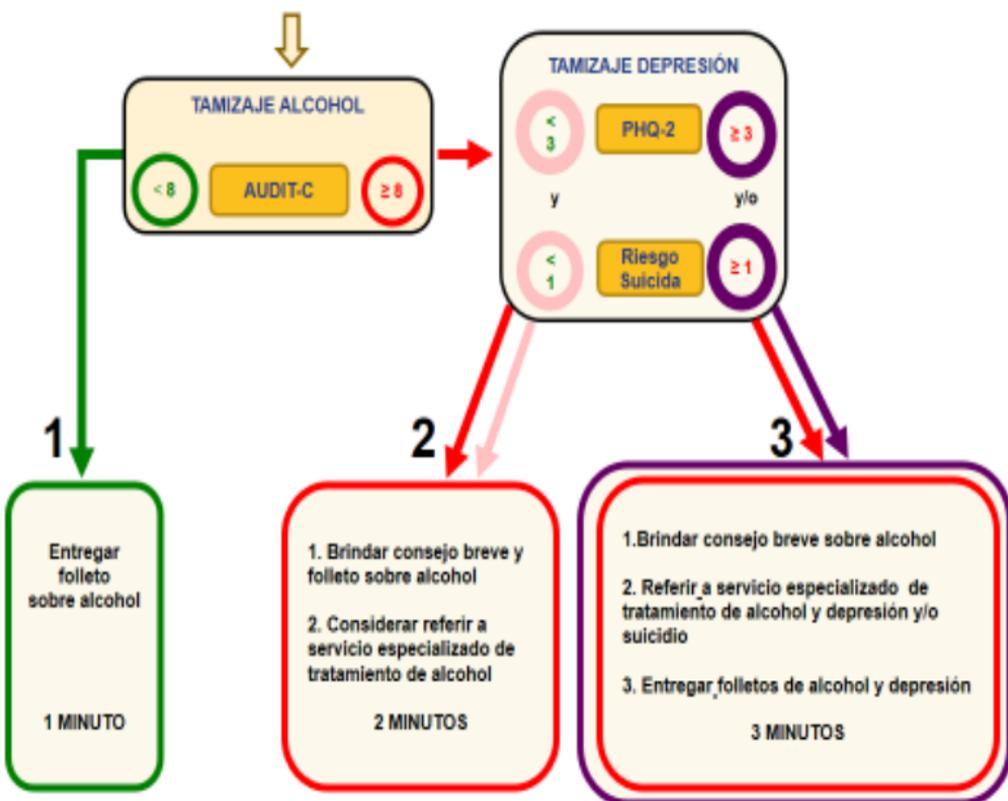


Guía rápida

Todos los usuarios adultos que visitan el centro de salud serán tamizados con el AUDIT-C



Tamizaje del consume de alcohol

Se recomienda completar el tamizaje de consumo de alcohol con todos los usuarios adultos (mayores de 18 años).

Si un usuario ha completado el tamizaje no hay necesidad de repetirlo, a menos que usted o un colega hayan recomendado un monitoreo continuo del consumo de alcohol.

AUDIT C

Esta herramienta de tres preguntas debe utilizarse con todos los usuarios adultos.

- ➔ Si el usuario **puntúa 0-7**, debe recibir retroalimentación positiva sobre su estado de consumo de bajo riesgo y una copia del folleto para usuarios '**Mi relación con la bebida**'.
- ➔ Si el usuario **puntúa 8 o más** en el AUDIT -C, le debe proporcionar algunos minutos de consejería verbal y entregar el folleto del usuario para que se lo lleve. Debe ser tamizado por **depresión utilizando el PHQ 2**.
- ➔ Si usted considera que el usuario puede ser dependiente al alcohol o pueda necesitar mas apoyo debido a su consumo, utilice su criterio clínico para determinar si es apropiado referirlo a un servicio especializado de tratamiento para el consumo de alcohol.

Tamizaje de depresión

Trate de realizar tamizaje de depresión a todos los usuarios que puntúen 8 o más en el cuestionario **AUDIT C**.

PHQ-2

Complete las dos preguntas del PHQ – 2 con el usuario.

- ➔ Si el usuario puntúa **0-2**, no necesita más evaluación.
- ➔ Si el usuario puntúa **3 o más**, debe recibir una copia del folleto **“Manejo personal del bajo estado de ánimo y la depresión”** y ser evaluados por riesgo de suicidio.

Si usted considera que el usuario pueda necesitar mas ayuda y apoyo por depresión o pueda estar en riesgo de suicidio, use su criterio clínico para evaluar si el usuario requiere ser referido a servicios especializados.

Tamizaje del riesgo de suicidio

Los usuarios que obtengan un puntaje **de 3 o más** en el PHQ-2 deben ser evaluados por riesgo de suicidio con la pregunta siguiente: *“En las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia le ha molestado, pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño”*.

- ➔ Si el usuario **puntúa 0** (respuesta: ‘Nunca’) en esta pregunta no es probable que presente riesgo suicida. No se requiere hacer nada más respecto a riesgo suicida.
- ➔ Si el usuario **puntúa 1** (respuesta ‘varios días’) en esta pregunta podría ser un riesgo bajo de suicidio. Usted debe utilizar su criterio clínico para decidir si debe monitorear al usuario. Si el usuario se mantiene estable con puntaje de 1 en esta pregunta se le puede dar los materiales de SCALA.
- ➔ Si el usuario **puntúa 2-3** en esta pregunta podría presentar riesgo de suicidio. Utilice su criterio clínico para determinar si es apropiado referirlo a un servicio especializado de tratamiento y monitorearlo.