



## Cuestionario Sobre La Salud Del Paciente - 9 PHQ-9

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún dia	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING <u>0</u> + <u>  </u> + <u>  </u> + <u>  </u>				
=Total Score: <u>  </u>				
 Si marcó <u>cualesquiera</u> de los problemas, ¿qué tanta <u>dificultad</u> le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?				
No ha sido difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>	



## GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?

Nunca      Varios días      Más de la mitad de los días      Casi todos los días

(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)

1. Sentirse nervioso/a, inquieto/a o con los nervios de punta      0      1      2      3

2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación      0      1      2      3

3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas      0      1      2      3

4. Dificultad para relajarse      0      1      2      3

5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente      0      1      2      3

6. Molestarte o ponerse irritable fácilmente      0      1      2      3

7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar      0      1      2      3

(For office coding: Total Score  $T$        =       +       +       +      )

## Cuestionario sobre Trastornos del Estado de Ánimo

**INSTRUCCIONES:** Por favor, responda a cada pregunta lo más acertadamente posible.

**SÍ**      **NO**

1. ¿Ha pasado alguna vez por un período en el cual su personalidad o comportamiento no fueron los habituales y...

... se sentía tan bien o tan exaltado que la gente pensó que su comportamiento no era el habitual, o estaba tan exaltado que se metió en problemas?

... estaba tan irritable que le gritó a la gente o inició peleas físicas o verbales?

... se sintió con mucha más seguridad en sí mismo que lo habitual?

... dormía mucho menos que lo habitual, y se dio cuenta de que, a pesar de ello, no necesitaba más horas de sueño?

... hablaba más o más rápido que lo habitual?

... sentía que los pensamientos se agolpaban en su cabeza, o que no podía detenerlos?

... se distraía tan fácilmente con lo que sucedía a su alrededor que tenía dificultad para mantener la concentración?

... tenía mucha más energía que lo habitual?

... estaba mucho más activo o hacía muchas más cosas que lo habitual?

... estaba mucho más social o extrovertido que lo habitual –por ejemplo, llamaba a sus amigos por teléfono a altas horas de la noche?

... tenía mucho más apetito sexual que lo habitual?

... hacía cosas que no eran comunes en usted, o que a la gente le podrían haber parecido exageradas, tontas, o riesgosas?

... gastó dinero que le causó problemas a usted o a su familia?

2. Si respondió "SÍ" a dos o más de las preguntas anteriores, ¿algunas de las situaciones descritas ocurrieron durante el mismo período de tiempo?

3. ¿Cuánto problema le causaron algunas de estas situaciones – como por ejemplo, problemas en el trabajo, problemas familiares, financieros o legales, peleas físicas o verbales?

Ningún problema       Problemas menores       Problemas moderados       Problemas serios

4. \* ¿Alguno de sus familiares directos (es decir, hijos, hermanos, padres, abuelos, tíos) padeció alguna vez de trastorno maníaco-depresivo o bipolar?

5. \* ¿Alguna vez algún profesional médico le ha dicho que usted padece de trastorno maníaco-depresivo o bipolar?