDO JUICIOS?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	SI

<input type="checkbox"/>	(0) LABORALES
<input type="checkbox"/>	(1) POR ACCIDENTES DE TRABAJO
<input type="checkbox"/>	(4) INHABILITACIÓN o ART. 152 BIS C.C.
<input type="checkbox"/>	(4) INSANÍA o ART.54 INCISO 3° C.C.
<input type="checkbox"/>	OTROS

Cuáles?.....

..... Firma del afiliado Firma del profesional
-----------------------------	--------------------------------

TABULACIÓN

0 - 20 Puntos.

No necesita otro psicodiagnóstico, si no se detectan signos o síntomas en la anamnesis.

21 - 79 puntos o más.

Se realizará diagnóstico clínico completo por profesional psicólogo clínico incluyendo en su batería Bender, Rorschach, HTP y otros.

21 - 35 puntos o más.

Se evaluará necesidad de interconsulta con especialista psiquiatra.

36 puntos o más.

Interconsulta con especialista psiquiatra obligatoriamente.

- En caso de Internaciones Psiquiátricas, antecedentes de intento de suicidio o de tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos y de **respuestas afirmativas** a las preguntas del **ítem 29**, se realizará interconsulta con especialista psiquiatra independientemente del puntaje alcanzado.
- En caso de DEBILIDADES MENTALES PROFUNDAS, IMBECILIDAD, IDIOCIA, ENFERMEDAD DE DOWN y CUADROS DEMENCIALES EN PERÍODOS DE ESTADO **los parámetros clínicos serán soberanos**, no siendo necesario el PSICODIAGNOSTICO DE LEY.