

**FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE TRABAJO SOCIAL**

Paciente número [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Evaluador:

Lugar de la entrevista: Domicilio [ ] Otro:

Fecha de recepción de la derivación (aa / mm / dd):

Fecha de la primera visita (aa / mm / dd):

Fecha de la segunda visita (si es necesaria) (aa / mm / dd):

Paciente excluido del estudio: Sí [ ] No [ ]

Fecha en que fue excluido (aa / mm / dd):

Razones por las que fue excluido del estudio:

**SECCIÓN 1 : HISTORIA SOCIAL (ocupación, matrimonio, divorcio, pena, desgracia o acontecimiento negativo, educación, inmigración, traslados, otros acontecimientos importantes).**

*En esta sección, sugiera al paciente que le cuente su historia personal. Durante el proceso, reúna información sobre lo que antecede y vaya reflejándola más abajo:*

1. **Sexo: H(ombre) o M(ujer)**
2. **Edad:**
3. **Idioma usado durante la entrevista: I (inglés) o F (francés) (adaptar a las lenguas posibles de cada país)**

**4. Situación ocupacional (trace un círculo alrededor de lo que proceda)**

1. Jubilado ¿Tipo de trabajo desempeñado? :
2. Desempleado ¿En qué trabajaba cuando le despidieron? :
3. Incapaz de trabajar por razones médicas
4. Empleado a tiempo completo como:
5. Empleado a tiempo parcial como:
6. Tareas domésticas
7. Otro:

**5. Vivienda**

1. Casa / apartamento [ ]
2. Vivienda de bajo costo / habitación de alquiler moderado [ ]
3. Vivienda pública / residencia de larga duración [ ]
4. Viviendas tuteladas [ ]
  - Con servicios [ ]
  - Sin servicios [ ]
5. Otra (especifíquese):

- ¿Existen dificultades o problemas específicos identificados por el paciente con respecto a las condiciones de la vivienda (salubridad, espacio, seguridad, satisfacción...)?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---



---



---

**6. País de nacimiento:** Canadá (poner país de aplicación) [ ] Otro:

Si procede, ¿está usted bajo patrocinio en este momento? o ¿Está recibiendo alguna ayuda económica/subsidio?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál es su relación con el patrocinador? o ¿Cuál es la relación con la institución/organismo que le proporciona esa ayuda?

*Si el paciente es originario de otro país, pregúntele acerca de acontecimientos concretos que puedan haber influido en su venida a este país (por ejemplo, holocausto, guerra, etc.):*

**7. Estado civil**

1. Casado/a [ ]
2. Viudo/a [ ]
3. Separado/a o divorciado/a [ ]
4. Soltero/a [ ]
5. Pareja de hecho/Convivencia [ ]
6. Relación estable [ ]

- A. Pareja de diferente sexo [ ]
- B. Pareja del mismo sexo [ ]

**8. Formas de convivencia**  
**Marque todo lo que proceda:**

1. Sólo [ ]
2. Con el cónyuge [ ]
3. Con la pareja de hecho [ ]
4. Con un compañero de habitación [ ]
5. Con hijo(s) [ ] ¿Cuántos? :
6. Con nieto(s) [ ] ¿Cuántos? :
7. Con otros familiares:
8. Con un cuidador pagado [ ]
9. Otra forma:

¿Cuánto tiempo ha permanecido en la forma de convivencia actual? :

- ¿Esta situación supone un problema (por ejemplo: problemas familiares, necesidad de mayor cantidad de ayuda, otros)?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---



---



---

**9. Describa los acontecimientos más importantes (o sucesos vitales) vividos en los últimos 12 meses**  
**(trace un círculo alrededor de todo lo que proceda)**

1. Ninguno
2. Fallecimiento
3. Divorcio (propio o en la familia) / separación de la pareja
4. Deterioro físico del paciente o de la persona con quien convive
5. Cambio en la situación financiera
6. Hijos o nietos que se trasladan o se marchan de casa.
7. Trasladarse o marcharse de la casa de un hijo o de otro familiar
8. Otro (especifíquese):

Explicación:

---



---



---

## SECCIÓN 2 : DINÁMICA FAMILIAR

### RELACIÓN CON EL CÓNYUGE / LA PAREJA

**10. En el caso de que esté casado, ¿es este el primer matrimonio?**  
(Aplique la misma pregunta en el caso tiene pareja de hecho o relación estable)

1. Sí [ ] ¿Cuánto tiempo lleva en esa situación? :
2. No [ ] ¿Cuánto tiempo hace que tiene la relación actual? :
3. No aplicable [ ] (Vaya a la pregunta 12)
4. Resistencia a responder [ ]

**11. La mayoría de las parejas reconocen que, de vez en cuando, surgen problemas en su relación. ¿Con qué frecuencia estima que se producen estos problemas en la suya, independientemente del problema y utilizando la siguiente escala? :**

1. Nunca
2. Ocasionales/ esporádico
3. Frecuentes/A menudo
4. Muy frecuentes

Explicación:

---



---



---

¿Su cónyuge o su pareja tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia —del alcohol, de la droga o del juego— o enfermedad mental)?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---



---



---

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

---



---



---

*Si procede, investigue las siguientes preguntas:*

- ¿Cómo influyen estos problemas en su relación?

---



---



---

- Si hay problemas en la relación, ¿desde cuando vienen ocurriendo?

---



---



---

- ¿Diría que usted está siendo maltratado en esta relación?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---



---



---

¿Hay algún factor precipitante?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---

---

---

- ¿Han empeorado las cosas en los últimos 12 meses?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---

---

---





*En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 18.*

Investigue la relación entre el paciente y cualquier otra persona significativa para ella. Si hay problemas, ¿con quién?

Haga una lista de las relaciones: A:  
B:  
C:  
D:

Descripción de los problemas:

---



---



---

**17. ¿Esta persona tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia —del alcohol, de la droga o del juego— o enfermedad mental)?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---



---

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

---



---

¿Esta persona vive con el paciente?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

### **RELACIÓN CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA**

**18. ¿Hay algún otro miembro de la familia con quien haya tenido problemas en los últimos 12 meses?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, ¿Qué problemas ha tenido? ¿Con quién se han producido y con qué frecuencia?

---



---



---

**19. ¿Algún otro miembro de la familia tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia —del alcohol, de la droga o del juego— o enfermedad mental)?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---

---

---

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

---

---

---

¿Esta persona vive con el paciente?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

### SECCIÓN 3 : PREGUNTAS ACERCA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Preguntar si tiene alguna enfermedad.

#### GRADO DE DEPENDENCIA

#### 20. El paciente es:

1. Independiente en todas las actividades de la vida diaria [ ] *Vaya a la pregunta 25*
2. Independiente en algunas actividades de la vida diaria [ ]
3. Completamente dependiente [ ]
4. (Si es aplicable) ¿Cuántas personas le proporcionan ayuda?  
Haga una lista de las relaciones: A:  
B:  
C:  
D:

En esta sección, use las categorías enumeradas anteriormente y a continuación para ayudarle a completar la tabla. Los pacientes pueden tener diferentes cuidadores para diferentes tareas.

1. Sin ayuda
2. Con la ayuda de otros
3. Completamente dependiente de otros
4. Actividad no realizada

Actividad	Grado de ayuda (de 1 a 4)	Para cada ítem, indique si la situación es <u>T</u> emporal o <u>P</u> ermanente	¿Quién lleva a cabo la actividad) (véanse de A a D, anteriores)	¿Vive el paciente con el cuidador?
Bañarse				
Administración de medicamentos				
Tareas domésticas				
Preparación de la comida				
Comer				
Ir a comprar				
Transporte				
Movilidad				
Otra				

#### 21. Pregunte directamente al paciente acerca del tipo de cuidados que recibe y la relación con la persona que le ayuda:

- ¿Ha habido algún problema con el tipo de cuidados que ha recibido en los últimos 12 meses?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

Descripción:

---



---



---

- ¿Con qué frecuencia diría que se han producido tales problemas?

1. Una sola vez      2. Algunas veces      3. Mensualmente      4. Semanalmente

Explicación:

---



---



---

- ¿Cree que en alguna ocasión se le ha privado de cosas que necesitaba? (Por ejemplo: equipamiento de la casa, alimentos, visitas al médico, dentadura postiza, etc.).

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la descripción:

---



---



---

- ¿Alguna vez se ha comportado esa persona con usted de alguna forma que le haya molestado?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- ¿Se han producido discusiones entre usted y esa persona?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- ¿Le ha tratado alguna vez de forma brusca esa persona ?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- ¿Dispone de la comida que quiere?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- Respecto a calidad de comida

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- Respecto a cantidad de comida

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- ¿Ha ocurrido alguna vez que durante un día, o más , no haya tenido comida suficiente ?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- ¿Se ha negado alguna vez esa persona a llevarle de compras?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- ¿Se ha sentido alguna vez inútil o que no valía para nada o como si fuera una carga?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---



---



---

- A la hora de pedir cosas que quiere o necesita, ¿se muestra reacio a pedirlo o tiene temor de hacerlo?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---



---



---

## 22. ¿Tiene alguna preocupación con respecto a

1. estar seguro de que siempre tendrá ayuda disponible?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

2. la calidad de los cuidados que recibe?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

3. sentirse en deuda con la persona que le proporciona los cuidados?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

4. alguna otra cosa?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

Explicación:

---



---



---

## 23. Antes de necesitar algún tipo de ayuda, ¿ha habido problemas en su relación con alguno de sus cuidadores?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---

---

---

**24. ¿Alguno de los cuidadores tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia —del alcohol, de la droga o del juego— o enfermedad mental)?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---

---

---

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

---

---

---

#### SECCIÓN 4 : ESTADO FÍSICO Y MENTAL

**25. ¿Toma algún medicamento?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

**26. ¿Sabe para qué toma cada medicamento?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

**27. En los últimos 12 meses, ¿ha aumentado su consumo de medicamentos?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---



---



---

**28. ¿Consume alcohol?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

**29. En los últimos 12 meses, ¿ha aumentado su consumo de alcohol?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

**30. En los últimos 12 meses, ¿se ha sentido cada vez más triste o deprimido?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---



---



---

**31. En los últimos 12 meses, ¿ha consultado o ha sido derivado a un psicólogo, a un trabajador social, a un psiquiatra o a cualquier otro tipo de terapeuta?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---



---



---

## SECCIÓN 5 : VIVIR CON UNA PERSONA A LA QUE TIENE QUE CUIDAR

### 32. ¿Vive con alguien que dependa de usted?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

*En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 34.*

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál es su relación con esta persona? :

¿Qué tipo de ayuda le proporciona usted a esta persona?

- Baño

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- Vestido

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- Aseo

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- Administración de la medicación

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- Tareas domésticas

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- Preparación de comida

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- Comer

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- Comprar

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- Transporte

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- Movilidad

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- Otra (describase): \_\_\_\_\_

- En caso de respuesta afirmativa a alguna de las cuestiones anteriores, ¿existe algún problema entre usted y esta persona?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

Explicación:

---

---

---

**33. ¿Alguna vez le ha amenazado esta persona o se ha mostrado agresiva con usted? (de forma intencional o no intencional)**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---

---

---

## SECCIÓN 6 : FAMILIA Y ACTIVIDADES SOCIALES

### 34. ¿ Participa en actividades sociales?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación:

---



---



---

¿Cree que tiene suficiente contacto con sus hijos , familiares, amigos, vecinos, etc.?

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación:

---



---



---

¿ Participa en actividades familiares con tanta frecuencia como le gustaría?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

¿ Participa en actividades sociales con tanta frecuencia como le gustaría?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación:

---



---



---

En caso de respuesta negativa, ¿qué se lo impide?

---



---



---

- La salud [ ]
- No hay nadie que le lleve [ ]
- Accesibilidad insuficiente a las actividades en las que me gustaría participar [ ]
- Es demasiado caro [ ]
- Otras [ ]

Explicación:

---



---



---

- ¿Alguna vez alguien cercano a usted le ha impedido participar en actividades sociales?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---

---

---

## SECCIÓN 7 A : DEPENDENCIA ECONÓMICA DEL PACIENTE

### 35. ¿Cómo cree que es su situación económica?

1. Económicamente autosuficiente [  ]
2. Parcialmente autosuficiente [  ]
3. Total dependencia económica [  ]
4. La desconozco [  ]

Explicación:

---



---



---

### 36. ¿Quién administra sus recursos económicos?

1. Yo mismo [  ]
2. Tengo alguna ayuda [  ]
3. Otros [  ]
4. Lo desconozco [  ]

### 37. En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 36.2 ó 36.3 ", ¿cuál es su relación con esa persona?

1. Cónyuge / pareja de hecho [  ]
2. Hijo(s) [  ] ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos? :
3. Nieto(s) [  ] ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos? :
4. Sobrina / sobrino [  ] ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos? :
5. Amigo(s) [  ] ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos? :
6. Otra persona [  ]

- ¿Quién es el responsable de pagar su alquiler (hipoteca o impuestos sobre bienes inmuebles)? :
- ¿Alguna vez ha existido algún problema entre usted y la persona que administra sus recursos económicos?

Sí [  ] No [  ] No aplicable [  ] Resistencia a responder [  ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---



---



---

### 38. ¿Alguna persona tiene un poder notarial bancario ?

Sí [  ] No [  ] No aplicable [  ] Resistencia a responder [  ]

En caso de respuesta afirmativa, ¿alguna vez ha existido algún problema con esta persona?

---



---



---

**39. ¿Alguna persona tiene un poder notarial total?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, ¿alguna vez ha existido algún problema con esta persona?

---



---



---

**40. ¿Alguna vez ha firmado documentos y ha sentido que les estaban obligando a firmarlo ?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál fue su relación con la persona que le obligó a firmar?

---

¿Cuáles fueron las consecuencias de este hecho?

---



---



---

**41. *Formule estas preguntas a los pacientes que reciben ayuda para administrar sus recursos económicos o cuyos recursos han sido administrados por otra persona (incluidos quienes han concedido poderes notariales):***

- ¿Está informado de todas sus transacciones financieras?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta negativa, ¿esto supone un problema para usted?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ]

- ¿Alguna vez se ha preocupado o ha sospechado de que su dinero no estaba siendo administrando como usted quería?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

¿Esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- ¿Cree que su saldo bancarios es tal y como debería ser?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta negativa, ¿este problema se ha producido en los últimos 12 meses?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

¿Alguna vez han utilizado su dinero sin su consentimiento?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, ¿esta situación se ha producido en los últimos 12 meses?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

- ¿Se pagan regularmente todas sus facturas ?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta negativa, ¿esta situación se ha producido en los últimos 12 meses?

Si se ha identificado algún problema en cualquiera de las preguntas precedentes, ¿con qué frecuencia se han producido este tipo de situaciones en los últimos 12 meses?

1. Una sola vez      2. Algunas veces      3. Mensualmente      4. Semanalmente

Explicación de los problemas mencionados:

---



---



---

**42. En general, ¿cree que alguien anda detrás de su dinero?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---



---

## SECCIÓN 7 B : DEPENDENCIA ECONÓMICA DE ALGUIEN SOBRE EL PACIENTE

### 43. En los últimos 12 meses, ¿ha dependido alguna persona de su dinero?

Sí  No  No aplicable  Resistencia a responder

*En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 49.*

En caso de respuesta afirmativa, ¿quién? :

- Cónyuge / pareja de hecho
- Hijo(s)
- Hija(s)
- Nieto(s)
- Sobrina(s)
- Sobrino(s)
- Otra persona:

¿Alguna de las personas anteriores administra también sus recursos económicos ?

Sí  No  No aplicable  Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿quién? :

---



---



---

### 44. ¿Vive esa persona con usted?

Sí  No  A veces  No aplicable  Resistencia a responder

### 45. ¿Hasta qué punto esa persona depende de usted económicamente?

1. Totalmente
2. Parcialmente
3. Ocasionalmente

¿Esta situación es  permanente?  temporal?

Explicación (por ejemplo: actualmente en situación de desempleo, ingresos insuficientes, discapacidad, otro motivo):

---



---



---

**46. ¿ esta persona tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia —del alcohol, de la droga o del juego— o enfermedad mental)?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---

---

---

**47. ¿Alguna vez ha existido algún problema con respecto a los recursos económicos entre usted y esa persona?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---

---

---

**48. ¿Esta persona le ha maltratado alguna vez, de forma intencional o no intencional ?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

---

---

---

¿Persiste todavía este problema?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

Explicación:

---

---

---

## SECCIÓN 8 : RESUMEN DE LAS PREGUNTAS FORMULADAS AL PACIENTE

*El entrevistador indica: "Estamos a punto de acabar las preguntas y quisiéramos repasar algunas cuestiones s más"*

**49. ¿Ha habido momentos en los que se haya sentido atemorizado o amenazado por alguna persona cercana a usted?**

1. No [ ]
2. Sí, ya mencionado [ ]
3. Si, no mencionado; explicar:

---



---



---

4. En caso de respuesta afirmativa la pregunta 49.3 ", ¿esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta negativa a la pregunta 49.4, , ¿cuándo ocurrió? :

---



---



---

**50. ¿Cree que alguien a quien usted conoce le maltrata de alguna forma, ya sea de forma intencional o no ?**

1. No [ ] (vaya a la pregunta 51)
2. Sí, ya mencionado [ ]
3. Sí, no mencionado; explicar:

---



---



---

4. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 50.3 , ¿esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta negativa a la pregunta 50.4 , ¿cuándo ocurrió? :

---



---



---

**51. ¿Alguna vez ha sentido que alguien cercano a usted estaba haciéndole daño emocional, físico (por ejemplo, golpeándole o tratarle bruscamente), sexual o económico, o siendo negligente y descuidando sus necesidades básicas, ya sea de forma intencional o no intencional?**

1. No [ ] (vaya a la pregunta 52)
2. Sí, ya mencionado [ ]
3. Si, no mencionado; explicar:

---



---



---

4. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 51.3 , ¿esto ha sucedido durante los últimos 12 meses?

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

En caso de respuesta negativa a la pregunta 51.4, ¿cuándo ocurrió? :

---



---



---

**52. En general, ¿está satisfecho con la relación que mantiene con las personas que están cerca de usted?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

**53. ¿Hay algo que le gustaría añadir que no haya sido mencionado antes?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ] Resistencia a responder [ ]

Si la respuesta es "sí", incluya una descripción:

---



---



---

**SECCIÓN 9 : PREGUNTAS PARA EL EVALUADOR****54. ¿Le fue posible entrevistar al paciente en privado?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ]

En caso de respuesta negativa, ¿quién estaba presente y por qué? :

---



---



---

**55. ¿Cree que el paciente se ha mostrado abierto y sincero con usted durante la evaluación?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ]

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación:

---



---



---

**56. ¿El paciente fue capaz de participar plenamente en la entrevista?**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ]

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación (dificultad de entendimiento, problemas auditivos, falta de cooperación, etc.):

---



---



---

**57. Durante la entrevista, ¿observó en el paciente alguno de los siguientes estados afectivos? Marque todos los que proceda:**

- Agresividad [ ]
- Ansiedad [ ]
- Vergüenza [ ]
- Depresión [ ]
- Miedo [ ]
- Impotencia [ ]
- Ira [ ]
- Tristeza [ ]
- Otros:

Comentario:

---

---

---

---

---

---

---

**58. ¿Observó algún signo de abuso, negligencia o maltrato? (Por ejemplo, que estuviese mal atendido, casa desordenada, falta de alimentos, olor a orina, algún moratón visible e inexplicable, u otro signo)**

Sí [ ] No [ ] No aplicable [ ]

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

**59. ¿Cree que este paciente está siendo maltratado?**

- 1. Sí [ ]
- 2. No [ ]
- 3. No lo sé [ ]

Explique su respuesta:

---

---

---

**60. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 59 , ¿el paciente**

[ ] declaró específicamente que había sido maltratado?

[ ] utilizó palabras para describir el maltrato?

Explicación:

---

---

---

**61. En una escala analógica visual, ¿hasta qué punto está seguro de haber encontrado**

**maltrato psicológico?**

No probable 0 -----1 Probable

**negligencia?**

No probable 0 -----1 Probable

**maltrato físico?**

No probable 0 -----1 Probable

**abuso financiero?**

No probable 0 -----1 Probable

**62. En una escala analógica visual, ¿hasta qué punto está seguro de su evaluación global?**

Inseguro 0 -----1 Seguro

**63. ¿Qué signos y síntomas de maltrato psicológico, físico, económico, negligencia (activa o pasiva) observó?**

En caso de ser aplicable, incluya la explicación:

Maltrato psicológico:

---

---

Negligencia:

---

---

Maltrato físico:

---

---

Abuso económico:

---

---

**64. ¿El paciente ha sido capaz de confirmar si fue física o sexualmente maltratado?**

Sí  No  Lo desconozco

Explicación:

---

---

**psicológicamente maltratado?**

Sí  No  Lo desconozco

Explicación:

---

---

**ha sufrido negligencia?**

Sí  No  Lo desconozco

Explicación:

