

# CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ)

Este cuestionario es una parte importante en proveerle el mejor cuidado de salud posible. Sus respuestas ayudarán a entender los problemas que pueda tener. Por favor conteste a cada pregunta de la mejor forma posible a menos que se le pida pasar a otra pregunta.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Fecha de hoy \_\_\_\_\_

1. Durante las <u>últimas 4 semanas</u> , ¿cuánta molestia ha tenido por cualquiera de los siguientes problemas?	Sin molestia	Un poco de molestia	Mucha molestia
a. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor en sus brazos, piernas o coyunturas (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Calambres menstruales u otros problemas con sus períodos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor o problemas durante la penetración sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Episodios de desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Ha sentido su corazón palpar o acelerarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Corto(a) de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Estreñimiento, intestino suelto o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Náusea, gas o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

2. Durante las <u>2 últimas semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sin apetito o ha comido en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.

Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

Other Dep Syn if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

---

**3. Preguntas acerca de la ansiedad.**

- |    |   |                                       |                                       |
|----|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a. | En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido un ataque de ansiedad – sentimiento repentino de miedo o pánico? | <b>NO</b><br><input type="checkbox"/> | <b>SÍ</b><br><input type="checkbox"/> |
|----|---|---------------------------------------|---------------------------------------|

**Si marcó “NO”, pase a la pregunta #5.**

- |    |                                   |                          |                          |
|----|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b. | ¿Ha pasado esto antes alguna vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|

- |    |  |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| c. | ¿Algunos de estos ataques vienen de repente inesperadamente; es decir, en situaciones donde no espera estar nervioso(a) o incómodo(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|--|--------------------------|--------------------------|

- |    |   |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| d. | ¿Le molestan mucho estos ataques o está preocupado(a) en tener otro ataque? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|--------------------------|

---

**4. Piense acerca de su último ataque serio de ansiedad.**

**NO**                      **SÍ**

- |    |                                  |                          |                          |
|----|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | ¿Estaba corto(a) de respiración? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|

- |    |   |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| b. | ¿Su corazón palpó rápido, fuerte o más lento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|--------------------------|

- |    |                                      |                          |                          |
|----|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c. | ¿Sintió dolor o presión en el pecho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

- |    |        |                          |                          |
|----|--------|--------------------------|--------------------------|
| d. | ¿Sudó? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|--------|--------------------------|--------------------------|

- |    |                                      |                          |                          |
|----|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| e. | ¿Sintió como que se estaba ahogando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

- |    |                              |                          |                          |
|----|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| f. | ¿Tuvo sofocos o escalofríos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|------------------------------|--------------------------|--------------------------|

- |    |  |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| g. | ¿Tuvo náuseas o malestares estomacales, o la sensación de tener diarrea? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|--|--------------------------|--------------------------|

- |    |   |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| h. | ¿Se sintió mareado(a), inestable o desfallecido(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|--------------------------|

- |    |   |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| i. | ¿Sintió hormigueos o adormecimiento en partes de su cuerpo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|--------------------------|

- |    |                          |                          |                          |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| j. | ¿Tembló o se estremeció? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- |    |                                  |                          |                          |
|----|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| k. | ¿Tuvo miedo de estarse muriendo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|

---

**5. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?**

**Ningún día**                      **Varios días**                      **Más de la mitad de los días**

- |    |  |                          |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a), con los nervios de punta o preocupando(a) acerca de diferentes cosas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

**Si marcó “Ningún día”, pase a la pregunta #6.**

- |    |  |                          |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b. | Se ha sentido inquieto(a) de manera que es difícil quedarse quieto(a). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- |    |   |                          |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c. | Se siente cansado(a) con mucha facilidad. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- |    |   |                          |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| d. | Tensión muscular, dolores o malestares. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- |    |   |                          |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| e. | Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- |    |  |                          |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| f. | Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer un libro o ver la televisión. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- |    |   |                          |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| g. | Se ha sentido molesto o irritable fácilmente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days".

<b>6. Preguntas sobre la alimentación.</b>			
a.	¿Siente que a menudo no puede controlar <u>qué</u> come o <u>cuánto</u> come?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>
b.	¿Come a menudo, <u>dentro de cualquier período de 2 horas</u> , lo que la mayoría de las personas consideraría como una <u>gran</u> cantidad inusual de comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si marcó "NO" ya sea en #a o #b, pase a la pregunta #9.</b>			
c.	¿Ha sido esto tan seguido, en promedio, hasta 2 veces por semana durante los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. En los últimos 3 meses, ¿ha ocupado <u>a menudo</u> cualquiera de los siguientes métodos para evitar subir de peso?</b>		<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
a.	¿Se provocó el vómito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Tomó más del doble de la dosis recomendada de laxantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Ayunó — ¿pasó por lo menos 24 horas sin comer nada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	¿Ha hecho ejercicio por más de una hora específicamente para evitar subir de peso después de haber comido compulsivamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Si marcó "SÍ" a cualquiera de estos métodos para evitar subir de peso, ¿fue alguno de ellos tan seguido, en promedio, como 2 veces por semana?</b>		<b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>
<b>9. ¿Consume bebidas alcohólicas (incluidos la cerveza o el vino)?</b>		<b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>
<b>Si marcó "NO" pase a la pregunta #11.</b>			
<b>10. ¿Alguna de estas situaciones le ha ocurrido <u>más de una vez en los últimos 6 meses</u>?</b>		<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
a.	Bebió alcohol aunque el médico le sugirió que parara de hacerlo debido a un problema con su salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Bebió alcohol, estaba bajo los efectos del alcohol, con resaca (cruda) mientras trabajaba, iba hacia la escuela, estaba cuidando niños o tenía otras responsabilidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Faltó o llegó tarde al trabajo, escuela u otras actividades porque estaba tomando o con resaca (cruda).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Tuvo dificultad para llevarse bien con otras personas mientras tomaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Condujo un automóvil luego de haber bebido varios tragos o haber bebido demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Si marcó <u>cualquiera</u> de los problemas en este cuestionario, ¿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?</b>			
<b>No ha sido difícil</b>	<b>Un poco difícil</b>	<b>Muy difícil</b>	<b>Extremadamente difícil</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank. Alc Abu if any of #10a-e is 'YES'.

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.