



Corporación para Investigaciones Biológicas (CiB), Corporación Corpogen, Universidad de Antioquia, Corporación Universitaria Remington, Universidad Pontificia Bolivariana  
 Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Secretaría de Salud de Medellín, Secretaria de Salud de Bello, Secretaria de Salud de Itagüí.

**Programa:** “Atención de niños contacto de pacientes con tuberculosis pulmonar: contribución a la actualización de los lineamientos nacionales a partir de la evidencia internacional disponible y de la generación de nueva evidencia local”

**Código Minciencias 221384266993**

**Instrumentos de evaluación de Psicología.**

### INSTRUMENTOS PARA TAMIZAJE El RQC (Cuestionario de síntomas para niños)

**Código del conviviente** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ DD/ MM/AAAA

#### CUESTIONARIO DE AUTOREPORTAJE DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS PARA NIÑOS (RQC)

##### INFORMACIÓN GENERAL.

Asiste a institución educativa: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Discapacidad: Ninguna \_\_\_\_\_ Física \_\_\_\_\_ Auditiva \_\_\_\_\_ Visual \_\_\_\_\_ Intelectual \_\_\_\_\_ Mental \_\_\_\_\_  
 Sordoceguera \_\_\_\_\_ Talla baja \_\_\_\_\_

Victima conflicto armado: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- A continuación, encontrará una lista de molestias que el niño puede haber observado o no. En caso de haber visto el síntoma que se describe en el niño, marque una “x” en la casilla correspondiente a “sí”, de lo contrario marque una “x” en la casilla correspondiente a “no”.

SINTOMA	SI	NO
1. ¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?		
2. ¿El niño duerme mal?		
3. ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4. ¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?		
5. ¿El niño ha huido de la casa frecuentemente?		
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		
7. ¿Se asusta o se pone nervioso sin razón?		
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender?		
9. ¿El niño casi nunca juega con otros niños?		
10. ¿El niño se orina o defeca en la ropa?		

Información de intervención	
Intervención:	Si _____ No _____
Familia receptiva:	Si _____ No _____
Riesgo:	Alto _____ Medio _____ Bajo _____

Concepto	
Otros hallazgos	
Remisión:	Si _____ No _____
Causa de remisión	

Elaboró: \_\_\_\_\_



Desviación estándar (OMS)		Clasificación nutricional				
Peso/Talla:		<input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Riesgo de sobrepeso <input type="checkbox"/> Peso adecuado para la talla <input type="checkbox"/> Riesgo de desnutrición aguda <input type="checkbox"/> Desnutrición aguda moderada <input type="checkbox"/> Desnutrición aguda severa				
Peso/Edad:		<input type="checkbox"/> Verificar con IMC/E <input type="checkbox"/> Peso adecuado para la edad <input type="checkbox"/> Riesgo de desnutrición global <input type="checkbox"/> Desnutrición global				
Talla/Edad:		<input type="checkbox"/> Talla adecuada para la edad <input type="checkbox"/> Riesgo de talla baja <input type="checkbox"/> Retraso en talla				
(IMC/Edad):		<input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Riesgo de sobrepeso <input type="checkbox"/> Verificar con P/T				
Información sobre alimentación						
<b>Lactancia materna:</b> Fue o está haciendo amamantado: Si _____ No _____ Hasta que edad: _____ Cuanto tiempo lo amamantó en forma exclusiva: _____						
<b>Alimentación complementaria:</b> A qué edad empezó a darle otros alimentos diferentes a la leche: _____ Qué alimentos: _____ _____						
Preferencias:						
Rechazos:						
Intolerancias y síntomas:						
Cómo es su apetito: Bueno _____ Regular _____ Malo _____						
Consumo de complementos o suplementos: SI _____ NO _____						
complementos o suplementos:						
Recordatorio de 24 horas						
	Desayuno	½ mañana	Almuerzo	Algo	Comida	Merienda
Hora						

<b>Diagnostico Nutricional</b>						
<b>Conducta</b>						

Elaboró: \_\_\_\_\_

[illegible]

### 3. Cuidado del menor.

3.1 considera que debido al tiempo que dedica al cuidado del menor no tiene suficiente tiempo para usted?

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| - Nunca___        | -Bastantes veces ___ |
| -Rara vez___      | -Casi siempre___     |
| -Algunas Veces___ |                      |

3.2 ¿considera que el cuidado del menor afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| - Nunca___        | -Bastantes veces ___ |
| -Rara vez___      | -Casi siempre___     |
| -Algunas Veces___ |                      |

3.3 ¿Se ha sentido agobiado por intentar conciliar el cuidado del menor con otras responsabilidades y actividades?

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| - Nunca___        | -Bastantes veces ___ |
| -Rara vez___      | -Casi siempre___     |
| -Algunas Veces___ |                      |

3.4 ¿considera que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por el cuidado del menor?

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| - Nunca___        | -Bastantes veces ___ |
| -Rara vez___      | -Casi siempre___     |
| -Algunas Veces___ |                      |

3.5 ¿considera que el menor le considera a usted la única persona que le puede cuidar? SI\_\_\_ NO\_\_\_

3.6 ¿hay alguien que le ayude con el cuidado del menor en caso de que llegará a enfermar o quedar incapacitado? (por ejemplo, pareja, familiar, amigo)

SI\_\_\_ NO\_\_\_ NS/NR\_\_\_

Si la respuesta fue afirmativa especifique: ¿Quién es esa persona? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su parentesco o relación con el menor? \_\_\_\_\_

3.7 ¿Cómo definiría el tipo de relación al interior de la familia?

- Conflictiva\_\_\_
- Positiva\_\_\_
- Armoniosa\_\_\_
- Distante\_\_\_
- Hostil\_\_\_
- Intima\_\_\_

3.8 ¿Quién es la persona encargada de ejercer la autoridad al interior de la familia? \_\_\_\_\_  
¿cuál es su relación o parentesco con el menor? \_\_\_\_\_

#### 4. Sobre la economía familiar

4.1 ¿Considera que poseen los suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidado al menor, además de los otros gastos? SI \_\_\_ No \_\_\_

4.2 Ingresos mensuales.

Nombre de quien aporta	Parentesco	Concepto	Valor

4.3 Egresos mensuales.

Concepto	Valor

#### 5. vivienda

5.1 ¿Cuál es el estrato socioeconómico de la vivienda? \_\_\_\_\_

5.2 ¿Cuántas personas residen en la vivienda? \_\_\_\_\_

La vivienda donde reside el menor es:

Propia \_\_\_

Invasión \_\_\_

Prestada \_\_\_

Arrendada \_\_\_

En como dato \_\_\_

5.3 ¿de cuántos pisos se compone? \_\_\_\_\_

5.4 ¿Cuántos espacios internos tiene? \_\_\_\_\_

Marque con una X si la vivienda cuenta con los siguientes espacios:

Sala \_\_\_ Cocina \_\_\_ Baño \_\_\_ Habitación (#) \_\_\_ Terraza \_\_\_ Patio \_\_\_ otro \_\_\_ ¿cuál?



5.5 ¿cuál es el principal material de construcción?

Madera\_\_\_

Ladrillo\_\_\_

Bahareque\_\_\_

Concreto vaciado\_\_\_

Lamina de zinc\_\_\_

5.6 La vivienda se surte del agua que proviene de:

-Acueducto empresarial\_\_\_

-Acueducto comunitario\_\_\_

-Nacimiento propio\_\_\_

-Recolectada por lluvia\_\_\_

-Suministrada por vecinos\_\_\_

-otro\_\_\_ ¿cuál

5.7 La vivienda cuenta con los siguientes servicios:

-Gas domiciliario\_\_\_

-Energía eléctrica\_\_\_

-telefonía\_\_\_

-Internet\_\_\_

-Recolección de residuos\_\_\_

-Alcantarillado\_\_\_

Otro\_\_\_ ¿Cuál?\_\_\_

## 6 salud

6.1 ¿Cuál es el régimen de aseguramiento del menor?

-Subsidiado\_\_\_

-Contributivo\_\_\_

-Especial\_\_\_

-No asegurado\_\_\_

6.2 ¿Cuál es la EPS del menor? \_\_\_\_\_

6.3 ¿Cuál es el hospital o centro de salud donde atienden regularmente al menor?

\_\_\_\_\_

6.4 ¿tiene dificultades para movilizarse a dicha IPS? SI\_\_\_ NO\_\_\_ (En caso de la que respuesta sea afirmativa especifique) \_\_\_\_\_

6.5 ¿Cuáles son las enfermedades frecuentadas en la familia del menor?

Enfermedad	¿Quién la padece o la ha padecido?

6.6 ¿existen antecedentes de tubérculos en la familia? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ (si la respuesta fue afirmativa especifique quien la ha parecido y su parentesco con el menor) \_\_\_\_\_

## 7. Intervención.

### 7.1. Riesgo

Alto \_\_\_\_\_ medio \_\_\_\_\_ bajo \_\_\_\_\_

7.2. Intervención: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### 7.3 Concepto

---

---

---

---

---

---

### 7. 4 Conducta.

---

---

---

---

---

7.5 Activación ruta: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### 7.6 Causa activación ruta.

---

---

---

---

---

7.7. Institución donde se realizó la evaluación: \_\_\_\_\_