

Pauta de Riesgo Psicosocial

Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA)



Nombre

Fecha de nacimiento de la gestante

día

mes

año

Edad gestacional al ingreso

semanas / días

Fecha control de ingreso

día

mes

año

Fecha control 3° trimestre

día

mes

año

1. Ingreso a control prenatal posterior a las 20 semanas

si

no

2. Escolaridad menor a sexto básico

3. Edad menor a 17 años

INGRESO

3° TRIMESTRE

4. Conflictos con la maternidad

¿Pensó en algún momento interrumpir su embarazo?

¿Preferiría no estar embarazada?

Marque **sí**, si contesta positivamente a una o ambas preguntas.

sí

no

sí

no

5. Insuficiente apoyo social o familiar

¿Siente que no cuenta con todo el apoyo que necesita de su pareja y/o familia desde que está embarazada?

Marque **sí**, si siente que no cuenta con el apoyo necesario.

6. Síntomas depresivos

a. ¿Se ha sentido triste, deprimida o pesimista casi todos los días?

b. ¿Ha sentido que no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?

Marque **sí**, si una o más respuestas son afirmativas.

7. Uso o abuso de sustancias

¿Ha consumido alguna de estas sustancias durante el último mes?

a. Cigarrillos _____

b. Cerveza, vino, trago fuerte u otras bebidas con alcohol _____

c. Marihuana, coca, pasta base, anfetaminas u otra droga _____

d. Tranquilizantes sin receta médica _____

Marque **sí**, si ha consumido cualquiera de estas sustancias y subraye la o las que ha usado durante la última semana. Registre la cantidad que ha consumido en la línea que sigue a cada opción.

8. Violencia de género

a. ¿Su pareja, ex pareja u otro hombre la ha insultado, humillado o amenazado? ¿Le ha dicho que no debería estar embarazada? ¿Controla con quién conversa o el dinero que gasta? (Violencia psicológica)

b. ¿Su pareja, ex pareja u otro hombre la ha golpeado o empujado? (Violencia física)

c. ¿Este embarazo es consecuencia de una relación sexual no consentida? (Violencia sexual)

Marque **sí**, si ha sido víctima de cualquiera de estas manifestaciones de violencia y subraye el tipo de violencia al que ha sido sometida.

9. ¿Existe algún otro factor de riesgo que deba ser considerado?

Nombre evaluador/a

Firma evaluador/a